

Strukturierte klinische Interviews zur Erfassung psychischer Störungen über die Lebensspanne

Gütekriterien und Weiterentwicklungen der DIPS-Verfahren

Jürgen Margraf, Jan Christopher Cwik, Verena Pflug und Silvia Schneider

Ruhr-Universität Bochum, Fakultät für Psychologie, Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit

Zusammenfassung: Psychische Störungen können über die ganze Lebensspanne auftreten. Strukturierte klinische Interviews sind zentrale Hilfsmittel für ihre rasche, zuverlässige und umfassende Diagnostik. Im deutschsprachigen Raum stehen mit den Verfahren der DIPS-Familie Interviews zur Diagnostik psychischer Störungen über die gesamte Lebensspanne zur Verfügung, die seit den 90er Jahren regelmäßig aktualisiert wurden. Ihre Reliabilität, Validität und Akzeptanz wurde wiederholt in großen Stichproben aus ambulanten, stationären und Forschungssettings überprüft. Die Einführung des DSM-5 erforderte eine umfassende Überarbeitung der DIPS-Interviews, deren wesentliche Merkmale dargestellt werden. Um die breitere Verwendung von strukturierten klinischen Interviews zu fördern, werden die Verfahren der DIPS-Familie neu als „Open Access-Dokumente“ zur Verfügung gestellt. Abschließend werden weitere Entwicklungen zu Training, Dissemination und Computerisierung im Ausblick angesprochen.

Schlüsselwörter: Strukturierte klinische Interviews, Diagnostik, Baby-DIPS, Kinder-DIPS, Mini-DIPS, DIPS, DSM-5, Akzeptanz, Gütekriterien, Dissemination, Open Access

Structured Clinical Interviews for Mental Disorders Across the Life Span: Psychometric Quality and Further Developments of the DIPS Open Access Interviews

Abstract: Mental disorders can occur throughout the life span. Essential tools for their rapid, reliable and comprehensive diagnosis are structured clinical interviews. In the German-speaking world, the DIPS (Diagnostic Interview for Mental Disorders) interviews are available for the diagnosis of mental disorders over the entire life span. They have been regularly updated since the 1990s and their reliability, validity, and acceptance were repeatedly tested in large samples of outpatient, inpatient, and research populations. The introduction of DSM-5 required a comprehensive revision of the DIPS interviews, the essential characteristics of which are presented here. In order to promote the wider use of structured clinical interviews, the instruments of the DIPS family are now provided as open access documents. Finally, further developments on training, dissemination, and computerization are addressed in the outlook.

Keywords: structured clinical interviews, diagnostics, Baby-DIPS, Kinder-DIPS, Mini-DIPS, DIPS, DSM-5, acceptance, psychometric quality, dissemination, open access

Eine gute Diagnostik ist eine wesentliche Grundlage erfolgreicher Behandlungen. Als Königsweg zu zuverlässigen und zutreffenden Diagnosen psychischer Störungen gelten strukturierte klinische Interviews (Ehlert, 2007; Hoyer & Knappe, 2012; Rettew, Lynch, Achenbach, Dumenci & Ivanova, 2009; Saile, Weiland-Heil & Schwenkmezger, 2000). Diese erfassen die relevanten Diagnosebereiche systematisch mittels vorformulierter Fragen. Bei Verständnisproblemen oder Zweifeln können die Fragen umformuliert, erklärt oder ergänzt werden. In der Regel gibt der Interviewleitfaden neben dem Wortlaut der Fragen auch deren Reihenfolge, Sprungregeln zum Auslassen

von Fragen und Antwortkategorien vor. Die Entscheidung, ob ein bestimmtes diagnostisches Kriterium erfüllt ist, liegt bei dem/der Diagnostiker_in. Er oder sie kann sich dabei auch über explizite Patientenangaben hinwegsetzen (etwa bei begründetem Verdacht auf Bagatellisierung). Somit bleibt ein Variationsspielraum für das klinische Urteil erhalten und wichtige Beobachtungen, die vielleicht im Widerspruch zu den Antworten der Patient_innen stehen, können integriert werden. Breitband-Verfahren wie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS; Endicott & Spitzer, 1978), Anxiety Disorders Interview Schedule – Revised (ADIS-R; DiNardo

& Barlow, 1988; deutsche Fassung: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen, DIPS; Margraf, Schneider & Ehlers, 1991) oder Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID; Spitzer, Williams, Gibbon & First, 1990; deutsche Fassung: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-III-R, SKID; Wittchen et al., 1991) wurden ebenso wie störungsspezifische Verfahren (z. B. Essstörungen: Eating Disorder Examination, EDE; Hilbert & Tuschen-Caffier, 2006; Belastungsstörungen: Interviews zu Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen, IBS-KJ; Steil & Füchsel, 2006) zunächst für die Forschung entwickelt und dann auch für die klinische Praxis empfohlen (Joiner, Walker, Pettit, Perez & Cukrowicz, 2005; Sefik, Repic & Wolfgang, 2013; Merten, Cwik, Margraf & Schneider, 2017). Mit ihrer standardisierten Befunderhebung verbessern sie nicht nur Reliabilität und Validität, sondern erlauben es auch, in vergleichsweise kurzer Zeit einen umfassenden diagnostischen Befund zu erheben und zugleich den Einfluss diagnostischer Verzerrungen zu minimieren (Margraf & Schneider, 2017).

Letzteres ist gerade angesichts des Fehlens objektiver Merkmale für psychische Störungen wichtig. Die Diagnose dieser Störungen beruht damit nach wie vor auf subjektiven Patientenangaben und den darauf aufbauenden Entscheidungen der Diagnostiker_innen. Daher besteht eine besondere Möglichkeit für verzerrende Einflüsse, was durch psychologische Forschung gut belegt ist. Zu den wichtigsten dieser Einflüsse gehören Kontext, Erwartungen und Glaubwürdigkeit (zusammengefasst bei Margraf & Schneider, 2017). Darüber hinaus zeigen neuere Studien, dass generell diagnostisch irrelevante Informationen, Geschlecht und selbst einfache Reihenfolgeeffekte diagnostische Urteile signifikant beeinflussen und Fehl-diagnosen begünstigen (Bruchmüller, Margraf & Schneider, 2012; Bruchmüller & Meyer, 2009; Bruchmüller & Schneider, 2012; Cwik & Margraf, 2017; Cwik & Teismann, 2017; Meyer & Meyer, 2009; Wolkenstein, Bruchmüller, Schmid & Meyer, 2011; für einen Überblick zum Kindes- und Jugendalter vgl. Merten et al., 2017).

Psychische Störungen sind nicht auf das Erwachsenenalter beschränkt. Wir wissen heute, dass sie häufig im Kindes- und Jugendalter beginnen und Vorläufer mit potentiell großer Bedeutung für das spätere Leben bereits im Kleinkindalter auftreten (Hemmi, Wolke & Schneider, 2011; Kessler, Berglund, Demler, Jin & Walters, 2005). Gleichzeitig ist in den letzten Jahren auch das Wissen um effektive Behandlungen in den frühen Lebensphasen gewachsen (Schneider, im Druck). Aus diesen Gründen werden angemessene diagnostische Verfahren für die gesamte Lebensspanne benötigt, was jedoch kein einzelnes Instrument leisten kann. Eine die volle Lebensspanne umfassende „Familie“ solcher Interviews steht mittlerweile für den deutschsprachigen Raum mit dem aktuel-

len Diagnostischen Interview bei psychischen Störungen (DIPS; Margraf, Cwik, Suppiger & Schneider, 2017) und seinen Versionen für das Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS; Schneider, Pflug, In-Albon & Margraf, 2017), Regulationsstörungen (Baby-DIPS; Schneider & Wolke, 2007) und die Kurzdiagnostik psychischer Störungen (Mini-DIPS; Margraf & Cwik, 2017) zur Verfügung.

Die Verfahren der DIPS-Familie zeichnen sich durch einheitliche Vorgehensweisen und gemeinsame Grundprinzipien aus, die mittlerweile so weit wie möglich für Diagnosen über die gesamte Lebensspanne umgesetzt wurden (vgl. Tabelle 1). Seit den frühen 90er Jahren wurden die Interviews regelmäßig aktualisiert. Ihre Reliabilität, Validität und Akzeptanz wurde mehrfach in großen Stichproben aus verschiedenen Settings überprüft (zuletzt u. a. Bruchmüller, Margraf, Suppiger & Schneider, 2011; Neuschwander, In-Albon, Meyer & Schneider, 2017). Suppiger et al. (2008) weisen darauf hin, dass das DIPS das einzige strukturierte Interview ist, das in hinreichend großen Stichproben aus allen relevanten klinischen Anwendungsbereichen (ambulant, stationär, Forschung) untersucht wurde. Zudem wurde für DIPS und Kinder-DIPS auch die Akzeptanz bei Patient_innen und Therapeut_innen untersucht (Bruchmüller et al., 2011; Suppiger et al., 2009; Neuschwander et al., 2017).

Eine erneute Überarbeitung wurde mit der Einführung der fünften Auflage des Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen (DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013; deutsche Fassung: Falkai & Wittchen, 2015) erforderlich, da diese z. T. weitreichende Änderungen der Klassifikation psychischer Störungen beinhaltet. Dies wurde zum Anlass für weitere grundlegende Veränderungen genommen. Um Barrieren für die Verwendung abzubauen, werden die DIPS-Verfahren nun als „Open Access-Dokumente“ auf einer neu eingerichteten Webseite (Margraf et al., 2017) bereitgestellt. Weitere Neuentwicklungen betreffen die Entkopplung von der ursprünglichen US-amerikanischen Vorlage des ADIS, das Hinzufügen weiterer relevanter Störungsbereiche, die Entfernung seltenerer, wenig praxisrelevanter Störungen sowie allgemeine Maßnahmen zur Vereinheitlichung der verschiedenen Verfahren der DIPS-Familie. Der vorliegende Artikel gibt einen Überblick über Gütekriterien und Weiterentwicklungen der DIPS-Interviews und ihrer neuen Open Access Versionen. Die wesentlichen Merkmale der DIPS-Interviews sind in Tabelle 1 zusammengestellt.

Tabelle 1. Wesentliche Merkmale der aktuellen Interviews der DIPS-Familie (• gegeben, o nicht gegeben)

Merkmal	DIPS	Kinder-DIPS	Baby-DIPS	Mini-DIPS
Psychotherapeutisch wichtigste psychische Störungen des Erwachsenenalters (ab 16 Jahren)	•	o	o	•
Psychotherapeutisch wichtigste psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters (6 bis 18 Jahre)	o	•	o	o
Regulationsstörungen im Babyalter	o	o	•	o
Kurzinterview für die häufigsten psychischen Störungen im Erwachsenenalter (ab 16 Jahre)	o	o	o	•
Aktuelle und Lebenszeitdiagnosen	•	•	•	•
Screenings zu Oberklassen von Störungen	o	o	o	•
Checklisten zu Diagnosekriterien	•	•	o	•
Dimensionale Erfassung von Symptomen und diagnostischen Kriterien	•	•	•	•
Einschätzung des Schweregrades der Störung	•	•	•	•
Erhebung von Belastung und Beeinträchtigung durch die Störung	•	•	•	•
Soziodemographie und allgemeines Problemscreening	•	•	•	minimal
Zusätzliche klinisch relevante Informationen	•	•	•	•
Behandlungsgeschichte	•	•	•	minimal
Komorbidität psychischer Störungen	•	•	•	•
DSM-5 Diagnosen	•	•	•	•
Übertragung von DSM-5 in ICD-10 Diagnosen	•	•	•	•
Ausschluss von Psychosen und suizidalem Verhalten	•	•	o	•
Ausschluss von Sexuellen Funktionsstörungen	•	o	o	•
Klinische Erscheinungsbilder mit weiterem Forschungsbedarf	•	z. T.	o	z. T.
Computerisierte Version (Schutzgebühr)	Ab 2018	•	o	In Vorbereitung
Standardisierte Trainings mit Zertifizierung verfügbar	•	•	•	•
Typische Durchführungszeit bei Patienten mit mindestens einer Störung (Minuten)	ca. 60 – 120	ca. 60 – 120 (je Kinder- und Elterninterview)	ca. 60	ca. 30

Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS Open Access)

Das DIPS (Margraf, Schneider & Ehlers, 1991) entstand als deutsche Übersetzung eines nordamerikanischen strukturierten Interviews für Angststörungen, des Anxiety Disorders Interview Schedule – Revised (ADIS-R; DiNardo & Barlow, 1988). Im Laufe der Jahre wurde es zunehmend modifiziert und um neue Störungen ergänzt. Dabei wurde zunächst die Verbindung zu der Neufassung des ADIS für Angststörungen nach dem DSM-IV aufrechterhalten (Brown, DiNardo & Barlow, 2004). Mit der fortschreitenden Eigenständigkeit der Neuauflagen des DIPS (Margraf, Schneider & Ehlers, 1994; Schneider & Margraf, 2006, 2011) erwies sich dies jedoch als immer schwieriger und betraf einen zunehmend kleineren Teils des Interviewleitfadens. Um eine einheitliche Erfassung psychischer Störungen über die Lebensspanne hinweg zu gewährleisten, musste zudem die Vereinbarkeit mit den neuen Interviews für Kinder, Jugendliche und Babys (Kinder-DIPS: Unnewehr, Schneider & Margraf, 1995; Schneider, Unne-

wehr & Margraf, 2008; Schneider et al., 2017; Baby-DIPS: Schneider & Wolke, 2007) gewahrt werden. Aus diesen Gründen wurde mit der neuesten Auflage des DIPS (DIPS Open Access: Margraf et al., 2017) eine endgültige Lösung von der ursprünglichen Anbindung an das ADIS vorgenommen.

Das DIPS Open Access erfasst die für den psychotherapeutischen Bereich wichtigsten Störungen und verzichtet auf andere, praktisch für viele Psychotherapeut_innen weniger relevante Störungen. Im Einzelnen ermöglicht es die Differenzialdiagnose der folgenden Störungsgruppen („Oberklassen“) sowie der darin enthaltenen einzelnen Störungen:

- Angststörungen,
- Bipolare und verwandte Störungen,
- Depressive Störungen,
- Zwangsstörung und verwandte Störungen,
- Trauma- und belastungsbezogene Störungen,
- Somatische Belastungs- und verwandte Störungen,
- Essstörungen, Schlaf-Wach-Störungen,
- Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen,
- Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung

- Borderline-Persönlichkeitsstörung
- Screenings für Psychosen, Sexuelle Funktionsstörungen und suizidales Verhalten.

Zudem werden allgemeine demographische Angaben und zusätzliche klinisch relevante Informationen erhoben. Als Basis für die Therapieplanung dienen Fragen zu Entstehung und Verlauf der Probleme, zu situativen und kognitiven Einflussfaktoren sowie detaillierte Skalen zur Einschätzung der Symptome. Zur Vereinheitlichung der DIPS-Familie wurden die Schweregrad-Ratings der Symptome in Anlehnung an das Kinder-DIPS (Schneider et al., 2017) von einem neun-stufigen (0–8) in ein vier-stufiges (0–3) Rating überführt, wobei generell ein Schweregrad ≥ 2 als klinisch relevant beurteilt wird. Um auch künftig die Vergleichbarkeit mit dem ADIS zu erlauben, werden die neun-stufigen Ratings zur Beurteilung der Beeinträchtigung und Belastung durch die Störung beibehalten, dabei gilt weiterhin ein Schweregrad ≥ 4 als klinisch bedeutsam.

Zu dem Interviewleitfaden wird außerdem ein Protokollbogen beigefügt, auf dem die Antworten notiert werden können. Da Studienergebnisse regelmäßig belegen, dass diagnostische Checklisten die Genauigkeit der Diagnosen verbessern können (z.B. Cwik, Papan, Lemke & Margraf, 2016; Mokros, Hollerbach, Nitschke, Eher & Habermeyer, 2013), werden im Protokollbogen zu jeder Störung unter den jeweiligen Informationskästen Checklisten zum Abhaken der Diagnosekriterien nach DSM-5 vorgegeben.

Weiterentwicklungen im DIPS Open Access

Anpassungen aufgrund der Veränderungen im DSM-5

Als Folge der Einführung des DSM-5 wurde auch das DIPS umfassend überarbeitet. Dies betrafen nicht nur die Anpassung der Nomenklatur (z. B. Soziale Phobie/ Soziale Angststörung, Hypochondrie/ Krankheitsangststörung), sondern auch die nosologische Neustrukturierung der Störungskategorien gemäß DSM-5 (z. B. Zusammenlegen der Kategorien „Missbrauch“ und „Abhängigkeit“, Trennung von Panikstörung und Agoraphobie) und das Fortfallen der multiaxialen Beurteilung. Aufgrund einer restriktiven Handhabung des Urheberrechts der APA werden im neuen DIPS keine Kriterienkästen mehr aufgeführt. Stattdessen werden im neuen DIPS Open Access die DSM-5-Kriterien in paraphrasierter Kurzform in den Protokollbogen integriert.

Weiterentwicklungen aufgrund der Relevanz für Praxis und Forschung

In die neuste Version des DIPS wurden sechs weitere Störungen aufgenommen: Störung mit Trennungsangst, Körperdysmorphie Störung, Störung durch Glücksspielen,

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Störung durch Spielen von Internetspielen und Suizidale Verhaltensstörung. Mit Hilfe der Fragen zur Suizidalen Verhaltensstörung kann über die Kriterien dieser Forschungsdiagnose hinaus auch das Vorliegen möglicher Suizidalität im Sinne eines Suizidscreenings abgeklärt werden. Aufgrund geringer Bedeutung für die Praxis wurde die Konversionsstörung gestrichen.

Zum besseren Verständnis der diagnostischen Fragen und zugunsten eines flüssigeren Ablaufs des Interviews wurde das DIPS sprachlich überarbeitet. So wurden z. B. die Einstiegsfragen der Manischen/Hypomanen Episode und der Zwangsstörung gekürzt und verständlicher gestaltet. Auch unnötige Fachbegriffe wurden alltags-sprachlich ersetzt (z. B. „Verwenden Sie Abführmittel, Entwässerungsmittel oder Einläufe um abzunehmen?“ anstelle von „... Laxantien, Diuretika oder Klistiere ...“).

Zur Erleichterung der Differentialdiagnose wurden die Bipolaren vor die Depressiven Störungen gestellt. Dadurch kann nun schrittweise die Bipolare und die Persistierende Depressive Störungen ausgeschlossen werden, da zunächst Manische/Hypomane Episoden (sind diese nicht erfüllt, kann keine Bipolare Störung vorliegen) und die Persistierende Depressive Störung erfasst werden (ist das Zweijahreskriterium nicht erfüllt, kann auch diese Störung ausgeschlossen werden). Anschließend ist dann nur noch abzuklären, ob eine Major Depression vorliegt. Aufgrund von Rückmeldungen aus der Praxis wurde zudem eine Visualisierung des Stimmungsverlaufs über die Zeit („Stimmungsverlaufskurve“) aufgenommen.

Für die Trauma- und belastungsbezogenen Störungen wurde ein Traumascreening eingefügt. Darin wird zunächst eine Liste verschiedener traumatischer Ereignisse durchgegangen, bevor die Rolle der interviewten Person (z. B. selbst betroffen oder Zeuge), der Zeitpunkt der Ereignisse und der aktuelle Leidensdruck abgeklärt werden. Zudem wird für jedes traumatische Ereignis die Sektion Akute bzw. Posttraumatische Belastungsstörung gesondert erfasst.

Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS Open Access)

Das Kinder-DIPS (frühere Fassungen: Unnewehr et al., 1995; Schneider et al., 2008; aktuelle Fassung: Schneider et al., 2017) ermöglicht die Diagnostik der psychotherapeutisch wichtigsten psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters nach DSM-5 und ICD-10. Dabei wer-

den neben aktuellen und früheren „Kinderstörungen“ im engeren Sinne auch weitere Störungen erfasst, die im Kindes- und Jugendalter auftreten können. Anders als bei Erwachsenen müssen jedoch nicht nur die betroffene Person (Kinder bzw. Jugendliche), sondern parallel auch ein Elternteil oder sonstige Erziehungspersonen befragt werden. Durch die Kombination der Informationen aus beiden Quellen (Multi-Informanten-Perspektive) können dann folgende Störungen bzw. Störungsbereiche diagnostiziert werden:

- Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung
- Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten
- Störung des Sozialverhaltens
- Ticstörungen
- Angststörungen
- Zwangsstörungen
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Ausscheidungsstörungen
- Depressive Störungen
- Schlaf-Wach-Störungen
- Essstörungen
- Kommunikationsstörungen

Zudem werden Hinweise auf Teilleistungsstörungen, körperliche Erkrankungen, Substanzmissbrauch, Suizidalität und Psychosen erhoben.

Weiterentwicklungen im Kinder-DIPS Open Access

Anpassungen aufgrund der Veränderungen im DSM-5
Wie bei den anderen Interviews, wurden auch für die neue Version des Kinder-DIPS Nomenklatur und Neustrukturierung der Störungen des DSM-5 übernommen (z.B. Zusammenlegung von Schlafwandeln und Pavor Nocturnus zu Non-Rapid-Eye-Movement-Parasomnien, Einordnung der Prüfungsangst unter Soziale Angststörung, Aufnahme der Disruptiven Affektregulationsstörung bei den Depressiven Störungen, Aufgabe der multiaxialen Diagnose).

Weiterentwicklungen aufgrund der Relevanz für Praxis und Forschung

Analog zum DIPS wurden ein Traumascreening und ein Suizidscreening hinzugefügt. Die Pica-Störung wurde aufgrund der geringen Prävalenzrate aus dem Interview entfernt.

Neu werden jetzt Depressive Störungen vor den Schlafstörungen und der Panikanfall vor der Panikstörung erfasst, um diese Informationen besser bei den diagnostischen Abwägungen berücksichtigen zu können. Außerdem werden im Allgemeinen Screening zu Beginn des Inter-

views mehr Informationen zu möglichen Schulschwierigkeiten erfasst. Damit können jetzt für die Therapie wichtige Aspekte zur Schullaufbahn des Kindes (z.B. Sitzenbleiben, Fehlzeiten) besser berücksichtigt werden.

Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter (Baby-DIPS)

Das Baby-DIPS (Schneider & Wolke, 2007) ist ein strukturiertes Interview zur Erfassung von Regulationsstörungen bei Kindern und Kleinkindern bis zum dritten Lebensjahr. Dabei handelt es sich um die adaptierte und in Inhalt und Struktur an die aktuelle Forschung angepasste deutsche Version des „Parent Interview II“ aus der „Growth in At-risk Infants Study“ (GAIN STUDY) (Wolke & Gutbrod, 2005, Juni; für Details vgl. Popp et al., 2016). Mithilfe des Baby-DIPS kann eine diagnostische Beurteilung von Exzessivem Schreien, Fütterstörungen und Schlafproblemen vorgenommen werden. Bei den Schlafproblemen wird dabei unterschieden zwischen Einschlafproblemen, nachdem das Kind zu Bett gebracht wurde, und Durchschlafproblemen während der Nacht.

Das Baby-DIPS wurde insgesamt an die Struktur der anderen Interviews der DIPS-Familie angepasst. So können auch mit dem Baby-DIPS aktuelle und frühere Diagnosen gestellt werden. Das Baby-DIPS erfasst Hintergrundinformationen zum Kind und kann um weitere diagnostische Informationen ergänzt werden. Sprungregeln machen das Interview effektiv einsetzbar. Zusätzlich zu den Baby-Problemen bei Weinen, Füttern und Schlafen werden damit verbundene mütterliche Verhaltensweisen, Kognitionen und Emotionen erfasst. Eine neue Fassung für DSM-5 ist in Vorbereitung.

Diagnostisches Kurzinterview bei psychischen Störungen (Mini-DIPS Open Access)

Das „Mini-DIPS“ wurde für die rasche, überblicksartige Erfassung der für Psychotherapie wichtigsten psychischen Störungen entwickelt (Margraf, 1994). Der wesentliche Unterschied zu anderen diagnostischen Interviews liegt in der außerordentlichen Kürze der Durchführung (knapp 30 Minuten), die durch methodische Neuerungen möglich wurde, ohne dass ein inakzeptabler Qualitätsverlust

in Kauf genommen werden musste. Durch Screenings zu den Oberklassen von Störungen kann vorab das Vorliegen der Kernkriterien einer Störung erfasst werden, so dass einzelne Störungen nur bei Bedarf detaillierter untersucht werden müssen. Damit ermöglicht die aktuelle Fassung des Mini-DIPS Open Access (Margraf & Cwik, 2017) hinreichend genaue Diagnosen. Zudem liefert es therapeutisch wichtige Hintergrundinformationen.

Weiterentwicklungen im Mini-DIPS Open Access

Analog zum DIPS Open Access wurde auch das Mini-DIPS Open Access an das DSM-5 angepasst. Neben Angst-, Affektiven, Zwangsspektrum-, Traumafolge-, Ess- und somatischen Belastungsstörungen können damit nun ebenfalls eine Reihe zusätzlicher Störungen erfasst werden:

- Körperdysmorphie Störung,
- Binge-Eating-Störung,
- Akute Belastungsstörung,
- Störung durch Glücksspielen,
- Störung durch Spielen von Internetspielen,
- Insomnie und Hypersomnie.

Neu werden analog zu DIPS und Kinder-DIPS zu jeder Störung Checklisten zum Abhaken der Diagnosekriterien nach DSM-5 vorgegeben. Zudem wurden auch im Mini-DIPS eine Stimmungsverlaufskurve und Screenings zur Erfassung möglicher Impulskontrollprobleme, sexueller Funktionsstörungen und suizidaler Symptome aufgenommen, während die Konversionsstörung gestrichen wurde.

Gütekriterien der DIPS-Verfahren

Die Gütekriterien der verschiedenen Versionen des DIPS wurden mehrfach an großen unselegierten Stichproben von Patienten aus verschiedenen relevanten Settings (ambulant, stationär, Forschung) untersucht (In-Albon et al., 2008; Margraf, Schneider & Spörkel, 1991; Neuschwander, In-Albon, Adornetto, Roth & Schneider, 2013; Neuschwander et al., 2017; Popp et al., 2016; Popp, Neuschwander, Mannstadt, In-Albon & Schneider, 2017; Schneider, Margraf, Spörkel & Franzen, 1992; Suppiger et al., 2008; Suppiger et al., 2009). Die Untersuchungen zeigten auch unter „schwierigen“ klinischen Bedingungen in der Regel gute Werte für Reliabilität und Validität. Die Tabellen 2 und 3 fassen die wichtigsten Informationen zu den Gütekriterien der Interviews für Erwachsene, Kinder und Jugendliche zusammen.

Insgesamt wurden befriedigende bis gute Retest-Reliabilitäten für fast alle Störungsoberklassen und die meisten einzelnen Diagnosekategorien des DIPS erzielt, die Interrater-Reliabilitäten lagen erwartungsgemäß etwas höher. Die Test-Retest-Intervalle betragen in der Regel eine Woche mit einer Schwankungsbreite von 0–18 Tagen. Hauptfehlerquellen bei Nichtübereinstimmung waren Informationsvarianz seitens der Patient_innen und unterschiedliche Gewichtung von Symptomen seitens der Interviewer_innen (zusammen rund 50 % aller Fehler). Zur Überprüfung der Validität hat sich die Übereinstimmung mit a priori festgelegten störungsspezifischen Fragebögen als Standard etabliert (In-Albon et al., 2008; Margraf, Schneider & Spörkel, 1991), da objektive Außenkriterien für psychische Störungen in der Regel nicht existieren (eine Ausnahme stellen z. B. Körpergewicht und Amenorrhoe bei Essstörungen dar). Zeigen sich hier die vorhergesagten Unterschiede zwischen der jeweiligen diagnostischen Gruppe und Personen mit anderen Störungen, so gilt dies als wesentlicher Validitätsnachweis. Die Übereinstimmung zwischen den verschiedenen etablierten diagnostischen Interviews ist dagegen kaum jemals untersucht worden (eine Ausnahme stellt z. B. die weiter unten besprochene Übereinstimmung zwischen DIPS und Mini-DIPS dar). Für das DIPS ergab der Vergleich der Interviewdiagnosen mit störungsspezifischen Fragebögen sowie objektiven Körpermerkmalen (bei Essstörungen) eine gute Validität. In allen Fällen mit Ausnahme der Schlafstörungen waren die a priori erwarteten Unterschiede zwischen den diagnostischen Gruppen (Angst-, affektive, somatoforme und Essstörungen sowie substanzbezogene Störungen und Borderline-Persönlichkeitsstörung) sehr bedeutsam. Der Ausschluss von psychischen Störungen erwies sich ebenfalls als sehr reliabel. Lag keine Lebenszeitdiagnose vor, stimmte das diagnostische Urteil der Interviewer_innen in 97 % der Fälle überein. Auffallend sind auch die guten bis sehr guten Interrater-Reliabilitäten für das Mini-DIPS sowie die hohe Übereinstimmung zwischen Diagnosen nach Mini-DIPS und DIPS (Margraf, 1994).

Bezüglich des Kinder-DIPS fällt vor allem die teilweise geringe Übereinstimmung zwischen Eltern- und Kinderangaben auf. Dies entspricht der Literatur, wobei Elternangaben allgemein für externalisierende Störungen mehr Gültigkeit zugemessen wird, während Kinderangaben für die internalisierenden Störungen von größerer Bedeutung sind (Schneider, 1994, Popp et al., 2017). Das Geschlecht und das Alter der Kinder sowie die mit den Eltern verbrachte Zeit haben keinen Einfluss auf die Übereinstimmung von Kinder- und Eltern-Interviews. Dagegen können eine höhere Depressivität der Mutter sowie eine geringere soziale Unterstützung der Eltern durch ihr soziales Umfeld die Übereinstimmung zwischen Kinder- und

Tabelle 2. Gütekriterien der DIPS-Erwachseneninterviews nach DSM-III-R und DSM-IV (Lebenszeitdiagnosen, Oberkategorien)

Gütekriterien für Lebenszeitdiagnosen bei unselegierten stationären und ambulanten Patienten	Angststörungen	Affektive Störungen	Somatoforme Störungen	Essstörungen	Substanzen	Schlafstörungen	Borderline	Keine Störung
<i>DIPS für DSM-III-R (Margraf, Schneider & Ehlers, 1991; Schneider et al., 1992)</i>								
Interrater-Reliabilität (N = 100)	0,86	0,80	0,96 ^Y (0,73)	1,0 ^Y (1,0)	0,91	–	–	0,91
Retest-Reliabilität (N = 201)	0,73	0,68	0,94 ^Y (0,42)	0,98 ^Y (0,87)	0,95 ^Y (0,70)	–	–	0,78
Validität (N = 172)	***	***	***	***	–	–	–	***
<i>DIPS für DSM-IV (In-Albon et al., 2008; Suppiger et al., 2008)</i>								
Interrater-Reliabilität (N = 237)	0,78 (0,68 – 0,88)	0,81 (0,73)	0,95 ^Y (0,57)	0,89	0,92	0,72	0,99 ^Y (0,65)	0,88
Retest-Reliabilität (N = 50)	0,76 (0,13 – 0,83)	0,80 (0,50 – 0,79)	0,62	0,77	0,94 (0,83)	0,35	–	– (0,79)
Validität (N = 194)	***	***	***	***	***	ns	***	***
<i>Mini-DIPS (Margraf, 1994)</i>								
Interrater-Reliabilität (N = 100)	0,94	0,98	0,84 ^Y (0,86)	1,0 ^Y (1,0)	0,90	–	–	0,84
Übereinstimmung mit DIPS (N = 100)	0,84	0,80	0,76	1,0 ^Y (0,93)	0,89	–	–	0,88

Anmerkungen: Für Interrater- und Retest-Reliabilität sind in der Regel Kappa-Koeffizienten (Cohen, 1960) angegeben. Wenn zu geringe Basisraten die Berechnung von Kappa-Koeffizienten verzerren, werden Yules Y-Koeffizienten (Yule, 1912) berichtet und mit einem hochgestellten ^Y markiert (die Kappa-Koeffizienten werden darunter in Klammern aufgeführt). Für die Validität wird das Signifikanzniveau der Unterschiede zwischen der jeweiligen Zieldiagnose und den restlichen Diagnosekategorien bei a priori festgelegten störungsspezifischen Fragebögen aufgeführt (* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$, nicht signifikant: ns). – entsprechende Kategorie war nicht im Interview enthalten oder die für die Berechnung erforderlichen Bedingungen waren nicht gegeben.

Eltern-Interviews signifikant beeinflussen (Neuschwander et al., 2013; Popp et al., 2017).

Wegen der ausgeprägten Sonderstellung der Probleme des Baby-Alters war es nicht sinnvoll, dieses Instrument in die Tabellen aufzunehmen. Hier fanden Popp et al. (2016) in einer Studie an insgesamt 132 Mutter-Baby-Dyaden gute bis sehr gute Interrater-Reliabilitäten für aktuelle (Kappas von 0,77–0,85) und Lebenszeitdiagnosen (Kappas 0,83–0,98) sowie für die Abwesenheit von Regulationsproblemen. Auch für die Schweregradbeurteilungen berichteten die Autor_innen sehr hohe Übereinstimmungen von 0,86–0,97 (Intraklassenkorrelationen).

Insgesamt haben an den Studien zu den Gütekriterien der DIPS-Verfahren deutlich über 1000 Patient_innen aus allen relevanten Bereichen teilgenommen. Die Interviews wurden von über 70 Interviewer_innen durchgeführt, nachdem diese ein umfassendes Training mit einer abschließenden Zertifizierung absolviert hatten. In der Gesamtheit zeigen die Ergebnisse, dass zuverlässige und zutreffende Diagnosen möglich sind. Auch für die aktuellen Versionen der Interviews sind die entsprechenden Studien bereits im Gange.

Akzeptanz der DIPS-Interviews

Strukturierte Interviews müssen nicht nur reliabel und valide sein, sondern auch von ihren Nutzern akzeptiert werden. Hier zeigt sich ein bemerkenswerter Widerspruch zwischen Patient_innen und ihren Therapeut_innen: Therapeut_innen unterschätzen in ganz erheblichem Ausmaß die sehr hohe Akzeptanz, die ihre Patient_innen den Interviews entgegen bringen. Bereits 2006 fanden Hoyer, Ruhl, Scholz und Wittchen in einer großen unselegierten Stichprobe ambulanter Patient_innen eine hohe Akzeptanz eines standardisierten Interviews. Ähnlich hohe Werte berichteten Suppiger et al. (2009) für das DIPS bei 183 ambulanten und stationären Patient_innen: Auf einer Skala von 0 (gar nicht zufrieden) bis 100 (überaus zufrieden) lag der Median der Patienteneinschätzungen bei 86,55. Das strukturierte Vorgehen empfanden 78,5% der Patient_innen als hilfreich und 96,7% beurteilten die therapeutische Beziehung als positiv. Nur 16% der Patient_innen erlebten das klinische Interview als anstrengend. Vergleichbare Zufriedenheitswerte wurden auch nach der Durchführung des Kinder-DIPS (Kinder: $M = 82,47$, Eltern: $M = 90,51$) und des Baby-DIPS (Mütter: $M = 88,57$) erreicht (Neuschwander et al., 2017; Popp et al., 2016). Interessanterweise waren auch die Interviewer_innen

http://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1026/1616-3443/a000430 - Jürgen Margraf <juergen.margraf@rub.de> - Sunday, December 24, 2017 3:11:19 AM - IP Address: 88.152.10.16

Tabelle 3. Gütekriterien der DIPS-Interviews für Kinder und Jugendliche nach DSM-III-R und DSM-IV (Lebenszeitdiagnosen, Oberkategorien)

Gütekriterien für Lebenszeitdiagnosen bei unselektierten stationären und ambulanten Patienten	Expansive Verhaltensstörungen	Ausscheidungsstörungen	Angststörungen der Kindheit (DSM-III-R)/Trennungsangst (DSM-IV)	Sonstige Angststörungen (DSM-III-R)/Angststörungen (DSM-IV)	Depressive Störungen (DSM-III-R)/Affektive Störungen (DSM-IV)	Essstörungen	Schlafstörungen	Ticstörungen	Keine Störung
<i>Kinder-DIPS für DSM-III-R (Schneider, Unnewehr & Margraf, 1995)</i>									
Interrater-Reliabilität Kinder- und Eltern-Version (N = 180)	0,57	0,81	0,60	0,60	0,79 ^Y (0,55)	- ^Y (0,67)	-	-	0,68
Retest-Reliabilität Kinder-Version (N = 95)	0,56	0,76	0,60 ^Y (0,48)	0,58 ^Y (0,41)	0,62	- ^Y (1,0)	-	-	0,40
Retest-Reliabilität Eltern-Version (N = 54)	0,85	0,92	0,69 ^Y (0,56)	0,29 ^Y (0,55)	0,71 ^Y (0,59)	-	-	-	0,61
Eltern-Kind-Übereinstimmung DIPS (N = 89)	0,41	0,60	0,32	0,36	0,43 ^Y (0,10)	-	-	-	0,42
Validität Kinder-Version (N = 88)	***	-	***	***	-	-	-	-	***
Validität Eltern-Version (N = 88)	***	***	**	-	-	-	-	-	***
<i>Kinder-DIPS für DSM-IV (Adornetto, In-Albon & Schneider, 2008; Neuschwander et al., 2013; Popp et al., 2017)</i>									
Interrater-Reliabilität Kinder-Version (N = 213)	1,0 ^Y (0,95)	1,0 ^Y (0,95)	0,92	0,90	1,0 ^Y (0,95)	1,0 ^Y (1,0)	0,95 ^Y (0,90)	0,94 ^Y (0,52)	0,92
Interrater-Reliabilität Eltern-Version (N = 264)	0,94	0,93 ^Y (0,88)	0,95	0,94	0,94	1,0 ^Y (0,66)	0,85 ^Y (0,72)	0,93 ^Y (0,87)	0,97
Eltern-Kind-Übereinstimmung DIPS (N = 257)	-	-	0,43	0,21	-	-	-	-	0,26

Anmerkungen: Für Interrater- und Retest-Reliabilität sind in der Regel Kappa-Koeffizienten (Cohen, 1960) angegeben. Wenn zu geringe Basisraten die Berechnung von Kappa-Koeffizienten verzerren, werden Yules Y-Koeffizienten (Yule, 1912) berichtet und mit einem hochgestellten Y markiert (die Kappa-Koeffizienten werden darunter in Klammern aufgeführt). Für die Validität wird das Signifikanzniveau der Unterschiede zwischen der jeweiligen Zieldiagnose und den restlichen Diagnosekategorien bei a priori festgelegten störungsspezifischen Fragebögen aufgeführt (* p < .05, ** p < .01, *** p < .001, nicht signifikant: ns). - entsprechende Kategorie war nicht im Interview enthalten oder die für die Berechnung erforderlichen Bedingungen waren nicht gegeben.

durchwegs zufrieden mit den von ihnen durchgeführten Interviews (Baby-DIPS: $M = 85,37$; Kinder-DIPS $M = 82,14-85,83$; DIPS: $M = 85,82$) und die große Mehrheit der Interviewer_innen (92,6%) gab an, dass sie trotz des strukturierten Vorgehens adäquat auf ihre Patient_innen eingehen konnten (Neuschwander et al., 2017; Popp et al., 2016; Suppiger et al., 2009).

Dennoch benutzen Kliniker_innen aus Psychotherapie und Psychiatrie strukturierte diagnostische Interviews nur bei einem geringen Anteil ihrer Therapien (durchschnittlich 15%, $N = 1.927$; Bruchmüller et al., 2011). Eine mögliche Ursache dafür könnte in der Unterschätzung der Patientenakzeptanz auf Seiten der Psychotherapeut_innen liegen. Die Therapeut_innen vermuteten eine durchschnittliche Patientenzufriedenheit von 49,41 (Skala 0–100), während die tatsächlichen Patientenangaben mit 86,55 (Skala 0–100) fast doppelt so hoch lagen. Diese massive Fehleinschätzung betraf so gut wie alle erfassten Bereiche (u. a. therapeutische Beziehung, Beanspruchung, Dauer, ausgefragt fühlen; Bruchmüller et al., 2011; Suppiger et al., 2009). Eine weitere Ursache dürften mangelnde Kenntnisse und Erfahrungen mit strukturierten Interviews sein. Therapeut_innen mit besseren Kenntnissen und einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ausbildung schätzten die Patientenakzeptanz deutlich besser ein und hatten dementsprechend weniger Bedenken. Suppiger et al. (2009) empfehlen daher eine gezielte Verbesserung der Kenntnisse in strukturierten Interviews einschließlich einer fundierten praktischen Ausbildung.

Ausblick

Für die Diagnostik psychischer Störungen werden deskriptiv Symptome zu verschiedenen Syndromen bzw. Störungen zusammengefasst. Dies ist kein Selbstzweck, sondern dient als Basis für Forschung und Lehre sowie für therapeutische Indikationsentscheidungen und nicht zuletzt die sozialrechtliche Abrechnung von Therapien (vgl. Fydrich, Laireiter, Saile & Engberding, 1996; Hoyer et al., 2015). Die moderne Psychotherapie stellt spezifische Interventionen für verschiedene Diagnosen bereit. Falsche Diagnosen können durch falsche Indikationsentscheidungen, aber auch rechtliche Konsequenzen ungerechtfertigter Etikettierungen (z. B. Sorgerecht) massive negative Folgen nach sich ziehen. Wie für andere Formen der menschlichen Informationsverarbeitung sind auch für die Diagnostik vielfältige verzerrende Einflüsse identifiziert worden. Zumindest bei Kindern und Jugendlichen ist zudem die übermäßige Vergabe von Diagnosen zu vermuten (Merten et al., 2017).

Die Verbesserung der Klassifikationssysteme seit den 80er Jahren hat nicht automatisch zu besseren Diagnosen geführt. Sie hat aber Verfahren zur standardisierten Befunderhebung ermöglicht, die reliablere und indirekt auch validere kategoriale Diagnosen erlauben. Mit strukturierten klinischen Interviews können wesentliche Fehlerquellen minimiert werden. Zusammen mit anderen Verfahren bieten die hier vorgestellten Interviews Kliniker_innen wie Forscher_innen eine wesentliche Hilfe, die umfangreichen und teilweise komplizierten Kriterien der klassifikatorischen Diagnostik zu erlernen und sicher anzuwenden. Auch in der klinischen Forschung wurde die Diagnostik mit Hilfe strukturierter Interviews rasch zum Standard wie erst kürzlich eine Erhebung bei den deutschen Hochschulambulanzen für die psychotherapeutische Behandlung von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen zeigte (Hoyer et al., 2015).

Um Hindernisse für die Anwendung strukturierter Interviews zu überwinden, werden die aktuellen Verfahren der DIPS-Familie als Open Access Dokumente zur Verfügung gestellt (Margraf et al., 2017). Zur Überprüfung der psychometrischen Güte der überarbeiteten Interviews werden an der Ruhr-Universität Bochum aktuell mehrere Studien durchgeführt. Ziel ist die Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Diagnostik und daran anschließenden Behandlung psychischer Störungen zum Wohle der Patient_innen. Diesem Zweck dienen auch konkrete Richtlinien für Durchführung, Interviewertraining, Patientenvorbereitung und Diagnosestellung, über die auf der gleichen Webseite informiert wird.

Über das Open Access Format hinaus werden auch elektronische Versionen der Interviews zur computerisierten Erfassung der Diagnosen erstellt. So können eine fortlaufende Optimierung der Interviews und der Einsatz im klinischen Alltag und in der Forschung sichergestellt werden. Die elektronische Version steht für das Kinder-DIPS bereits zur Verfügung, die Fertigstellung der Versionen für DIPS und Mini-DIPS sind für 2018 bzw. 2019 geplant. Für das Baby-DIPS ist ebenfalls eine computerisierte Erfassung vorgesehen.

Schließlich sollen die DIPS-Interviews mittelfristig auch in andere Sprachen übersetzt werden, was unter anderem für kulturvergleichende Forschung, aber auch den Einsatz bei Menschen mit anderer Muttersprache im deutschen Sprachraum von Bedeutung ist.

Auch wenn Zweifel an der Validität des kategorialen Störungskonzeptes bestehen (z. B. Margraf & Schneider, 2016), konnten Klassifikationssysteme und Befunderhebung doch verbessert werden. Bei Anwendung durch gut ausgebildete Diagnostiker_innen liefern sie eine wichtige Voraussetzung für den erfolgreichen Einsatz störungsspezifischer Therapieverfahren.

Literatur

- Adornetto, C., In-Albon, T. & Schneider, S. (2008). Diagnostik im Kindes- und Jugendalter anhand strukturierter Interviews: Anwendung und Durchführung des Kinder-DIPS. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 1, 363–377.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th. ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Brown, T. A., DiNardo, P. & Barlow, D. H. (2004). *Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS-IV)*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Bruchmüller, K., Margraf, J. & Schneider, S. (2012). Is ADHD diagnosed in accord with diagnostic criteria? Overdiagnosis and influence of client gender on diagnosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80 (1), 128–138. <https://doi.org/10.1037/a0026582>
- Bruchmüller, K., Margraf, J., Suppiger, A. & Schneider, S. (2011). Popular or unpopular? Therapists' use of structured interviews and their estimation of patient acceptance. *Behavior Therapy*, 42, 634–643. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.02.003>
- Bruchmüller, K. & Meyer, T. D. (2009). Diagnostically irrelevant information can affect the likelihood of a diagnosis of bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 116, 148–151. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.11.018>
- Bruchmüller, K. & Schneider, S. (2012). Fehldiagnose Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom? *Psychotherapeut*, 57 (1), 77–89. <https://doi.org/10.1007/s00278-011-0883-7>
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37–46.
- Cwik, J. C. & Margraf, J. (2017). Information order in clinical psychological diagnoses. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24, 1142–1154. <https://doi.org/10.1002/cpp.2080>
- Cwik, J. C., Papen, F., Lemke, J.-E. & Margraf, J. (2016). An investigation of diagnostic accuracy and confidence associated with diagnostic checklists as well as gender biases in relation to mental disorders. *Frontiers in Psychology*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01813>
- Cwik, J. C. & Teismann, T. (2017). Misclassification of self-directed violence. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24, 677–686. <https://doi.org/10.1002/cpp.2036>
- DiNardo, P. A. & Barlow, D. H. (1988). *Anxiety Disorders Interview Schedule – Revised (ADIS-R)*. Albany, NY: Graywind Publications.
- Ehler, U. (2007). Eine Psychotherapie ist immer nur so gut wie ihre Diagnostik. *Verhaltenstherapie*, 17 (2), 81–82. <https://doi.org/10.1159/000103156>
- Endicott, J. & Spitzer, R. L. (1978). A diagnostic interview: The schedule for affective disorders and schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 35, 837–843. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1978.01770310043002>
- Falkai, P. & Wittchen, H. U. (Hrsg.). (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5*. Göttingen: Hogrefe.
- Fydrich, T., Laireiter, A.-R., Saile, H. & Engberding, M. (1996). Diagnostik und Evaluation in der Psychotherapie: Empfehlungen zur Standardisierung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 25, 161–168.
- Hemmi, M. H., Wolke, D. & Schneider, S. (2011). Associations between problems with crying, sleeping and/or feeding in infancy and long-term behavioural outcomes in childhood: A meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood*, 96, 622–629.
- Hilbert, A. & Tuschen-Caffier, B. (2006). *Eating Disorder Examination*. Münster: Verlag für Psychotherapie.
- Hoyer, J. & Knappe, S. (2012). Psychotherapie braucht strukturierte Diagnostik! *Psychotherapie im Dialog*, 13, 2–5.
- Hoyer, J., Ruhl, U., Scholz, D. & Wittchen, H.-U. (2006). Patients' feedback after computer-assisted diagnostic interviews for mental disorders. *Psychotherapy Research*, 16, 357–363.
- Hoyer, J., Velten, J., Benecke, C., Berking, M., Heinrichs, N., In-Albon, T. et al. (2015). Koordination der Forschung an Hochschulambulanz für Psychotherapie. Status quo und Agenda. *Zeitschrift für Psychologie und Psychotherapie*, 44, 80–87.
- In-Albon, T., Suppiger, A., Schlup, B., Wendler, S., Margraf, J. & Schneider, S. (2008). Validität des Diagnostischen Interviews bei psychischen Störungen (DIPS für DSM-IV-TR). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 37, 33–42. <https://doi.org/10.1026/1616-3443.37.1.33>
- Joiner, T. E., Walker, R. L., Pettit, J. W., Perez, M. & Cukrowicz, K. C. (2005). Evidence-based assessment of depression in adults. *Psychological Assessment*, 17, 267–277. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.17.3.267>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, A. & Walters, E. E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593–602.
- Margraf, J. (1994). *Diagnostisches Kurz-Interview psychischer Störungen (Mini-DIPS)*. Berlin: Springer.
- Margraf, J. & Cwik, J. C. (2017). *Mini-DIPS Open Access: Diagnostisches Kurzinterview bei psychischen Störungen*. Bochum: Ruhr-Universität Bochum, Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit. Verfügbar unter <http://mini-dips.rub.de>
- Margraf, J., Cwik, J. C., Suppiger, A. & Schneider, S. (2017). *DIPS Open Access: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen*. Bochum: Ruhr-Universität Bochum, Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit. Verfügbar unter <http://dips-interviews.rub.de>
- Margraf, J. & Schneider, S. (2016). From neuroleptics to neuroscience and from Pavlov to psychotherapy: More than just the “emperor’s new treatments” for mental illnesses? *EMBO Molecular Medicine*, 8, 1115–1117.
- Margraf, J. & Schneider, S. (2017). Diagnostik psychischer Störungen mit strukturierten Interviews. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rahmenbedingungen psychologischer Therapie* (4. Aufl., Bd. 1, S. 339–362). Berlin: Springer.
- Margraf, J., Schneider, S. & Ehlers, A. (Hrsg.). (1991). *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS)*. Berlin: Springer.
- Margraf, J., Schneider, S. & Ehlers, A. (Hrsg.). (1994). *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS)* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Margraf, J., Schneider, S. & Spörkel, H. (1991). Therapiebezogene Diagnostik: Validität des Diagnostischen Interviews bei psychischen Störungen (DIPS). *Verhaltenstherapie*, 1, 110–119.
- Merten, E. C., Cwik, J. C., Margraf, J. & Schneider, S. (2017). Overdiagnosis of mental disorders in children and adolescents (in developed countries). *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11. <https://doi.org/10.1186/s13034-016-0140-5>
- Meyer, F. & Meyer, T. D. (2009). The misdiagnosis of bipolar disorder as a psychotic disorder: Some of its causes and their influence on therapy. *Journal of Affective Disorders*, 112, 174–183. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.04.022>
- Mokros, A., Hollerbach, P., Nitschke, J., Eher, R. & Habermeyer, E. (2013). Normative data for the psychopathy checklist-revised in German-speaking countries – a meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 40, 1397–1412. <https://doi.org/10.1177/0093854813492519>
- Neuschwander, M., In-Albon, T., Adornetto, C., Roth, B. & Schneider, S. (2013). Interrater-Reliabilität des Diagnostischen Interviews bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS). *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und*

- Psychotherapie*, 41, 319–334. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000247>
- Neuschwander, M., In-Albon, T., Meyer, A. H. & Schneider, S. (2017). Acceptance of a structured diagnostic interview in children, parents, and interviewers. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 26 (3), e1573. <https://doi.org/10.1002/mpr.1573>
- Popp, L., Fuths, S., Seehagen, S., Bolten, M., Hemmi, M. G., Wolke, D. et al. (2016). Inter-rater reliability and acceptance of the structured diagnostic interview for regulatory problems in infancy. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 10. <https://doi.org/10.1186/s13034-016-0107-6>
- Popp, L., Neuschwander, M., Mannstadt, S., In-Albon, T. & Schneider, S. (2017). Parent-child diagnostic agreement on anxiety symptoms with a structured diagnostic interview for mental disorders in children. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00404>
- Rettew, D. C., Lynch, A. D., Achenbach, T. M., Dumenci, L. & Ivanova, M. Y. (2009). Meta-analyses of agreement between diagnoses made from clinical evaluations and standardized diagnostic interviews. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 18, 169–184. <https://doi.org/10.1002/mpr.289>
- Saile, H., Weiland-Heil, K. & Schwenkmezger, P. (2000). Lassen sich in klinischen Erstgesprächen valide Diagnosen stellen? Vergleich von klinischem Erstgespräch, strukturiertem Interview und Symptom-Checkliste. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29, 214–220.
- Schneider, S. (1994). Angstdiagnostik bei Kindern. *Kindheit und Entwicklung*, 3, 108–111.
- Schneider, S. (im Druck). Interventionsforschung im Kindes- und Jugendalter. In S. Schneider & J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Psychologische Therapie bei Indikationen im Kindes- und Jugendalter* (2. Aufl., Bd. 3). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Schneider, S. & Margraf, J. (2006). *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen* (3. Aufl.). Berlin: Springer.
- Schneider, S. & Margraf, J. (2011). *Diagnostisches Interview bei Psychischen Störungen (DIPS für DSM-IV-TR)* (4. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Schneider, S., Margraf, J., Spörkel, H. & Franzen, U. (1992). Therapiebezogene Diagnostik: Reliabilität des Diagnostischen Interviews bei psychischen Störungen (DIPS). *Diagnostica*, 38, 209–227.
- Schneider, S., Pflug, V., In-Albon, T. & Margraf, J. (2017). *Kinder-DIPS Open Access: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Bochum: Ruhr-Universität Bochum, Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit. Verfügbar unter <http://kinder-dips.rub.de>
- Schneider, S., Unnewehr, S. & Margraf, J. (1995). Handbuch zum Kinder-DIPS. In S. Unnewehr, S. Schneider & J. Margraf (Hrsg.), *Kinder-DIPS. Diagnostisches Interview psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Berlin: Springer.
- Schneider, S., Unnewehr, S. & Margraf, J. (Hrsg.). (2008). *Kinder-DIPS für DSM-IV-TR. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Berlin: Springer.
- Schneider, S. & Wolke, D. (2007). *Baby-DIPS: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter*. Bochum: Ruhr-Universität Bochum.
- Sefik, T., Repic, N. & Wolfgang, S. (2013). Traumafolgestörungen bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen. *Psychotherapeut*, 58, 44–45. <https://doi.org/10.1007/s00278-031-0847-y>
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M. & First, M. B. (1990). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Steil, R. & Fücksel, G. (2006). *Interviews zu Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen (IBS-KJ)*. Göttingen: Hogrefe.
- Suppiger, A., In-Albon, T., Hendriksen, S., Hermann, E., Margraf, J. & Schneider, S. (2009). Acceptance of structured diagnostic interviews for mental disorders in clinical practice and research settings. *Behavior Therapy*, 40, 272–279.
- Suppiger, A., In-Albon, T., Herren, C., Bader, K., Schneider, S. & Margraf, J. (2008). Reliabilität des Diagnostischen Interviews bei Psychischen Störungen (DIPS für DSM-IV-TR) unter klinischen Routinebedingungen. *Verhaltenstherapie*, 18, 237–244. <https://doi.org/10.1159/000169699>
- Unnewehr, S., Schneider, S. & Margraf, J. (Hrsg.). (1995). *Kinder-DIPS. Diagnostisches Interview psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Berlin: Springer.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M., Spengler, P., Mombour, W., Hiller, W., Essau, C. A. (1991). Wie zuverlässig ist operationalisierte Diagnostik? Die Test-Retest-Reliabilität des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-III-R. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 20, 136–153.
- Wolke, D. & Gutbrod, T. (2005, Juni). *Der Bindungsaufbau bei sehr Frühgeborenen*. Vortrag beim 4. Augsburger Nachsorgesymposium am 24./25. Juni 2005. Verfügbar unter <http://www.beta-institut.de/files/betalnstitut/downloads/nachsorgesymposium-2005-wolke.pdf>
- Wolkenstein, L., Bruchmüller, K., Schmid, P. & Meyer, T. D. (2011). Misdiagnosing bipolar disorder – do clinicians show heuristic biases? *Journal of Affective Disorders*, 130, 405–412. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.10.036>
- Yule, G. U. (1912). On the methods of measuring association between two attributes. *Journal of the Royal Statistical Society*, 75, 579–642.

Prof. Dr. Jürgen Margraf
Dr. Jan Christopher Cwik
M. Sc. Verena Pflug
Prof. Dr. Silvia Schneider
 Ruhr-Universität Bochum
 Massenbergsstraße 9 – 13
 44799 Bochum
 juergen.margraf@rub.de