Langfassung der evidenz- und konsensbasierten Leitlinie (S3)
AWMF-Registernummer 028-020

Störungen des Sozialverhaltens: Empfehlungen zur Versorgung und Behandlung

Herausgebende AWMF-Fachgesellschaft:
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

Beteiligte Fachgesellschaften und Verbände

BAG Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V.

BKJ Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten e.V.

BKJPP Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V.

BVKJ Verhaltenstherapie im Kindes- und Jugendalter e.V.

BVVP Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten

DGKJ Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.

DGKJP Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

DGPs Deutsche Gesellschaft für Psychologie, Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie

DGSF Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie

DVJJ Deutsche Vereinigung für Jugendgerichte und Jugendgerichtshilfen e.V.

SGKJPP Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

VAKJP Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten

Steuerungsgruppe:
Prof. Dr. Dr. Christina Stadler
Prof. Dr. Tobias Banaschewski
Prof. Dr. Jörg M. Fegert
Prof. Dr. Manfred Döpfner
PD Dr. Anja Görtz-Dorten
Prof. Dr. Paul Plener (ab 2016)

Weitere Beteiligte:
Dr. Marc Allroggen (DGKJP), Dr. Alexander Häge (DGKJP), Dr. Thea Rau (DGKJP), Dr. Filip Caby (DGSF)

Koordinatorin der Leitlinie:
Prof. Dr. Dr. Christina Stadler

I. Einleitung

1. Geltungsbereich und Ziele

1.1. Übersicht

Insgesamt besteht die interdisziplinäre evidenz- und konsensbasierte (S3) Leitlinie „Störungen des Sozialverhaltens“ (SSV) (AWMF-Registernummer 028-020) aus 1) der vorliegenden Langversion, die neben den Empfehlungen auch Kommentare, Sondervoten und die Herleitung der Evidenz beinhaltet, 2) der Kurzfassung, die nur die Empfehlungen beinhaltet, sowie 3) dem Leitlinienreport, in dem das detaillierte methodische Vorgehen zur Erstellung der Leitlinie beschrieben ist.
In der Langfassung sowie in der Kurzfassung finden Sie unter jeder Empfehlung den Grad der Empfehlung (Grade of Recommendation) sowie das finale Abstimmungsergebnis der Mandatsträger der beteiligten Fachgesellschaften. Der Konsensusprozess wurde von Frau Dr. Muche-Borowski von der AWMF moderiert. Ein zweiter Abstimmungsprozess wurde durchgeführt, wenn bei der ersten Lesung Anträge auf Änderung der Empfehlung eingegeben worden waren. Die Graduierung der Empfehlung dieser Leitlinie erfolgt mittels der in Tabelle 1 dargestellten Beschreibung. Zusätzlich zu den Symbolen reflektiert die Formulierung der Empfehlung den jeweiligen Empfehlungsgrad. Weitere Informationen finden Sie im Leitlinienreport.

Tabelle 1: Graduierung von Empfehlungen (nach AWMF, 2012)

Empfehlungsgrad	Symbol	Beschreibung
A	⇑⇑	Starke Empfehlung
B	⇑	Empfehlung
0	⇔	Empfehlung offen
KKP*	--	Gute klinische Praxis*

Anmerkung: Tabelle entsprechend Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) – ständige Kommission Leitlinien, AWMF-Regelwerk „Leitlinien“. 1. Auflage. 2012. Verfügbar unter: http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html. 2012.

KKP*(„Klinischer Konsenspunkt“ bzw. Expertenkonsens): 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 oderangestrebt ist.

1.2. Begründung für die Auswahl des Leitlinienthemas

Es liegt eine Reihe von Längsschnittstudien vor, die darauf hinweisen, dass früh beginnende Störungen des Sozialverhalten (SSV) mit einem ungünstigen Verlauf verbunden sind, schlechtem schulischen und beruflichem Erfolg, sozialer Isolierung und in der Adoleszenz mit Substanzmissbrauch und vermehrtem Kontakt mit dem Strafvollzugssystem oder bei Mädchen frühen Schwangerschaften (Bardone et al., 1998; Pedersen et al., 2011, Kretschmer et al., 2014). Es besteht ein hohes Risiko für die Chronifizierung psychischer, aber auch gesundheitlicher Probleme bis ins Erwachsenenalter. Persönlichkeitsstörungen, insbesondere dissoziale Persönlichkeitsstörung (Black et al., 2015) zählen zu den häufigsten psychischen Folgeerkrankungen (siehe zsf. Tabelle 2). Auch die Metaanalyse von Erskine und Mitarbeitern (2016) bestätigt auf der Basis von 278 eingeschlossenen Studien die negativen Folgeerscheinungen von Störungen des Sozialverhaltens: So ist beispielsweise das Risiko für Kinder und Jugendliche mit einer SSV an einer

weiteren komorbiden Störung wie Depression zu erkranken um mehr als das zweifache erhöht (OR=2.1), für die Entwicklung einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung liegt die OR bei 3.18, für Kriminalität bei OR=3.5 und für eine Teenageschwangerschaft bei OR=3.3. Gravierend ist auch, dass bei Vorliegen einer SSV das Risiko keinen Schulabschluss zu absolvieren, um das 2.7-fache erhöht ist im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen, bei denen keine SSV vorliegt.[1]

Tabelle 2: Folgen beginnender Störungen des Sozialverhaltens (siehe NICE 2013)

Bereich	Folgen im Erwachsenenalter
Antisoziales Verhalten	Höhere Rate an gewalttätigem und nicht gewalttätigem kriminellem Verhalten
Psychiatrische Probleme	Antisoziale Persönlichkeitsstörung, Alkohol- und Drogenmissbrauch, Angststörungen, Depression, körperliche Beschwerden, selbstverletzendes Verhalten und Suizid, mehr stationäre psychiatrische Behandlungen
Schullaufbahn	Schlechtere Schulleistungen, vermehrt Schulabsentismus, Schulabbruch, geringere schulische Qualifikation
Arbeit	Höhere Arbeitslosigkeit, schlechtere Beschäftigungen
Soziale Beziehungen	Soziales Netzwerk gekennzeichnet durch kurzlebige Freundschaften, devianter Freundeskreis
Kinder	Eigene Kinder höheres Risiko, Gewalt zu erfahren, höheres Risiko für SSV, Kinder öfters fremduntergebracht
Somatische Gesundheit	Mehr Gesundheitsprobleme, geringere Lebenserwartung

Störungen des Sozialverhaltens sind in bestimmten Risikogruppen überrepräsentiert, beispielsweise bei Kindern und Jugendlichen mit Gewalterfahrungen oder solchen, die außerfamiliär platziert sind (stationäre Jugendhilfeeinrichtungen, Pflegefamilien). Die Behandlung von Kindern/Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens oder einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens erfordert aus diesen Gründen Empfehlungen auch für diese Risikogruppen und macht darüber hinaus im Besonderen ein interdisziplinäres Zusammenarbeiten der verschiedenen Fachdisziplinen notwendig. Aktuell erhält jedoch nur ein Viertel der Kinder und Jugendlichen im Alter von 7-17 Jahren, die als psychisch auffällig einzustufen sind, eine adäquate diagnostische Abklärung und Behandlung (Hintzpeter et al., 2014). Bisher mangelt es an einem hinreichenden Bewusstsein, dass es sich bei SSV um eine psychische Störung handelt, die eine umfassende Abklärung erfordert, um effektive Behandlungsmaßnahmen ableiten zu können. Die empirische Evidenz zur Identifikation und Diagnostik betroffener Kinder und Jugendlicher sowie zur Wirksamkeit verschiedener psychotherapeutischer und medikamentöser Behandlungsansätze hat

[1] Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird in der gesamten Leitlinie nur die männliche Form verwendet. Es sind stets Personen männlichen und weiblichen Geschlechts gleichermaßen gemeint.

sich in den letzten Jahren bedeutend erweitert. Eine systematische Übersicht liegt jedoch derzeit für den deutschsprachigen Raum nicht vor.

1.3. Zielorientierung der Leitlinie

Die vorliegende Leitlinie verfolgt das Ziel, zentrale Fragen zur Identifikation, Diagnose und Behandlung bzw. Prävention von Störungen des Sozialverhaltens zu beantworten. Darüber hinaus werden Kernfragen hinsichtlich der Organisation, der Bereitstellung und des Zugangs von Maßnahmen für betroffene Kinder oder Jugendliche berücksichtigt. Die formulierten Empfehlungen basieren unter anderem auf den Ergebnissen und Schlussfolgerungen der 2013 veröffentlichten englischen (www.nice.org.uk/guidance/cg158) und holländischen Leitlinien (https://www.nji.nl/nl/Richtlijn-Oppositioneel-opstandige-stoornis-(ODD)-en-gedragsstoornis-(CD)-bij-kinderen-en-jongeren). Darüber hinaus wurden die nach April 2012 veröffentlichten und hinsichtlich der Evidenz als hoch bewerteten neuen Arbeiten zur Diagnostik von SSV und zur Wirksamkeit von Interventionsverfahren bei SSV berücksichtigt. Zudem wurden auch die von NICE nicht eingeschlossenen in deutschen Fachjournalen ab 2000 veröffentlichten Arbeiten zur Wirksamkeit von psycho- und pharmakotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen berücksichtigt.

Die vorliegende Leitlinie soll als Hilfestellung den Umgang mit Patienten und deren Familien sowie den Zugang, die Auswahl und Planung wirksamer Behandlungsstrategien erleichtern. Ihre Verbreitung und Umsetzung soll dazu führen, dass mehr betroffene Kinder und Jugendliche die für sie optimale Diagnostik und Behandlung erhalten. Die Behandlung soll die Symptomatik, die Störungsdauer und das Risiko weiterer damit verbundener Erkrankungen oder Folgerisiken (z.B. Schulabbrüche, Gesundheitsrisiken, Delinquenz) verringern.

1.4. Zielgruppe

Die Leitlinie bezieht sich auf Kinder und Jugendliche und Heranwachsende, die die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllen oder die ein signifikant erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer SSV aufweisen. Ein spezifisch signifikant erhöhtes Risiko zur Entwicklung einer SSV liegt vor, z.B. bei

- Kindern mit subklinisch ausgeprägtem oppositionellem / aggressivem Verhalten
- Kindern mit massiven Misshandlungs-/Gewalterfahrungen, vor allem in der frühen Kindheit
- Kindern und Jugendlichen, die in einem dissozial auffälligen Umfeld leben

Bei Kindern mit erhöhtem Risiko zur Entwicklung verschiedener psychischer Störungen inklusive SSV (z.B. Eltern, die delinquentes oder antisoziales Verhalten zeigen, Eltern mit chronischen Konflikten, sozioökonomisch benachteiligte Familien) ist ein Screening notwendig, ob weitere das spezifische Risiko für SSV erhöhende Faktoren vorliegen (z.B. Bindungsprobleme, affektive Dysregulation, ausgeprägte Impulsivität, kühl-unemotionale Persönlichkeitsmerkmale (fehlende Reue, Schuld, Empathie), geringer Schulerfolg, insuffiziente Erziehungsstrategien auf Seiten der Eltern).

1.5. Versorgungsbereich

Störungen des Sozialverhaltens zählen zu den häufigsten Vorstellungsgründen in kinder- und jugendpsychiatrischen und pädiatrischen Einrichtungen und Kliniken sowie in kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischen Praxen. Zudem ist der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens in Einrichtungen der Jugendhilfe sehr hoch, ebenso in schulischen

Einrichtungen, insbesondere Schulen mit Schwerpunkt Erziehungshilfe oder Berufsbildungswerken. Durch die Inklusion von Kindern und Jugendlichen verschärft sich auch diese Problematik für Regelschulen. Nur ein kleiner Teil betroffener Kinder und Jugendliche bekommt jedoch adäquate diagnostische und therapeutische Versorgung (Hintzpeter et al., 2014). Die Barrieren für die Inanspruchnahme sind vielfältig: Nichterkennen der Diagnose, inadäquate Information der Betroffenen, negative Einstellungen und Vorurteile gegenüber psychischen Störungen und den Möglichkeiten der Behandlung, sozioökonomische Nachteile und familiäre Belastungsfaktoren sowie ein Fehlen von Versorgungsangeboten in schlecht versorgten Regionen bzw. eine mangelnde Vernetzung von Versorgungssystemen.

Da in der Regel eine Vielzahl von Institutionen in die Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens involviert sind, ist eine effektive Koordination erforderlich. Die Leitlinie soll in erster Linie für die Identifikation, Diagnostik, Prävention und Therapie im ambulanten, stationären und teilstationären klinischen Rahmen und der Jugendhilfe gelten, schließt darüber hinaus jedoch den (vor)schulischen Bereich und Empfehlungen für die Gestaltung optimaler Versorgungswege und eines erleichterten Zugangs betroffener Kinder, Jugendlicher und deren Familien mit ein. Dies betrifft im Besonderen Kinder und Jugendliche aus einem sozio-ökonomisch benachteiligten Umfeld, Kinder psychisch kranker Eltern oder Kinder und Jugendliche mit Gewalt- oder Missbrauchserfahrungen, für die möglichst frühzeitig ein Behandlungsbedarf zu überprüfen ist, um dem gegebenen erhöhten Risiko für die Entwicklung von Verhaltensstörungen entgegenzuwirken.

Laut der BELLA-Studie (Wille, Bettge & Ravens-Sieberer, 2008) befinden sich lediglich 27.8% der behandlungsbedürftigen Kindern und Jugendlichen mit einer Störung des Sozialverhaltens in Behandlung. Dies ist bedenklich, wenn man berücksichtigt, dass sich frühes antisoziales Verhalten im Kindesalter wiederholt als prädiktiv für die Persistenz einer Störung des Sozialverhaltens gezeigt hat und sich somit bei ausbleibender effektiver Intervention die Gefahr einer Chronifizierung erhöht (Kazdin, 1997). Gründe für die geringe Inanspruchnahme sind, dass Zugangswege unbekannt oder nicht klar definiert sind, die Hürden zu hoch sind bzw. keine oder zu wenig niederschwellige Angebote vorhanden sind. Viele der Kinder und Jugendlichen, bei denen eine kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung indiziert ist, sind häufig behördlich untergebracht und eine Vernetzung zwischen Jugendhilfeeinrichtungen und Kinder- und Jugendpsychiatrie ist meist nur teilweise umgesetzt. Des Weiteren besteht dringender Forschungsbedarf, die Implementierung evidenzbasierter Interventionen in stationären Jugendhilfeeinrichtungen und deren Wirksamkeit zu überprüfen (James et al., 2013).

1.6. Anwendergruppe

Zur Anwendergruppe der Leitlinie zählen Assistenz- und Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, klinische Psychologen, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, sowie weitere Personen, die professionell an der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens sowie Kindern und Jugendlichen mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens beteiligt sind. Den Patienten, ihren Familien und anderen interessierten Personen soll die Leitlinie zur Information dienen. Die Verbreitung und Umsetzung der S3-Leitlinie soll dazu beitragen, dass mehr betroffene Kinder und Jugendliche die für sie optimale Diagnostik und Behandlung erhalten. Die Behandlung soll die Symptomatik, die Störungsdauer und das Risiko weiterer, damit verbundener Erkrankungen oder Folgerisiken (z.B. Schulabbrüche, Gesundheitsrisiken, Delinquenz) verringern.

2. Störungen des Sozialverhaltens

2.1. Symptomatik und Klassifikation

Die Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens setzt nach ICD-10 (deutsche Übersetzung von Dilling et al. 2011) bzw. MAS (Remschmidt et al. 2001) ein durchgängiges Muster oppositionellen, aggressiven und dissozialen Verhaltens voraus, welches vor dem Hintergrund des Entwicklungsstandes des Kindes und in Bezug zur Altersgruppe deutlich normverletzend und mit einer deutlichen klinischen Beeinträchtigung verbunden ist. In den klinischen-kategorialen Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-5 der APA besteht eine weitgehende Übereinstimmungen hinsichtlich der Anzahl und Art der Verhaltenskriterien (siehe Tabelle 3), jedoch sind Unterschiede bezüglich der Subkategorisierung von Störungen des Sozialverhaltens und der zur Klassifikation notwendigen Dauer der gezeigten Verhaltenssymptomatik gegeben (siehe Abbildung 1).

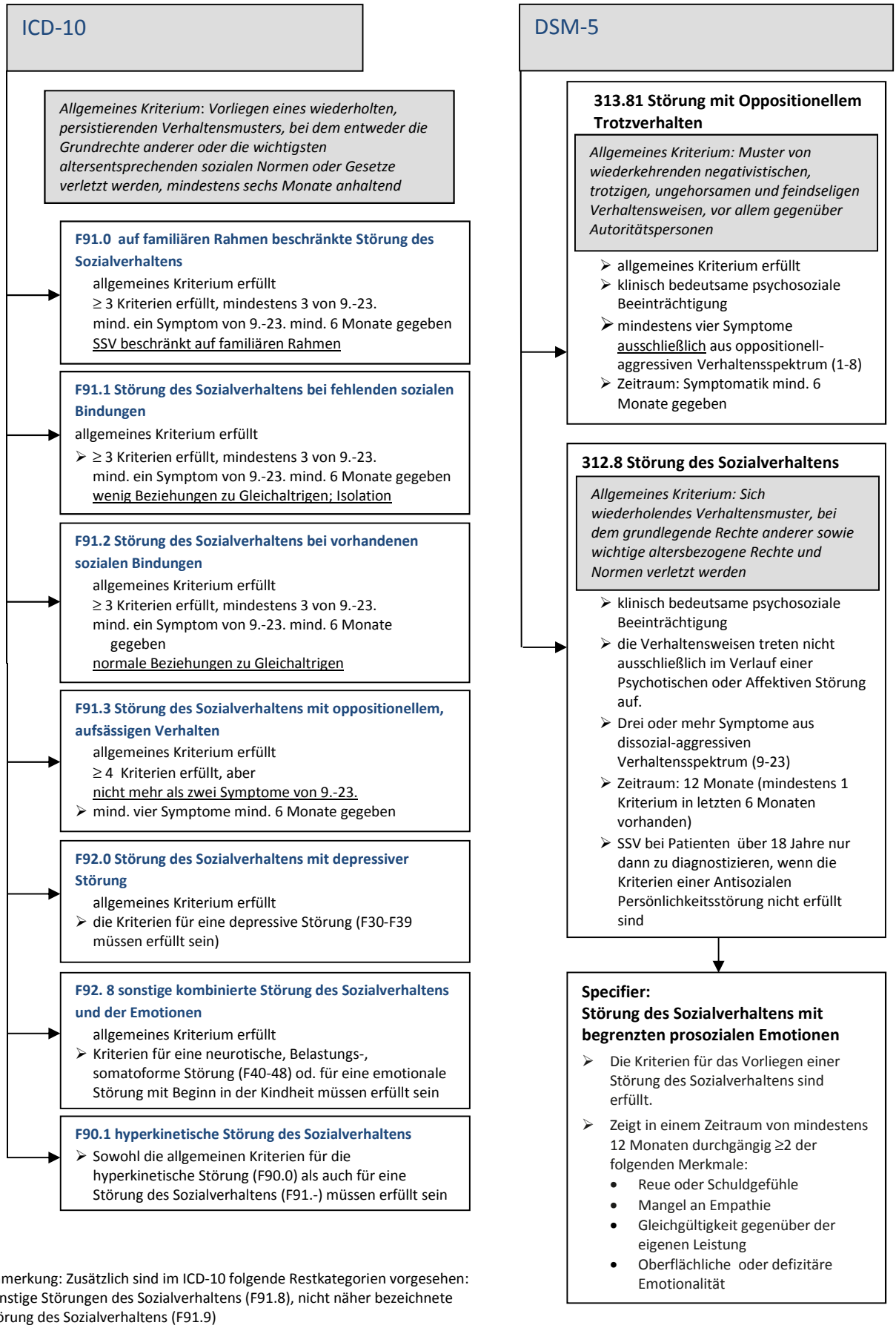
In der ICD-10 werden verschiedene Formen von Störungen des Sozialverhaltens unterschieden, in Abhängigkeit davon, ob die Symptomatik auf den familiären Kontext beschränkt ist oder generalisiert auftritt oder inwieweit das Kind über soziale Bindungen verfügt oder nicht, oder eine primär oppositionelle Verhaltenssymptomatik vorliegt. Zudem sind nach ICD-10 Kombinationsdiagnosen, die gehäuft gemeinsam auftreten, während nach DSM-5 in diesem Fall Mehrfachdiagnosen vergeben werden (siehe Abbildung 1).

Die Kriterien für das Vorliegen einer Störung des Sozialverhaltens sind nach ICD-10 und DSM-5 erfüllt, wenn mindestens drei Symptome aus dem aggressiv-dissozialem Verhaltensbereich während der letzten sechs Monate (ICD-10) bzw. der letzten 12 Monate (DSM-5) vorliegen und mindestens eines der Symptome während der letzten sechs Monate zu beobachten war und die Verhaltensstörung in klinisch bedeutsamer Weise Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsbereichen verursacht. Bei Personen, die 18 Jahre oder älter sind, sind die Kriterien einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung nicht erfüllt.

Tabelle 3: Grundlegende Symptome oppositionell-aggressiven und dissozial-aggressiven Verhaltens nach ICD-10/ DSM-5

Oppositionell-aggressive Verhaltenskriterien	Dissozial-aggressive Verhaltenskriterien
Ärgerliche/gereizte Stimmung 1. *Wird schnell wütend* 2. *Ist häufig reizbar oder lässt sich leicht ärgern* 3. *Ist häufig verärgert und beleidigt* Streitsüchtiges/trotziges Verhalten 4. *Streitet sich häufig mit Erwachsenen* 5. *Widersetzt sich häufig Anweisungen und Regeln von Erwachsenen* 6. *Verärgert andere häufig absichtlich* 7. *Schiebt häufig die Schuld für eigene Fehler auf andere* Rachsucht 8. *Häufig boshaft und nachtragend*	*Symptome liegen in folgenden der 4 Kategorien:* I. Aggressives Verhalten gegenüber Personen und Tieren 9. *bedroht oder schüchtert andere häufig ein* 10. *beginnt häufig Schlägereien* 11. *hat gefährliche Waffen benutzt** 12. *war körperlich grausam zu Menschen** 13. *quält Tiere* 14. *hat in Konfrontation mit dem Opfer gestohlen** 15. *zwang andere zu sexuellen Handlungen** II. Zerstörung von Eigentum 16. *Brandstiftung* 17. *absichtliche Destruktivität gegenüber dem Eigentum anderer** III. Betrug und Diebstahl 18. *Einbruch in Wohnungen, Autos, Gebäude** 19. *Häufiges Lügen* 20. *Diebstahl ohne Konfrontation mit dem Opfer* IV. schwerwiegende Missachtung von Regeln 21. *bleibt über Nacht weg (< 13. Lebensjahr)* 22. *lief mindestens zweimal über Nacht von zu Hause weg* 23. *schwänzt die Schule*

Abbildung 1: Störungen des Sozialverhaltens nach ICD-10 und DSM-IV



Anmerkung: Zusätzlich sind im ICD-10 folgende Restkategorien vorgesehen: Sonstige Störungen des Sozialverhaltens (F91.8), nicht näher bezeichnete Störung des Sozialverhaltens (F91.9)

Besonderheiten in der Klassifikation nach DSM-5

Im Unterschied zur ICD-10 werden im DSM-5 Kinder und Jugendliche, die eine oppositionell-aggressive Verhaltenssymptomatik aufweisen, nicht als eine Unterkategorie von Störungen des Sozialverhaltens kodiert, sondern werden durch die Diagnose 313.81 Störung mit oppositionellem Trotzverhalten getrennt von diesen klassifiziert.

Neu im DSM-5 ist die Diagnose einer disruptiven Affektregulationsstörung, die – gleich der oppositionellen Störung - durch unangemessene, schwere wiederkehrende verbale oder im Verhalten sich äußernde Wutausbrüche gekennzeichnet sind (dreimal pro Woche oder häufiger), aber zudem gleichzeitig durch eine gereizt-ärgerliche Stimmung gekennzeichnet ist. Diese muss zwischen den Ausbrüchen an beinahe jedem Tag über die meiste Zeit des Tages auch von anderen wahrgenommen werden. Die Diagnose einer Störung mit oppositionellem Trotzverhalten wäre in diesem Fall nicht zu kodieren. Allerdings können eine disruptive Affektregulationsstörung und eine Störung des Sozialverhaltens nach DSM-5 parallel diagnostiziert werden.

Subtypen und Specifier: Im DSM-5 wird der Beginn der Verhaltenssymptomatik unterteilt in die Subgruppe der Störungen, die in der Kindheit beginnen und solchen, deren Beginn in der Adoleszenz liegen. Bei der Kodierung Beginn in der Kindheit muss mindestens ein relevantes Kriterium vor dem Alter von 10 Jahren aufgetreten sein.

Specifier: Seit Erscheinen des DSM-5 kann der Teil der Personen mit einer Störung des Sozialverhaltens, für die eine defizitäre interpersonelle und emotionale Funktionstüchtigkeit kennzeichnend sind, durch den Specifier “Störungen des Sozialverhaltens mit limitierten prosozialen Emotionen” kodiert werden. In klinischen Stichproben liegt die Prävalenz bei 21% - 50%, in nicht-klinischen Stichproben zwischen 10% und 32% (siehe zsfs. Herpers et al. 2012). Die Merkmale für dieses Erscheinungsbild wurden in der Forschung als Gefühlskälte oder Emotionslosigkeit (callous unemotional traits) im Sinne einer Persönlichkeitseigenschaft bezeichnet. Andere Persönlichkeitsmerkmale wie Sensationssuche, Furchtlosigkeit und fehlende Bestrafungssensitivität können ebenfalls für dieses klinische Erscheinungsbild kennzeichnend sein. Bei Betroffenen mit den Merkmalen dieses klinischen Erscheinungsbildes kann im Vergleich zu anderen Personen mit einer Störung des Sozialverhaltens die Wahrscheinlichkeit für den Einsatz instrumenteller Aggression zum Erreichen von Zielen erhöht sein. Alle Personen mit einer Störung des Sozialverhaltens, gleich welchen Subtyps und gleich welchen Schweregrades, können Eigenschaften aufweisen, die dem klinischen Erscheinungsbild „Mit Limitierten Prosozialen Emotionen“ (LPE Specifier) entsprechen. Dennoch sind sie insbesondere für früh beginnende Störungen des Sozialverhaltens und eine schwergradige Verhaltenssymptomatik kennzeichnend.

Die Untergruppe Störung des Sozialverhaltens mit limitierten prosozialen Emotionen wird kodiert, wenn in einem Zeitraum von mindestens 12 Monaten sowohl die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllt sind als auch durchgängig zwei oder mehr der folgenden Merkmale erfüllt sind:

- Mangel an Reue oder Schuldgefühlen (*Lack of Remorse or Guilt)*: Fühlt sich nicht schlecht oder schuldig, wenn er oder sie etwas Falsches tut (mit Ausnahme von Situationen, wenn er oder sie entdeckt wurde und Strafe zu erwarten ist).
- Mangel an Empathie (*Callous-Lack of Empathy)*: Missachtet die Gefühle anderer oder zeigt sich den Gefühlen anderer gegenüber gleichgültig.
- Gleichgültigkeit gegenüber der eigenen Leistung (*Unconcerned about Performance):* Zeigt keine Besorgnis bei schlechten Leistungen in der Schule, der Arbeit oder anderen wichtigen Bereichen.

- Oberflächliche oder defizitäre Emotionalität (*Shallow or Deficient Affect):* Drückt keine Gefühle aus oder zeigt anderen gegenüber keine Gefühle, mit Ausnahme von vordergründigen oder oberflächlichen Situationen (z. B. keine Konsistenz zwischen Verhalten und Emotionen, Emotionen können «an- » und «abgeschaltet» werden) oder Emotionen werden eingesetzt, um etwas Bestimmtes zu erreichen (z. B. um zu manipulieren oder andere einzuschüchtern).

Sowohl epidemiologische Studien als auch Längsschnittstudien belegen, dass die Berücksichtigung dieser Persönlichkeitsmerkmale, die eine über die Lebensspanne oft hohe Stabilität aufweisen, auch im Kindes- und Jugendalter den Verlauf und die Prognose von Störungen des Sozialverhaltens maßgeblich negativ beeinflussen können (siehe zusammenfassend Stadler, 2014), jedoch weisen aktuelle Studien darauf hin, dass hinsichtlich der klinischen Aussagekraft des LPE Specifiers noch weitere Forschung notwendig ist (Herpers et al., 2017, Jambroes et al., 2016).

Im DSM-5 als auch in der ICD-10 wird die Schwere der zugrundliegenden Symptomatik kodiert (leicht-, mittel-, schwergradig). Eine schwerwiegende Ausprägung ist dann zu klassifizieren, wenn die Zahl der für die Diagnose erforderlichen Verhaltenskriterien beträchtlich übertroffen sind oder besonders schwerwiegende Symptome zu beobachten sind, beispielsweise erzwungene sexuelle Handlungen, Waffengebrauch oder Raubdelikte. Ist der Schaden, der anderen durch das Verhalten entsteht, eher gering, ist eine leichte Störungsform zu kodieren. Da mit zunehmender Schwere der Symptomatik das Risiko für einen persistierenden Verlauf mit einer höheren Rate von Schulabbrüchen, Drogengebrauch oder Gewalt assoziiert ist (Fergusson et al., 2010), sollte die Schwereeinteilung standardmäßig kodiert werden.

2.2. Epidemiologie und Verlauf

Etwa 15-20% aller Kinder weisen klinisch relevante Erlebens- und Verhaltensprobleme auf, wobei dissoziale Störungen nach Angststörungen am zweithäufigsten sind (Wille et al. 2008). Internationale Studien nennen Prävalenzraten von 1-3% für Mädchen und 2-5% für Jungen (Maughan et al. 2004), wobei die Differenz im Jugendalter abzunehmen scheint (z.B. Esser et al. 1992). Im Jugendalter steigt die Häufigkeit von Gewaltdelikten, Eigentumsdelikten und anderen Formen der Delinquenz stark an und fällt zwischen 18 und 21 Jahren wieder stetig ab.

Inwieweit Störungen des Sozialverhaltens bei Mädchen jedoch tatsächlich später beginnen, bleibt kritisch zu diskutieren, da eventuell bei Mädchen frühe Anzeichen einer Störung des Sozialverhaltens nicht erkannt werden, weil die Klassifikationskriterien vor allem auf das Verhalten von Jungen zugeschnitten sind. Direkte Äußerungsformen aggressiven Verhaltens mit deutlichem Gewaltpotential zeigen sich eher bei Jungen, bei Mädchen sind indirekte und verdeckte Äußerungsformen häufiger. Bei Mädchen wird häufiger eine „beziehungsorientierte Aggressivität“ berichtet, so schaden Mädchen andere häufiger, indem sie ihre sozialen Beziehungen zu beeinträchtigen versuchen (Crick und Dodge 1996; Ostrov und Keating 2004; Card et al. 2008).

Aggressives Verhalten gehört zu den stabilsten Verhaltensweisen: So liegt eine Reihe von Längsschnittstudien vor, die belegen, dass früh beginnende Störungen des Sozialverhaltens (early onset) im Gegensatz zu den spät beginnenden (late onset) mit einem ungünstigen Verlauf verbunden sind in Bezug auf ein höheres Risiko für die Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen, späterer strafrechtlicher Verfolgung und Verurteilung, Inhaftierung oder Drogenmissbrauch (Übersicht bei Odgers et al. 2008). Vorliegende Befunde deuten darauf hin, dass etwa 5% der spät beginnenden Störungen des Sozialverhaltens einen persistierenden Verlauf zeigen und im Erwachsenenalter die Kriterien für eine

dissoziale Persönlichkeitsstörung erfüllt sind, während es bei den früh beginnenden Störungen des Sozialverhaltens 50% sind. Neben den early-startern und den late-startern, die persistierendes aggressives Verhalten zeigen, ist als dritte Gruppe ein auf die Kindheit beschränkter Subtyp (childhood-limited type) zu differenzieren, der trotz frühem Beginn eine günstige Prognose aufweist und durch weniger tiefgreifende Verhaltensschwierigkeiten gekennzeichnet ist. Bei Erwachsenen zeigt sich bei dieser Subgruppe vermehrt eine internal-depressive und ängstliche Symptomatik (Moffitt et al. 2008).

Bei den früh beginnenden Störungen des Sozialverhaltens liegen in der Regel weitaus mehr Risikofaktoren vor, beispielsweise mütterlicher Alkoholkonsum während der Schwangerschaft (Streissguth et al. 2004), perinatale Komplikationen, aber auch familiäre Risikofaktoren, wie ein niedriger sozio-ökonomischer Status und Armut oder psychopathologische Auffälligkeiten auf Seiten der Eltern (Pitzer et al. 2010). Aber auch individuelle kindliche Risikofaktoren, beispielsweise neurokognitive und sprachliche Defizite oder komorbide Störungen, wie umschriebene Entwicklungsstörungen, ADHS und Angststörungen, sind von zentraler Bedeutung für den Verlauf. Die aktuelle Datenlage weist übereinstimmend darauf hin, dass das gemeinsame Auftreten von Störungen des Sozialverhaltens und ADHS die Wahrscheinlichkeit für ein persistierendes aggressives und dissoziales Verhalten bedeutend erhöht: Die longitudinale Studie von Simonoff et al. (2004) konnte zeigen, das 65% der Kinder, bei denen beide Diagnosen gegeben sind, im Erwachsenenalter antisoziales Verhalten zeigen. Anzunehmen ist, dass auch Angststörungen das Risiko für einen chronischen Entwicklungsverlauf beträchtlich erhöhen (siehe zusammenfassend Vloet und Herpertz-Dahlmann 2011).

Sowohl epidemiologische Studien als auch longitudinale Studien weisen darauf hin, dass kühl-unemotionale Persönlichkeitsmerkmale den Verlauf und die Prognose von Störungen des Sozialverhaltens negativ beeinflussen: Eine hohe Ausprägung ist mit einer schwerwiegenderen, insbesondere instrumentell-aggressiven Verhaltenssymptomatik assoziiert (Thornton et al. 2013; Viding et al. 2012), dies scheint nicht nur für Jungen, sondern auch für Mädchen zu gelten (Kroneman et al. 2011).

Es liegt eine Reihe von Längsschnittstudien vor, die belegen, dass früh beginnende Störungen des Sozialverhalten mit einer ungünstigen psychosozialen Entwicklung verbunden sind: Typische Probleme sind neben der aggressiven und dissozialen Verhaltensproblematik im Verlauf Schulabbrüche oder fehlende Integration in eine Gleichaltrigengruppe, die normorientiertes Verhalten zeigt. Nur sehr wenige unauffällige Jugendliche sind mit delinquenten Jugendlichen befreundet, wohingegen über 90% der delinquenten Jugendlichen angeben, auch straffällige Freunde zu haben (Thornberry, 1998; Farrington & Loeber, 2000) mit der Folge, dass sich Jugendliche in ihren ungünstigen Verhaltensweisen häufig negativ verstärken. Neben dem hohen Risiko wesentliche Aufgaben der Entwicklung nicht zu meistern (Schulabschluss, Aufbau eines angemessenen Freundeskreises, etc.) besteht zudem ein hohes Risiko für weitere psychische oder auch somatische Erkrankungen und bei Mädchen eine erhöhte Rate an Teenager-Schwangerschaften (Bardone et al., 1998; Pedersen et al., 2011, Kretschmer et al., 2014).

Die Störung des Sozialverhaltens ist aufgrund der mit der Erkrankung häufig assoziierten ungünstigen Entwicklungsverläufen auch mit erheblichen gesellschaftlichen Folgekosten verbunden: Ewest et al. (2013) konnten zeigen, dass diese Patientengruppe im Krankenkassensystem 3,8 Mal höhere Kosten verursachen als eine parallelisierte Kontrollgruppe.

2.3. Differenzialdiagnose und Komorbidität

Viele Symptome der Störung des Sozialverhaltens können auch bei anderen Störungsbildern vorkommen, die deshalb differentialdiagnostisch abgeklärt werden müssen. Bei ADHS kann, wie bei der Störung des Sozialverhaltens, impulsives, störendes und aggressives Verhalten auftreten, jedoch werden hier keine gesellschaftlichen Normen verletzt. Differentialdiagnostisch sind zudem affektive Störungen und Anpassungsstörungen mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens zu nennen. Eine Anpassungsstörung entsteht immer im Zusammenhang mit einer außergewöhnlichen Belastung zum Beispiel einer einschneidenden Lebensveränderung (Emigration, Flucht, Scheidung der Eltern). Die Diagnose darf nur gestellt werden, wenn die Symptome nicht länger als sechs Monate nach Ende der Belastung bestehen.
Anhaltendes aggressives Verhalten gegenüber einem jüngeren Geschwisterkind wird in der ICD-10 unter der Diagnose „emotionale Störung mit Geschwisterrivalität“ kodiert. Insgesamt ist die Validität dieser Diagnose sehr umstritten und wurde im DSM-5 nicht aufgenommen.
Gut belegt ist, dass sich bei Kindern hinter aggressiven Symptomen auch eine depressive Symptomatik verbergen kann und diese sollte als solche differentialdiagnostisch eingehend abgeklärt werden.
Häufig tritt die Störung des Sozialverhaltens auch begleitend mit zahlreichen weiteren Störungen auf, sowohl aus dem internalisierenden als auch externalisierenden Spektrum. Zu den häufigsten komorbiden Störungen zählen die Aufmerksamkeits-Hyperaktivitäts-Defizitstörung, sowie Sprachentwicklungsstörungen und umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten. Eine weitere häufige Komorbidität stellt der Substanzabusus von verschiedenen psychotropen Substanzen, wie Alkohol, Tabak oder Cannabis dar. Eindeutig belegt ist zudem die hohe Komorbidität mit Angststörungen (Vloet und Herpertz-Dahlmann 2011). Dies gilt insbesondere für diejenigen Störungen des Sozialverhaltens, die primär durch eine reaktive Aggressionssymptomatik gekennzeichnet sind. Die proaktive Aggression, mit kühl-unemotionalen Persönlichkeitseigenschaften, weist dagegen in der Regel eine geringere Prävalenz internalisierende Auffälligkeiten auf.

Häufige diagnostische Schwierigkeiten bestehen zudem bei:

- Aggressiven Handlungen im Rahmen organischer Psychosyndrome, die von Dissozialität begleitet werden (F0)
- Dissozialen Symptomen im Kontext von Substanzmissbrauch (F1) (als Sekundärfolge/ bei Beschaffungskriminalität)
- Bei auf die Familie beschränkter Symptomatik im Rahmen von Zwangshandlungen (F42)
- Bei aggressiven Symptomen im Rahmen manischer Episoden (F30)
- Bei posttraumatischen Belastungsreaktionen oder Anpassungsstörungen (F43.1/F43.2) z. B. nach sexuellem Missbrauch
- Beim Stehlen im Rahmen von Bulimia nervosa (F50.2)
- Bei aggressiven Übergriffen im Rahmen von Impulskontrollstörungen (F63, Borderline-Persönlichkeitsstörungen; F60.3, narzisstischen Persönlichkeitsstörungen)

2.4. Ätiologie

Die Genese von Störungen des Sozialverhaltens kann nur in einem multifaktoriellen Konzept verstanden werden, in dem sowohl psychosoziale als auch neurobiologische Risikofaktoren sowie deren Wechselwirkung berücksichtigt werden. Hinsichtlich der Frage, wie die unterschiedlichen Einflussfaktoren interagieren, ist auf die unterschiedlichen Phänotypen aggressiven Verhaltens Bezug zu nehmen. Reaktive Aggression scheint insbesondere durch erhöhte Sensitivität auf Bedrohung charakterisiert, die mit einer

mangelnden Emotionsregulation verbunden ist. Andrerseits werden Defizite in der Verarbeitung emotionaler Reize als Ursache aggressiven Verhaltens diskutiert, insbesondere bei der Gruppe von Störungen des Sozialverhaltens, bei denen Mitgefühl für das Leid anderer oder Bedauern bezüglich eigener aggressiver Verhaltensweisen kaum ausgeprägt sind. Letztgenannte Auffälligkeiten werden im Erwachsenenbereich häufig mit psychopathischen Eigenschaften und bei Kindern mit fehlenden prosozialen Emotionen und mit Formen instrumenteller Aggression in Zusammenhang gebracht. Den verschiedenen Subtypen aggressiven Verhaltens liegen unterschiedliche ätiopathogenetische Mechanismen zugrunde, die sich hinsichtlich beteiligter psychosozialer, neurobiologischer, aber auch genetischer Risikofaktoren unterscheiden (Blair et al. 2014; Stadler 2018).

2.4.1. Befundlage zu psychosozialen, familiären und individuellen Faktoren

Eine Reihe psychosozialer Risikofaktoren ist für die Entwicklung von Störungen des Sozialverhaltens zu nennen, deren Einfluss umso gravierender ist desto mehr psychosoziale Risikofaktoren kumulieren. Als psychosoziale Faktoren, die mit erhöhtem Risiko für die Entwicklung von Störungen des Sozialverhaltens verbunden sind, zeigten sich neben durch Armut und schlechte Wohn- und Umweltverhältnisse geprägte Lebensbedingungen, vor allem Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen, inadäquate Erziehungspraktiken, gehäufte elterliche Konflikte und Trennungen sowie Kriminalität oder psychische Erkrankungen der Eltern.

Bei einer Nachuntersuchung von Jugendlichen, die als Kinder diesen Risikofaktoren ausgesetzt waren, aber dennoch im Jugendalter keine ausgeprägten externalisierenden Störungen aufwiesen, waren folgende Faktoren von Bedeutung, um den Unterschied zu den Jugendlichen mit dissozialer Entwicklung zu erklären: Die resistenten Jugendlichen waren weniger stark den ungünstigen familiären Verhältnissen ausgesetzt gewesen, hatten einen höheren IQ, positive Persönlichkeits- und Temperamentsfaktoren sowie weniger Kontakt zu delinquenten Gleichaltrigen (Fergusson und Lynskey 1996).

Prä- und perinatale Risikofaktoren: Bereits pränatale Risikofaktoren wie mütterlicher Nikotin- oder Alkoholkonsum oder pränataler mütterlicher Stress, ein sehr geringes Geburtsgewicht oder der Faktor Frühgeburt (vgl. La Prairie et al. 2011) stehen mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung aggressiver Verhaltensstörungen in Zusammenhang, was sicherlich mit auf eine durch die Noxen bedingte beeinträchtigte Entwicklung derjenigen neuronalen Strukturen, die an Emotionserkennung und Emotionsregulation beteiligt sind, zurückzuführen ist (siehe zusammenfassend Stadler, 2012). Vielfach ist dadurch auch die Wahrscheinlichkeit für Aufmerksamkeitsprobleme, erhöhte Impulsivität oder ein schwieriges Temperament erhöht, also Schwierigkeiten, die einer Störung des Sozialverhaltens häufig vorausgehen.

Risikofaktoren auf Seite der Eltern und frühe Bindungserfahrungen: Gerade Eltern von Kindern mit einer Störung des Sozialverhaltens weisen häufig selbst eine Vielzahl von Risikofaktoren auf, die sich auf den Erwerb von effektiven Strategien zur Emotionsregulation und den Aufbau prosozialen Verhaltens ungünstig auswirken kann. Als wesentliche Faktoren sind hier psychische Erkrankungen der Eltern, ein negatives familiäres Klima und damit verbundene frühkindliche ungünstige Bindungserfahrungen zu benennen. Negative Bindungserfahrungen bei Kindern mit Störungen des Sozialverhaltens im Vorschulalter sind durch weniger positive und mehr negative Emotionen wie Ärger und Wut in der Eltern-Kind Interaktion zu beschreiben, sowie durch nicht kongruente und inkonsistente elterliche Reaktionen auf den emotionalen Ausdruck des Kindes. Bei der Regulation kindlicher Gefühle oder Belastungen sind Kinder damit vermehrt

sich selbst überlassen, dies steht somit nicht nur der Entwicklung eines sicheren kindlichen Bindungsstils entgegen, sondern auch der Entwicklung einer effizienten Emotionsregulation, da diese nur in Wechselwirkung mit primären Bezugspersonen möglich ist, die feinfühlig auf die Signale ihrer Kinder reagieren und diese durch Sprache und Verhalten bei der Regulation starker Affekte direkt unterstützen (Stadler und Bolten, 2015).

Eltern spielen auch später eine wesentliche Rolle als Modell bei der Vermittlung von effektiven Strategien der Emotionsregulation. Kinder, die in ihrem Umfeld überwiegend beobachten, dass Bezugspersonen bei Enttäuschung unbeherrscht reagieren oder sich depressiv zurückziehen, werden in der Regel eine geringere Chance haben, angemessene Emotionsregulationsstrategien aufzubauen. Dies gilt im Besonderen für Kinder, die in hoch belasteten Familien aufwachsen oder bei Eltern, die aufgrund einer psychischen Erkrankung selbst wenig effiziente Strategien zur Emotionsregulation aufweisen.

Odgers und Mitarbeiter (2008) konnten in einer prospektiven Studie an mehr als 1000 Kindern zeigen, dass elterliche Psychopathologie, insbesondere Alkoholabusus und antisoziales Verhalten bei den Eltern oder auch den Großeltern, der beste Prädiktor für früh beginnendes und persistierendes aggressives und antisoziales Verhalten ist. Kinder und Jugendliche, die in einem derart belasteten Familienumfeld aufwachsen, weisen eine große Wahrscheinlichkeit auf, selbst Gewalt ausgesetzt zu sein. Zu betonen ist, dass psychosoziale Risikofaktoren häufig kumulieren, sich in ungünstiger Weise verstärken oder sogar das Risiko für eine transgenerationale Weitergabe besteht: Wenn eine psychische Erkrankung bei den Eltern vorliegt oder auch Gewalt im familiären Umfeld, waren häufig bereits Eltern selbst in der Kindheit einer chronischen Belastungssituation (broken-home Situation) ausgesetzt (Laucht et al. 1999). Treffen diese frühen als auch aktuellen Risikofaktoren wie ungünstige sozio-ökonomische Verhältnisse, Migrationsprobleme oder mangelnde familiäre Ressourcen auf ein Kind mit einem schwierigen Temperament, wird sich das besonders ungünstig auf dessen Entwicklung auswirken.

Elterliches Erziehungsverhalten: Inkonsistentes und bestrafendes Erziehungsverhalten, geringe elterliche Kontrolle, verbunden mit mangelnder Wärme und verminderter Aufmerksamkeit für angemessenes kindliches Verhalten zählt zu den am besten gesicherten Risikofaktoren für die Entwicklung von antisozialem Verhalten (Farrington 1995). Die Interaktion zwischen Kindern mit einer Aggressionsproblematik und deren Eltern ist oft auf ungünstige Weise verkettet (Patterson 1982). In einem sich wechselseitig beeinflussenden negativen Teufelskreis stehen unwirksame Aufforderungen an das Kind, massive Androhungen und elterliche Resignation oder aggressive Verhaltensmuster oft in unausweichlicher Abfolge. Ergebnis dieses als „coercive parenting“ bezeichneten Erziehungsstils ist, dass das Kind bzw. der Jugendliche letztlich Vorteile aus seinem aggressiven Verhalten durch positive und negative Verstärkung gewinnt und auf diese Weise die Rate bzw. Intensität aggressiven Verhaltens zunimmt.

Risikofaktoren auf Seite des Kindes/Jugendlichen: Bei Kindern mit Störungen des Sozialverhaltens finden sich Defizite im Bereich exekutiver Funktionen und aufgrund der unterschiedlichen Sensitivität auf Belohnungs- und Bestrafungsreizen, defizitäre respondent und operante Lernmechanismen. Folgen sind mangelnde Fähigkeit zur Verhaltensmodulation, eine erhöhte Perseveration negativen Verhaltens. Ebenso gelten Sprachentwicklungsverzögerungen (Brownlie et al. 2004) als Prädiktor für die Genese externalisierender Verhaltensstörungen, wobei insbesondere Kinder mit einer Störung des Sozialverhaltens mit einer impulsiv-aggressiven Verhaltenssymptomatik verminderte verbale Fähigkeiten aufweisen. Auch sind für diesen Aggressionstyp Auffälligkeiten im Bereich der Informationsverarbeitung typisch. Kinder und Jugendliche mit einer impulsiv-aggressiven Verhaltenssymptomatik tendieren dazu, weniger soziale

Hinweisreize bei der Bewertung einer Situation zu interpretieren und beachten Hinweisreize, auch neutrale, als provozierend und feindselig (Dodge et al. 2013).

In der Adoleszenz gewinnt der Einfluss der Gleichaltrigen an Bedeutung und die Anbindung an delinquente Jugendliche ist ein entscheidender Risikofaktor: Kriminalität, Drogenmissbrauch, aggressives Verhalten innerhalb der Gleichaltrigengruppe können die Entwicklung antisozialen Verhaltens wesentlich beeinflussen. Die Metaanalyse von Anderson und Mitarbeitern (2010) zeigt, dass aggressive Videospiele in eindeutigem Zusammenhang stehen mit erhöhtem aggressiven Verhalten, aggressiven Einstellungen, reduzierter Empathie und prosozialem Verhalten. Häufiger Konsum gewalttätiger Filme oder Computerspiele verfestigt zudem, bei ohnehin schon aggressiven Kindern und Jugendlichen, angelegte aggressive Verhaltensschemata und Reaktionsbereitschaften.

2.4.2. Befundlage zu neurokognitiven und neurobiologischen Faktoren

Eine geringe emotionale Ansprechbarkeit ist kennzeichnend für den Subtyp von Störungen des Sozialverhaltens mit limitierten prosozialen Emotionen. Kinder und Jugendliche, die die Kriterien für diesen Subtyp erfüllen, sind durch einen Mangel an Empathie gekennzeichnet. Jedoch scheint dies in erster Linie die affektive Empathie zu betreffen und weniger die kognitive Empathie (Bons et al., 2013). Dieses neurokognitive Defizit kann sich darin zeigen, dass Emotionen weniger gut erkannt werden und damit auch weniger handlungssteuernd sind. Die geringere Reaktivität auf negative emotionale Reize, beispielsweise auf das im Gesichtsausdruck anderer gezeigte Leid wird auch mit einem Temperamentsmerkmal in Zusammenhang gebracht, das durch Furchtlosigkeit oder geringe Verhaltenshemmung (Kagan, Reznick & Snidman, 1987) beschrieben wurde. In prospektiven Studien (Rothbart et al., 1994) konnte nachgewiesen werden, dass dieser Temperamentsstil mit einer geringen Gewissensbildung einhergeht. Als Grundlage für die moralische Entwicklung und die Internalisierung sozialer Normen wird deshalb eine ausreichend emotionale Ansprechbarkeit verstanden, die sich auch als physiologische Erregbarkeit auf mögliche negative Konsequenzen für Fehlverhalten manifestiert. Das heisst, die üblicherweise ausgelöste physiologische Erregungssteigerung auf die Konsequenzen eines gezeigten Fehlverhaltens (z. B. Zurechtweisung, Schaden, der verursacht wurde) kann bei Kindern mit SSV und kühl-unemotionalen Persönlichkeitseigenschaften reduziert sein. Für sie besteht ein erhöhtes Risiko, dass keine emphatische Reaktion ausgelöst wird und folglich schädigendes Verhaltensweisen nicht gehemmt wird.
Auf der neuronalen Ebene liegt der Verarbeitung emotionaler Reize ein komplexes Netzwerk von Hirnregionen zugrunde, deren zentrale Bestandteile vor allem die Amygdala, der anteriore Inselcortex, der ventral und ventromediale präfrontale Cortex und der anteriore cinguläre Cortex sind. Die Amygdala wird vor allem durch Reize, die Bedrohung signalisieren, aktiviert, spielt aber auch die zentrale Rolle bei der Detektion emotionaler Informationen, beispielsweise der Wahrnehmung von Emotionen. Defizite in der neuronalen Verarbeitung emotionaler Gesichtsausdrücke sind bei erwachsenen Psychopathen als auch bei Kindern mit Störungen des Sozialverhaltens und kühl-unemotionalen Persönlichkeitseigenschaften vielfältig belegt; allerdings gibt es Hinweise dafür, dass die Defizite selektiv sind und insbesondere Defizite in der Erkennung von traurigen und insbesondere ängstlichen Gesichtsausdrücken vorhanden sind (zsfs. Stadler, 2018).

Als neurokognitiver Mechanismus werden neben beeinträchtigen Konditionierungsprozessen auch beeinträchtigte operante Lernmechanismen diskutiert (Blair, 2016). Sowohl eine reduzierte Belohnungssensitivität als auch eine mangelnde Fähigkeit, aus Bestrafung zu lernen konnte bei Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens in einer Vielzahl neuropsychologischer experimenteller

Bedingungen nachgewiesen werden. Die gefundenen Beeinträchtigungen sind mit abweichenden neuronalen Aktivierungsmustern in den Hirnstrukturen assoziiert, die in Antizipation auf Verstärkerbedingungen und bei damit einhergehenden Entscheidungsprozessen üblicherweise aktiviert sind. Eine geringe Belohnungssensitivität, verbunden mit der Erwartung, dass das eigene Verhalten nicht mit positiven Konsequenzen verbunden ist, ist mit einer niedrigeren Frustrationstoleranz, impulsiven Entscheidungen und reaktiver Aggression verbunden. Auch das Defizit, aus negativen Konsequenzen zu lernen (so genanntes passives Vermeidungslernen) und Entscheidungen entsprechend anzupassen, kann neben einer unzureichenden moralischen Entwicklung auch die Wahrscheinlichkeit für reaktive Aggression erhöhen, da die resultierenden unangenehmen kurz-, aber auch langfristigen Konsequenzen nicht vermieden werden können (s. zfsd. Stadler 2018).

Assoziations- als auch molekularbiologische Studien weisen darauf hin, dass genetische Faktoren eine Rolle spielen, jedoch muss sowohl der Einfluss vielfältiger Gen-Gen Interaktionen als auch Gen-Umwelt Interaktionen berücksichtigt werden. Im Hinblick auf die endgültige Ausprägung der Persönlichkeitszüge als auch für die kindliche psychosoziale Anpassung kommt hier elterlichen Erziehungsfaktoren eine wichtige Bedeutung zu (Hawes et al. 2014). Die Studien von Dadds weisen darauf hin, dass Kinder mit kühl-unemotionalen Persönlichkeitseigenschaften bereits frühzeitig dadurch auffallen, dass sie weniger Augenkontakt zu ihren Bezugspersonen zeigen (Dadds et al. 2011). Es wird von den Autoren diskutiert, dass dies den wichtigen interaktionellen Austausch zwischen Kind und Eltern beeinträchtigen kann, der zwingend notwendig ist, um emotionale Kompetenzen und Empathie beim Kind zu fördern. Auch längsschnittliche Studien lassen vermuten, dass ein reziproker Einfluss zwischen genetisch determinierten Persönlichkeitsvariablen und elterlichem Erziehungsverhalten im Sinne einer evokativen Gen-Umwelt Korrelation anzunehmen ist (Viding & Mc Crory 2018). Dies bedeutet, dass Kinder aufgrund ihrer genetischen Ausstattung ein bestimmtes Verhalten in der Umwelt auslösen und damit auch ein bestimmtes Erziehungsverhalten. Des Weiteren liegen auch Hinweise vor, dass nicht nur eine Gruppe mit primär kühl-unemotionalen Persönlichkeitsmerkmalen zu beschreiben ist, sondern auch eine Gruppe mit einer hohen Ausprägung kühl-unemotionaler Eigenschaften und einer hohen Angstsymptomatik. Diese Gruppe scheint eine besondere Risikogruppe darzustellen, da sie durch schwerwiegende kindliche Misshandlungserfahrungen, komorbide Erkrankungen sowie riskante gesundheitsgefährdende Verhaltensweise charakterisierbar sind (Cecil et al., 2017). Im Hinblick auf die endgültige Ausprägung kühl-unemotionaler Persönlichkeitszüge nehmen also elterliche Erziehungsfaktoren eine wichtige Bedeutung ein. Positive Erziehungsstrategien können das genetische Risiko von emotional-kühlen Persönlichkeitseigenschaften abschwächen (Henry et al., 2018).

Auch die viel zitierten Befunde von Caspi (2002), aber auch weitere Studien (Foley et al. 2004; Kim-Cohen et al. 2006) belegen die Wechselwirkung zwischen genetischen Faktoren und Umwelteinflüssen: So ist beispielsweise ein bestimmter genetischer Polymorphismus, der die Monoaminooxidase beeinflusst und zu einer erniedrigten Serotoninkonzentration führt (MAOA-L Variante), nur dann mit erhöhter Aggressivität assoziiert, wenn Kinder schweren Misshandlungserfahrungen ausgesetzt waren. Bei Vorliegen der Genvariante, die mit einer ausreichenden Serotoninverfügbarkeit assoziiert ist, blieben die psychosozialen frühen Belastungsfaktoren jedoch ohne Auswirkung.

Spannend sind in diesem Zusammenhang auch tierexperimentell Studien, die zeigen, dass frühe negative Entwicklungsbedingungen nicht nur eine Kaskade neurobiologischer Veränderungen auslösen, sondern auch mit epigenetischen Veränderungen assoziiert zu sind, also mit Veränderungen in der Aktivität von Genen. Der Einfluss sozialer Erfahrung auf neurobiologische Prozesse wurde erstmalig in so genannten

licking-and-grooming-Experimenten Ende der 90er Jahre untersucht, bei denen mütterliche Fürsorge anhand der Häufigkeit, mit der neugeborene Ratten von der Mutter geleckt, geputzt oder gekrault (grooming) werden, erfasst wurde. Es konnte gezeigt werden, dass eine mangelnde mütterliche Fürsorge, nicht nur erhöhte Gereiztheit der Aggressivität bei den Nachkommen erklärt und eine veränderte endokrinologische Stressreaktivität, sondern auch direkt mit Veränderungen der DNA-Methylierung und der Chromatinstruktur assoziiert ist (Weaver et al. 2005). Die veränderten Methylisierungsmuster sind mit einer reduzierten Genexpression von Glucocorticoidrezeptoren im Hippocampus verbunden, denjenigen Andockstellen, die bei Stress Cortisol binden. Die infolge einer Stressbedingung normalerweise einsetzenden Regulationsprozesse können aus diesem Grunde unzureichend sein, so dass das Gehirn bei Stress mit Cortisol überschwemmt werden kann, mit gravierenden Folgen auf der Verhaltensebene, einschließlich der neurokognitiven Funktionsebene. Erste Belege weisen auch im Humanbereich, jedoch bei jungen Erwachsenen mit einer Vorgeschichte externalisierender Verhaltensstörungen in der Kindheit ebenfalls eine verringerte Methylisierung des Glucocorticoidrezeptorgens nach (Heinrich et al., 2015). Zudem konnte in einer Studie ein Zusammenhang zwischen eigenetischen Veränderungen des Oyxydocinrezeptorgens und neuronalen Korrelaten der Emotionsverarbeitung bei SSV nachgewiesen werden (Aghajani et al., 2018). Die Aussagekraft dieser interessanten Untersuchungen ist aufgrund der kleinen Fallzahlen beschränkt. Dennoch sprechen diese Befunde zusammen mit Untersuchungen aus der tierexperimentellen Forschung dafür, dass Gen x Umwelt Interaktionen sowie epigenetische Veränderungen als die zentralen biologischen Mechanismen anzunehmen sind, die dem Einfluss negativer Umweltfaktoren auf aggressives Verhalten zugrunde liegen.

2.5. Diagnostisches Vorgehen

Zu berücksichtigen ist, dass das Ausmaß aggressiven Verhaltens sowohl alters-, geschlechts- als auch entwicklungsbedingt variiert. Aus diesem Grund erscheint es von Nutzen, die kategoriale Klassifikation nach DSM-5 oder ICD-10 durch dimensionale Untersuchungsverfahren zu ergänzen, die normative Aussagen gestatten. Spezifische Probleme im Hinblick auf die Tendenz zur sozialen Erwünschtheit oder einer gegebenen mangelnden Selbstbeurteilungsfähigkeit müssen bei dieser Patientenstichprobe jedoch Berücksichtigung finden, dies trifft aber in gleicher Weise auf die kategoriale Diagnostik im Rahmen eines psychiatrischen Interviews zu. Letztlich müssen mehrere Informationsquellen zusammengetragen werden, um valide Diagnosen ableiten zu können. Multiple Informationen von Seiten der Eltern, Lehrer oder Erzieher lassen sich mit verschiedenen Fragebogenverfahren bzw. verhaltensdiagnostischen Methoden wie Beobachtungsverfahren, die für verschiedene Lebensbereiche entwickelt wurden, gewinnen (siehe Petermann, Döpfner & Görtz-Dorten 2016). Zudem erscheint eine Differenzierung zwischen impulsiv-reaktiver Aggression und proaktiv-instrumenteller Aggression sinnvoll. Im englischen Sprachraum wurden hier einige interessante Verfahren entwickelt, die eine Trennung dieser Subtypen gewährleisten siehe (Hubbard et al. 2010). Eine Modifikation der englisch-sprachigen Verfahren für den deutschen Sprachraum steht noch aus. Bisher erlaubt die Child Behavior Checklist eine Differenzierung zwischen Aggression und Dissozialität (Achenbach, 1991). Eine Berücksichtigung kühl-unemotionaler Eigenschaften findet sich in der deutschen Version des Youth-Psychopathic-Traits-Inventorys (YPI) von Köhler et al (2010) oder der deutschen Version des Inventory of Callous Unemotional Traits (ICU) von Essau et al. (2006). Die Diagnostik möglicher komorbider Störungen von Störungen des Sozialverhaltens, wie ADHS, umschriebene Entwicklungsstörungen, emotionale Störungen, Alkohol- oder Drogengebrauch, ist unerlässlich, da sie neben der Behandlung der Grundsymptomatik gleichermaßen im Fokus der Behandlungsplanung stehen

müssen. Darüber hinaus ist neben den individuellen kindbezogenen Risikofaktoren eine detaillierte Diagnostik psychosozialer Risikofaktoren, beispielsweise im Rahmen der multi-axialen Klassifikation in der ICD-10 auf der Achse 5, erforderlich. Für Aussagen zum prognostischen Verlauf ist darüber hinaus die Erfassung von Schutzfaktoren und kindlichen Ressourcen von großer Bedeutung. Da viele Risikofaktoren tatsächlich zum Teil nicht veränderbar sind, ist es umso wichtiger, Schutzfaktoren in der therapeutischen Arbeit zu berücksichtigen. Im Mittelpunkt des diagnostischen Vorgehens steht die Entwicklung eines hypothetischen funktionalen Bedingungsmodells (Kanfer et al. 2012), das Aussagen darüber erlaubt, welche Faktoren für die Auslösung und Aufrechterhaltung aggressiven Verhaltens entscheidend sind. Dabei ist im Hinblick auf die Therapieplanung der differenzierten Erfassung der das Verhalten aktuell auslösenden (z.B. Attributionsverzerrungen) und aufrechterhaltenden Faktoren (z.B. Aufmerksamkeit für aggressives Verhalten) ein größerer Stellenwert einzuräumen als Faktoren, die in der individuellen Biografie weit zurückliegen, da sie in der Regel nicht mehr veränderbar sind (z.B. postpartale Depression der Mutter).

Stehen jedoch psychische elterliche Schwierigkeiten mit einer negativen Eltern-Kind Beziehung und aggressivem Verhalten auf Seiten des Kindes in direktem Zusammenhang, ist es hilfreich, den sich verstärkenden negativen Interaktionsprozess im Rahmen einer verhaltensorientierten Diagnostik systematisch zu erfassen.

Auch hinsichtlich aktuell auslösender und aufrechterhaltender Faktoren sollte überprüft werden, inwieweit diese modifizierbar sind. Dies kann beispielsweise die Frage einschließen, inwieweit Eltern tatsächlich Maßnahmen zur Verbesserung einer belasteten Eltern-Kind Interaktion umsetzen können oder sie aufgrund einer eigenen psychischen Erkrankung dazu nicht in der Lage sind und andere, beispielsweise begleitende oder stationäre Jugendhilfemaßnahmen, erforderlich sind.

3. Beschreibung und Definition psychosozialer Behandlungsprogramme für Störungen des Sozialverhaltens

3.1. Psychoedukation

Zu Beginn jeder Behandlung steht die Aufklärung und Beratung der Eltern und des Kindes/ Jugendlichen (Knapp et al. 2012, CERT Guidelines). Die Psychoedukation des Kindes/Jugendlichen sollte entsprechend des kognitiven Entwicklungsstandes durchgeführt werden. Mit Einverständnis der Eltern empfiehlt sich zudem die Einbeziehung des Erziehers, Lehrers oder Ausbilders, wenn im Kindergarten, der Schule oder dem Ausbildungsplatz behandlungsbedürftige Auffälligkeiten bestehen. Psychoedukation umfasst (vgl. auch Petermann, Döpfner & Görtz-Dorten, 2016)

- Informationen hinsichtlich der Symptomatik, der Prävalenz, dem anzunehmenden Verlauf und der vermuteten Ätiologie (insbesondere Faktoren die an der Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptomatik beteiligt sind).
- Aufklärung hinsichtlich vorliegender Risikofaktoren (z.B. Einfluss des Umfeldes und der Gleichaltrigengruppe) und Folgen der aktuellen Symptomatik.
- Altersentsprechende Vermittlung eines Erklärungsmodells, welches auslösende und aufrechterhaltende Faktoren des aktuellen Problemverhaltens aufzeigt, einschließlich der Identifikation von Triggern, die mit Missbrauchs- oder Gewalterfahrungen in Zusammenhang stehen.
- Anleitung zur Erweiterung von Ressourcen im Sinne von Schutzfaktoren,
- Beratung hinsichtlich der Zusammenarbeit mit anderen Fachstellen (Schule, Jugendamt usw.).

- Hinweise auf zusätzliche Informationsquellen (Bücher, Artikel, Websites usw.).
- Aufzeigen kurz- und langfristiger Konsequenzen einer positiven Verhaltensänderung sowie gegebener Behandlungsmöglichkeiten.
- Beratung hinsichtlich kurzfristig entlastender Interventionen, Familienhilfe, Hausaufgabenhilfe, Tagesgruppe, Krisenineterventionen, Anlaufstellen für die Unterstützung in den von der Familie benannten Problembereichen (psychische Erkrankung eines Familienmitglieds, die durch ökonomische Faktoren bedingten familiären Belastungen, etc.).
- Beratung hinsichtlich konkreter Interventionen zur Bewältigung aktueller Problemsituationen.

Psychoedukation ist auch Teil jeder psychotherapeutischen Intervention.

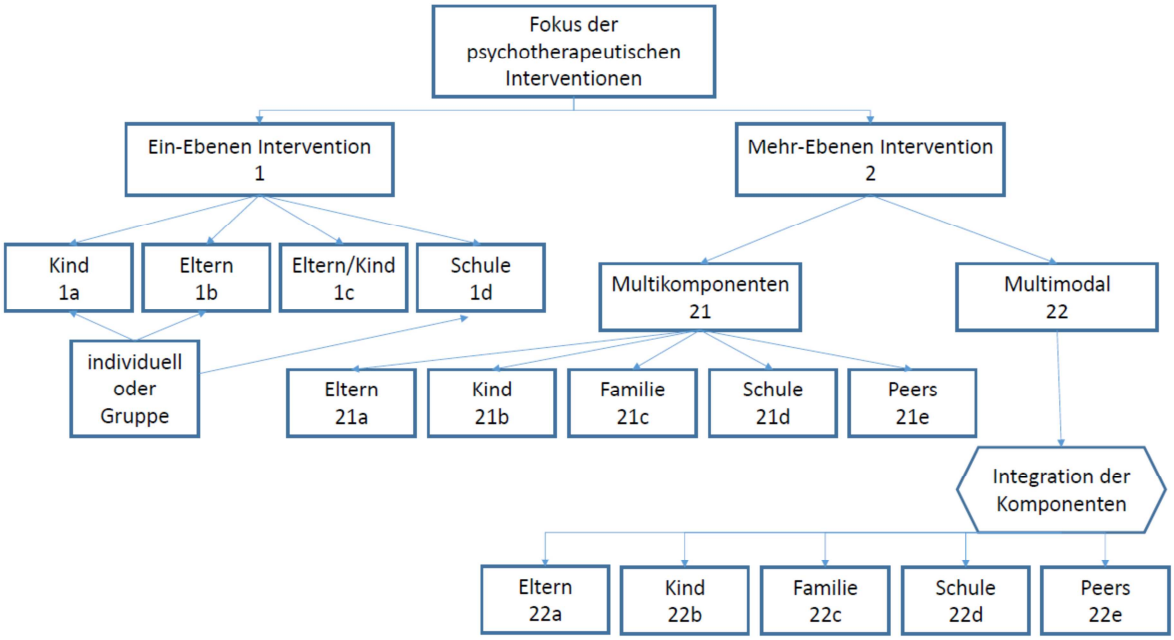
3.2. Überblick: Psychotherapeutische Interventionen

Bei den psychotherapeutischen Indikationen kann je nach dem, wer im Fokus der Therapie steht, zwischen patientenzentrierten, eltern- und familienzentrierten sowie kita- und schulzentrierten sowie gleichaltrigenzentrierten Interventionen unterschieden werden (siehe Abb. 1). Die Interventionen können auch danach unterteilt werden, ob nur eine dieser Ebenen angesprochen wird oder mehrere Ebenen. Von Multikomponenten-Interventionen spricht man, wenn mehrere der genannten Ebenen parallel, d.h. weitgehend unverbunden miteinander durchgeführt werden. Multimodale Interventionen integrieren diese Ebenen aktiv miteinander. Die zur Verfügung stehenden psychotherapeutischen Behandlungsoptionen zielen in erster Linie darauf ab,

- elterliche Erziehungsfertigkeiten, das familiäre Funktionsniveau und Klima zu verändern (elternzentrierte, eltern-patientenzentrierte und familienzentrierte Interventionen),
- interpersonelle, soziale und emotionale Kompetenzen beim Patienten direkt zu verbessern (patientenzentrierte Interventionen),
- das Erziehungsverhalten von Erziehern und Lehrern, sowie Rahmenbedingungen in der Kindertagesstätte oder der Schule zu verändern (kindertagesstätten- / schulzentrierte Interventionen)
- ungünstige Einflüsse von Gleichaltrigen zu reduzieren (gleichaltrigenzentrierte Interventionen).

Vorliegende Interventionsprogramme basieren überwiegend auf Modellen der sozialen Lerntheorie, der kognitiv-behavioralen Therapie, systemischen und psychodynamischen Ansätzen bzw. integrieren unterschiedliche Methoden. Zu unterscheiden sind zudem universelle, selektive und indizierte Therapieansätze, wobei in dieser Leitlinie keine Aussagen zur Wirksamkeit universeller Behandlungsprogramme abgeleitet werden.

Abbildung 2: Einteilung und Definition psychotherapeutischer Interventionsprogramme



3.3. Patientenzentrierte Interventionen

Gut evaluierte patientenzentrierte Interventionen (siehe Abbildung 2, 1a) basieren überwiegend auf behavioralen oder kognitiv-behavioralen Theorien, die in der Regel drei Stadien umfassen (NICE, 2013):

1. Psychoedukation mit dem Ziel, den Zusammenhang zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhalten besser zu verstehen
2. Definition von Zielen und Motivationsförderung
3. Aufbau von neuen Verhaltensstrategien und Einübung dieser mit begleitender Evaluation

Patientenzentrierte Interventionen können sowohl in der Gruppe als auch im Einzelsetting angeboten werden. Das Gruppenformat ermöglicht die direkte Einübung des Verhaltens mit Gleichaltrigen. Das Einzelformat erleichtert die oft notwendige individuelle Anpassung der Interventionen an die spezifischen Bedingungen des Patienten und seines Umfeldes und es erleichtert auch die Integration von Eltern oder andern Bezugspersonen in die Therapie. Patientenzentrierte psychotherapeutische Interventionen sind vor allem bei gleichaltrigenbezogenem, aggressivem Verhalten indiziert und wenn soziale Kompetenzdefizite in der Konfliktlösefähigkeit vorliegen. Patientenzentrierte Interventionen werden im ambulanten oder teilstationären Setting durchgeführt; sie können aber auch im Kindergarten, der Kindertagesstätte oder der Schule durchgeführt werden, dann auch unter Einbeziehung natürlicher Gleichaltriger (z.B. Klassenkameraden).

Häufig werden sie dann jedoch als universelle Präventionsmaßnahmen (z.B. mit der ganzen Klasse) eingesetzt. Es wurde eine Vielzahl kognitiv-behavioraler Programme entwickelt, um generell soziale und emotionale Fertigkeiten von Schülern zu verbessern und problematisches Verhalten zu reduzieren. Nach Clark et al. (2014) liegen für das Grundschulalter und die ersten Jahre der Sekundarstufe mehrere soziale Kompetenzprogramme für das schulische Setting vor, deren Wirksamkeit im Hinblick auf die Reduktion

aggressiven Verhaltens in einer Vielzahl von RCT Studien und Metaanalysen überprüft wurde. Die Ergebnisse weisen auf kleine bis mittlere Effekte hin (Candelaria et al., 2012, Sandler et al., 2014).

Inhaltliche Behandlungselemente

Patientenzentrierte Interventionen sollten die jeweils individuellen störungsauslösenden und -aufrechterhaltenden Bedingungen (z. B. mangelnde sozial-kognitive Problemlösefähigkeit, Affekt- und Impulskontrolle, mangelnde prosoziale Emotionen, soziale Fertigkeitendefizite, positive Verstärkung aggressiven Verhaltens) sowie die individuellen realen sozialen Situationen berücksichtigen, in denen das Problemverhalten auftritt und daraus therapeutische Ansatzpunkte ableiten (siehe II Empfehlung Kapitel 5) (vgl. Petermann, Döpfner & Görtz-Dorten, 2016):

- Psychoedukation
- Wenn Tendenzen zur Fehlwahrnehmung und Fehlinterpretation sozialer Situationen oder eine mangelnde sozial-kognitive Problemlösefähigkeit (bei der Entwicklung und Bewertung von Handlungsalternativen, der Berücksichtigung von Handlungskonsequenzen) identifiziert werden können, dann ist ein Problemlösetraining indiziert. Wenn Störungen in der Affekt- und Impulskontrolle vorliegen, dann ist ein Ärgerkontrolltraining (Impulskontrolltraining) indiziert. Ein Fokus liegt hier auf der Verbesserung der Emotionserkennung und Emotionsregulation und dem Aufbau entsprechender Bewältigungs- und Stressregulationstechniken.
- Wenn sozial inkompetente Verhaltensweisen bei der Aufnahme und Aufrechterhaltung sozialer Kontakte, bei der angemessenen Selbstbehauptung oder bei der Konfliktlösung identifizierbar sind, dann ist ein soziales Kompetenztraining zur Einübung entsprechender kompetenter Verhaltensweisen und adäquater Problemlöse- und Konfliktbewältigungstechniken.
- Wenn aggressives oder dissoziales Verhalten kurzfristig erfolgreich ist und/oder sozial kompetentes Verhalten nicht belohnt wird, dann sind Selbstmanagement-Strategien in Verbindung mit Interventionen in der Familie, der Schule oder der Gleichaltrigengruppe indiziert, die vor allem auf eine Veränderungen der Konsequenzen bei aggressivem Verhalten (negative Konsequenzen) und bei sozial kompetentem Verhalten (positive Konsequenzen) abzielen.
- Wenn aggressives Verhalten durch mangelnde prosozialen Emotionen aufrechterhalten wird, können Interventionen zur Stärkung von Empathie und zur Verdeutlichung der Folgen aggressiven Verhaltens für das Opfer indiziert sein.

Methodische Behandlungselemente

Patientenzentrierte Interventionen sollten folgende Methoden einsetzen (vgl. II Empfehlung Kapitel 5):

- Identifikation und Herausarbeiten von Zielen, an denen der Patient arbeiten will, unter Einsatz entsprechender motivierender Gesprächstechniken.
- Methoden der Modelldarbietung (Bewältigungsmodelle oder Meisterungsmodelle).
- Kognitive Interventionen zur Veränderung von aggressionsauslösenden Denkinhalten als auch von ineffizienten Problemlöseprozessen sowie der Emotionsregulation, die auch Entspannungstechniken und achtsamkeitsbasierte Übungen einbeziehen können.

- Selbstinstruktionen als Transfertechniken zur Förderung der Übertragung von erlernten Problemlöse- und Emotionsregulationsstrategien.
- Rollenspieltechniken (Verhaltensübungen): Graduierte Verhaltensübungen, bei denen zunehmend schwierigere Situationen erarbeitet werden, individualisierte Verhaltensübungen, die auf die spezifischen Erfahrungen des Patienten zugeschnitten sein sollten. Dabei sollten Techniken des Rollentauschs eingesetzt werden, die es dem Patienten erleichtern, sich in die Situation des Interaktionspartners hineinzuversetzen, womit die Rollenübernahmefähigkeit und Empathie des Patienten gefördert werden kann. Im Rahmen des Rollenspiels sollten verschiedene Techniken der Rückmeldung verwendet werden (Selbstbewertung des Patienten, Rückmeldung durch den Therapeuten, Rückmeldung der effektiven Verhaltenselemente als auch der ineffektiven Verhaltenselemente, Vorschläge zur Verbesserung der ineffektiven Verhaltenselemente). Einsatz video-gestützter Methoden kann hierbei empfehlenswert sein.
- Methoden der Verstärkung (Selbstverstärkung, Fremdverstärkung für Aufgabenbewältigung als auch für erwünschtes Sozialverhalten in der Therapiesituation und im realen Umfeld).
- Der Transfer auf das natürliche soziale Umfeld sollte bei allen Interventionen durch entsprechende Generalisierungstechniken unterstützt werden, z. B. durch Selbstbeobachtung und weitere Selbstmanagementmethoden, Übungen im natürlichen Umfeld, positive Verstärkung von Verhaltensänderungen, Einbeziehung von Eltern, Erziehern, Lehrern oder Gleichaltrigen in die Intervention.

3.4. Eltern- und familienzentrierte Interventionen

3.4.1. Elternzentrierte und eltern-kindzentrierte Interventionen

Elternzentrierte (1b) und eltern-kindzentrierte (1c) Interventionen werden in der Regel als Elterntrainings (ET) bezeichnet (NICE: parent-focused intervention). Sie zählen für Kinder mit einer SSV bis zum 12. Lebensjahr zu den am besten evaluierten Behandlungsprogrammen mit guten kurz- und langfristigen Effekten für bis zu zwei Drittel betroffener Familien. Zentrale Ziele sind die Verbesserung der Eltern-Kind Beziehung, die Veränderung des Erziehungsverhaltens der Eltern und dadurch die Reduktion des kindlichen Problemverhaltens. Viele der Trainings richten sich nur an die Eltern bzw. primären Erziehungsverantwortlichen (eltern-zentriert), jedoch existieren auch Interventionen, die Eltern und das Kind gleichermaßen einschließen und Eltern direkt in der Interaktion mit ihrem Kind coachen (eltern-kindzentriert). Elterntrainings basieren auf der sozialen Lerntheorie und sollen Eltern Strategien des Verhaltensmanagements vermitteln und elterliche Erziehungsstrategien verbessern Zudem wurden ETs entwickelt, die im Besonderen die Förderung des Emotionswissens und Emotionsverständnisses auf Seiten des Kindes und der Eltern betonen (z.B. Tuning into Kids). Elterntrainings können im Gruppen- als auch im Einzelsetting durchgeführt werden. Im Einzelsetting können die Inhalte in der Regel spezifischer als die Bedürfnisse der Familie angepasst werden.

Über die Reduktion von aggressivem und oppositionellem Verhalten hinaus, haben Elterntrainings weitere bedeutsame Vorteile: Die absolvierenden Eltern berichten über weniger Stress und weniger strafenden Erziehungspraktiken, so dass durch Elterntrainings auch diejenigen Risikofaktoren, die bei SSV häufig zu beobachten sind (bspw. harsche Erziehung, Misshandlung, Gewalterfahrung) reduziert werden können (Sanders et al., 2008; Prinz et al., 2009; Timmer et al., 2005). Verschiedenen Studien weisen darauf hin, dass Elterntrainings, die neben der Förderung einer positiven Eltern-Kind-Interaktionen auch darauf

abzielen, den Eltern Strategien zu vermitteln, ihren eigenen Ärger zu kontrollieren, vielversprechend (Barlow et al., 2006; Shipman & Taussig, 2009).

Elterntrainings können in unterschiedlichen Settings durchgeführt werden, sowohl im klinischen ambulanten oder stationären Setting aber auch im aufsuchenden Setting oder in gemeindenahen Einrichtungen. ET werden von Psychologen, Ärzten, Psychotherapeuten, aber auch Fachpersonen aus dem sozialpädagogischen oder verwandten Berufsgruppen durchgeführt bzw. werden auch als Selbsthilfe (durch Elternratgeber oder über andere Medien, wie Film, Internet) mit oder ohne unterstützende professionelle Anleitung angeboten.

Elterntrainings beinhalten eine Reihe grundlegender therapeutischer Strategien bzw. Elemente (siehe NICE 2013). Diese wurden im Rahmen eines Delphi Verfahrens von einer Expertengruppe in inhaltliche und methodische Behandlungselemente unterteilt (siehe CERT Guidelines, Knapp et al., 2012).

Inhaltliche Behandlungselemente

- Psychoedukation
- Aufbau und Förderung einer positiven Beziehung: Um sich wechselseitig verstärkende negative (coercive) Eltern-Kind Interaktionsmuster (Patterson et al., 2000) zu reduzieren, ist es grundlegend, positive Erfahrungen sowohl für das Kind als auch die Eltern zu ermöglichen. Eltern sollen konkret durch verschiedene Techniken unterstützt werden, wie sie mit ihrem Kind in konstruktiver nicht feindseliger Weise spielen können oder schöne Zeit verbringen können, wie sie kindliche Bedürfnisse wahrnehmen und angemessen darauf reagieren. Dadurch wird die kindliche Beziehung gestärkt und sowohl Eltern und Kinder fühlen sich in ihrer Beziehung zunehmend sicher.
- Loben und Verstärkung für angemessenes Verhalten: Eltern werden angeleitet, auf positives kindliches Verhalten zu reagieren (durch Lob, Verstärkung) und nicht auf negatives Verhalten. Dadurch wird negatives Verhalten nicht durch Aufmerksamkeit verstärkt.
- Anleitung der Eltern, Familienregeln klar zu formulieren sowie wirkungsvoll Aufforderungen zu geben und Grenzen zu setzen sowie die konsequente Umsetzung von Regeln mit Hilfe von Verhaltensmanagementstrategien: Positive Verstärkung angemessenen Verhaltens durch angeleitete Aufmerksamkeit für erwünschtes kindliches Verhalten, verbale Verstärkung, Einsatz von Token-Systemen (nicht-materielle Verstärker sind materiellen in der Regel vorzuziehen).
- Konsistente und klare negative Konsequenzen für Problemverhalten: Eltern sollen instruiert werden, wie sie auf ausgeprägt oppositionell-aggressives Verhalten in einer ruhigen, nicht-aggressiven Art und Weise reagieren können, beispielsweise durch kurzzeitigen Ausschluss von positiven Bedingungen (time out), dessen Umsetzung in der Regel ausreichend Anleitung benötigt. Bei weniger schwerwiegendem störendem Verhalten kann auch Ignorieren oder der Einsatz von Verstärker-Entzugs Plänen eine wirksame Maßnahme sein.
- Entlastung durch Strukturierung und Stressmanagement. Hier geht es um die (Um)strukturierung von Bedingungen, die im Alltag häufig zu Konflikten führen sowie um Methoden, die es Eltern ermöglichen, eigene Ressourcen zu stärken.
- Anleitung der Eltern, kindliche emotionale Kompetenzen zu fördern durch Unterstützung des Kindes bei der Wahrnehmung und Benennung von Gefühlen bei sich und anderen.

- Unterstützung des Kindes bei einer Kontrolle von emotionalen Impulsen und einem adäquaten Ausdruck von Ärger sowie angemessener Selbstbehauptung und Erwerb von Problemlösefertigkeiten. Vermittlung deeskalierender Kommunikationsstrategien auf Seiten der Eltern.
- Überprüfung und gegebenenfalls Korrektur elterlicher dysfunktionaler Kognitionen / Überzeugungen, wenn diese das Erziehungsverhalten und die Eltern-Kind-Interaktion ungünstig beeinflussen. Eltern werden sensibilisiert, eigene Einstellungen, Emotionen und Verhaltensweisen als mögliche auslösende, verstärkende oder aufrechterhaltende Einflussfaktoren für problematische Eltern-Kind Interaktionen zu erkennen und zu bearbeiten.

Methodische Behandlungselemente

- Psychoedukation: Die Aufklärung und Beratung der Eltern hinsichtlich Symptomatik, Risikofaktoren, Ätiologiemodell, Verlauf, angemessenem Erziehungsverhalten und Behandlungsoptionen steht zu Beginn jeglicher Behandlung. Einsatz von Demonstrationsmaterialien (Literatur, Arbeitsblätter)
- Modelllernen: Therapeut zeigt ein Modellverhalten in vivo oder in geschilderten Fallbeispielen oder anhand von Videobeispielen
- Üben im Rollenspiel oder in vivo: Einüben effektiver Erziehungsstrategien und einer positiven Kommunikation und Interaktion. In vivo kann das auch direkt in der Therapiesituation mit Eltern und Patient erfolgen
- Feedback: Rückmeldung von angemessenem und unangemessenem Interaktionsverhalten entweder verbal oder per Video, Verstärkung von angemessenem Erziehungsverhalten (verbal oder unmittelbares Feedback in der Situation, Videofeedback, Video-modellierung)
- Direkte Anleitung: Besonders im Kleinkind- und Vorschulalter direkte Anleitung der Eltern (in Einzelsitzungen) während der Interaktion mit ihrem Kind, wenn die Eltern-Kind Interaktion als problem-aufrechterhaltender Faktor für die oppositionelle oder aggressive Verhaltens-symptomatik anzusehen ist
- Anpassung der Programminhalte an die individuellen Probleme und Bedürfnisse der Eltern und der Patienten
- Interventionen zur Unterstützung von Verhaltensänderungen im natürlichen Umfeld (Therapieaufgaben)
- Maßnahmen, die eine möglichst regelmäßige Teilnahme gewährleisten oder einen vorzeitigen Abbruch verhindern: telefonische und/oder schriftliche Einladungen, Unterstützung bei notwendiger Kinderbetreuung während des Trainings, Organisation von Transportdiensten
- Kontinuierliche Evaluation der formulierten Therapieziele

In der Metaanalyse von de Vries et al. (2015) wurden insbesondere große Effekte nachgewiesen für die Behandlungselemente verhaltensbezogenes Modelllernen, effizienter Einsatz von Verhaltens-managementstrategien und Aufbau positiver Erziehungsstrategien.

Eltern können Fachleuten gegenüber Zurückhaltung zeigen und Vorbehalte haben, entweder weil sie bezüglich der Verhaltensprobleme ihrer Kinder Gefühle von Schuld oder Scham erleben oder aufgrund der Befürchtung, für eigenes Fehlverhalten im Umgang mit ihren Kindern kritisiert zu werden, aber auch, weil sie glauben, sich schützend vor ihre Kinder stellen zu müssen. Um ein effektive Arbeitsbeziehung zu ermöglichen, sollte Eltern Verständnis für die oft belastende Alltagssituation entgegengebracht werden

(SG). Wenn Eltern oder Sorgeberechtige sich durch zugewiesene Maßnahmen stigmatisiert fühlen, gilt es, mögliche Befürchtungen zu thematisieren.

3.4.2. Familienzentrierte Interventionen und Programme

Familienzentrierte Interventionen schließen neben Eltern und Patient noch weitere Familienmitglieder mit ein und berücksichtigen den Einfluss weiterer familiärer Rahmenbedingungen. Nach NICE werden für Kinder ab dem 12. Lebensjahr keine Empfehlungen zum Einsatz von Elterntrainings formuliert. Dies ist auf die fehlende bzw. unzureichende Datenlage zurückzuführen, hier wird von NICE ein klarer Forschungsbedarf formuliert (siehe Forschungsempfehlungen, Appendix 12, NICE 2013). Hauptsächlich für Jugendliche mit SSV wurden familienzentrierte Interventionen (in NICE: family-based) oder familienfokussierte Interventionen (z.B., Matjasko et al., 2012) entwickelt, wie z. B. die Funktionale Familientherapie (Alexander & Parsons, 1982, FFT) oder weitere systemische (familientherapeutische) Ansätze[2] (siehe von Sydow et al., 2007). In der hier vorgenommenen Einteilung und in Anlehnung an NICE werden diese, wenn sie nicht nur primär auf die Familie ausgerichtet sind, sondern auch andere Lebensbereiche des Kindes oder Jugendlichen einbeziehen, zu den multimodalen Interventionen subsumiert (z. B. die multidimensionale Familientherapie oder die multisystemische Therapie, siehe Kapitel 7, da vorliegende Studien darauf hinweisen, dass die Wirksamkeit davon abhängt, inwieweit vorliegende Programme den Lebenskontext des Kindes/Jugendlichen berücksichtigen (siehe Kapitel 7).

Familientherapeutische Interventionen setzen demgegenüber wie eltern-zentrierte Programme an einer Verbesserung der familiären Beziehungen an und können ebenso das Ziel haben, Eltern in ihrer Elternrolle durch die Umsetzung effektiver Erziehungsstrategien zu stärken und die familiären Kommunikationsmuster (Vermeidung von Beschuldigungen, Verallgemeinerungen, etc.) zu verbessern. Bei der Funktionalen Familientherapie (Alexander & Parsons, 1982, FFT) werden kindliche bzw. jugendliche Symptome als Symptom eines dysfunktionalen familiären Systems verstanden. Vergleichbar zu Elterntrainings liegt der Fokus der Behandlung somit auf den Eltern und dem Kind bzw. Jugendlichen und verfolgt dysfunktionale Eltern-Kind Interaktionen zu vermindern, funktionales Verhalten in der Familie aufzubauen und dysfunktionale familiäre Muster zu reduzieren sowie generell das Familienklima zu verbessern.

3.5. Kita- und schulzentrierte Interventionen

Die Schule ist bei unterschiedlichen Behandlungskonzepten explizit im Behandlungssetting integriert wie bei der multisystemischen Therapie oder der multi-dimensionalen Familientherapie. Es wurden jedoch auch Interventionen (vorwiegend als Gruppenformat) ausschließlich für das schulische Setting entwickelt, die überwiegend als universelle Präventionsprogramme konzipiert sind (siehe Beelmann, Pfost & Schmitt, 2014). Kita- und Schulbezogene Interventionen (1d/22d) können entweder spezifisch, beispielsweise nur auf Lehrer, ausgerichtet sein oder auf Veränderungen abzielen, die das ganze Ökosystem Schule umfassen, um das Klima der Schule gesamtheitlich zu verändern (z. B. Anti-Mobbing Programm von Olweus, 1994).

– [2] Anmerkung: Der Begriff „Familientherapie“, der auch als Synonym für systemische Therapie gebräuchlich ist, wird vermieden, da unter Familientherapie in erster Linie ein psychotherapeutisches Setting verstanden wird, welches auch im Rahmen anderer psychotherapeutischer Verfahren und Methoden realisiert wird.

Kita- und schulzentrierten Interventionen haben zum Ziel, störungsaufrechterhaltende Bedingungen im Kindergarten, in der Kindertagesstätte oder in der Schule zu verändern, um so die oppositionelle, aggressive oder dissoziale Symptomatik in diesen Lebensbereichen zu vermindern (vgl. Petermann, Döpfner & Görtz-Dorten, 2016). Hierzu zählen Änderungen von Rahmenbedingungen (z.B. Gruppenzusammensetzungen, Pausenzeiten), Erzieher- und Lehrertrainings zur Veränderung des Erziehungsverhalten des Kindes, Einbeziehung von Gleichaltrigen (z.B. Streitschlichterprogramme). Interventionen in der Kindertagesstätte oder in der Schule, die auf ein einzelnes Kind oder einen Jugendlichen mit problematischen Verhalten zentriert sind, knüpfen an universell präventiven Maßnahmen an (vgl. Beelmann, Pfost & Schmitt, 2014), die auf der Ebene der Gruppe/Klasse oder des Kindergartens/der Schule ansetzen (z. B. Streitschlichterprogramme, Thematisierung von sozialen Kompetenzen oder Fairness im Unterricht, Erarbeitung von Regeln für die Gruppe oder Klasse).

Die Methodischen Behandlungskomponenten von Erzieher- und Lehrertrainings sind mit denen von Elterntrainings vergleichbar (siehe Kapitel 3). Sie umfassen folgende inhaltliche Behandlungskomponenten (vgl. Petermann, Döpfner & Görtz-Dorten, 2016):

- Unterstützung einer Kooperation zwischen Eltern und Erziehern/Lehrern.
- Überprüfung der Gruppen-/Klassenstruktur, Festlegen von Verhaltensregeln für die ganze Gruppe/Klasse und entsprechende positive Konsequenzen bei Regeleinhaltung sowie negative Konsequenzen bei Regelübertretung.
- Identifikation spezifischer Problemsituationen und Problemverhaltensweisen des Kindes oder Jugendlichen (Zielprobleme) in der Kindertagesstätte/in der Schule und Kontrolle ihres Verlaufs während der Intervention.
- Analyse positiver und negativer Konsequenzen für angemessenes und für auffälliges Verhalten gemeinsam mit dem Erzieher/Lehrer. Häufig fällt es der Bezugsperson schwer, vor allem in der Gruppensituation, konsistent mit positiven bzw. negativen Konsequenzen bei angemessenem bzw. problematischem Verhalten zu reagieren. Mitunter sind die Konsequenzen, die von Gleichaltrigen gesetzt werden (Beifall, erfolgreiches Durchsetzen), wichtiger als die Konsequenzen der Bezugspersonen.
- Wenn negative Erzieher/Lehrer-Kind-Interaktionen dominieren, sollten zunächst Interventionen zur Steigerung der positiven Aufmerksamkeit und Zuwendung der Bezugspersonen zum Kind durchgeführt werden (z. B. regelmäßige kurze positive Rückmeldung nach Ende des Unterrichts; gemeinsames Spiel im Kindergarten).
- Beratung des Pädagogen hinsichtlich allgemeiner Verhaltensregeln für die Gruppe/Klasse als Ganzes, sowie von Möglichkeiten, Aufforderungen wirkungsvoll zu stellen, Grenzen zu setzen und dem Kind eine positive Rückmeldung zu geben, wenn Aufforderungen und Grenzen beachtet werden. Dabei muss der Gruppenkontext beachtet werden. Durch regelmäßige (tägliche) Rückmeldung an die Familie (per Tagesbeurteilung) kann die positive Rückmeldung durch die Familie unterstützt werden.
- Erarbeitung von angemessenen negativen Konsequenzen bei auffälligem Verhalten des Kindes. Diese Konsequenzen sollten eng mit dem Problemverhalten verknüpft sein und sie sollten jedes Mal erfolgen, wenn das Problemverhalten auftritt. Aufgrund rechtlicher Begrenzungen sind die Spielräume jedoch teilweise sehr eng. In diesen Fällen können Token-Systeme oder Verstärker-Entzugs-Systeme eingesetzt werden (s.u.).

- Anwendung von Token-Systemen, um angemessenes Verhalten in spezifischen Situationen im Kindergarten oder in der Schule zu verstärken (z.B. aktive Mitarbeit im Unterricht; keine Wutausbrüche im Kindergarten). Die Eintauschverstärkung kann im Kindergarten/in der Schule (z.B. spezielle Spielzeit oder weniger Hausaufgaben), zu Hause (Tagesbeurteilungen von der Schule) oder beim Therapeuten (z.B. spezielle Spielzeit) erfolgen. Anwendung von Verstärker-Entzugs-Systemen (response cost), um besonders häufiges Problemverhalten (z.B. ständiges Aufstehen im Unterricht, Stören anderer) zu vermindern.
- Anwendung von Auszeit (das Kind muss das Klassenzimmer/den Gruppenraum verlassen) vor allem bei ausgeprägten Formen von oppositionellem Verhalten und wenn andere negative Konsequenzen auf das Problemverhalten nicht hinreichend erfolgreich sind. Das Verlassen des Klassenzimmers/des Gruppenraumes darf von dem Kind oder Jugendlichen aber nicht als belohnend erlebt werden. Die Aufsichtspflicht muss sichergestellt sein. Diese Intervention muss besonders sorgfältig durchgeführt und kontrolliert werden.
- Unterstützung des Kindes/Jugendlichen bei der angemessenen Wahrnehmung einer Konfliktsituation, der Entwicklung von Handlungsalternativen, der Beachtung von Handlungskonsequenzen sowie der Umsetzung von Problemlösungen entweder im Rahmen eines strukturieren Angebotes (Unterricht, soziales Kompetenztraining in der Gruppe), eines Streitschlichterprogrammes oder in der Einzelarbeit mit dem Kind.
- Unterstützung des Kindes/Jugendlichen bei einer angemessenen moralischen Bewertung von eigenem Verhalten und dem anderer.
- Unterstützung des Kindes/Jugendlichen bei einer Kontrolle von emotionalen Impulsen und dem angemessenen Ausdruck von Ärger und angemessener Selbstbehauptung.
- Selbstmanagement-Interventionen (mit Selbstbeobachtung, Selbstbeurteilung und Selbstverstärkung) sollten ab dem Schulalter Bestandteil der Interventionen in der Schule sein.

3.6. Multimodale Interventionen: Reduktion der Symptomatik unter Einbeziehung unterschiedlicher Lebensbereiche

Multimodale Interventionen (22) und Multikomponenten-Interventionen (21) sind auf mehrere Behandlungsebenen ausgerichtet. Während bei multimodalen Ansätzen verschiedene Ebenen aktiv aufeinander abgestimmt sind und Behandlungsziele durch eine konzeptuell vorgesehen gemeinsame Fallführung bzw. Casemanagement Ziele koordiniert werden, stehen in Multikomponenten-Ansätzen verschiedene Behandlungsebenen (patientenzentriert, elternzentriert, schulzentriert) weitgehend unverbunden nebeneinander und einzelne Interventionen sind nicht eng aufeinander abgestimmt.

Multimodal, ambulant/teilstationär (22):

Die Multidimensionale Familientherapie (MDFT) wurde insbesondere für drogenmissbrauchende, delinquente Jugendliche mit multiplen Verhaltensauffälligkeiten und komorbiden psychischen Störungen und ihren Familien entwickelt (H. Liddle, 2002, deutsch: Spohr, Ganter & Bobbink). Sie wurde sowohl im ambulanten als auch stationären Setting im Bereich der Jugenddelinquenz evaluiert. Zentrale Annahme der MDFT ist, dass Problemverhalten i. S. eines multidimensionalen Problemverständnisses nur im Kontext der wirksamen Risiko- und Schutzfaktoren behandelbar ist und alle Lebensbereiche des Jugendlichen einbezogen werden müssen, sowohl seine individuelle Situation, die elterlichen, familiären Voraussetzungen als auch außerfamiliäre Einflussfaktoren, da die MDFT davon ausgeht, dass

Veränderungen auf der individuellen und familiären Ebene oft nicht ausreichen. Zum sozialen System zählen vor allem Gleichaltrige oder relevante außerfamiliäre Erwachsene sowie professionelle Bezugspersonen, wie Mitarbeiter des Jugendhilfesystems, der Schulen sowie der Behörden oder medizinische Dienste. Der Therapeut stellt bei Bedarf Kontakte zu den Institutionen her, vereinbart Termine und begleitet Eltern bzw. Jugendliche zu diesen Terminen. Ziele sind hier bspw. das Finden eines Schul- und Ausbildungsplatzes, Einbindung in konstruktive und prosoziale Freizeitaktivitäten und die damit verbundene Distanzierung von delinquenten oder drogenkonsumierenden Jugendlichen. MDFT integriert dabei die Aufgaben des Casemanagements in den therapeutischen Prozess. Bestehende Kooperationspartner und Unterstützungssysteme werden in die therapeutische Arbeit einbezogen, um miteinander abgestimmte Hilfepläne umsetzen zu können.

Multimodal, aufsuchend (22): Die multisystemische Therapie (Henggeler et al., 2009, MST) ist eine familienfokussierte Behandlung im aufsuchenden Kontext (community-based), die auf mehreren Ebenen ansetzt (22a, b, c, d ,e). Die Interventionen der multisystemischen Therapie wurden mit dem Ziel, schwer zugängliche Familien zu erreichen, entwickelt. Es finden über 3-6 Monate wöchentlich mehrere Besuche in der Familie statt. Zudem wird ein 24-Stunden Bereitschaftssystem gewährleistet, um die Familie im Falle einer Krise unterstützen zu können. MST wurde speziell für die Behandlung von dissozial auffälligen Jugendlichen entwickelt und postuliert, dass aggressives Verhalten durch das Zusammenspiel mehrerer Faktoren zu verstehen ist. Während bei elternbasierten Ansätzen, welche vor allem Kinder zur Zielgruppe haben, die primäre Bezugsperson als primäres Ziel der Änderung betrachtet wird, liegt der Fokus dieses Ansatzes auf der Einbeziehung der primären Bezugsperson als auch der Schule, der Gemeinde oder der Gleichaltrigengruppe. Ziel ist es, die Zugangsbarrieren so weit wie möglich zu reduzieren. Das Ziel der multisystemischen Therapie ist die Mobilisierung aller „Systeme“, um dadurch das antisoziale Verhalten zu reduzieren und positive Reaktionen und Einwirkungen des sozialen Umfeldes auf das Verhalten des Patienten zu ermöglichen. Die therapeutische Arbeit schließt eine verhaltensorientierte Analyse des Problemverhaltens mit der Familie ein. Da die Gründe für Verhaltensstörungen unterschiedlich sein können, variieren die Ziele der Therapie von Familie zu Familie. Während bei einer Familie der Fokus auf das Management der Peer-Beziehungen und der Schule liegen kann, kann bei einer anderen Familie der Fokus auf der Reduktion elterlicher Konflikte liegen. In der Regel wird immer einer Stärkung positiver elterlicher Erziehungsstrategien, bspw. der elterlicher Aufsicht und Kontrolle angestrebt. Die Interventionen, welche mit der Familie und anderen Schlüsselpersonen besprochen werden, sind komplex, vielfältig und zeitlich begrenzt. Entscheidend ist dabei, dass sie hoch individualisiert und an die Bedürfnisse des Jugendlichen und der Familie angepasst sind. Der Therapeut sucht nach Möglichkeiten, ein funktionstüchtiges Netz (zur primären Bezugsperson, deren sozialer Unterstützung und der Schule) zu entwickeln, um auf diese Weise positive Veränderungen anzuregen. Es wäre zum Beispiel möglich, dass der Jugendliche ermutigt wird, an neuen prosozialen Aktivitäten teilzunehmen. Die vermittelnde Aufgabe des multisystemischen Therapeuten könnte hier sein, die primäre Bezugsperson helfen zu überlegen, ob solche Aktivitäten eine Veränderung des Verhaltens des Jugendlichen bewirken könnte und wie der Jugendliche motiviert werden könnte, das Angebot auch wirklich umzusetzen.

Eine Alternative zu MST ist die temporäre Unterbringung eines Kindes/Jugendlichen in einer Familie mit ausreichenden Ressourcen, sodass die Bedürfnisse des Jugendlichen erfüllt werden können, um so eine Veränderung zu bewirken. Zeitgleich wird mit Blick auf die Pflegefamilie mit dem ursprünglichen Familiensystem gearbeitet. Dies sind die Schlüsselelemente der Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC), auch Treatment Foster Care Oregon (TFCO), welches als multimodales Behandlungskonzept

mehrere Behandlungsebenen berücksichtigt (22a,b,c,d,e) und als Pendant zur multisystemischen Therapie betrachtet werden kann, was im deutschen Setting Parallelen zum Pflegefamiliensystem aufweist. Jedoch ist das Behandlungsteam bei der MTFC entsprechend zur MST aus einem multi-professionellen Team unter der Supervision eines erfahrenen Therapeuten zusammengesetzt, das die Pflegefamilie engmaschig betreut. Die Behandlungspläne sind hoch individualisiert und vom klinischen Team und der Pflegefamilie erstellt und koordiniert. MTFC arbeitet ebenfalls mit Familien-, Schul- und Gleichaltrigen- Settings. Das klinische Team bietet eine Auswahl kognitiv-behavioraler Interventionen an, welche spezifisch auf die Probleme des Kindes/Jugendlichen ausgerichtet sind. Das Behandlungsteam hat auf einer 24-Stunden Basis Zugang zu Ressourcen und Unterstützungsdiensten, welche vom klinischen Team gewährleistet werden. Ein entscheidender Unterschied zwischen MTFC und multisystemischer Therapie (abgesehen von den Settings) ist, dass bei MTFC ein professionelles Team bei der Behandlung des Kindes zum Einsatz kommt während bei der multisystemischen Therapie die Behandlung von einem Therapeuten durchgeführt wird (obwohl ein ganzes Team bei der Behandlungsplanung involviert ist).

Insgesamt wird unter einer multimodalen Intensivtherapie ein hochfrequenter Behandlungsansatz verstanden, der etwa 3-5 Sitzungen pro Woche über eine beschränkte Zeitspanne umfassen kann und der dabei folgende therapeutische Strategien umsetzt:

(a) Fokus auf mehrere Lebensbereiche (Familie, Schule, Gleichaltrige, Freizeit) des Patienten,
(b) Fokus auf die Verminderung der die Störung aufrechterhaltenden Faktoren (z.B. fehlende elterliche Aufsicht, Drogenkonsum, Anbindung an delinquente Jugendliche, fehlende schulische Einbindung, geringe Ärgerkontrolle, mangelnde soziale Kompetenzen) sowie Förderung protektiver Faktoren,
(c) Einsatz von behavioralen und kognitiven Strategien,
(d) Überprüfung der manualgetreuen Umsetzung der Intervention,
(e) Interventionen können im aufsuchenden Kontext umgesetzt werden (gilt für MST/MTFC).

3.7. Pharmakotherapeutische Behandlung: Zulassung und off-label Use

Arzneimittel sind zur Anwendung am Menschen bestimmte Zubereitungsformen von Arzneistoffen. Diese stellen Wirkstoffe zur Vorbeugung, Linderung und Heilung von Krankheiten dar (Gerlach et al. 2016). Für die Zulassung sind entweder nationale Behörden, in Deutschland für Arzneimittel das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, BfArM, zuständig, oder bei supranationalen Zulassungsverfahren auf europäischer Ebene die European Medicines Agency, EMA. Die Zulassung erfolgt nach den Kriterien Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit. Dazu werden bei neuen Zulassungen entsprechende Studien gefordert, sogenannten Zulassungsstudien. Ältere Arzneimittel haben jedoch bisweilen ebenfalls eine Zulassung, die aus historischen Gründen fortbesteht. Heutigen Kriterien, incl. der geforderten Zulassungsstudien, würden die damals vorgelegten Daten, die zu der Zulassung historisch geführt haben, nicht unbedingt genügen. In der Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie besteht das Problem, dass - aus unterschiedlichen Gründen - viele Arzneimittel off-label verordnet werden müssen, da ihnen für diesen Altersbereich die Zulassung fehlt (Koelch et al. 2008, Kölch & Plener 2016).

> „Unter "off-label-Use" wird der zulassungsüberschreitende Einsatz eines Arzneimittels verstanden, insbesondere bei der Anwendung eines zugelassenen Arzneimittels außerhalb der von den nationalen oder europäischen Zulassungsbehörden genehmigten Anwendungsgebiete (Definition des G-BA). Um die Substanzen als off-label-Use in der klinischen Praxis einzusetzen, müssen folgende Kriterien erfüllt sein:

- Nachgewiesene Wirksamkeit;
- Günstiges Nutzen-Risikoprofil
- Fehlende Alternativen – Heilversuch

Weiterhin hat der behandelnde Arzt eine besondere Aufklärungspflicht über mögliche Konsequenzen (keine Herstellerhaftung usw.) gegenüber dem Patienten. Eine gemeinsame Entscheidungsfindung ist notwendig. Ein „off-label-Use“ ist dementsprechend nur bei schwerwiegenden Erkrankungen zulässig, wenn es keine Behandlungsalternative gibt. Nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse muss die begründete Aussicht bestehen, dass die Behandlung zu einem Erfolg führt.“

Die Zulassung ist eine Voraussetzung, dass ein Arzneimittel zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnet werden kann. Zusätzlich entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im Rahmen der Nutzenbewertung nach §35a SGB V über die Erstattungsfähigkeit eines Arzneimittels. Für Arzneimittel, die außerhalb Ihres Zulassungsgebietes eingesetzt werden, besteht eine Leistungspflicht für die GKV nur in eng begrenztem Rahmen. Die Kriterien, nach denen eine Erstattungsfähigkeit vorliegen kann, sind auch bei off-label Use eng begrenzt. Sie kommt ausnahmsweise in Betracht, wenn:

1. *es sich um die Behandlung einer schwerwiegenden (lebensbedrohlichen oder die Lebensqualität auf Dauer beeinträchtigenden) Erkrankung handelt, bei der*
2. *keine andere (zugelassene) Therapie zur Verfügung steht und*
3. *wenn aufgrund der Datenlage die begründete Aussicht besteht, dass mit dem betreffenden Präparat ein Behandlungserfolg (kurativ oder palliativ) erzielt werden kann.*

Ein off-label Use kann medizinisch geboten sein, was bereits in einem Urteil vor vielen Jahren Niederschlag fand (vgl. Aciclovir Entscheidung des OLG Köln v. 30 Mai 1990 – VersR 1991, 186). Damals wurde sachlich richtig dargestellt, dass der Zulassungsstatus eines Medikamentes kein hinreichender Anhaltspunkt für Behandlungsentscheidungen eines Arztes sein könne, sondern dass sich dieser am international anerkannten fachlichen Standard zu orientieren habe, da gerade die Zulassungssituation oft Jahre hinter entsprechenden Publikationen herhinke.

Auswirkungen am Beispiel der medikamentösen Behandlung von Impulskontrollstörungen

Eine Zulassung wird heute nur aufgrund der vorliegenden und eingereichten Daten für ein neues Arzneimittel erteilt. Da Zulassungsstudien nur einen begrenzten Zeitraum umfassen, wird die Indikation zum Teil bei Zulassungen auch zeitlich begrenzt, weil nur für diesen Zeitraum Studien vorliegen. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist dafür Risperidon ein Beispiel, dessen Indikation nur die Kurzzeitbehandlung (bis zu 6 Wochen) von langanhaltender Aggression bei Kindern (ab mindestens 5 Jahren) und Jugendlichen mit Verhaltensstörung und bei Intelligenzminderung oder Intelligenz im unteren Normbereich einschließt. Hintergrund ist, dass die entsprechenden Zulassungsstudien nur den Zeitraum von 6 Wochen umfassten, und entsprechende open-label Studien nicht im Rahmen der Zulassung verwendet wurden (Snyder et al. 2002, Croonenberghs et al. 2005). Andererseits besteht in der Kinder- und Jugendpsychiatrie das Problem, dass es sich häufig um chronische, zumindest längerdauernde Störungen handelt. Dies gilt meist auch für Störungen der Impulskontrolle. Kurzdauernde Anwendungen führen hier eher nicht zu einer hinreichenden längerfristigen Verbesserung im Alltag. Mit der PERS-Studie (www.peers-project.com) sollte z.B. genau diese Frage geklärt werden, wie der Effekt von Risperidon längerfristig ist, und wie sich die Symptomatik nach einem Absetzen (bzw. unter Placebo-Bedingungen) ggfs. verändert und

welche Effekte nach Beendigung der Medikation fortbestehen (Glennon et al. 2014). Teile der von der EU geförderten in mehreren Ländern durchgeführten Studie sind aber aufgrund komplizierter Regularien bei AMG-Studien (z.B. strenge Anforderungen an den Hersteller der Prüfmedikation) gescheitert. Dieses Beispiel zeigt, wie kompliziert es sein kann, entsprechende Studien mit minderjährigen Patienten durchzuführen, die dann auch zu einer Zulassung führen. Zudem sind gerade in der Kinder- und Jugendpsychiatrie viele Patienten mit mehr als einer psychischen Störung, also mit komorbiden Störungen, belastet. Zulassungsstudien werden aber meist an monosymptomatischen Patienten und oft ohne Kombinationstherapien durchgeführt. Insofern ist ein Problem von Zulassungsstudien mit monosymptomatischen Patienten, dass diese nur begrenzte Aussagekraft für die klinische Realität haben können. Andererseits bestehen z.B. Zulassungen im Bereich der Antipsychotika, insbesondere bei den „second generation antipsychotics“ (SGA) für Störungsbilder wie bipolare Störungen, bei denen in den entsprechenden Studien in den USA nach europäischer Klassifikation eher Patienten mit schwer ausgeprägtem ADHS und starker Impulskontrollstörung eingeschlossen wurden, die in den USA aber zu dieser Zeit als „childhood bipolar“ klassifiziert wurden (Holtmann et al. 2008, Leibenluft 2011). Hier können trotz anderslautender Indikation Erkenntnisse aus diesen Studien auf Patienten mit Impulskontrollstörung durchaus übertragbar sein.

Die Kriterien, wie weiter oben aufgeführt, die eine Kostenerstattung trotz off-label Use rechtfertigten können am Beispiel einer ausgeprägten Impulskontrollstörung durchaus erfüllt sein. Zwar sind die wenigsten Störungsbilder in der Kinder- und Jugendpsychiatrie direkt lebensbedrohlich, jedoch wird auch im Falle einer schweren Störung des Sozialverhaltens mit entsprechender Impulsivität zu bejahen sein, dass die Lebensqualität auf Dauer beeinträchtigt ist und z.B. wichtige Entwicklungsschritte wie schulische Integration und Erfolg deshalb dauerhaft gestört sein können mit schwerwiegenden Konsequenzen und Beeinträchtigungen für das gesamte weitere Leben. Auch das Kriterium, dass es keine andere zugelassene Therapie im Bereich der Medikation gibt, wird im Einzelfall belegbar sein, bzw. dass andere auch nicht-medikamentöse Therapieverfahren nicht ausreichend symptommindernd sind. Hinsichtlich der Datenlage ist dann zu prüfen, ob ein kurativer Behandlungserfolg damit aussichtsreich ist. Dies ist im Beispiel der hohen Impulsivität im Einzelfall durchaus aufgrund der Datenlage möglich.

Fazit: off-label Use bedeutet keineswegs einen Einsatz eines unsicheren, unsinnigen oder nicht verantwortbaren Arzneimittels. Im Gegenteil, ein Einsatz kann sogar aufgrund des Stands der Wissenschaft geboten sein, obwohl keine Zulassung in Deutschland vorliegt. Der Einsatz eines Arzneimittels im off-label Use ist zu allererst eine rechtliche Frage, die getrennt von einer möglichen medizinischen Sinnhaftigkeit und der Wirksamkeit zu betrachten ist. Ein off-label Use ist von daher immer differenziert zu beurteilen: einmal sind Ärzte verpflichtet den Stand der Wissenschaft zu kennen und ihr Handeln daran auszurichten. Dies kann die Verordnung von Arzneimitteln außerhalb deren Zulassung einschließen. Andererseits kann es dadurch zu sozialrechtlichen Folgen für den verordnenden Arzt oder auch Patienten kommen. Insofern sind auch besondere Aufklärungspflichten im Rahmen eines off-label Use zu beachten. Drittens führt der off-label Use leider dazu, dass hinreichende Daten zu Wirksamkeit, Sicherheit und Verträglichkeit nur unzureichend gesammelt werden, während dies im Rahmen von entsprechenden Pharmakovigilanzsystemen im Rahmen einer Zulassung besser gelingt.

II. Empfehlungen mit Schlüsselfragen und Herleitung der Evidenz

1. EMPFEHLUNGEN ZUR KOMMUNIKATION, MASSNAHMEN ZUR QUALITÄTS-SICHERUNG UND KOORDINATION VON BEHANDLUNGSANGEBOTEN

Schlüsselfragen:

S1: Was fördert die Zusammenarbeit mit Kindern, Jugendlichen, Heranwachsenden mit SSV und deren Sorgeberechtigten?

S2: Sind spezifische sozio-kulturelle und ethnische Aspekte zu berücksichtigen?

S3: Was ist hinsichtlich des Umgangs mit vertraulichen Informationen zu berücksichtigen (Welche Bedingungen rechtfertigen eine Verletzung der Schweigepflicht)?

S4: Welche Maßnahmen sind bei Vorliegen psychosozialer Risikofaktoren umzusetzen?

S5: Was trägt zur Qualitätssicherung des Behandlungsangebots bei? Was garantiert eine hohe Sachkompetenz von Mitarbeitern?

S6: Welche Maßnahmen sind geeignet, den Zugang zu Behandlungsangeboten zu erleichtern und damit den Anteil der Kinder und Jugendlichen, die eine Behandlung beanspruchen, zu erhöhen?

S7: Wie ist die Zusammenarbeit zwischen Fachstellen zu gestalten? Was kann getan werden, um Behandlungsangebote optimal aufeinander abzustimmen und den Behandlungsbedürfnissen betroffener Kinder/Jugendlicher und deren Sorgeberechtigter gerecht zu werden?

S8: Welche Maßnahmen sind geeignet zur Sicherstellung von Versorgungsangeboten bei Behandlungsende und beim Übergang ins Erwachsenenalter?

S1: Empfehlungen zur Zusammenarbeit mit Kindern, Jugendlichen, Heranwachsenden mit SSV und deren Sorgeberechtigten[3]

1.1. Es soll sichergestellt werden, dass Gespräche in einer ungestörten, von Respekt und Wertschätzung gekennzeichneten Atmosphäre stattfinden. Die Tatsache, dass Kinder und Jugendliche mit SSV nicht selten negative Erfahrungen mit bisherigen Bezugspersonen gemacht haben und Erwachsenen häufig misstrauisch und ablehnend gegenüberstehen sollte ebenso berücksichtigt werden wie die damit verbundene Konsequenz, dass der Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung ausreichend Zeit erfordert. Kinder/Jugendliche sollen vorab darüber informiert werden, wie vertrauliche Informationen behandelt werden und unter welchen Bedingungen (unter Beachtung der gesetzlichen Grundlagen) Informationen an die Sorgeberechtigten weitergegeben werden.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%[4]

[3] Im Kapitel allgemeine Behandlungsempfehlungen wurde auf die Nummerierung von Unterkapitel verzichtet.

[4] Qualität der Evidenz bei KKK: Expertenkonsens, ansonsten Kapitel zu Evidenzen zu den Empfehlungen in der Langfassung und in den jeweiligen Evidenztabellen im Anhang des Leitlinienreport III.4

1.2. Um eine positive Beziehung zu den Jugendlichen zu ermöglichen, kann es hilfreich sein, für die sekundären Folgen problematischen Verhaltens Verständnis zu zeigen (Verärgerung über Bestrafung, Auseinandersetzung und Streit mit Eltern, Lehrern). Es sollten keine Vorverurteilungen hinsichtlich aggressiven oder dissozialen Verhaltens geäussert werden. Die Perspektive des Kindes/Jugendlichen sowie der Wunsch nach Autonomie sind zu berücksichtigen und Partizipation in der Behandlungsplanung aufzuzeigen.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%

1.3. Die Rolle des Untersuchers (z.B. beratend, behandelnd versus begutachtend) sollte gegenüber dem Kind/Jugendlichen und beteiligten Sorgeberechtigten offen dargelegt werden.

Empfohlen als gute klinische Praxis KKP, Konsensus: 100%

1.4. Getroffene Behandlungsvereinbarungen sollten im Behandlungsverlauf kontinuierlich überprüft werden, um sie gegebenenfalls entsprechend eingetretenen Veränderungen anpassen zu können.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%

1.5. Initial kann es sinnvoll sein, Eltern und Kind gemeinsam zu befragen, um die Eltern-Kind Interaktion und gegenseitige Kommunikation über das Problemverhalten zu beobachten. Besonders wenn aggressiv-oppositionelle Verhaltensweisen thematisiert werden, kann das Kind/der Jugendliche jedoch das Gefühl entwickeln, auf einer Anklagebank zu sitzen. Ob zunächst mit dem Kind/Jugendlichen oder den Eltern/Sorgeberechtigten oder beiden gemeinsam gesprochen wird, sollte von dem Vorstellungsanlass und der Situation abhängig gemacht werden.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%

1.6. Fachkräfte sollten konstant für ein Kind oder einen Jugendlichen und dessen Familie zuständig sein, um eine hohe Behandlungskontinuität zu ermöglichen. Es sollte vermieden werden, dass unnötigerweise mehrfach die gleichen anamnestischen oder diagnostischen Erhebungen durchgeführt werden.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%

S2: Empfehlungen zu spezifischen sozio-kulturellen und ethnischen Aspekten

1.7. Wenn sich Kinder, Jugendliche oder deren Eltern oder Sorgeberechtigten mit Migrationshintergrund in der deutschen Sprache nicht sicher fühlen, sollte ein qualifizierter Sprach- und Kulturmittler hinzugezogen werden.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%

1.8. Fachkräfte sollten sich darüber bewusst sein, dass die Art und Weise, wie Kinder/Jugendliche oder Eltern/Sorgeberechtigte Probleme und psychische Schwierigkeiten schildern, nicht nur alters- und geschlechtsbedingt variiert, sondern auch in Abhängigkeit des kulturellen, ethnischen oder religiösen Hintergrunds des Patienten. Sowohl bei der Aufklärung über Ursachen der Störung als auch bei der Durchführung von Interventionsmassnahmen ist es hilfreich, sozio-kulturelle und ethnische Faktoren zu berücksichtigen.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%

S3: Empfehlungen zum Umgang mit vertraulichen Informationen

1.9. Wenn Anhaltspunkte für eine mögliche Kindeswohlgefährdung (Misshandlung, mangelnde Fürsorge) vorliegen, soll zum Schutz des Kindes bzw. Jugendlichen eine Beratung über eine insoweit erfahrene Fachkraft und/oder die Einbindung des Jugendamtes erfolgen.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%

1.10. Bei Ankündigung, Drohungen oder Hinweisen hinsichtlich fremd- oder selbstgefährdenden Verhaltens kann eine Weitergabe von Informationen entgegen dem Willen des Kindes/Jugendlichen notwendig sein und die Zusammenarbeit mit anderen Fachstellen erforderlich sein. Bei direkt bevorstehenden schweren Straftaten gibt es teilweise Offenbarungspflichten.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%

S4: Empfehlung bei Vorliegen psychosozialer und umfeldbezogener Risikofaktoren

1.11. Fachpersonen sollten ausreichend informiert sein über lokale und bundesweite Fachstellen (Institutionen für Kinderbetreuung, Erziehungsberatungsstellen, Ehe- und Familienberatungsstellen, Jugendhilfe, Anlaufstellen für Notfälle), um Kindern und Jugendlichen mit einer Störung des Sozialverhaltens, aber auch Eltern oder Sorgeberechtigten bei Vorliegen persönlicher, sozialer oder ökonomischer Schwierigkeiten zusätzliche Unterstützung vermitteln zu können und im Falle von Krisensituationen Maßnahmen umsetzen zu können. Eltern sollten motiviert und unterstützt werden, begleitende Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%

1.12. Liegen psychosoziale Bedingungen vor, die wesentlich zur Aufrechterhaltung der Symptomatik beitragen (z.B. schulische Überforderung, ein beengtes familiäres Umfeld, eine enge Einbindung in eine delinquente Gleichaltrigengruppe), ist es empfehlenswert, die Familie zu unterstützen, bzw. Massnahmen zu ergreifen, um vorliegende Risikofaktoren zu reduzieren.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%

1.13. Bei ausgeprägten psychischen Störungen der Eltern (z.B. depressive Störung, Substanzabhängigkeit) oder bei ausgeprägten Störungen der Partnerschaftsbeziehung der Eltern sollten entsprechende beratende und oder begleitende therapeutische Maßnahmen durchgeführt werden, wenn diese Störungen wesentlich die aggressive oder dissoziale Symptomatik aufrechterhalten.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%

1.14. Sind therapeutische Maßnahmen nicht durchführbar oder nicht hinreichend erfolgreich, dann sollte bei einer erheblichen Teilhabebeeinträchtigung eine Hilfeplanung zur Unterstützung (sozialpädagogische Familienhilfe, Erziehungsbeistandschaft) oder zum Wechsel des familiären Umfeldes (teilstationäre oder stationäre Maßnahme der Jugendhilfe) initiiert werden.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%

S5: Empfehlungen zur Qualitätssicherung/Erhöhung der Sachkompetenz

1.15. Es sollte sichergestellt werden, dass behandelnde Fachkräfte über relevante rechtliche Grundlagen hinsichtlich Schweigepflicht, Fremdunterbringung, Inobhutnahme, Kinderschutz-massnahmen, etc. ausreichend informiert sind.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%

S6: Empfehlungen zum Zugang zu Behandlungsangeboten

1.16. Es sollten niederschwellige, im Lebensumfeld Betroffener verortete (lokale, gemeindenahe), Versorgungsmöglichkeiten (diagnostische Abklärung, Beratung) für Kinder und Jugendliche mit SSV oder einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer SSV sowie deren Eltern bzw. Sorgeberechtigte umgesetzt werden.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%

S7: Empfehlungen zur Zusammenarbeit von Fachstellen und Koordination von Behandlungs-maßnahmen

1.17. Ein übergreifender fachspezifischer Austausch verschiedener Fachstellen und Institutionen (z.B. Schule), die in die Bildung, Behandlung und Versorgung eines Kindes/Jugendlichen involviert sind bzw. bei weiteren pädagogischen oder therapeutischen Maßnahmen involviert sein werden, sollte umgesetzt werden. Ziele sollten aufeinander abgestimmt und fortlaufend überprüft werden.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%

1.18. In komplexen Fallkonstellationen sollte eine verantwortliche Fachkraft bestimmt werden (übergeordnetes Fallmanagement), die das Kind/den Jugendlichen mit SSV bei Bedarf auch langfristig begleitet und Hilfsangebote koordiniert und den Verlauf dokumentiert.

Evidenzstärke: hoch, Empfehlungsgrad: B (Empfehlung), Konsensus: 100%
Hinweise zu Evidenz siehe II. 3.1.

S8: Empfehlungen zur Sicherstellung von Versorgungsangeboten bei Behandlungsende und beim Übergang ins Erwachsenenalter

1.19. In der Arbeit mit Heranwachsenden, bei denen die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens nach wie vor erfüllt sind, sollte berücksichtigt werden, dass häufig Reifungs- und Entwicklungsverzögerungen vorliegen, die eine weitere Umsetzung der Empfehlungen dieser Leitlinie auch über die Volljährigkeit hinaus erforderlich machen.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%

Evidenz zu Allgemeinen Behandlungsempfehlungen

Empfehlungen in diesem Kapitel sind aus qualitativen Reviews und existierenden Leitlinien abgeleitet. Insbesondere die NICE Guidelines, die holländische Leitlinie als auch Empfehlungen der AWMF S1 Leitlinie wurden berücksichtigt, wobei vereinzelt spezifische Anpassungen notwendig waren, da landesspezifisch unterschiedliche rechtliche Grundlagen vorliegen (Z.B. Massnahmen bei Verdacht auf Kindesgefährdung). Für wenige der in Kapitel 1 formulierten Schlüsselfragen liegen empirische Studien vor.

Schlüsselfrage S7: Wie ist die Zusammenarbeit mit Fachstellen zu gestalten? Was kann getan werden, um Behandlungsangebote optimal aufeinander abzustimmen und den Behandlungsbedürfnissen betroffener Kinder/Jugendlicher und deren Sorgeberechtigter gerecht zu werden?

Die Metaanalyse von Suter und Bruns (2009), in der 7 Studien eingeschlossen wurden (Zeitraum 1986-2008) zeigt, dass sich die Umsetzung von so genannten «Hilfeplan-Konferenzen» (Casemanagment) sich positiv auswirkt im Vergleich zu den untersuchten Kontrollgruppen ohne Casemanagement: Mittlere Effekte konnten für die für Outcomevariablen zur Lebenssituation des Jugendlichen (ES=0.44) nachgewiesen werden. Kleine Effektstärken konnten für die Verbesserung der psychischen Symptomatik (ES=0.31), des allgemeinen psychosozialen Funktionsniveaus (ES=0.25), des schulischen Funktionsniveaus (ES=0.27) sowie für das verringerte Auftreten von Delinquenz (ES=0.21) nachgewiesen werden, die mittlere Effektstärke lag bei ES=0.33.

2. EMPFEHLUNGEN ZUR DIAGNOSTIK

Die Kriterien für das Vorliegen einer Störung des Sozialverhaltens sind nach ICD-10 erfüllt, wenn mindestens drei Symptome aus dem 15 Symptome umfassenden aggressiv-dissozialen Verhaltensspektrum (Aggression gegenüber Menschen und Tieren, Zerstören von Eigentum, Betrug und Diebstahl, schwerwiegende Missachtung von Regeln) während der letzten 6 Monate vorliegen und die Verhaltensstörung in klinisch bedeutsamer Weise Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsbereichen verursacht. In der ICD-10 werden unterschiedliche Erscheinungsformen von SSV in der Kategorie F91 verschlüsselt (auf familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens, Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen, Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen, Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigen Verhalten). Zusätzlich besteht die Möglichkeit, häufig vorliegende Begleiterkrankungen gemeinsam in Form von Kombinationsdiagnosen zu klassifizieren (Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung, sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen, hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens).

Im Unterschied zur ICD-10 werden im DSM-5 Kinder und Jugendliche, die eine oppositionell-aggressive Verhaltenssymptomatik aufweisen, nicht als eine Unterkategorie von Störungen des Sozialverhaltens kodiert, sondern werden durch die Diagnose Störung mit oppositionellem Trotzverhalten („oppositional defiant disorder“) getrennt von Störungen des Sozialverhaltens klassifiziert. Zudem berücksichtigt das DSM-5 den Specifier „conduct disorder wirh limited prosocial emotions“. Der Specifier wird diagnostiziert, wenn in einem Zeitraum von mindestens 12 Monaten sowohl die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllt sind und ein Mangel an Reue oder Schuldgefühlen, Empathie oder Gleichgültigkeit gegenüber der eigenen Leistung, Oberflächliche oder defizitäre Emotionalität vorliegt.

Dieses Kapitel umfasst Empfehlungen zur ersten Abklärung bei Verdacht auf eine SSV (Screening) und einer ausführlichen Diagnostik. Empfehlungen zum Screening sind auch bei Kindern und Jugendlichen mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer SSV indiziert (siehe Langfassung, Kapitel I.2.1)

Die in Kapitel 2 aufgeführten Empfehlungen beruhen auf einem Expertenkonsensus, da zum diagnostischen vorgehen keine Evidenz vorliegt

Schlüsselfragen:

S1: Was sind effektive Methoden, die bei Verdacht auf Vorliegen einer SSV durchgeführt werden sollten?

S2: Wann sollte eine ausführliche Abklärung angeordnet/empfohlen werden?

S3: Welche Bereiche sind in einem ausführlichen diagnostischen Prozess zu berücksichtigen und wie ist ein effektiver diagnostischer Prozess zu beschreiben? Folgende Aspekte werden für die Bearbeitung dieser Frage als relevant erachtet:

- Art und Inhalt der diagnostischen Untersuchung und der Beobachtung
- Formale diagnostische Methoden/psychologische Testverfahren zur Erfassung der wesentlichen Kriterien von SSV
- Erfassung von Risikofaktoren
- Erfassung von Bedürfnissen
- Umfeld, in welcher Erfassung durchgeführt wird

2.1. Erste Abklärung von Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf eine Störung des Sozialverhaltens

2.1.1. Wenn Eltern oder Betreuer des Kindes oder Jugendlichen oder Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen, der Jugendhilfe oder der Schule Hinweise auf ein überdauerndes oppositionelles, aggressives oder dissoziales Verhalten geben, dann soll eine Abklärung des Verdachts auf eine Störung des Sozialverhaltens erfolgen.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100 %

2.1.2. Das Vorliegen einer Störung der neuronalen und kognitiven Entwicklung (z.B. Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung, Autismus) oder einer Bindungsstörung, soll kein Hindernis für eine diagnostische Abklärung sein.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%

2.1.3. Für die erste Beurteilung eines Kindes oder Jugendlichen mit Verdacht auf eine Störung des Sozialverhaltens können störungsübergreifende Fragebogenverfahren (im Eltern-, Pädagogen-, Selbsturteil) hilfreich sein. (Siehe verfügbare deutschsprachige Verfahren im Anhang III.1)

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%

2.1.4. Wenn Hinweise auf eine Störung des Sozialverhaltens (oder häufig existierende komorbide Störungen z.B. ADHS, PTBS, Substanzmissbrauch, Depression, Angststörung, umschriebene Entwicklungsstörungen, Autismus, Bindungsstörung) identifiziert werden können, sollte eine ausführliche Abklärung bei einem Spezialisten für die Diagnostik psychischer Störungen bei Kindern / Jugendlichen erfolgen (z.B. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie).

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%

2.2. Ausführliche diagnostische Untersuchung

2.2.1. Bei einer ausführlichen diagnostischen Untersuchung der vorliegenden Symptomatik und störungsspezifischen Entwicklungsgeschichte sollen folgende Aspekte exploriert werden:

Symptomatik

- Symptome einer SSV nach ICD-10 und Untergruppen
- Störungsbeginn, Verlauf sowie Schweregrad der Symptomatik
- aktuelle Bedingungen in der Familie, der Schule oder der Gleichaltrigengruppe, welche aggressives Verhalten auslösen oder aufrechterhalten
- Persönlichkeitsfaktoren und psychopathologische Auffälligkeiten, die mit einer SSV in enger Beziehung stehen, z.B. aggressive Phantasien, affektive Dysregulation und Impulsivität, mangelnde Problemlösekompetenzen, mangelnde soziale Fertigkeiten, mangelnde prosoziale Emotionen (bzw. Hinweise auf mangelnde Gewissensstrukturen, Reue, Empathiefähigkeit)
- aktuelle Funktionsbeeinträchtigungen in der Familie, dem Kindergarten, der Schule, der Ausbildung, der Tagesbetreuung und der Gleichaltrigengruppe (z. B. Ausschluss des Kindes aus einer ausserfamiliären Betreuung aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten)

Komorbidität

- frühere und aktuelle komorbide psychische Störungen, einschliesslich Sinnesstörungen,
- umschriebene Entwicklungsstörungen, Lernbehinderungen oder geistige Behinderung,
- andere psychische Störungen (z.B. ADHS, Depression, PTBS, Angststörungen oder Persönlichkeitsstörungen), Substanzmissbrauch, frühere und aktuelle körperliche Erkrankungen

Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte des Kindes

- **Schwangerschafts- und Geburtsanamnese** (einschliesslich der Frage, ob Medikamenteneinnahme, Nikotin- , Alkohol-, oder Drogenkonsum während der Schwangerschaft bestand oder psychosoziale/psychologische Belastungsfaktoren vorlagen)
- **Frühkindliche Betreuungssituation und -qualität:** Häufiger Wechsel in der Betreuungssituation, alleinerziehender Elternteil, Adoption, Unterbringung in Pflegefamilien oder Heimen, Umgang mit Regulationsstörungen oder ungünstigen kindlichen Temperamentsmerkmale im Säuglings- und Kleinkindalter und daraus resultierenden Belastungen für die Bezugspersonen
- **Meilensteine der Entwicklung:** Sprachliche, emotionale, motorische und kognitive Entwicklung
- **Entwicklung im Kindergarten und der Schule/Ausbildung**: Art der Verhaltensauffälligkeiten Schulleistungsdefizite, Schulwechsel aufgrund schulischer oder verhaltensbezogener Schwierigkeiten, schulische Motivation, Schul-/Ausbildungsabsenzen
- **Sexuelle Entwicklung und Beziehungen zu Gleichaltrigen**
- **Freizeitverhalten:** Häufigkeit von Internet- und Computerspielen, insbesondere von gewaltbezogenen Spielen
- **Selbstbild des Kindes/ Jugendlichen**: Relative Stärken, Kompetenzen, Interessen und positive Eigenschaften

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%

2.2.2. Eine ausführliche Anamnese von belastenden Lebensereignissen sollte durchgeführt werden, da Kinder und Jugendliche mit einer Störung des Sozialverhaltens oft nicht selbständig von negativen Erfahrungen in ihrem familiären Umfeld und ihrer Peergruppe berichten. Im Rahmen einer Exploration bezüglich Vernachlässigung, körperlicher Misshandlung, sexuellem Missbrauch oder Gewalt- und Mobbingerfahrungen ist insbesondere abzuklären, inwiefern traumaassoziierte Erinnerungen Auslöser für aggressives Verhalten oder Vermeidungsverhalten sein könnten. Gegebenenfalls ist die Indikation für eine spezifische Behandlung einer PTBS zu prüfen (Siehe AWMF Leitlinie zur PTBS).

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%

2.2.3. Die ausführliche diagnostische Untersuchung soll eine Familien-/ Umfeldanamnese einschließen, bei der folgende Aspekte exploriert und familiäre Risikofaktoren abgeklärt werden sollen:

- Aktuelle Lebenssituation/Wohnumfeld, Familiensystem, erweiterte Bezugspersonen, Halbgeschwister, Stiefgeschwister
- Sozio-ökonomische Bedingungen, aktuelle Belastungsfaktoren und Ressourcen in der Familie
- Psychosoziale Risikofaktoren: chronische Disharmonie der Eltern, mütterliche/väterliche Isolation, sozio-ökonomische Belastungsfaktoren und andere aktuelle Belastungsfaktoren und Stressbelastung der Eltern, psychische Erkrankungen der Eltern, Straffälligkeit der Eltern
- Positive und negative Beziehungen zwischen Erwachsenen in der Familie des Kindes oder Jugendlichen, einschliesslich häuslicher Gewalt
- Günstiger und ungünstiger Erziehungsstrategien, vor allem sich wechselseitig verstärkende negative Interaktionsmuster sowie negative Disziplinierungsstrategien

- Qualität der Eltern-Kind Beziehung
- Vorgeschichte der Eltern: Broken Home Situation, eigene Fremdunterbringung

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%

2.2.4. Die ausführliche diagnostische Untersuchung sollte eine körperliche Anamnese und Untersuchung umfassen.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%

2.2.5. Standardisierte und strukturierte diagnostische Verfahren sollten berücksichtigt werden:

- Validierte Fragebogen- und/oder Interviewverfahren zur Erfassung eines breiten Spektrums von emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten sowie störungsspezifische Verfahren zur Erfassung von Störungen des Sozialverhaltens und möglicher komorbider Störungen (z.B. ADHS, Autismus) [5]
- Ein validiertes Instrument zur Einschätzung der kognitiven Fähigkeiten für Kinder und Jugendliche mit Verdacht auf Intelligenzminderung
- Ein validierter Test zur Erfassung von umschriebenen Entwicklungsstörungen (inklusive schulischer Fertigkeiten) für Kinder und Jugendliche mit Verdacht auf umschriebene Entwicklungsstörungen

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%

2.2.6. Ein Behandlungsplan soll mit dem Kind oder Jugendlichen und seinen Eltern oder Betreuungspersonen entwickelt werden. Dieser sollte neben den Stärken und Ressourcen des Kindes oder Jugendlichen und ihrer Eltern oder Betreuungspersonen vorliegende Risikofaktoren sowie die Bedürfnisse des Kindes/Jugendlichen (z. B. in Bezug auf berufliche/schulische Maßnahmen oder aktueller Lebensbedingungen) und seiner Familie berücksichtigen.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%

[5] Überblick diagnostische Verfahren siehe Anhang III.1.

3. EMPFEHLUNGEN ZUR BEHANDLUNGSINDIKATION UND ZUM BEHANDLUNGSSETTING

Schlüsselfragen:

S9: Welche Maßnahmen sollen bei Behandlungsbeginn berücksichtigt werden?

S10: Welche Behandlungsindikation besteht für eine ambulante, teilstationäre oder stationäre Behandlung?

S11: Wann sind stationäre sozialpädagogische Maßnahmen indiziert?

3.1. Empfohlene Maßnahmen zu Therapiebeginn

3.1.1. Die Frage nach der Behandlungsmotivation ist zentral, entsprechende Massnahmen zur Förderung der Behandlungsmotivation sollen umgesetzt werden. Bei der Auswahl hinsichtlich der zur Verfügung stehenden Behandlungsoptionen sollten die Präferenzen der Eltern/Bezugsperson und des beteiligten Kindes/Jugendlichen berücksichtigt werden.

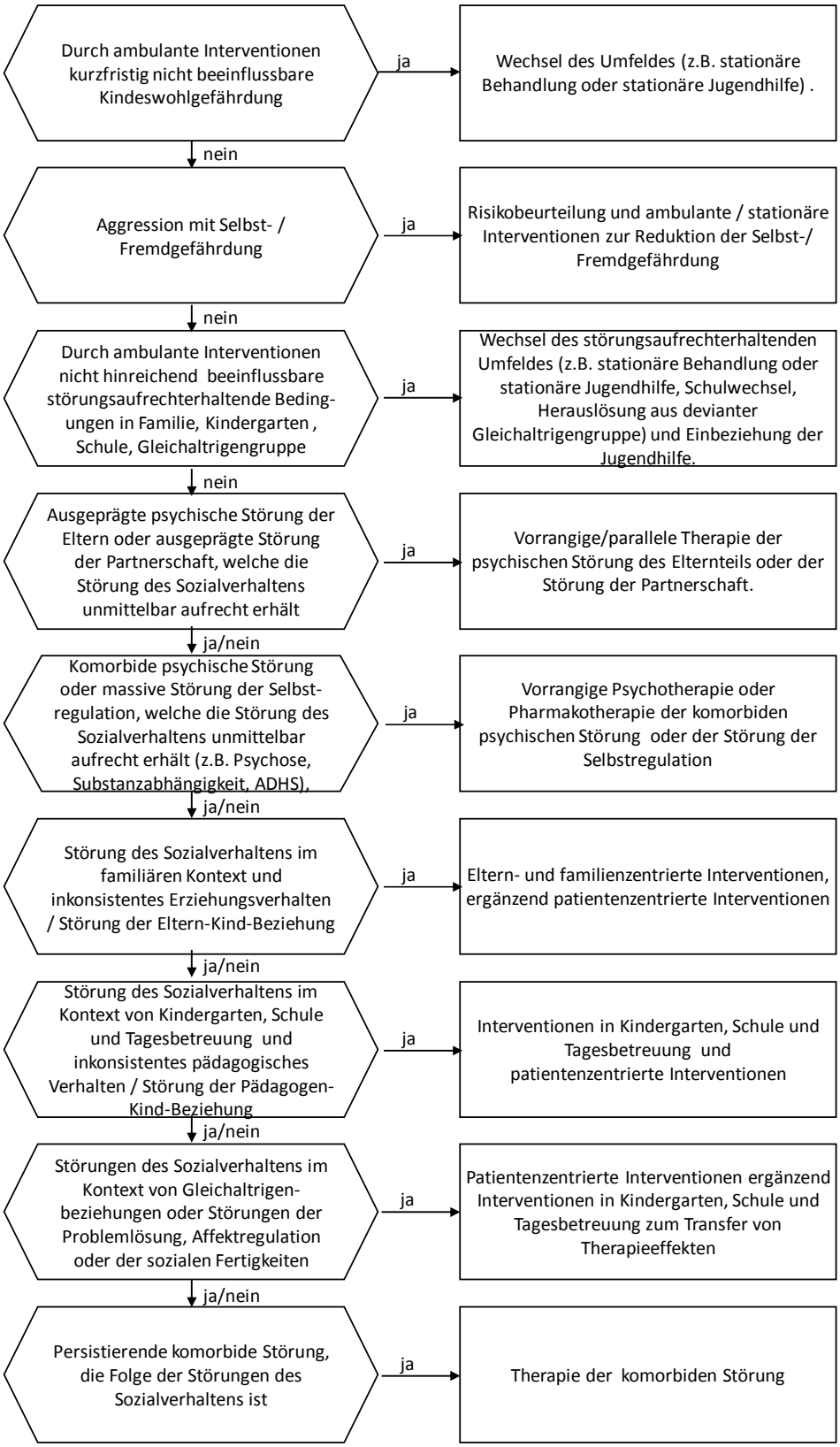
Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 84.62%

Empfehlungen zur Indikation

Kommentar: Abbildung 1 gibt einen differenzialtherapeutischen Entscheidungsbaum wieder, der eine Übersicht über die Indikationen für das Therapiesetting sowie für einzelne Interventionen gibt. Diese Indikationen werden in den folgenden Empfehlungen für die ambulante, teilstationäre, stationäre Behandlung aufgenommen und in den Empfehlungen (3.2. ff) spezifiziert.

- Wenn störungsaufrechterhaltende Bedingungen in Familie, Kindergarten, Schule oder Gleichaltrigengruppe vorliegen, die durch ambulante Interventionen nicht hinreichend beeinflussbar sind, ist der Wechsel des störungsaufrechterhaltenden Umfeldes (z.B. stationäre Behandlung oder stationäre Jugendhilfe, Schulwechsel, Herauslösung aus devianter Gleichaltrigengruppe), häufig auch unter Einbeziehung der Jugendhilfe indiziert.
- Falls eine ausgeprägte psychische Störung der Eltern oder eine ausgeprägte Störung der Partnerschaft vorliegt, welche die Störung des Sozialverhaltens unmittelbar aufrecht erhält, ist eine vorrangige (oder zumindest parallele) Therapie der psychischen Störung des Elternteils oder der Störung der Partnerschaft indiziert.
- Falls eine komorbide psychische Störung oder eine massive Störung der Selbstregulation vorliegt, welche die Störung des Sozialverhaltens unmittelbar aufrechterhält (z.B. Psychose, Substanzabhängigkeit, ADHS), dann ist eine vorrangige Psychotherapie oder Pharmakotherapie der komorbiden psychischen Störung oder der Störung der Selbstregulation indiziert.

Abbildung 3: Differentialtherapeutischer Entscheidungsbaum für Störungen des Sozialverhaltens (modifiziert nach Petermann, Döpfner & Görtz-Dorten, 2016)



In Abhängigkeit von der spezifischen Ausgestaltung der SSV kann die Behandlung der SSV verschiedene Therapiekomponenten umfassen (siehe folgende Empfehlungen zu den einzelnen Interventionen):

- Wenn Kinder oder Jugendliche SSV-Symptome in der Familie zeigen und die Eltern dysfunktionale Erziehungsstrategien anwenden oder wenn die Eltern-Kind-Beziehung beeinträchtigt ist, dann sind Elterntrainings gegebenenfalls unter Einbezug des Kindes/Jugendlichen indiziert (siehe 4.1.).
- Wenn Kinder oder Jugendliche SSV-Symptome im Kindergarten, in der Schule oder in der Ganztagesbetreuung zeigen und die jeweiligen Bezugspersonen dysfunktionale Erziehungsstrategien anwenden, dann sollten Interventionen im Kindergarten/in der Schule einschließlich Erzieher-/Lehrertraining durchgeführt werden (siehe Empfehlung 6.1. und 6.2.).
- Wenn Kinder oder Jugendliche primär gleichaltrigenbezogene aggressive Symptome zeigen oder wenn sie mangelnde sozial-kognitive Problemlösefähigkeiten, mangelnde soziale Fertigkeiten oder affektive Dysregulationen vor allem in Konfliktsituationen zeigen, sollten patientenzentrierte Interventionen durchgeführt werden, die diese störungsaufrechterhaltenden Bedingungen bearbeiten (z.B. soziale Kompetenztrainings), gegebenenfalls unter Einbezug der für den jeweiligen Kontext relevanten Bezugspersonen, um den Transfer von Therapieeffekten zu unterstützen.

3.2. Empfehlung ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung

3.1.2. In der Regel können Kinder/Jugendliche mit SSV ambulant behandelt werden. Voraussetzung für eine ambulante Behandlung ist die Kooperationsbereitschaft der Hauptbezugspersonen und des Patienten. Diese herzustellen kann auch ein erstes Therapieziel sein. Günstig ist das Vorhandensein von Ressourcen in der Familie, die bei den Interventionen hilfreich sein können (z.B. Zeit, positive Beziehungsanteile, Fähigkeit zur Umsetzung von Interventionen).

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%

3.3. Familiäre Belastungen (z. B. Partnerschaftskonflikte, psychische Störungen der Eltern) und außerfamiliäre Belastungen (z. B. problematisches Wohnumfeld, Belastung am Arbeitsplatz), die zur Einschränkung der familiären Ressourcen führen, sind bei der Durchführung von Interventionen in der Familie zu beachten.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 84.61%

3.3. Empfehlung teilstationäre und stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung

3.1.4. Die Indikation für eine teilstationäre Therapie sollte geprüft werden, wenn eine ambulante Therapie nicht hinreichend erfolgreich war, wenn die SSV-Symptomatik oder die komorbide Symptomatik zu stark ausgeprägt sind oder wenn Ressourcen im psychosozialen Umfeld, die für eine ambulante Therapie notwendig sind, nicht vorhanden sind. Für eine teilstationäre Therapie ist neben der zumutbaren Erreichbarkeit eine grundlegende Kooperationsfähigkeit und -möglichkeit des familiären Umfeldes notwendig.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%

3.1.5. Im Rahmen der teilstationären Behandlung sollen die allgemeinen Prinzipien zur Behandlung der SSV angewandt werden. Dabei soll ein Behandlungssetting so ausgerichtet sein, dass bei aggressiven Verhaltensweisen angemessene Konsequenzen umgesetzt werden können. Um frühzeitig auf aggressive Verhaltensweisen reagieren zu können und prosoziales Verhalten im milieutherapeutischen Alltag zu unterstützen, sollen ausreichend personelle Ressourcen und entsprechenden Strukturen zur Verfügung gestellt werden.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%

3.1.6. Im Rahmen der teilstationären Behandlungsangebote sollten personelle Ressourcen und entsprechende Strukturen für eine zeitlich begrenzte, intensivtherapeutische, störungsspezifische Behandlung unter Einbeziehung der Eltern vorgehalten werden.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%,

3.1.7. Eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung soll unter folgenden Bedingungen durchgeführt werden:

- akuter Eigen- oder Fremdgefährdung in Verbindung mit interventionsbedürftiger psychischer Störung (z. B. Suizidalität, extrem geringe Impulskontrolle); eine Fremdgefährdung ohne begleitende psychische Störung, welche die Fremdgefährdung wesentlich beeinflusst, stellt keine Indikation für eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Maßnahme dar.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 92.31%

3.1.8. Die Indikation für eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung sollte unter folgenden Bedingungen geprüft werden:

- bei besonders schwer ausgeprägter oder chronifizierter aggressiver Symptomatik auch ohne Fremdgefährdung, die durch zeitlich begrenzte stationäre Interventionen vermutlich beeinflussbar ist, wenn teilstationäre Therapie nicht möglich ist,
- besonders schwer ausgeprägten komorbiden Störungen (z.B. hyperkinetischen Störungen, depressiven Störungen), die durch zeitlich begrenzte stationäre Interventionen vermutlich beeinflussbar ist, wenn teilstationäre Therapie nicht möglich ist,
- nach nicht erfolgreicher ambulanter Therapie, die durch zeitlich begrenzte stationäre Interventionen vermutlich beeinflussbar ist, wenn teilstationäre Therapie nicht möglich ist.

  Bei der Indikationsstellung sind mangelnde Ressourcen in der Familie oder im Kindergarten bzw. in der Schule, der Jugendhilfe oder besonders ungünstigen psychosozialen Bedingungen (z.B. Kindeswohlgefährdung), die durch zeitlich begrenzte stationäre Interventionen vermutlich beeinflussbar sind, zu berücksichtigen.

  Im Rahmen der stationären Behandlung sollen die allgemeinen Prinzipien zur Behandlung der SSV angewandt werden. Um frühzeitig auf aggressive Verhaltensweisen reagieren zu können und prosoziales Verhalten im milieutherapeutischen Alltag zu unterstützen, sollen ausreichend personelle Ressourcen und entsprechenden Strukturen zur Verfügung gestellt werden.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%

3.1.9. Bei stationär behandlungsbedürftigen Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens soll frühzeitig die Notwendigkeit für eine Hilfeplanung geprüft und ggf. eingeleitet werden. Bei angeklagten oder verurteilten Jugendlichen soll die Notwendigkeit der Kooperation mit dem Jugendgericht, Jugendgerichtshilfe bzw. Bewährungshelfern geprüft werden.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%

3.4. Empfehlung kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische aufsuchende Behandlungsformen und Empfehlungen zur stationären Jugendhilfe

3.1.10. Zeitlich begrenzte intensive kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Behandlungsformen (intensiv therapeutische Behandlung durch ein multiprofessionelles Team im natürlichen Milieu) sollten vorrangig realisiert werden.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%

3.1.11. Intensive aufsuchende kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Behandlungsformen können bei Vorliegen klinisch relevanter aggressiver Verhaltenssymptome auf Seiten des Kindes, das durch Risikofaktoren im familiären Umfeld ausgelöst oder aufrechterhalten wird, erwogen werden.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%
Hinweise zur Evidenz siehe II. 3.5., Schlüsselfrage 10

3.1.12. Bei erheblichem erzieherischem Bedarf, mangelnden Ressourcen im Lebenskontext des Kindes oder Jugendlichen und/oder chronischer Gefährdung kann eine teilstationäre oder stationäre Hilfe zur Erziehung primär indiziert sein. Um frühzeitig auf aggressive Verhaltensweisen reagieren zu können und prosoziales Verhalten im pädagogischen Alltag zu unterstützen, sollen ausreichend personelle Ressourcen und entsprechende Strukturen zur Verfügung gestellt werden.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 92.31%

3.1.13. Psycho- und/oder pharmakotherapeutische Interventionen sollten auch im Kontext der Jugendhilfe für Kinder und Jugendliche mit Störungen des Sozialverhaltens umgesetzt werden, beispielsweise durch eine Kooperation mit kinder- und jugendpsychiatrischen oder –psychotherapeutischen Praxen, Institutsambulanzen und anderen Behandlungseinrichtungen (Liaison-Modell).

Empfehlungsgrad: Empfehlung, Konsensus: 100%
Hinweise zur Evidenz siehe II. 3.5., Schlüsselfrage 10

3.5. Evidenz zu Behandlungsindikation und Behandlungssetting

Schlüsselfrage S10: Welche Behandlungsindikation besteht für eine ambulante teilstationäre oder stationäre Behandlung?

Zur Indikation für eine ambulante, teilstationäre oder stationäre Behandlung wurden in der NICE Leitlinie keine Empfehlungen formuliert. Empirische Daten zur Wirksamkeit einer Behandlung in unterschiedlichen Settings liegen nicht vor - mit Ausnahme einiger Untersuchungen zur Wirksamkeit von intensivtherapeutischen- und aufsuchenden Behandlungsangeboten (Hometreatment).

Vorliegende Evidenz Kombination Hometreatment (HT) und stationäre Behandlung: Die RCT Studie von Boege et al. (2015), bei der 92 stationär aufgenommene Kinder und Jugendliche entweder einer stationären Regelversorgung oder einer verkürzten stationären Behandlung mit anschließendem HT zugeordnet wurden, weist auf keine signifikanten Unterschiede im Behandlungserfolg der beiden Bedingungen hin. Es konnte gezeigt werden, dass HT bei Jugendlichen (im Vergleich zu Kindern) bei Jungen (im Vergleich zu Mädchen) und bei externalisierenden im Vergleich (im Vergleich zu internalisierenden Störungen) bessere Effekte erzielt.

Vorliegende Evidenz intensivtherapeutische Massnahmen*:* Im Warte-Kontrollgruppendesign konnte die Wirksamkeit einer intensivtherapeutischen dreimonatigen tagesklinischen Behandlung nachgewiesen werden (kleine bis mittlere Effekte). Die Effekte (Symptomreduktion aggressiven Verhaltens) zeigten sich auch in der 1-jahres Katamnese als stabil (Grasmann und Stadler, 2008, 2011). In der Beobachtungsstudie von Clark & Jerrott (2012) in der im tagesklinischen Setting Kinder mit der Diagnose einer disruptiven Verhaltensstörung im Alter von 5-12 Jahren und ihre Familien in einem strukturierten störungsspezifischen multimodalen kognitiv-behavioralen Behandlungsprogramm behandelt wurden, weist auf mittlere und zum Teil grosse Effekte hin.

Evidenz für Behandlung im Kontext der Jugendhilfe: In der Metaanalyse von De Swart et al. (2012), in der die Wirksamkeit der Jugendhilfe (Tau und TAU plus evidenzbasierter therapeutischer Behandlung) im Vergleich zu nicht institutioneller Behandlung (Unterbringung in Pflegefamilien oder MST, MTFC) untersucht wurde (K=27 Studien, N=17038), konnte ein moderater Effekt für evidenzbasierte Behandlungen, die im Kontext der Jugendhilfe durchgeführt werden, nachgewiesen werden. Die Moderatoranalyse weist darauf hin, dass der Effekt bei kognitiv behavioralen Behandlungen am grössten ist (d=.50) und der Standardbehandlung in der Jugendhilfe überlegen sind. Evidenzbasierte therapeutische Behandlungen in der Jugendhilfe sind nach den Ergebnissen von de Swart ebenso effektiv wie evidenzbasierte nicht-institutionalisierte Behandlungen ausserhalb der Jugendhilfe.

4. EMPFEHLUNGEN ZU ELTERN- UND FAMILIENZENTRIERTEN INTERVENTIONEN (elternzentriert und eltern-kindzentrierte Interventionen)

Kommentar: Elternzentrierte und eltern-kindzentrierte Interventionen[6] werden in der Regel als Elterntrainings (ET) bezeichnet. ET können im Gruppen- als auch im Einzelsetting durchgeführt werden. Viele der gut evaluierten Programme richten sich nur an die Eltern bzw. primären Erziehungsverantwortlichen (eltern-zentriert), jedoch existieren auch Interventionen, die Eltern und das Kind gleichermaßen einschließen und Eltern direkt in der Interaktion mit ihrem Kind anleiten (eltern-kindzentriert).

Schlüsselfragen:

S1: Sind Elterntrainings wirkungsvoll, um oppositionelles und aggressives Verhalten zu vermindern? Variiert die Wirksamkeit von Elterntrainings in Abhängigkeit des Alters behandlungsbedürftiger Kinder mit einer SSV (< 3 Jahre, 3-11 Jahre, > 11 Jahre)?

S2: Wann ist eine Kombination eines Elterntrainings und einer patientenzentrierten Behandlung indiziert?

S3: In welchem Therapieformat, mit welcher Intensität und mit welchen Therapiemethoden sollten Elterntrainings/elternzentrierte und eltern-kindzentrierte psychotherapeutische Interventionen durchgeführt werden?

S4: Beeinflussen mangelnde prosozialen Emotionen oder besondere Belastungsfaktoren auf Seiten der Eltern die Wirksamkeit von Elterntrainings?

S5: Liegen im deutschen Sprachraum evidenzbasierte elternzentrierte und eltern-kindzentrierte Behandlungsprogramme vor?

4.1. Empfehlungen zur Indikation für elternzentrierte und eltern-kindzentrierte Interventionen[7]

4.1.1. Elterntrainings sollen den Erziehungspersonen (Eltern oder Pflegeeltern) von Kindern im Alter von 3 bis 12 Jahren angeboten werden, deren Kind die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllt oder bei dem ein klinisch relevant erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens vorliegt.

Evidenzstärke: hoch, Empfehlungsgrad: A (Starke Empfehlung), Konsensus: 84.62%
Hinweis zur Evidenz siehe II 4.3., Schlüsselfrage 1

4.1.2. Bei Kindern unter dem 3. Lebensjahr, bei denen ein klinisch relevant erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens vorliegt, sollte ein Elterntraining angeboten werden. Die Intervention sollte in diesem Altersbereich insbesondere auf die Verminderung derjenigen Risikofaktoren ausgerichtet sein, die sich im Zusammenhang mit der Entstehung von SSV als bedeutsam erwiesen haben (z. B. Verbesserung der elterlichen Erziehungskompetenzen).

Evidenzstärke: hoch, Empfehlungsgrad: B (Empfehlung), Konsensus: 84.62%
Hinweis zur Evidenz siehe II 4.3., Schlüsselfrage 1

6 Siehe: Differenzierte Beschreibung und Definition psychosozialer Behandlungsprogramme für SSV, Kapitel II.3, Beispiele für im deutschen Sprachraum evaluierte ET Programme finden sich im Anhang III.2

7 Hinweise zur Evidenz und Qualität der Evidenz siehe auch Evidenztabellen im Leitlinienreport III.4

4.1.3. Bei Kindern über 12 Jahren und Jugendlichen, bei denen die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllt sind oder bei denen ein klinisch relevant erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens vorliegt, kann ein Elterntraining angeboten werden, wenn die Inhalte an das Jugendalter angepasst werden.

Evidenzstärke: moderat, Empfehlungsgrad: 0 (offene Empfehlung), Konsensus: 100%
Hinweis zur Evidenz siehe II 4.3., Schlüsselfrage 1

4.1.4. Wenn Kinder die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllen oder ein klinisch relevantes erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens vorliegt und die Problematik vielfältig und schwerwiegend ist, sollen elternzentrierte Behandlungen und kindzentrierte Interventionen bei Kindern im Alter von 3 bis 12 Jahren kombiniert werden.

Evidenzstärke: hoch, Empfehlungsgrad: Starke Empfehlung, Konsensus: 100%
Hinweis zur Evidenz siehe II 4.3., Schlüsselfrage 2

4.2. Empfehlungen zum Therapieformat und den Therapiemethoden

4.2.1. Ein Elterntraining im Gruppenformat sollte beide Elternteile einbeziehen, falls möglich, und dies im besten Interesse des Kindes oder Jugendlichen steht. Folgende Aspekte sollten berücksichtigt werden:

- Bei Pflegeeltern, getrenntlebenden Eltern sollte die spezielle Betreuungssituation berücksichtigt werden.
- Das Elterntraining sollte, falls möglich, entsprechend den Vorgaben eines evaluierten und etablierten Trainingsmanuals durchgeführt werden und dabei alle notwendigen Materialien umfassen, um eine konsistente Umsetzung des Trainingsmanuals zu gewährleisten.
- Eine ausreichende Sitzungszahl sollte angeboten werden: In der Regel bis zu 10 – 16 Sitzungen (1.5-2h), bei komplexen Fällen können auch mehr Sitzungen notwendig sein.
- In der Regel sollte die Gruppengröße 10-12 Personen nicht übersteigen. Meist sind jedoch kleinere Gruppengrößen effektiver.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 76.92%

4.2.2. Ein Elterntraining im individuellen Setting sollte angeboten werden, falls es Eltern nicht möglich ist, an einem Elterntraining im Gruppenformat teilzunehmen oder bei Vorliegen einer komplexen Symptomatik. Folgende Aspekte sollten berücksichtigt werden:

- Das ET sollte, falls möglich, beide Elternteile einbeziehen, allerdings nur, wenn dies mit dem Kindeswohl vereinbar ist.
- Das ET im individuellen Setting sollte, falls möglich, entsprechend den Vorgaben eines evaluierten und etablierten Trainingsmanuals durchgeführt werden und dabei alle notwendigen Materialien umfassen, um eine konsistente Umsetzung des Trainings zu gewährleisten.
- Das ET sollte in der Regel mindestens 10 Sitzungen zu 60 bis 90 Minuten Dauer umfassen.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 84.62%

4.2.3. Wenn Eltern ein ambulantes Elterntraining nicht in Anspruch nehmen können, davon nicht profitiert haben oder ein hohes Risiko für einen Abbruch der Behandlung vorliegt, sollte ein Eltern-training im aufsuchenden Kontext umgesetzt werden, insbesondere im Vorschul- und Kleinkindalter.

Evidenzstärke: moderat, Empfehlungsgrad: 0 (offene Empfehlung), Konsensus: 84.62%
Hinweis zur Evidenz siehe II 4.3., Schlüsselfrage 3

4.2.4. Bei entsprechenden Voraussetzungen können mit Eltern Trainingsmanuale, die im Selbststudium durchgeführt werden und die begleitend eine telefonische Unterstützung durch Fachpersonen vorsehen (angeleitete Selbsthilfe), eingesetzt werden. Gleiches gilt für ein internet-basiertes Elterntraining. Eine persönliche Untersuchung des Kindes/Jugendlichen durch einen Arzt oder Psychotherapeuten sollte einer solchen Intervention vorausgehen.

Evidenzstärke: hoch Empfehlungsgrad: 0 (offene Empfehlung), Konsensus: 76.92%
Hinweis zur Evidenz siehe II 4.3., Schlüsselfrage 3

4.2.5. Besonders im Kleinkind- und Vorschulalter kann ein Setting umgesetzt werden, bei dem Eltern (in Einzelsitzungen) direkt während der Interaktion mit ihrem Kind durch eine Fachperson angeleitet werden, wenn die Eltern-Kind Interaktion als problem-aufrechterhaltender Faktor für die oppositionelle oder aggressive Verhaltenssymptomatik anzusehen ist.

Evidenzstärke: schwach, Empfehlungsgrad: 0 (offene Empfehlung), Konsensus: 84.62%
Hinweis zur Evidenz siehe II 4.3., Schlüsselfrage 3

4.2.6. Eltern- bzw. familienzentrierte Interventionen sollten auf einem kognitiv-behavioralen Therapie-konzept beruhen und folgende Methoden verwenden, um eine positive Eltern-Kind Interaktion sowie elterliche Kompetenzen und Erziehungsfertigkeiten zu verbessern:

- Psychoedukation
- Verstärkertechniken
- Modelllernen
- Feedback: Insbesondere Rückmeldung von angemessenem Erziehungs- und Interaktionsverhalten (direkt, verbal, per Video)
- Übungen und Unterstützung von Verhaltensänderungen im natürlichen Umfeld, Einsatz von Transfertechniken inklusive Selbstmanagementmethoden
- Techniken zur Verbesserung der Konfliktlösung (einschließlich elterlicher Ärger- und Stressregulation) und Strategien zum Aufbau einer angemessenen familiären Kommunikation

Evidenzstärke: moderat, Empfehlungsgrad: A (starke Empfehlung), Konsensus: 69.23%
Hinweis zur Evidenz siehe II 4.3., Schlüsselfrage 3

4.2.7. Bei Kindern mit mangelnden prosozialen Emotionen kann eine Intensivierung der Behandlung indiziert sein, um einer geringeren Wirksamkeit der Behandlung entgegen zu wirken: Dies kann eine vertiefte Psychoedukation hinsichtlich der Bedeutung vorliegender Persönlichkeitsmerkmale als auch eine spezifische Anleitung der Eltern einschließen, insbesondere im Hinblick auf die Förderung einer positiven Eltern-Kind Beziehung.

Evidenzstärke: moderat, Empfehlungsgrad: 0 (offene Empfehlung), Konsensus: 76.92%
Hinweis zur Evidenz siehe II 4.3., Schlüsselfrage 4

4.2.8. In Familien mit ungünstigen psychosozialen Bedingungen oder vorliegender sozio-ökonomischer Benachteiligung können ergänzende Maßnahmen (z.B. Kinderbetreuung, Fahrtkostenerstattung, Unterstützung durch Jugendhilfe) oder zusätzliche Sitzungen indiziert sein, um eine regelmäßige Teilnahme an einem Elterntraining zu ermöglichen oder einen nachhaltigen Erfolg zu gewährleisten.

Evidenzstärke: moderat, Empfehlungsgrad: 0 (offene Empfehlung), Konsensus: 100%
Hinweis zur Evidenz siehe II 4.3., Schlüsselfrage 3

4.3. Evidenzen zu den Empfehlungen elternzentrierter und eltern-kindzentrierter Interventionen (Elterntrainings)[8]

Schlüsselfrage 1: Sind Elterntrainings wirkungsvoll, um oppositionelles und aggressives Verhalten zu vermindern? Variiert die Wirksamkeit von Elterntrainings in Abhängigkeit des Alters behandlungsbedürftiger Kinder mit einer SSV (< 3 Jahre, 3-11 Jahre, > 11 Jahre)?

Evidenz NICE: Die von NICE beurteilten Studien variieren hinsichtlich der Evidenz in Abhängigkeit der Beurteilungsebene. In den 54 in die Metaanalyse eingeschlossenen RCT-Studien mit mittlerer bis hoher Studienqualität zeigt sich im Urteil von Eltern (SMD=0.54), im klinischen Urteil (SMD=0.69) und im Beobachtungsurteil (SMD=0.40), jedoch nicht im Lehrerurteil (SMD=0.04), eine bedeutsame Abnahme aggressiven Verhaltens unmittelbar nach der Intervention im Vergleich zu einer Kontrollgruppe (TAU, aktive Kontrolle, Wartebedingung, keine Behandlung). Zum Follow-up Zeitpunkt sind signifikante, jedoch kleine Effekte im Eltern- und klinischem Urteil (je SMD=0.28) nachweisbar. Eine separate Analyse, bei denen Elterntraining mit kurzen Sitzungen ausgeschlossen wurde, erbrachte vergleichbare Ergebnisse.
Bei Programmen, die speziell für Pflegeeltern ausgerichtet waren, zeigt sich in den 3 von NICE in die Metaanalyse eingeschlossenen Studien hoher Qualität im Urteil der Pflegeeltern eine signifikante Abnahme aggressiven Verhaltens unmittelbar nach der Intervention im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, aber im Vergleich zur empirischen Evidenz von Elterntrainingsprogrammen für leibliche Eltern schwächere Effekte (SMD=0.19). Effekte zu einem Follow-up Zeitpunkt liegen nicht vor. Bei NICE wurden keine differenzierten Aussagen über aufsuchende Behandlungsangebote abgeleitet. Die Empfehlungen von NICE für Elterntrainings beziehen sich auf den Altersbereich von 3-11 Jahren, es wird von NICE explizit ein Forschungsbedarf für die Überprüfung der Wirksamkeit von ET außerhalb dieses Altersbereichs formuliert, der in den formulierten Schlüsselfragen Berücksichtigung findet.

Ergänzende Evidenz aus neueren Metanalysen:

Menting et al. (2013) hat die Effektivität des Elterntrainingsprogramms Incredible Years auf die Reduktion externalen Problemverhaltens nach Trainingsende in einer Metaanalyse untersucht. Es wurden 50 Studien mit N=4745 Kindern eingeschlossen. Die über alle Informationsquellen bei Postmessung gewichtete Effektstärke beträgt d= .27 (95% CI = .21–.34, p < .001).
Unterteilt nach den verschiedenen Beurteilungsebenen ergaben sich folgende Ergebnisse:
Gewichtete ES im Elternurteil (aus 49 Studien): d = .30 (95% CI = .22–.39, p b .001).
Gewichtete ES im Lehrerurteil (aus 25 Studien): d =.13 (95% CI = .05–.22, p = .001).
Gewichtete ES im Beobachtungsurteil (aus 23 Studien): d =.37 (95% CI = .29–.46, p b .001).
Insgesamt ergeben sich bei indizierter Behandlung mittlere ES (d=.50) und kleine Effekte bei präventiver/selektiver Behandlung. Als bedeutsamster Prädiktor für eine hohe Wirksamkeit konnte der Schweregrad zu Beginn der Intervention nachgewiesen werden.

In der Metaanalyse von **Wilson et al. (2012)**, bei der 23 Studien eingeschlossen wurden, bei denen die Wirksamkeit von Triple P untersucht wurde, konnte im Urteil der Mütter eine ES von d=.61 (95%CI 0.42, 0.79), im väterlichen Urteil war der Unterschied zwischen Intervention und KG jedoch nicht signifikant (d=.42 (95%CI -0.02, 0.87)). Bei den beiden Studien, bei der eine aktive KG mit Triple P verglichen wurden, ergaben sich keine bedeutsamen Effekte. Als Limitation wird zwar ein möglicher Publikationsbias ausgeschlossen, jedoch auf einen möglichen Bias im Berichten positiver Resultate hingewiesen.

[8] Hinweise zur Evidenz und Qualität der Evidenz siehe auch Evidenztabellen im Leitlinienreport III.4

In der Metaanalyse (K=55 RCT Studien) von **Piquero et al. (2009)** bei der Eltern von Kindern im Alter von 2-9 Jahren eingeschlossen wurden und Studien ausgeschlossen wurden, bei denen das mittlere Alter der Kinder > 5 Jahre war, weist auf eine ES=0.35 hin (Elternurteil, klinisches Urteil: ES=0.24) Bei den berücksichtigten ET Programmen handelte es sich um klassische behavioral ausgerichteten ET-Programmen (IY, Triple P), einschließlich PCIT und aufsuchenden Programmen (N=8). Ein Hinweis auf eine bedeutsame Heterogenität der Studien und einen Publikationsbias liegt vor: Größere Effektivität für größere Studien und Studien, die in den USA durchgeführt wurden. Effekte unterscheiden sich nicht signifikant, ob ET im klassischen Setting oder als aufsuchende Intervention durchgeführt wurde.
Bei 27 Studien, die nicht in der Metaanalyse berücksichtigt wurden, da sie sich die primäre Zielgröße auf das Jugendalter bezog, weist auf eine signifikante Reduktion delinquenten und kriminellen Verhaltens im Jugend- und Erwachsenenalter hin.

Das systematische Meta-Review von **Matjasko et al. (2012)** zur Wirksamkeit psychosozialer Interventionen, bei der auf der Basis von 37 Metanalysen und 15 systematischen Reviews die Wirksamkeit psychosozialer Programme zur Reduktion von Aggression und Gewalt systematisch untersucht wurde, weist darauf hin, dass Studien, bei denen familienbasierte Ansätze (primär Elterntrainings) untersucht wurden (k=15), eine höhere Effektivität aufwiesen im Vergleich zu nicht familienbasierten Ansätzen: Nur zwei Reviews wiesen schwache Effekte auf, diese schlossen Kinder im Alter von 0-3 Jahren ein. Studien mit hohen Effekten umfassten Interventionen, die auf klar-umschriebene Verhaltensprobleme und enger gefasste klinische Stichproben ausgerichtet waren. Hinsichtlich des Formats (Gruppenintervention versus individuelles Setting) konnte kein signifikanter Effekt nachgewiesen werden.

Bei der von **Epstein und Kollegen (2015)** durchgeführten Metaanalyse zur Wirksamkeit psychosozialer Interventionen bei Kindern und Jugendlichen mit disruptiven Verhaltensstörungen (Fokus auf CD/ODD) wurden 66 Studien eingeschlossen (59 RCTs, 7 nicht-RCTs), davon bezogen sich 23 Studien auf das Vorschulalter. Der aktive Behandlungsarm beinhaltete in 14 Studien nur ein Elterntraining, 9 Studien folgten einem Mehrebenenansatz, keine Studie beinhaltete ausschließlich eine kindzentrierte Behandlung. Bei den überwiegenden Studien (17 von 23) wurde eine der drei Interventionen durchgeführt: Incredible Years (IY), (N=5) Parent Child Interaction Therapy (PCIT), (N= 7) oder Triple P (N= 5). Übereinstimmend konnte die Wirksamkeit von Elterntrainingsprogrammen im Vorschulalter bestätigt werden (-1.2 SD Reduktion für primär Zielgröße (CI(95%)= -1.6 bis -0.4). Für das Schulalter (5 bis 12. Jahre) ergaben sich ebenfalls signifikante Verbesserungen in der von Eltern beurteilten Aggressionssymptomatik (ET: -1.2 SD Reduktion für primär Zielgröße (CI(95%)= -1.6 bis -0.4).

Auch die 2013 veröffentlichte Metaanalyse von **Michelson et al. (2013)**, in der 28 randomisiert kontrollierte Studien eingeschlossen wurden, bestätigt die Wirksamkeit von Elterntrainings gegenüber nicht-aktiven Kontrollgruppen mit moderaten bis starken Effektstärken auch unter nicht-klinischen („real-world“) Bedingungen.

Ergänzende Evidenz aus RCT-Studien: Auch neue RCT Studien von Breitenstein et al. (2012), Bjorknes et al. (2013), Hanisch et al. (2010), Havighurst et al. (2013), Kjobli & Odgen (2012), Price et al. (2012), Scott & O’Connor (2012), Somech & Elizur (2012), Duncombe et al. (2016), Hurlburt et al (2013) bestätigen eine gute bis moderate Effektivität von Elterntrainings im klassischen Gruppenformat im Vergleich zu einer Wartekontrollbedingung oder alternativen Behandlung.
Die drei kontrollierten Beobachtungsstudien (within-subject Design) von Hautmann et al. (2009, 2010 und 2011) bestätigen mittlere bis hohe Effektstärken für Elterntrainings im Vorschulalter sowohl pre-post als auch zum follow-up Messzeitpunkt und insbesondere für Kinder mit anfänglich hohen Verhaltensproblemen.

Evidenz zu Erziehertrainingsprogrammen: Die Studie von Hanisch et al. (2010) vergleicht die Wirksamkeit eines Erziehertrainings (ER) für Kindergartenkinder mit problematischen Verhalten (N=21) mit einer unbehandelten Kontrollgruppe und einem kombinierten (EL+ER) Eltern-Lehrertrainings (N=38).
In der durchgeführten Messwiederholungsvarianzanalyse zeigten sich keine gruppenspezifischen Verläufe im Untersuchungszeitraum. Zudem wurden klinisch signifikante Verbesserungen (definiert als eine Rückkehr zum normalen Funktionsniveau unter der Voraussetzung, dass eine deutlich vom Messfehler abweichende Veränderung stattgefunden hat) berücksichtigt. Hier zeigt sich, dass in der kombinierten EL+ER-Gruppe 34,2% der Kinder, in der ER-Gruppe 28,6% und in der KG 17,6% eine Verbesserung externalisierender Verhaltensmerkmale erzielten.

In der Studie von Plueck et al. (2014) wurde die Effektivität eines Erziehertrainings in einem within-subjects-Design mit zwei Follow-up Messzeitpunkten bei expansiv auffälligen Vorschulkindern im Kindergarten überprüft (N=144). Die Ergebnisse weisen auf eine signifikante Reduktion externalisierenden (d=0.64) und oppositionellen Verhaltens (d=0.67) nach dem Erziehertraining im Vergleich zur Wartebedingung hin. Die Effekte sind über die beiden Follow-up Bedingungen stabil.

Evidenz zu Elterntrainings in Pflegefamilien: Gavita et al. (2012) untersuchte die Effektivität eines Elterntrainings mit einem zusätzlichen Modul zur Verbesserung der elterlichen Emotionsregulation. In der kontrollierten Warte-Kontrollgruppenstudie mit N=97 eingeschlossenen Pflegefamilien mit hochbelasteten Kindern und Jugendlichen (CBCL > 97.Percentil) konnten nach Durchführung des Elterntrainings hohe Effekte hinsichtlich der Reduktion aggressiven Verhaltens (CBCL ext., d=.67) nachgewiesen werden (zum Follow-up Messpunkt hat sich Interventionsgruppe nicht signifikant verschlechtert).
Price et al. (2012) untersuchte die Implementierung einer Elterntrainings für Pflegefamilien (Alter der Kinder: 5-12 Jahre) außerhalb eines professionellen klinischen Settings. Die Wirksamkeit des Trainings, das von nicht-professionellen Trainern durchgeführt wurde, zeigte in den 159 untersuchten Pflegekindern im Vergleich zu einer Kontrollgruppe (N=341) signifikante Verbesserungen im Elternurteil, vergleichbar mit einer Gruppe von Pflegeeltern, die von einem professionellen Team das Training erhalten haben.

Evidenz zu Elterntrainings bei jüngeren Kindern: Die Metaanalyse von Barlow et al. (2010) mit 8 Studien zur Wirksamkeit von Elterntrainings bei Kindern im Alter bis zu maximal 3.9 Jahren weist sowohl für die Postmessung als auch die Follow-up Messung (hier nur für das Elternurteil) auf eine signifikante Reduktion externalisierender Verhaltensweisen hin: Post- Elternurteil: SMD: -0.25 (CI: -0.45 bis -0.06), unabhängiges Urteil: SMD=-0.54 (CI: -0.84 bis -0.23); Follow-up: Elternurteil: SMD= -0.28 (CI: -0.51 bis -0.04), unabhängiger Beobachter (n. s.): SMD= -0.19 (CI: -0.42 bis -0.05). Eine erneute Auswertung, bei der 22 RCTs und zwei quasi-randomisierte Studien eingeschlossen wurden (Barlow et al., 2010) bestätigt die Abnahme externalisierender Verhaltensprobleme in diesem Altersrange, jedoch sind nach den Autoren aufgrund der teilweise geringen Qualität der Studien (kleine Stichprobengrösse, Inkonsistenz der Ergebnisse, etc.) weitere Studien in diesem Bereich notwendig. Die Metaanalyse von Piquero et al. (2009) bestätigt moderate Effekte von ET für Kinder unter dem 6. LJ. Im Meta-Review von Matjasko et al. (2012) ergaben sich für familienbasierte Intervention schwächere Effekte, wenn es sich um Studien handelte, in der sich die Intervention auf Kinder im Alter von 0-3 Jahren richtete.

Evidenz zu Elterntrainings bei älteren Kindern und Jugendlichen: Zur Wirksamkeit von Elterntrainingsprogrammen bei älteren Kindern und Jugendlichen mit einer Störung des Sozialverhaltens oder einem vorliegenden Risiko für die Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens liegen aktuell keine neueren randomisiert-kontrollierten Studien vor (siehe Piquero et al., 2009).

In einer Warte-Kontrollgruppenstudie von Burke et al. (2012) wurde die Wirksamkeit eines universell ausgerichteten Elterntrainings für Kinder im Alter von 10-14 Jahren (N=90) untersucht und eine signifikante Reduktion von Verhaltensproblemen nachgewiesen werden (d =.28).

Auch in der randomisierten Warte-Kontrollgruppenstudie von Nitsch et al. (2015), in der 82 Kinder im Alter von 10-16 Jahren untersucht wurden, konnte eine signifikante Reduktion von Verhaltensproblemen nachgewiesen werden (sign. Gruppe x Zeit Effekt für die erfassten Verhaltensprobleme, η^2=0.13). Auch Chu et al. (2015) überprüfte in einer RCT (mit Wartekontrollgruppe) die Effektivität eines universell ausgerichteten Elterntrainings bei N=72 Jugendlichen (12-15 Jahre). Es konnten sowohl im mütterlichen Urteil (SDQ total: d=.90, Konfliktskala: d=.85) als auch im Urteil der Jugendlichen (SDQ total: d=.37, Konfliktskala: d=.76) bedeutsame Effekte nachgewiesen werden, ebenso im 6-Monats-follow-up: mütterliches Urteil (SDQ total: d=.50, Konfliktskala: d=.15), im Urteil der Jugendlichen (SDQ total: d=.92, Konfliktskala: d=1.00)

Schlüsselfrage 2: Wann ist eine Kombination eines Elterntrainings und einer patientenzentrierten Behandlung indiziert?

Evidenz NICE: Die von NICE für die Metaanalyse eingeschlossenen 12 RCT Studien mittlerer bis geringer Qualität weisen auf moderate (SMS= 0.20) (im Urteil eines Beobachters) bis zu mittleren Effekten (Lehrerurteil: SMS=0.44; Elternurteil: SMS=0.52) der Kombinationsbehandlung im Vergleich zu einer Kontrollgruppe im Prä- Post Vergleich hin. Für die Follow-up Analysen ergaben sich bei gering eingestufter Qualität vorliegender Evidenz eine hohe Effektivität (Lehrer: SMS= 1.29; Eltern: SMS= 1.40).
Ergänzende Evidenz: Hobbel et al. (2013) hat in einem Prä-Post Ansatz die Wirksamkeit eines Elterntrainings und einer Kombination aus Elterntraining und Kind-Behandlung (IY, Dina Dinosaurier Child Programm) untersucht. Für die in dieser Studie untersuchte 1-Jahres Katamnese ergaben sich keine Unterschiede zwischen den beiden aktiven Gruppen (ebenso wie zu T1, siehe Larsson et al., 2009), die Effekte lagen im mittleren Bereich.
Die Metaanalyse von **Epstein et al. (2015)** zur Überprüfung der Wirksamkeit psychosozialer Interventionen, bei der 28 vorwiegend randomisiert kontrollierte Studien eingeschlossen wurden, kommt zu dem Ergebnis, dass Interventionen, die sich auf die Eltern beziehen oder Elterntrainings, die mit anderen Ansätzen kombiniert werden, größere Effekte haben (Reduktion um 1.2 Median SD) als Interventionen, die nur auf die Behandlung von Kindern oder Jugendlichen ausgerichtet sind (Reduktion um 1.0 Median SD). Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass bei einer Intervention, die auf mehrere Behandlungsebenen ausgerichtet ist, der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die eine klinisch relevante Verbesserung erzielen, am größten ist.

NL-Guideline: Die Kombination von ET und Kindertraining ist auch nach Empfehlung der niederländischen Leitlinien ab einem Alter von 8 Jahren anzuraten.

Evidenz aus Studien im deutschen Sprachraum. Im deutschen Sprachraum liegen Therapieprogramme für Kinder mit aggressiven Verhaltensstörungen vor, die elternzentrierte und kind-zentrierte Interventionen kombinieren und deren Effekte auf die aggressive Symptomatik im Eigenkontrollgruppendesign und/oder in randomisiert kontrollieren Studien (Görtz-Dorten et al. 2015, 2016 Stadler et al., 2011) belegt worden ist. Außerdem zeigen Beobachtungsstudien deutliche Veränderungen aggressiver Symptomatik im Verlauf von kombinierten verhaltenstherapeutischen Interventionen in der ambulanten Routinetherapie (Waller et al., 2015; Görtz-Dorten et al. 2015).

Schlüsselfrage 3: In welchem Therapieformat, mit welcher Intensität und mit welchen Therapie-methoden sollten Elterntrainings/Eltern-zentrierte und Eltern-Kind-zentrierte psychotherapeutische Interventionen durchgeführt werden?

Evidenz Nice: Die Ergebnisse der von NICE durchgeführten Metaregressionsanalysen weisen auf stärkere Effekte von Elterntrainings hin, die im Gruppenformat durchgeführt wurden im Vergleich zum Einzelsetting. In neuen Studien wurde die Wirksamkeit von Elterntrainings auch in weiteren Kontexten überprüft:

Evidenz zu Elterntrainings im aufsuchenden Behandlungssetting: Die aktuelle Studienlage weist darauf hin, dass bei Familien mit hoher psychosozialer Belastung, insbesondere bei Vorliegen kindlicher Misshandlung, evaluierte Elterntrainings im aufsuchenden Kontext (Hausbesuchsprogramme) positive Effekte haben können hinsichtlich einer Verbesserungen elterlicher Kompetenzen, wie mütterliche Sensitivität, Stimulation von kindlichen Kompetenzen, Erziehungspraktiken als auch positive Effekte auf die kindliche kognitive und sozio-emotionale Entwicklung (systematischer Review: Bilukha et al., 2005). In einer randomisiert-kontrollierten Studie konnten für die Verwendung eines adaptierten Elterntrainingsprogramms (PCIT), das im aufsuchenden Setting für Eltern von Kindern im Alter von durchschnittlich 13.5 Monaten durchgeführt wurde, nicht nur im Hinblick auf elterliche Risikofaktoren wie bspw. negative Erziehungsstrategien, sondern auch im Hinblick auf die Reduktion aggressiver Verhaltensprobleme mittlere Effekte nachgewiesen werden (Bagner et al., 2015).
In der RCT-Studie von Carta et al. (2013), in der 375 Vorschulkinder aus Hoch-Risikofamilien im Alter von 3.5. – 5.5. Jahren eingeschlossen wurden, wurde die Wirksamkeit von zwei Behandlungsvarianten von Hometreatment im Vergleich zu einer Kontrollgruppe untersucht. Die Ergebnisse zeigen eine signifikante Abnahm von Verhaltensproblemen bei HT im Vergleich zur Kontrollgruppe. Die Bedingung, in der zusätzlich ein Telefoncoaching stattgefunden hat (d=.43), war dabei effektiver als ohne zusätzliches Telefoncoaching (d= .29). Zusätzlich hat diese Bedingung zu einer Reduktion mütterlicher Stress- und Depressionssymptome geführt.
In der RCT-Studie von Bugental et al. (2012) bei der zwei Varianten des Healthy Start Programms (12 HT Sitzungen in einem Jahr) untersucht wurden, zeigt sich eine signifikante Abnahme aggressiven Verhaltens in beiden Bedingungen. Jedoch war der Effekt in der Bedingung, in ein zusätzlicher Fokus auf die emotionale Verfügbarkeit der mütterlichen Bezugsperson gelegt wurde (zusätzlich: kognitives Problemlösetraining), stärkerer. Weiter konnte bestätigen werden, dass die Abnahme der kindlichen Aggression durch die durch das Training veränderte mütterliche emotionale Verfügbarkeit mediiert ist.
Die Beobachtungsstudie von Rait et al. (2012) weist darauf hin, dass eine gemeinsame Eltern-Kind Behandlung im aufsuchenden familiären Setting (modifiziertes PCIT) im Prä-Post Vergleich hohe Veränderungen aufweist (d > 1).

Von Eltern angeleitetes ET: Ein von Eltern durchgeführtes Elterntraining zeigt im Vergleich zu einer Kontrollgruppe einen kleinen Effekt in der Abnahme von Problemverhalten (Day et al., 2012): d=.38 (Problemintensität), d=.57 (Problemverhalten, Häufigkeit) gegenüber Warte-KG.

Evidenz zu Elterntrainingsprogramm im Selbststudium: Einige RCT-Studien weisen auf eine mittlere bis vereinzelt hohe Effektivität von Elterntrainings im (angeleitetem) Selbststudium hin (Bibliographie oder internetbasiert), wobei in den im Folgenden genannten Studien jedoch meist spezifisch Eltern mit hohem Bildungsniveau teilnahmen, was die Generalisierbarkeit einschränkt:

Enebrink et al. (2012): Internetbasiertes ET im Vergleich zu Warte-KG: d=0.30 - d=0.72
Sanders et al. (2012): Internetbasiertes Triple P im Vergleich zu KG: d=0.71-d=0.89
Feldmann et al. (2007): Selbststudium Triple P: d_{korr}=0.69

Kierfeld et al. (2013): ET im Selbststudium + Telefonkontakte im Vergleich zu Warte-KG: d=0.85-1.22
Reid et al. (2013): ET (Parenting Matters) im Selbststudium im Vergleich zu TAU: d= 0.15

Zur Wirksamkeit von Elterntrainings in Form von angeleiteter Selbsthilfe bei Kindern mit externalen Verhaltensproblemen (einschließlich ADHS) liegt des Weiteren eine Meta-Analyse über 11 randomisierte Kontrollgruppenstudien vor (Tarver et al., 2014), die fast durchweg die Wirksamkeit bei Eltern von Kindern im Vorschulalter untersuchen und Effekte bei der Verminderung von externalen Verhaltensauffälligkeiten im Elternurteil (nicht aber in der Verhaltensbeobachtung) sowie bei der Verbesserung des Erziehungsverhaltens, der Stimmung und der Belastung der Eltern belegen. Im deutschen Sprachraum wurde die Wirksamkeit und Stabilität (über ein Jahr) telefonbasierter angeleiteter Selbsthilfe für Eltern von Vorschulkindern mit leichten expansiven Verhaltensauffälligkeiten in einer kleinen randomisierten Kontrollgruppen-Studie belegt (Kierfeld et al., 2013, Ise et al., 2015).

Evidenz zu Elterntrainings mit direktem Coachen der Eltern: Die Beobachtungsstudie von Abrahamse et al. (2012), in der die Wirksamkeit der Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) an Vorschulkindern mit Verhaltensproblemen überprüft wurde (N=37 in der Interventionsgruppe und N=58 in der klinischen Kontrollgruppe), weist auf große Effekte (zwischen d=1.88 (für Väter) und d=1.99 (für Mütter) im Hinblick auf Reduktion der Verhaltensprobleme hin.

Therapiemethoden: In der von NICE durchgeführten Metaregressionsanalysen zum Einfluss von Moderatoren auf die Wirksamkeit von ET ergab sich im Allgemeinen kein bedeutsamer Einfluss der untersuchten Moderatoren, jedoch eine gewisse Evidenz für die Überlegenheit von Gruppentrainings im Vergleich zum Einzelformat, einer Überlegenheit kognitiv-behavioraler und behavioraler Strategien (entsprechend anderer Metaanalysen) und eine Überlegenheit von Studien, bei denen die Triple P und Incredible Years untersucht wurde. Auch bestätigt sich durch neue Metaanalysen (in denen Elterntrainings neben anderen Behandlungsformen enthalten sind), dass verhaltensorientierte Ansätze nicht-verhaltensorientierten Ansätzen überlegen sind (Comer et al., 2013; Matjasko et al. 2012, deVries et al.,2015). In der Multi-level Metaanalyse von de Vries et al. (2014) konnte nachgewiesen werden, dass die Strategien Modellierung (d=0.57), elterliche Fertigkeiten (parenting skills: d= 0.63) und Verhaltenspläne (d= 0.61) einen signifikanten Beitrag zur Vorhersage der Effektstärke aufwiesen.

Garland und Mitarbeiter (2008) identifizierten auf der Basis einer Literaturrecherche unter Berücksichtigung von Expertenmeinungen effektive Strategien zur Behandlung von Kindern im Alter von vier bis dreizehn Jahren mit einer externalisierenden Verhaltensstörung. Unter Verwendung der Delphi-Methode wurden die einzelnen Strategien für Elterntrainingsprogramme in Bezug auf die Behandlungseffektivität beurteilt. Vergleichbare Empfehlungen liegen im Leitfaden zur Behandlung aggressiv-dissozialer Störungen (Petermann et al., 2007) vor. Die NICE Guidelines (2006) als auch die holländischen Guidelines formulieren vergleichbare Empfehlungen zum Einsatz von Therapiestrategien im Rahmen von Elterntrainings.

Evidenz zum Einsatz von Modellierung mittels Videofeedback: Eine systematische Untersuchung, in der videogestütztes Feedback mit einfachem verbalen Feedback verglichen wird, steht derzeit noch aus. Die Metaanalyse von Fukkink et al. (2008) mit insgesamt 29 eingeschlossenen Studien zum Einsatz von Videofeedback bei Elternbehandlungsprogrammen für Kinder im Alter von 0-8 Jahren weist jedoch insgesamt auf positive Effekte hin: Sowohl im Hinblick auf die Verbesserung elterlicher Kompetenzen, aber auch im Hinblick auf kindliche Verhaltensaspekte (Hedges g=0.33), wobei jedoch nicht in allen Studien externale Verhaltensprobleme als primäre Zielgröße definiert waren. Die Effekte fielen allgemein geringer aus, wenn die Eltern zu einer Hoch-Risikogruppe angehörten (Eltern mit einer depressiven Erkrankung, hohe sozio-ökonomischen Belastung, alleinerziehende Eltern, Teenager-Eltern).

Die Studie von Havighurst et al. (2013) weist darauf hin, dass ein Elterntraining, das neben klassischen behavioralen Therapiestrategien emotionsbezogene Module (Vermittlung von Emotionswissen, Emotionsregulation auf Seiten der Eltern) beinhaltet (Tuning into Kids), im Vergleich zu einer Wartegruppe positive Effekte in der Postmessung (d=1.05 - d=1.20) als auch im Follow-up (d=0.74-d=1.00) aufweist, wobei Effekte auch im Lehrerurteil nachgewiesen werden konnten. Im Rahmen eines multimodalen Behandlungsansatzes konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen Tuning into Kids und dem behavioral ausgerichteten Elterntraining Triple P nachgewiesen werden (Duncombe et al., 2014). Positive Effekte zeigt auch die Untersuchung von Somech und Elizur (2012) für das Elterntrainingsprogramm Hitkashrut, das ebenfalls zusätzlich an einer Verbesserung der Emotionsregulation der Eltern und einer Verbesserung der Kommunikationsstrategien ansetzt (d=0.76, Postmessung und d=0.63 für die Follow-up Messung) im Vergleich zu einer aktiven Kontrollgruppe.

Schlüsselfrage 4: Beeinflussen mangelnde prosozialen Emotionen oder besondere Belastungsfaktoren auf Seiten der Eltern die Wirksamkeit von ET?

Evidenz von **Elterntraining bei Kindern mit mangelnden prosozialen Emotionen:** Die aktuelle Datenlage, (mehrere Reviews: Frick et al., 2014, Hawes, Price & Dadds, 2014, Scott & Connor, 2012; Waller et al., 2013) weist darauf hin, dass Elterntrainingsprogramme auch bei Kindern mit mangelnden prosozialen Emotionen wirksam sind, auch wenn diese nach der Durchführung in der überwiegenden Zahl der Studien in ihrer Symptomatik noch stärker betroffen sind im Vergleich zu Kindern mit einem geringeren Mangel an prosozialen Emotionen. Die Module eines Elterntrainings, die an einer Förderung einer positiven, warmherzigen Eltern-Kind-Beziehung ansetzen, weisen positive Effekte auf, insbesondere im Hinblick auf die Reduktion von mangelnden prosozialen Emotionen während die Module, die an der Umsetzung negativer Konsequenzen ansetzen, eine geringere Wirksamkeit aufweisen (siehe Übersichtsarbeit von Stadler et al., 2015).

Evidenz zu Elterntrainings bei hoher familiärer oder psychosozialer Belastung: Vorliegende Metaanalysen, bei denen der Einfluss von Moderatoren auf die Wirksamkeit von Elterntrainingsprogrammen untersucht wurde (Piquero et al., 2009, Matjasko et al. 2012, Leijten et al., 2013) als auch die Übersichtsarbeit von Scott & Dadds (2009) weisen darauf hin, dass die Compliance und Wirksamkeit von Elterntrainingsprogrammen durch individuelle Risikofaktoren auf Seiten der Eltern (z.B. psychische Probleme der Eltern oder familiäre Dysfunktion, elterlicher Stress, sozio-ökonomisch schwach gestellte Familien) negativ beeinflusst sein kann.

Elterntrainings bei Eltern mit Migrationshintergrund: Elterntrainingsprogramme, die auf den kulturellen Hintergrund der Eltern adaptiert sind, zeigen in randomisiert-kontrollierten Studien ebenfalls kleine bis mittlere Effekte (Breitenstein et al., 2012, Bjorknes et al., 2013).

Schlüsselfrage 5: Liegen im deutschen Sprachraum evidenzbasierte elternzentrierte und eltern-kindzentrierte Behandlungsprogramme vor?

Ergänzende Information zur Wirksamkeit von Elterntrainings im deutschen Sprachraum: Für den deutschen Sprachraum liegen mehrere Elterntrainings für Eltern von Kindern mit expansiven/ aggressiven Verhaltensstörungen vor, deren Wirksamkeit im Einzel- oder Gruppenformat auf die oppositionelle und aggressive Symptomatik in kontrollierten Studien entweder im Rahmen von indizierter Prävention oder in klinischen Stichproben bei Kindern mit ADHS inklusive aggressiven Verhaltensauffälligkeiten empirisch belegt worden sind (siehe Anhang III.2).

5. EMPFEHLUNGEN FÜR PATIENTENZENTRIERTE INTERVENTIONEN[9]

Schlüsselfragen:

S1: Sind patientenzentrierte Interventionen bei Kindern im Alter von 4 bis 6 Jahren, bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 bis 14 Jahren und bei Jugendlichen ab dem Alter von 14 Jahren wirkungsvoll bei der Verminderung von aggressivem Verhalten gegenüber Erwachsenen und Gleichaltrigen?

S2: In welchem Therapieformat (Einzel- versus Gruppentherapie), mit welcher Intensität und mit welchen therapeutischen Ansatzpunkten und mit welchen Therapiemethoden sollten patientenzentrierte psychotherapeutische Interventionen durchgeführt werden?

S3: Beeinflussen mangelnden prosozialen Emotionen oder komorbide Störungen die Wirksamkeit von patientenzentrierten Interventionen?

S4: Liegen im deutschen Sprachraum evidenzbasierte patientenzentrierte Therapieprogramme vor?

5.1. Empfehlungen zur Indikation für patientenzentrierte Interventionen

5.1.1. Bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 bis 14 Jahren, welche die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllen oder bei denen ein klinisch relevantes oppositionell aggressives Verhalten vorliegt, sollten patientenzentrierte psychotherapeutische Interventionen in Form von sozialen Kompetenztrainings, einschließlich Trainings zur sozial-kognitiven Problemlösung, durchgeführt werden. Sie sind vor allem bei auf Gleichaltrige bezogener Aggression indiziert und wenn soziale Kompetenzdefizite in der Konfliktlösefähigkeit vorliegen. Diese Trainings sollten möglichst in Kombination mit Elterntrainings und gegebenenfalls schulzentrierten Interventionen durchgeführt werden.[5]

Evidenzstärke: Hoch, Empfehlungsgrad: A: (Starke Empfehlung), Konsensus: 100%
Hinweis zur Evidenz siehe II 5.3., Schlüsselfrage 1

5.1.2. Bei Jugendlichen ab dem Alter von 14 Jahren, welche die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllen oder bei denen ein klinisch relevantes oppositionell aggressives Verhalten vorliegt, können patientenzentrierte psychotherapeutische Interventionen in Form von sozialen Kompetenztrainings, einschließlich Trainings zur sozial-kognitiven Problemlösung, adaptiert werden, die sich bei Kindern als wirkungsvoll erwiesen haben. Sie sind vor allem bei auf Gleichaltrige bezogener Aggression indiziert und wenn soziale Kompetenzdefizite in der Konfliktlösefähigkeit vorliegen. Diese Interventionen können in Kombination mit Elterntrainings und schulzentrierten Interventionen durchgeführt werden.[5]

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 92.31%

[9] Patientenzentrierte Interventionen können sowohl im Einzel- und Gruppensetting angeboten werden. Die vorliegende Evidenz beruht jedoch überwiegend auf Studien zur Überprüfung der Wirksamkeit von Gruppenprogrammen.

Eine differenzierte Beschreibung und Definition patientenzentrierter Behandlungsprogramme für SSV findet sich in Kapitel II.3, Beispiele für im deutschen Sprachraum evaluierte patientenzentrierte Programme finden sich im Anhang III.2.

Hinweise zur Evidenz und Qualität der Evidenz siehe auch Evidenztabellen im Leitlinienreport III.4

5.1.3. Bei Kindern zwischen 4 und 6 Jahren, welche die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllen oder bei denen ein klinisch relevantes oppositionell aggressives Verhalten vorliegt, können patientenzentrierte psychotherapeutische Interventionen in Form von sozialen Kompetenztrainings durchgeführt werden, die an den Entwicklungsstand von Vorschulkindern anzupassen sind. Sie sind vor allem bei auf Gleichaltrige bezogener Aggression indiziert und wenn soziale Kompetenzdefizite in der Konfliktlösefähigkeit vorliegen. Diese Interventionen sollen nur in Kombination mit Elterntrainings bzw. kindergartenzentrierten Interventionen durchgeführt werden.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%

Sondervotum zu 5.1: (eingereicht vom bvvp, BKJ und VAKJP, BKJPP):

Bei Kindern und Jugendlichen, bei denen die genannten psychotherapeutischen Interventionen keine hinreichende Wirkung gezeigt haben, bei denen hierfür keine Adhärenz vorliegt oder bei denen diese nicht durchführbar sind, sowie bei denen ein bedeutender Einfluss von auslösenden Faktoren auf die Entstehung der SSV (z.B. Traumata oder schwere Belastungssituationen) eruierbar ist, sollte die Indikation einer verhaltenstherapeutischen oder psychodynamischen Psychotherapie, die nicht störungsspezifisch ansetzt, geprüft werden.[10]

5.2. Empfehlungen zum Therapieformat/Intensität und Therapiemethoden

5.2.1. Patientenzentrierte psychotherapeutische Interventionen können bei SSV im Gruppenformat oder im Einzelformat im ambulanten oder (teil-)stationären Setting (siehe 5.2.6) durchgeführt werden. Die Interventionen sollten auf einem kognitiv-behavioralen Therapiekonzept beruhen und auf der Grundlage publizierter und evaluierter Therapieprogramme unter Einschluss der entsprechenden Therapiematerialien durchgeführt werden, um eine konsistente Implementierung der Therapie zu gewährleisten (siehe Liste deutschsprachiger evaluierter patientenzentrierte Therapieprogramme).
Bei Gruppentherapien sollte darauf geachtet werden, dass negative Effekte im Sinne eines Devianztrainings vermieden werden. Um im Gruppensetting frühzeitig auf aggressive Verhaltensweisen reagieren zu können und prosoziales Verhalten zu unterstützen, sollen ausreichend personelle Ressourcen und entsprechenden Strukturen zur Verfügung gestellt werden.

Evidenzstärke: Hoch, Empfehlungsgrad: A (Starke Empfehlung), Konsensus: 84.62%
Hinweis zur Evidenz siehe II 5.3., Schlüsselfrage 2

5.2.2. Patientenzentrierte psychotherapeutische Interventionen sollten bei SSV die jeweils individuellen störungsauslösenden und problemaufrechterhaltenden Bedingungen (z. B. mangelnde sozial-kognitive Problemlösefähigkeit, mangelnde Affekt- und Impulskontrolle, mangelnde prosoziale Emotionen, soziale Fertigkeitsdefizite, Verstärkung aggressiven Verhaltens) als auch vorhandene Ressourcen und die individuellen realen sozialen Situationen berücksichtigen, in denen das Problemverhalten auftritt und daraus therapeutische Ansatzpunkte ableiten.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 84.62 %

[10] Gesamte Begründung des SV, siehe Anhang III. 3.

5.2.3. Patientenzentrierte psychotherapeutische Interventionen im Einzel- oder Gruppenformat sollten folgende Methoden einsetzen:

- Psychoedukation
- Modelldarbietung
- Interventionen zur Veränderung von aggressionsauslösenden Denkinhalten und von ineffizienten Problemlöseprozessen
- Methoden der Affektregulation
- Rollenspieltechniken, Verhaltensübungen inklusive Rückmeldung und Rollentausch
- Verstärkungstechniken
- Transfertechniken inklusive Selbstmanagementmethoden, Selbstreflektion, Übungen im natürlichen Umfeld, Einbeziehung von Eltern, Erziehern, Lehrern oder Gleichaltrigen in die Intervention.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100 %

5.2.4. Patientenzentrierte psychotherapeutische Interventionen im Gruppenformat bieten die Möglichkeit, soziales Verhalten während der Therapiegruppe mit Gleichaltrigen einzuüben. Dabei sollte beachtet werden, dass:

- die Gruppentherapie eine ausreichende Sitzungszahl umfasst, in der Regel 10 – 18 Sitzungen (1.5-2h), bei komplexen Fällen können auch mehr Sitzungen notwendig sein
- eine adäquate Gruppengröße (in der Regel nicht mehr als 6 Teilnehmer) nicht überschritten wird
- die Gruppen in der Regel mit zwei Gruppenleitern durchgeführt werden
- keine negativen Lerneffekte zwischen den Gruppenmitgliedern entstehen

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 76.92%

5.2.5. Wenn patientenzentrierte psychotherapeutische Interventionen im Einzelformat angewandt werden, sollten die Sitzungen eine ausreichende Sitzungszahl umfassen, z.B. 20 – 25 Sitzungen, bei komplexen Fällen können auch mehr Sitzungen notwendig sein und die Interventionen sollten in besonderem Maße auf den Einzelfall angepasst werden.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 76.92%

5.2.6. Bei teilstationärer und stationärer Behandlung sollten die genannten patientenzentrierten Methoden eingebettet werden in milieutherapeutische Settings im multiprofessionellen Behandlungsteam. Systemische und psychodynamische Konzepte können hilfreich sein.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%

Sondervotum zu 5.2.6 (eingereicht vom bvvp, BKJ und VAKJP, BKJPP): Bei ambulanter Behandlung können (analog zu stationären und teilstationären Behandlung) ein Setting mit multiprofessionellem Behandlungsteam und die Berücksichtigung systemischer und/oder psychodynamischer Konzepte ebenfalls hilfreich sein.[11]

[11] Gesamte Begründung des SV, siehe Anhang III.3.

5.3. Evidenzen zu den Empfehlungen für patientenzentrierten Interventionen[12]

Schlüsselfrage 1: Sind patientenzentrierte Interventionen bei Kindern im Alter von 4 bis 6 Jahren, bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 bis 14 Jahren und bei Jugendlichen ab dem Alter von 14 Jahren wirkungsvoll bei der Verminderung von aggressivem Verhalten gegenüber Erwachsenen und Gleichaltrigen?

Evidenz NICE: Die von NICE (2013) beurteilten Studien zur Wirksamkeit patientenzentrierter kognitiv-verhaltensorientierter Behandlungsprogramme (Sozialer Kompetenztrainings), bei denen es sich bei den meisten Studien um gruppenbasierte Programme handelt, variieren hinsichtlich der Evidenz abhängig vom Beurteiler. In den 27 in die Metaanalyse eingeschlossenen RCT-Studien mit mittlerer bis hoher Studienqualität zeigt sich im Durchschnitt im Urteil von Eltern (SMD=0.34), im klinischen Urteil (SMD=0.42) und im Beobachtungsurteil (SMD=0.20), im Lehrerurteil (SMD=0.37) und im Gleichaltriegenurteil (SMD=0.25) eine Abnahme aggressiven Verhaltens unmittelbar nach der Intervention im Vergleich zu einer Kontrollgruppe (TAU, aktive Kontrolle, Wartebedingung, keine Behandlung). Zum Follow-up Zeitpunkt (12 bis 117 Wochen) wurde in 7 RCT-Studien) das Eltern- und Lehrerurteil betrachtet. Hier sind signifikante Effekte sowohl im Elternurteil (SMD=0.26) als auch im Lehrerurteil (SMD=0.45) nachweisbar (Feindler,1984; Lochman et al. ,2004; Michelson et al., 1983; Shechtman et al., 2006; Szapocznik et al,1989; Verduyn et al.,1990).

Ergänzende Evidenz aus weiteren Meta-Analysen: Auch weitere veröffentlichte Metaanalysen zur Wirksamkeit patientenzentrierter kognitiv-verhaltensorientierter Behandlungsprogramme (Sozialer Kompetenztrainings) bestätigen eine Effektivität mit Effektstärken, die zumeist im unteren bis mittleren Bereich liegen, wobei es sich bei den meisten Studien ebenfalls um gruppenbasierte Programme handelt. Die von McCart et al. (2006) veröffentlichte Metaanalyse, in die 41 randomisiert kontrollierte Studien eingeschlossen wurden, bestätigt die Wirksamkeit von patientenzentrierten Trainingsprogrammen gegenüber Kontrollgruppen (TAU, aktive Kontrolle, Wartebedingung, keine Behandlung) mit durchschnittlich kleinen Effektstärken (d=0.35). Auch die Metaanalyse von Smeets et al. (2015), bei der 25 randomisiert kontrollierte Studien eingeschlossen wurden (kognitiv-verhaltensorientierte soziale Kompetenztrainings oder multimodale Interventionen unter Einbezug des Kindes gegenüber einer Kontrollbedingung (TAU, aktive Kontrolle, Wartebedingung, keine Behandlung)), bestätigt die Wirksamkeit mit moderaten Effektstärken von d=0.50. Matjasko et al. (2012) berichten in ihrer Metaanalyse, in die 8 Studien (soziale Kompetenztrainings teils unter Einbezug von Bezugspersonen gegenüber einer Kontrolle) eingeschlossen wurden, von Effektstärken zwischen d=0.36 und d=0.70. Candelaria et al. (2012) fanden in ihrer Metaanalyse, in die n= 60 Studien (soziale Kompetenztrainings, teils unter Einbezug von Bezugspersonen gegenüber einer Kontrollbedingung) einbezogen wurden, im Durchschnitt kleine Effektstärken von d=0.27. Die metaanalytischen Reviews von Bennett & Gibbons (2000); Brestan & Eyberg (1998), Eyberg et al. (2008) fanden mittlere bis große Effekte (d= 0.47 bis d=0.90) für patientenzentrierte kognitiv-verhaltensorientierte Behandlungsprogramme.

Wirksamkeit von patientenzentrierten Trainingsprogrammen bei jüngeren Kindern:
Evidenz NICE: In den Studien, die NICE zugrunde legte, wurden Kinder ab dem Alter von 4 Jahren (Kendall et al. (1990): 6-13 Jahre, Szapocznik et al. (1989): 6-12 Jahre, Pepler (1995): 6-12 Jahre; Webster-Stratton et al. (2004): 4-8 Jahre) eingeschlossen. So zeigen Webster-Stratton et al. (2004) in einer RCT, dass patientenzentrierte Interventionen bei 4- bis 8Jährigen Effektstärken von 0.35 bis 0.51 auf mütterliches

[12] Hinweise zur Evidenz und Qualität der Evidenz siehe auch Evidenztabellen im Leitlinienreport III.4

Erziehungsverhalten, oppositionell-aggressives Verhalten zu Hause und der Schule als auch auf die soziale Kompetenz gegenüber Gleichaltrigen hat. Bei der Kombination von kind- und eltern- bzw. schulzentrierter Interventionen zeigen z. B. Webster-Stratton et al. (2004), dass zusätzlich zu eltern- oder schulzentrierten Interventionen durchgeführte patientenzentrierte Interventionen bei 4-8 Jährigen über die Zeit stabile Effekte von klinischer Relevanz hinsichtlich der sozialen Kompetenz gegenüber Gleichaltrigen erbringen. (Die Kombination mit Lehrertraining verbessert das Klassenzimmermanagement und die Kombination mit Elterntraining verbessert die Effekte auf Verhaltensprobleme in der Familie und auf das Erziehungsverhalten.)

Ergänzende Evidenz aus weiteren Meta-Analysen: Durlak et al. (1991) fanden in einer Meta-Analyse zur Wirksamkeit kognitiver Trainings generell bei Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten eine Effektstärke von 0.57 für patientenzentrierte Interventionen bei 5–6Jährigen. Darüber hinaus schließen auch andere Metaanalysen, wie z.B. McCart et al. (2006), die Effekte belegen, auch Kinder im Alter von 6-12 Jahren ein. Webster-Stratton & Hammond (1997) fanden in einer RCT bei Kindern im Alter von 4 bis 8 Jahren eine Effektstärke von 1.32 für patientenzentrierte Interventionen auf oppositionell-aggressives Verhalten.

Ergänzende Evidenz aus Einzelstudien: Weitere Einzelstudien wie z.B. eine Follow-up Untersuchung bei 4-8Jährigen von Webster-Stratton et al. (2001) nach einem Jahr zeigte, dass die meisten Effekte nach einer patientenzentrierten Behandlung beibehalten wurden, bzw. eine hohe Stabilität aufwiesen. Eine neue Studie aus dem deutschen Sprachraum zeigt, dass patientenzentrierte Interventionen auch bei Kindern ab dem Alter von 6 Jahren wirkungsvoll sind (Görtz-Dorten et al. 2015).

Die klinische Erfahrung zeigt, dass sich die Interventionskonzepte für ältere Kinder auch auf jüngere Kinder übertragen lassen, da das theoretische Modell der sozialen Informationsverarbeitung und der sozialen Kompetenzdefizite das gleiche ist und insgesamt eher das kognitive und das sozial emotionale Reifungsniveau über Erfolge entscheiden, nicht so sehr das Alter.

Wirksamkeit von patientenzentrierten Trainingsprogrammen bei älteren Kindern und Jugendlichen:
Evidenz NICE: Bereits bei den Studien, die NICE zugrunde legte und die Effekte (von 0.12-0.66) zeigten, waren Jugendliche eingeschlossen (z. B. Shechtman et al. 2000:10-15 Jahre; Feindler et al. 1984: 12-15 Jahre; Nestler et al. 2011: 15-22 Jahre, Arbuthnot et al. 1986: 13-17 Jahre).

Ergänzende Evidenz aus weiteren Meta-Analysen: McCart et al. (2006) konnten in einer Metaanalyse, in die 21 RCT Studien (soziale Kompetenztrainings versus Elterntrainings) eingeschlossen wurden, zeigen, dass Elterntrainings bei 6-12 Jährigen höhere Effekte bei Kindern und soziale Kompetenztraining höhere Effekte bei Adoleszenten zeigen. Durlak et al. (1991) fanden eine Effektstärke von 0.92 bei 11-13 Jährigen. Metaanalysen von Fossum et al. (2008) und Sukhodolsky et al. (2004) zeigen, dass patientenzentrierte Interventionen auch bei Jugendlichen mit aggressivem Verhalten zu einer Verminderung der Symptomatik führen.

Ergänzende Evidenz aus Einzelstudien: Neue Studien belegen ebenfalls die Effekte kognitiv-behavioraler Interventionen in Verbindung mit musiktherapeutischen Elementen (Currie & Startup, 2012).

Die klinische Erfahrung zeigt, dass sich die Interventionskonzepte für ältere Kinder auch auf Jugendliche übertragen lassen, da das theoretische Modell der sozialen Informationsverarbeitung und der sozialen Kompetenzdefizite das gleiche ist und da aufgrund des höheren kognitiven und des sozial emotionalen Reifungsniveaus eher Effekte durch diese Interventionen zu erwarten sind.

Wirksamkeit von patientenzentrierten Interventionen bei gleichaltrigen-bezogenem aggressivem Verhalten: Webster-Stratton et al. (2004) zeigen, dass patientenzentrierte Interventionen bei 4-8 Jährigen zusätzliche über die Zeit stabile Effekte von klinischer Relevanz hinsichtlich der sozialen Kompetenz gegenüber Gleichaltrigen erbringen. Görtz-Dorten et al. (2015) zeigen, dass primär patientenzentrierte Interventionen Effekte auf gleichaltrigen-bezogene Aggression sowie auf die sozial-kognitiven Informationsverarbeitung, die Affekt- und Impulskontrolle und die sozialen Fertigkeiten haben. Während eltern- und schulzentrierte Interventionen primär an der Veränderung störungsaufrechterhaltender Interaktionen ansetzen, setzen die patientenzentrierten Interventionen primär an intrapsychischen Merkmalen des Patienten (z.B. Störungen der Informationsverarbeitung) an. Daher sind nach klinischer Einschätzung patientenzentrierte Interventionen vor allem geeignet, diese Komponenten aggressiven Verhaltens zu modifizieren.

Schlüsselfrage 2: In welchem Therapieformat (Einzel- versus Gruppentherapie), mit welcher Intensität, mit welchen therapeutischen Ansatzpunkten und mit welchen Therapiemethoden sollten patientenzentrierte psychotherapeutische Interventionen durchgeführt werden?

Gruppensetting (Gruppengröße und -zusammensetzung):
Evidenz NICE: In kontrollierten Studien, die NICE zugrunde legte, wurden Gruppentherapien in sehr unterschiedlichen Gruppengrößen von 1 bis 7 Patienten pro Gruppe (z. B. Feindler et al, 1984: 6 Patienten pro Gruppe ; Kettlewell et al.,1983 : 5 Patienten pro Gruppe; Pepler et al.,1995: 7 Patienten pro Gruppe ; Shechtman et al.,2000: 1 Patient, 2 Patienten pro Gruppe bis kleine Gruppen (keine maximale Angabe der Patientenanzahl) ; Webster-Stratton et al 2004: 6-7 Patienten pro Gruppe; Webster Stratton et al.,1997: 5-6 Patienten pro Gruppe) durchgeführt.

Ergänzende Evidenz aus weiteren Meta-Analysen: Die Metaanalyse von Weiss et al. (2005) zeigt zwar, dass insgesamt keine schädlichen Effekte im Sinne eines Devianztrainings auftreten, allerdings gibt es einzelne Studien und klinische Erfahrung, die zeigen, dass diese Effekte auftreten können (z.B. Dishion et al. (1999) konnten negative Effekte von homogenen Therapiegruppen mit aggressiven Jugendlichen in Form eines Devianztrainings nachweisen (siehe Guidelines NL). Ang & Hughes (2001) konnten in einer Meta-Analyse von 38 Studien für Therapien im Gruppenformat mit aggressiv auffälligen Patienten Effektstärken von d= 0.55 finden und im Einzelformat oder im Gruppenformat mit prosozialen Kindern und Jugendlichen von d=0.70.

Klinische Erfahrungen zeigen, dass Therapieprogramme in größeren Gruppen häufig nicht ausreichend individualisiert werden können. In der Praxis lassen sich größere Therapiegruppen kaum bilden und über einen längeren Zeitraum binden. Größere Gruppen sind zudem meist von einem Therapeuten nicht gut steuerbar.

Einzelsetting (Therapieeffekte):
Evidenz NICE: Bei NICE (2013) werden dazu zwei Studien im Einzelsetting identifiziert: Kendall et al. (1990) fanden kleine Effekte im Lehrerurteil bzgl. der Abnahme aggressiven Verhaltens und der Zunahme prosozialen Verhaltens im Vergleich zu einer supportiven oder beziehungsorientierten Intervention bei 6-13 Jährigen. Omizo et al. (1988) fanden bzgl. der Abnahme aggressiven Verhaltens eine Überlegenheit von einem patientenzentrierten kognitiv-verhaltensorientierten Behandlungs-programm (Soziales Kompetenztraining) im Vergleich zu einer aktiven Kontrollgruppe mit großen Effektstärken (d = 0.88) im Lehrerurteil.

Ergänzende Evidenz aus weiteren Meta-Analysen: Stoltz et al. (2012) führten eine systematische Meta-Analyse von 11 Studien (RCTs oder quasi-experimentelle Kontrolle; n=738 Kinder) mit Einzelinterventionen bei Kindern mit erhöhtem oppositionellen/aggressivem Verhalten vom Kindergarten bis zur 6. Klasse durch. Alle kindzentrierten Interventionen wurden im Kindergarten/in der Schule durchgeführt. Die Mehrzahl der Studien nutzte kognitiv-behaviorale Strategien. Die Effektstärken hierfür waren bei d=0,30 ($p < .001$, 95% CI 0.14–0.46). Eine zweite Meta-analyse mit 13 Studien über die Wirksamkeit von Einzelinterventionen und weiteren Behandlungskomponenten (z.B. Modifikation der Schulumgebung, Gruppeninterventionen, Aktivitäten in der Klasse, Einbeziehung der Eltern) erbrachte vergleichbare Effektstärken (d=0,30; $p < .001$, 95% CI = 0.04–0.56). Ang & Hughes (2001) konnten in einer Meta-Analyse von 38 Studien für Therapien im Gruppenformat mit aggressiv auffälligen Patienten Effektstärken von d= 0,55 finden und im Einzelformat oder im Gruppenformat mit prosozialen Kindern und Jugendlichen von d=0,70. Die niederländischen Leitlinien verweisen auf die Studien von Litschge et al. (2010) und Dishion et al. (1999), die zeigen konnten, dass sowohl patientenzentrierte kognitiv-verhaltensorientierte Behandlungsprogramme in Gruppen als auch individuelle patientenzentrierte kognitiv-verhaltensorientierte Behandlungsprogrammen effektiv sind.

Ergänzende Evidenz aus Einzelstudien: Darüber hinaus fanden Kazdin et al. (1989) kleine Effekte im Lehrerurteil bzgl. der Abnahme aggressiven Verhaltens und der Zunahme prosozialen Verhaltens im Vergleich zu einer beziehungsorientierten Intervention bei 7-13 Jährigen. Im deutschen Sprachraum fanden Görtz-Dorten et al. (2015) bei 6-12 Jährigen ausgeprägte Therapieeffekte. In einer Eigen-Kontrollgruppenstudie konnten deutliche Effekte eines hauptsächlich patientenzentrierten kognitiv-verhaltensorientierten Behandlungsprogrammes (Soziales Kompetenztraining) im Einzelsetting im Vergleich zu einer unbehandelten Wartephase im Elternurteil nachgewiesen werden.

Einzelsetting (Sitzungsanzahl): Einzelstudien, die die Wirksamkeit von patientenzentrierten kognitiv-verhaltensorientierten Behandlungsprogrammen im Einzelsetting gegenüber einer nicht kognitiv-verhaltensorientierten Kontrollgruppe untersuchten, umfassten im Durchschnitt 20-25 Sitzungen. Kendall et al. (1990) haben 20 Sitzungen, Kazdin et al. (1989) haben 25 Sitzungen und Görtz-Dorten et al. (2015) haben 24 Sitzungen Einzeltherapie untersucht. Nach klinischer Erfahrung sind jedoch bei komplexen Fällen auch höhere Sitzungszahlen notwendig.

Kombination kind- und elternzentrierter Interventionen: Einzelne Studien (Webster-Stratton et al. 2004; Lochman & Wells, 2004; Kazdin et al., 1992) kommen zu dem Ergebnis, dass patientenzentrierte Interventionen zusätzliche über die Zeit stabile Effekte von klinischer Relevanz erbringen, wenn sie mit elternzentrierten- bzw. schulzentrierten Interventionen kombiniert werden. Die Studie von Wells (2004) wurde in den Meta-Analysen von NICE wegen einzelner methodischer Schwächen nicht berücksichtigt. Die Ergebnisse dieser Studie fließen dennoch in die vorliegenden Empfehlungen ein, weil sie zusätzlich wichtige Informationen für die Empfehlungen liefert, die sich nicht aus methodisch besseren Studien ableiten lassen. Der Evidenzstärke der entsprechenden Empfehlung wurde jedoch aufgrund der methodischen Mängel zurückhaltend beurteilt.

Effektive therapeutische Ansatzpunkte: Klinische Erfahrungen zeigen, dass der Transfer von der Therapiesituation auf die realen sozialen Situationen dann eher gelingt, wenn die Interventionen diese spezifischen realen sozialen Situationen miteinbeziehen. Garland und Mitarbeiter (2008) identifizierten auf der Basis einer Literaturrecherche kombiniert mit dem Einholen von Expertenmeinungen effektive therapeutische Inhalte zur Behandlung von Kindern im Alter von vier bis dreizehn Jahren mit einer externalisierenden Verhaltensstörung. Unter Verwendung der Delphi-Methode wurden folgende therapeutische Inhalte als effektiv beurteilt: Grenzsetzungen, Problemlösen, Ärger-Kontrolle, Verstehen von Affekten, Rückfallprophylaxe. Studien zeigen, dass bei aggressivem Verhalten verschiedene

störungsaufrechterhaltende Komponenten vorliegen können (z.B. Dodge & Schwartz, 1997; Rudolph, Roesch, Greitemeyer & Weiner, 2004). Die meisten Therapieansätze versuchen, verschiedene Komponenten anzusprechen. Allerdings würde vermutlich eine höhere Therapie-Effizienz erreicht werden, wenn in einem individualisierten Therapieansatz nur die in dem entsprechenden Fall störungsaufrechterhaltenden Komponenten angesprochen werden. Auf hohe Effekte eines solchen Ansatzes weist die Studie von Görtz-Dorten et al. (2015) hin.
Kolko et al. (2009) fanden eine Reduktion (moderater Effekt; d= 0.44) in Bezug auf begrenzte prosoziale Emotionalität durch patientenzentrierte kognitiv-verhaltensorientierte Behandlungsprogramme (Sozialen Kompetenztrainings), aber nicht dass begrenzte prosoziale Emotionalität einen Prädiktor darstellt. Lochman et al. (2014) berichten über eine signifikante Reduktion von begrenzter prosozialer Emotionalität bei Schulkindern mit einem klinisch relevant erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens durch ein gruppenbasiertes patientenzentriertes kognitiv-verhaltensorientiertes Behandlungsprogramm unter Einbezug der Eltern**.** Van Manen et al. (2004) fanden eine signifikante Zunahme in Bezug auf sozial kognitive Fertigkeiten und Selbstkontrolle durch ein gruppenbasiertes patientenzentriertes sozial-kognitives-Behandlungsprogramm basierend auf dem von Dodge et al. entwickelten theoretischen Konzept zur sozial-kognitiven Informationsverarbeitung im Vergleich zu einem sozialen Kompetenztraining.

Evidenz zu Therapiemethoden: Garland und Mitarbeiter (2008) identifizierten auf der Basis einer Literaturrecherche kombiniert mit dem Einholen von Expertenmeinungen effektive Strategien zur Behandlung von Kindern im Alter vier bis dreizehn Jahren mit einer externalisierenden Verhaltensstörung. Unter Verwendung der Delphi-Methode wurden folgende Strategien als wirkungsvoll bewertet: Positive Verstärkung, Bestrafung, Psychoedukation, Therapeutische Hausaufgaben, Rollenspiele, Modelllernen, Einsatz von Therapiematerialien, Verlaufskontrolle. Vergleichbare Empfehlungen liegen im Leitfaden zur Behandlung aggressiv-dissozialer Störungen (Petermann et al. 2016) vor. Ang & Hughes (2001) konnten in einer Meta-Analyse von 38 Studien für Therapien im Gruppenformat mit aggressiv auffälligen Patienten Effektstärken von d= 0,55 finden und im Einzelformat oder im Gruppenformat mit prosozialen Kindern und Jugendlichen von d=0,70 (Hinweis auf Modelllernen). Elemente von Ärgerkontroll-Trainings können auch Entspannungstechniken sein oder Achtsamkeitsbasierte Übungen, die sich in kleinen kontrollierten Studien als wirkungsvoll bei der Ärgerkontrolle erwiesen haben (Milani et al., 2013, Jewell et al., 2013).

Schlüsselfrage 3: Beeinflussen mangelnde prosoziale Emotionen oder komorbide Störungen die Wirksamkeit von patientenzentrierten Interventionen?

Wirksamkeit von patientenzentrierten Trainingsprogrammen bei komorbiden Störungen: Ollendick et al. (2008) konnten in einer Übersicht zu multimodaler kognitiver Verhaltenstherapie (unter Einbezug von Kindern und Eltern) versus TAU, komorbide Störungen (wie ADHS, Depression, Angst) nicht als Prädiktoren für den Therapieerfolg bzgl. oppositionell-aggressiven oder dissozial-aggressiven Verhaltens finden.

Wirksamkeit von patientenzentrierten Trainingsprogrammen bei Kindern mit mangelnden prosozialen Emotionen: Nur wenige Einzelstudien analysierten die Effekte von patientenzentrierten kognitiv-verhaltensorientierten Behandlungsprogrammen (Sozialen Kompetenztrainings) auf begrenzte prosoziale Emotionalität. Kolko et al. (2009) fanden eine Reduktion (moderater Effekt; d= 0.44) in Bezug auf begrenzte prosoziale Emotionalität durch patientenzentrierte kognitiv-verhaltensorientierte Behandlungsprogramme (Sozialen Kompetenztrainings), aber nicht dass begrenzte prosoziale Emotionalität einen Prädiktor darstellt. Lochman et al. (2014) berichten über eine signifikante Reduktion von begrenzter prosozialer Emotionalität bei Schulkindern mit einem klinisch relevant erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Störung des

Sozialverhaltens durch ein gruppenbasiertes patientenzentriertes kognitiv-verhaltensorientiertes Behandlungsprogramm unter Einbezug der Eltern**.** Masi et al. (2013) zeigen jedoch, dass begrenzte prosoziale Emotionalität in einer individuellen Therapie für Kinder mit parallelem Elterntraining einen Prädiktor für "non-response" darstellt. Smeets et al. (2015) zeigen in einer Metaanalyse, dass Kinder mit reaktiver Aggression mehr von sozialen Kompetenztrainings profitierten als Kinder mit proaktiver Aggression bzgl. der Reduktion der Aggression und Steigerung der Ärgerkontrolle.

Schlüsselfrage 4: Liegen im deutschen Sprachraum evidenzbasierte patientenzentrierte Therapie-programme vor?

Deutschsprachige evidenzbasierte patientenzentrierte Interventionsprogramme. Die Wirksamkeit patientenzentrierter verhaltenstherapeutischer Interventionen (alleine oder mit Elterntrainings kombiniert) zur Behandlung aggressiver Symptomatik ist im deutschen Sprachraum in nur wenigen Kontrollgruppenstudien empirisch überprüft worden (Görtz-Dorten et al., 2015; Stadler, et al. 2012; Wettach & Aebi, 2016). Im Anhang III.2. werden Trainings aufgelistet, die in Manualform vorliegen und bei denen zumindest einige empirische Hinweise auf ihre Wirksamkeit vorliegen.

6. EMPFEHLUNG ZU KINDERTAGESSTÄTTEN- UND SCHULZENTRIERTE INTERVENTIONEN[13]

Kommentar: Kindertagesstätten- und schulzentrierte Interventionen umfassen in dieser LL Interventionen, die vorwiegend als universelles Präventionsprogramm im Gruppenformat für das schulische Setting entwickelt wurden. Schulbezogene Interventionen können entweder spezifisch, beispielsweise nur auf Lehrer, ausgerichtet sein oder auf Veränderungen abzielen, die das ganze Ökosystem Schule umfassen, um das Klima der Schule gesamtheitlich zu verändern. [14]

Schlüsselfragen:

S1: Sind universelle präventive Interventionen in Kindertagesstätten und Schulen wirkungsvoll bei der Verminderung von oppositionellem und aggressivem Verhalten gegenüber Erwachsenen und Gleichaltrigen?

S2: Sind erzieher- oder lehrerzentrierte therapeutische Interventionen in Kindertagesstätten und Schulen wirkungsvoll bei auffälligen Kindern oder Jugendlichen zur Verminderung von oppositionellem und aggressivem Verhalten gegenüber Erwachsenen und Gleichaltrigen?

S3: Welches Therapieformat und welche Therapiemethoden sollten umgesetzt werden?

S4: Liegen im deutschen Sprachraum evidenzbasierte erzieher- oder lehrerzentrierte therapeutische Therapieprogramme vor, die in Kindertagesstätten oder Schulen eingesetzt werden können?

6.1. Empfehlungen zur Indikation präventiver Interventionen in Kindertagesstätten und Schulen

6.1.1. In Gruppen von Kindertagesstätten oder in Schulklassen sollten Kindern im Alter von 3 bis 7 Jahren mit einem deutlichen Risiko zur Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens Trainings-/Unterrichtseinheiten zur Verbesserung der sozial-emotionalen und Problemlösekompetenz angeboten werden. Folgende Faktoren erhöhen das Risiko für die Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens:

- Niedriger sozioökonomischer Status
- Hinweise auf Entwicklungsrückstände und/oder geringe schulische Leistungen
- Kindesmisshandlung
- Paarkonflikte der Eltern
- Getrennte oder geschiedene Eltern
- Elterliche psychische Störung inklusive Substanzmissbrauch
- Elterliche Delinquenz

Evidenzstärke: Hoch, Empfehlungsgrad: B (Empfehlung), Konsensus: 100%
Hinweis zur Evidenz siehe II 6.3., Schlüsselfrage 1

[13] Hinweise zur Evidenz und Qualität der Evidenz siehe auch Evidenztabellen im Leitlinienreport III.4

[14] Unter kindergarten- und schulbasierten therapeutischen Interventionen werden mitunter auch kindzentrierte Interventionen verstanden, die in der Schule mit auffälligen Kindern durchgeführt werden. Diese Interventionen werden in dieser LL entweder als patientenzentrierte Interventionen eingeordnet und die entsprechenden Evidenzbelege in Kapitel 4 dargestellt oder sind als Bestandteil eines multimodalen Behandlungsprogramms definiert (Kapitel 6).

6.1.2. Universelle Trainings zur Verbesserung der sozial-emotionalen und Problemlösekompetenz, welche die gesamte Klasse/Gruppe einbeziehen, sollten in einer positiven Atmosphäre angeboten werden und Methoden einsetzen,

- welche die Wahrnehmung der eigenen Gefühle und die der andern fördern;
- die Selbstkontrolle von emotionaler Erregung und von Verhalten unterstützen;
- die ein positives Selbstkonzept und gute Gleichaltrigenbeziehungen fördern,
- die sozial-kognitiven Problemlösefähigkeiten verbessern.

Evidenzstärke: Hoch, Empfehlungsgrad: Empfehlung, Konsensus: 100 %
Hinweis zur Evidenz siehe II 6.3., Schlüsselfrage 1

6.2. Empfehlungen zum Therapieformat und den Therapiestrategien

6.2.1. Bei Kindern mit ausgeprägtem oppositionellem, aggressivem oder dissozialem Verhalten in der Kindertagesstätte oder in der Schule sollten Interventionen in diesem Umfeld geplant und pädagogische Fachkräfte parallel zu und orientiert an Elterntrainings im Einzel- oder Gruppenformat geschult bzw. beraten werden (Erziehertrainings, Lehrertrainings). Diese Interventionen zielen darauf ab, das Verständnis der Pädagogen für die Symptomatik zu verbessern, ihr Erziehungsverhalten zu optimieren, um expansive Verhaltensprobleme sowie psychosoziale Beeinträchtigungen des Kindes oder Jugendlichen zu vermindern.

Evidenzstärke: Hoch, Empfehlungsgrad: B (Empfehlung), Konsensus: 100 %

6.2.2. Interventionen in der Kindertagesstätte oder in der Schule, die auf ein einzelnes Kind oder einen Jugendlichen mit problematischen Verhalten zentriert sind, können an präventiven Maßnahmen anknüpfen, die auf der Ebene der Gruppe/ Klasse oder der Kindertagesstätte/der Schule ansetzen (z. B. Streitschlichterprogramm, Training von sozialen Kompetenzen oder Thematisierung von Fairness im Unterricht, Gestaltung des Pausenhofes und der Pausenaufsicht; Erarbeitung von Regeln für die Gruppe oder Klasse).

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100 %

6.3. Evidenzen zu den Empfehlungen für kindertagesstätten- und schulzentrierten Interventionen

Schlüsselfrage 1: Sind universelle präventive Interventionen in Kindertagesstätten und Schulen wirkungsvoll bei der Verminderung von oppositionellem und aggressivem Verhalten gegenüber Erwachsenen und Gleichaltrigen?

Evidenz NICE*:* NICE (2013) identifizierte 4 Studien für eine Meta-Analyse, die als klassenzimmer- und lehrerbasiert (classroom-based and teacher involved) bezeichnet werden und von denen drei (Domitrovich et al., 2007, Izard et al., 2008, Scott, 2005) universelle Präventionsmaßnahmen im Klassenzimmer/in der Kindergartengruppe darstellen. Eine weitere Studie (Gross et al., 2003) verglich Elterntraining und Erziehertraining bei Eltern/Erziehern von Kleinkindern. Diese Interventionen verringern das von Lehrern beurteilte aggressive Verhalten signifikant um d= 0,43 (CI 0.96 to 0.09).

Ergänzende Evidenz aus weiteren Meta-Analysen: Mehrere Meta-Analysen wurden zur Wirksamkeit meist universeller, kindzentrierter kindergarten- oder schulbasierter *Prävention* zur Verminderung aggressiven Verhaltens durchgeführt. Paulus et al. (2016) führten eine systematische Literaturrecherche zu Meta-

Analysen über schulbasierte Interventionen für expansives Problemverhalten durch und identifizierten vier Meta-Analysen zu aggressivem Verhalten, die überwiegend die Effekte von kindzentrierten schulbasierten Interventionen zusammenfassen und signifikante geringe bis moderate Effekte dieser Interventionen belegen (Hahn et al., 2007: 15% Reduktion von gewalttätigem Verhalten; Mytton et al., 2006: d= 0.41, Park-Higgerson et al., 2008: d= 0,15; Wilson & Lipsey, 2007: d= 0,21). So fanden Hahn et al. (2007) in ihrer Meta-Analyse von 53 Studien eine starke Evidenz dafür, dass diese Präventionsmaßnahmen auf allen Klassenstufen zu einer deutlichen Verminderung von Aggressionen im Kindergarten/in der Schule führen. Im Durchschnitt konnte eine Reduktion aggressiven Verhaltens um 15% (im Vergleich zur Kontrollgruppe) erzielt werden. Wilson & Lipsey (2007) identifizierten in ihrer systematischen Meta-analyse 249 experimentelle und quasi-experimentelle Studien zu schulbasierten kindzentrierten Interventionen (universell oder selektiv/indizierte Prävention) und fanden insgesamt positive Interventionseffekte auf aggressives und disruptives Verhalten (d= 0.21; $p< 0.05$). Eine weitere Meta-Analyse führten Gansle et al. (2005) mit 20 kontrollierten Studien zu schulbasierten Interventionen bei aggressiv auffälligen Kindern und Jugendlichen durch und fanden eine durchschnittlich gewichtete Effektstärke über alle Erfolgsmaße hinweg von d=0.31. Die größten Effekte wurden für Wut und externale Verhaltensprobleme (0,54), für internale Probleme (d=0,43) und für soziale Fertigkeiten (d=0,34) gefunden.

Ergänzende Evidenz aus Einzelstudien: Neuere kontrollierte Gruppenstudien, die nicht in die genannten Meta-Analysen eingingen, belegen die Wirksamkeit universeller kindertagesstätten-/schulbasierter Interventionen. So konnten O'Leary-Barrett und Mitarbeiter (2013) bei Jugendlichen durch ein kognitiv-behaviorales Präventionsprogramm unter anderem die Rate aggressiven Verhaltens reduzieren. Schonert-Reichl et al. (2015) zeigen, dass durch ein Achtsamkeitsbasiertes Training bei Schülern der vierten bis fünften Klasse unter anderem die aggressive Symptomatik vermindert werden kann.

Schlüsselfrage 2: Sind erzieher- oder lehrerzentrierte therapeutische Interventionen in Kindertagesstätten und Schulen wirkungsvoll bei auffälligen Kindern oder Jugendlichen zur Verminderung von oppositionellem und aggressivem Verhalten gegenüber Erwachsenen und Gleichaltrigen?

Evidenz NICE: NICE (2013) identifizierte 1 Studie, die als klassenzimmer- und lehrerbasiert (classroom-based and teacher involved) bezeichnet wurde und die Elterntraining und Erziehertraining bei Eltern/Erziehern von Kleinkindern verglich (Gross et al., 2003). Diese Interventionen verringern das von Lehrern beurteilte aggressive Verhalten signifikant um d= 0,43 (CI 0.96 to 0.09). In einer Studie von Webster-Stratton et al (2008), die von NICE (2013) erfasst, aber nicht in die Meta-Analyse eingeschlossen wurde (mangels Verfügbarkeit notwendiger Daten), über die Wirksamkeit eines kombinierten Erzieher-/Lehrertrainings und kindzentrierten universellen Intervention zur Verbesserung sozial-emotionaler Kompetenzen (bei Kindergartenkindern und 1. Klasse Grundschule) und fanden deutliche Effekte hinsichtlich der Reduktion aggressiven Verhaltens.

Ergänzende Evidenz aus weiteren Meta-Analysen: Stoltz et al. (2012) führten eine systematische Meta-Analyse von 13 Studien (RCTs oder quasi-experimentelle Kontrolle; n=1156 Kinder) mit Einzelinterventionen bei Kindern mit erhöhtem oppositionellem/aggressivem Verhalten vom Kindergarten bis zur 6. Klasse durch, die neben kindzentrierten Interventionen, die im Kindergarten/in der Schule durchgeführt wurden, weitere Behandlungskomponenten umfassten, wie die Modifikation der Schulumgebung, Gruppeninterventionen, Aktivitäten in der Klasse, Einbeziehung der Eltern. Die Mehrzahl der Studien nutzte kognitiv-behaviorale Strategien. Die Effektstärken hierfür lagen bei d=0,30 ($p < .001$, 95% CI = 0.04–0.56).

Clarke et al. (2015) führten eine systematische Übersicht über Studien zur Wirksamkeit von schulbasierten Interventionen zur Verbesserung von sozialen und emotionalen Skills bei Schülern durch, die im United Kingdom zur Verfügung stehen. Sie identifizierten eine RCT-Studie zu einem Erzieher-/Lehrertraining aus

dem Incredible Years-Programm von Webster-Stratton bei 3- bis 7Jährigen (Hutchings et al., 2013) und fanden Effekte der Intervention unter anderem auch auf die Reduktion negativer Reaktionen der Kindes gegenüber dem Lehrer.

Ergänzende Evidenz aus Einzelstudien (siehe Evidenztabellen im Anhang des Leitlinienreports III.4). Plück et al. (2015) belegt in einem eigenkontrollgruppendesign die Wirksamkeit des Erziehertrainings aus dem Präventionsprogramm für Expansives Problemverhalten (PEP) mit moderaten Effekten auf das externale Problemverhalten und auf oppositionell-aggressives Verhalten im Erzieherurteil. Die Wirksamkeit der Kombination von Eltern- und Erziehertraining wurde von Hanisch et al. (2010) belegt.

Erzieher-/Lehrertrainings sind zudem Komponenten von umfassenden Interventionen für Kinder mit aggressiven Verhalten, die zunächst schulbasiert sind jedoch noch weitere Komponenten einschließen, z.B. die von Tremblay et al, (1995) oder dem FAST TRACK-Programm (Conduct Problems Prevention Research Group, 2002, die sich bei der Verminderung aggressiven Verhaltens als wirkungsvoll erwiesen haben (siehe Kapitel 7 multimodale Intervention)

Schlüsselfrage 4: Liegen im deutschen Sprachraum evidenzbasierte erzieher- oder lehrerzentrierte therapeutische Therapieprogramme vor, die in Kindertagesstätten oder Schulen eingesetzt werden können?

Im Anhang III.2.werden Trainings aufgelistet, die in Manualform vorliegen und bei denen zumindest einige empirische Hinweise auf ihre Wirksamkeit vorliegen.

7. EMPFEHLUNGEN ZU MULTIMODALEN INTERVENTIONEN

Beschreibung: Multimodale Interventionen und Multikomponenten-Interventionen[15] sind auf mehrere Behandlungsebenen ausgerichtet. Während bei multimodalen Therapieansätzen verschiedene Ebenen konzeptuell aufeinander abgestimmt sind und Behandlungsziele durch eine gemeinsame Fallführung bzw. durch Casemanagement Ziele koordiniert werden (Beispiel multisystemische Therapie oder multimodale Familientherapie), stehen in Multikomponenten-Ansätzen verschiedene Behandlungsebenen (patientenzentriert, elternzentriert, schulzentriert) weitgehend unverbunden nebeneinander und einzelne Interventionen sind konzeptuell nicht aufeinander abgestimmt.

Schlüsselfragen:

S1: Sind multimodale Interventionen bzw. Multi-Komponentenbehandlungen wirksam, um oppositionelles und aggressives Verhalten zu vermindern? Für welchen Altersbereich sind sie indiziert?

S2: In welchem Therapieformat, mit welcher Intensität und mit welchen Therapiemethoden sollten multimodale Interventionen durchgeführt werden?

7.1. Empfehlungen zur Indikation für multimodale Interventionen

7.1.1. Eine multimodale Behandlung soll bei Kindern und Jugendlichen, welche die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllen oder bei denen ein subklinisch ausgeprägtes oppositionell aggressives Verhalten vorliegt, umgesetzt werden, wenn sich die Symptomatik auf mehrere Lebensbereiche erstreckt.

Evidenzstärke: hoch, Empfehlungsgrad: A (Starke Empfehlung), Konsensus: 92.31%
Hinweis zur Evidenz siehe II 7.3., Schlüsselfrage 1

7.1.2. Bei einer schwerwiegenden Symptomatik soll bei Jugendlichen im Alter von 12-18 Jahren, bei denen die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllt sind, eine multimodale Intensivbehandlung umgesetzt werden.

Evidenzstärke: hoch, Empfehlungsgrad: starke Empfehlung, Konsensus: 92.31%
Hinweis zur Evidenz siehe II 7.3., Schlüsselfrage 1

[15] Eine differenzierte Beschreibung und Definition multimodaler Behandlungsprogramme für SSV findet sich in Kapitel II.3, Langfassung. Familientherapeutische Ansätze werden (mit Ausnahme der multidimensionalen Familientherapie) entsprechend NICE nicht zu den multimodalen Ansätzen gezählt (detaillierte Beschreibung siehe Langfassung, Kapitel 3).

Hinweise zur Evidenz und Qualität der Evidenz siehe auch Evidenztabellen im Leitlinienreport III.4

7.2. Empfehlungen zum Therapieformat und den Therapiemethoden

7.2.1. Eine multimodale Intensivbehandlung soll das Kind oder den Jugendlichen und Eltern oder Betreuer miteinbeziehen und soll:

- einen direkten und unterstützenden Fokus auf das familiäre System haben (familienzentriert)
- das gesamte Lebensumfeld des Jugendlichen einbeziehen
- bei der Umsetzung und Koordination von einem Casemanagement/fallführenden Therapeuten koordiniert werden
- in der Regel 3 bis 4 Sitzungen wöchentlich über die Zeitdauer von 3 bis 5 Monaten beinhalten

Für die Familie sollte eine Rufbereitschaft eines Mitglieds des Behandlungsteams, auch außerhalb der normalen Bürozeiten, vorgehalten werden.

Evidenzstärke: hoch, Empfehlungsgrad: A (Starke Empfehlung), Konsensus: 84.62%
Hinweis zur Evidenz siehe II 7.3., Schlüsselfrage 2

7.2.2. Bei der Umsetzung als separat konzipierter Behandlungskomponenten sollte eine Integration der einzelnen Behandlungskomponenten in ein Gesamtbehandlungskonzept erfolgen.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 84.62%

7.2.3. Multimodale Interventionen sollten

- auf einem positiv evaluierten kognitiv-behavioralen systemisch ausgerichteten Therapiekonzept beruhen und entsprechende Therapiematerialien verwenden, um eine konsistente Umsetzung der Interventionen zu gewährleisten
- auf relevante Risikofaktoren (z. B. geringe elterliche Aufsicht, Einbindung des Jugendlichen in eine delinquente Gleichaltrigengruppe, gesundheitsschädigendes Verhalten wie Drogenkonsum) fokussieren sowie protektive Faktoren stärken (z. B. positive schulische Entwicklung)

Evidenzstärke: moderat, Empfehlungsgrad: B (Empfehlung), Konsensus: 84.62%
Hinweis zur Evidenz siehe II 7.3., Schlüsselfrage 2

7.3. Evidenz zu den Empfehlungen multimodaler Ansätze

Schlüsselfrage 1: Sind multimodale Intervention bzw. Multi-Komponentenbehandlung wirksam, um oppositionelles und aggressives Verhalten zu vermindern? Für welchen Altersbereich sind sie indiziert?

Evidenz Nice:

Multimodale Behandlungsansätze (auf mehrere Behandlungsebenen integrativ ausgerichteter Behandlungsansatz, NICE: multi-modal): Die von NICE eingeschlossenen 14 RCT Studien (N= 1874) weisen über verschiedene Beurteilungsebenen (Kliniker/Forscher: 1 Studie, N= 303 und Elternurteil: 4 Studien, N= 209) zur Postmessung auf eine signifikante Symptomreduktion hin mit kleinen und moderaten Effekten, auch bei dichotom gemessener Zielvariable. Zum Follow-up Zeitpunkt konnte ebenfalls eine moderate Effektstärke nachgewiesen werden (5 Studien, N= 872), auch bei dichotom erfassten Zielgrößen (6 Studien, N= 943). Insgesamt sind Ergebnisse der eingeschlossenen Studien durch eine hohe Heterogenität (große Konfidenzintervalle) zu charakterisieren.

In Abgrenzung zu multimodalen Ansätzen (MST, multidimensionale Familientherapie) zeigen die primär nur auf die Familie ausgerichtete Intervention (NICE: family-focused, z.B. Funktionale Familientherapie) hinsichtlich der untersuchten Effekte ein weitaus heterogenes Bild. In den acht von NICE eingeschlossenen Studien (N= 1685) niedriger bis moderater Studienqualität variiert die Evidenz stark in Abhängigkeit der Beurteilungsebene, hohe Effektstärken ergaben sich im Lehrerurteil (1 Studie, N=29), moderate Effekte im Elternurteil (4 Studien, N= 209) und kein Effekt im klinischen Urteil (1 Studie, N=303) zum Post-Assessment.

In einer Studie mit N=86 und dichotom gemessener Zielgrösse, wurde eine bedeutsame Reduktion nachgewiesen. Kein bedeutsamer Effekt ergab sich im Elternurteil für die Follow-up Messung in einer kleineren Studie mit N=37.

Multi-Komponenten-Ansätze (Behandlung, die mehrere Behandlungsebenen berücksichtigt, jedoch kein integrativer Behandlungsansatz, NICE: multi-component**):** Von NICE wurden 16 RCT Studien (N=5211, 29 Studien, hohe bis moderater Qualität) mit einem Multi-Komponenten Ansatz eingeschlossen (separate Behandlung des Kindes, Eltern, Schule): Insgesamt geringe Effektivität über verschiedene Beurteilungsebenen hinweg: SMD von 0.07/0.06 (Beobachterurteil, Kliniker, 6 Studien) bis max. 0.23 im Elternurteil (12 Studien) in der Postmessung. Zum Follow-up wurde die Qualität der Evidenz von hoch bis sehr gering eingestuft und die Evidenz variiert zwischen SMD=0.36 (Klinikurteil, Forscher, 1 Studie, N=61), SMD= 0.01 (Eltern, 2 Studien, N= 644), Lehrerurteil (2 Studien, N= 669), peer-rated (1 Studie, N= 494)

Ergänzende Evidenz aus neuen Metaanalysen: Die Metaanalyse von **van der Stouwe et al. (2014),** bei der 22 Studien zu MST (N= 4066 Jugendlichen) eingeschlossen wurden, weist ebenfalls auf moderate Effekte hin, sowohl hinsichtlich der primären Zielgröße delinquenten Verhaltens als auch hinsichtlich den sekundären Zielgrößen Psychopathologie, Substanzmissbrauch oder außerfamiliärer Platzierung, familiären Beziehungen sowie Beziehungen zu Gleichaltrigen (nicht hinsichtlich sozialer und kognitiver Skills). Moderatoren für die Wirksamkeit von MST: In Studien mit einem Durchschnittsalter < 15 Jahren konnte eine höhere Effektivität von MST nachgewiesen werden, ebenso wenn die Stichprobe weniger Jugendliche mit Migrationshintergrund beinhaltete. Die Ergebnisse weisen zudem darauf hin, dass die Effekte von MST grösser sind, wenn die elterliche Erziehungskompetenz oder elterliche psychische Befindlichkeit durch die Behandlung stärker verbessert werden konnten. Die Effekte von MST sind gegenüber einer anderen multimodalen Behandlung kleiner als wenn MST mit unimodalen Behandlungsansätzen verglichen wurde und die Effekte sind insgesamt kleiner, wenn die Studie nicht in den USA durchgeführt wurde.

Brief Strategic Family Therapy, Functional Family Therapy, Multi-dimensional Family Therapy,

Die Metaanalyse von **Baldwin et al. (2012**), in der 24 Studien eingeschlossen wurden (Multi-systemische Therapie (MST)=12, Multi-dimensionale Familien Therapie (MDFT)=4, Brief Strategic Family Therapy (BSFT)=5, Funktionale Familientherapie (FFT)=3), weist auf kleine bis moderate signifikante Effekte multimodaler familienfokussierter Behandlungsansätze hin. Im Vergleich zur einer TAU Bedingung (Standardbehandlung, z.B. richterlich angewiesene Unterbringung in Institution ohne familentherapeutischer Ausrichtung) ergab sich ein Effekt von d=.21 (k= 11 Studien) und im Vergleich zu einer alternativen Therapie (individuell oder Gruppentherapie, Elterntraining, Familienberatung oder psychodynamisch ausgerichtete Behandlung, ein Effekt von d= .26 (k=11 Studien). Im Vergleich zu einer Kontrollbedingung (keine Behandlung, k=4 Studien) war der Effekte höher, aber nicht signifikant. Kein Hinweis auf Beeinflussung durch Geschlecht, Ethnizität.

Die Ergebnisse der Meta-Analyse von **de Vries et al (2015)**, in der 39 Studien (N= 9084) eingeschlossen wurden (Altersrange: 6-20 Jahre) weisen auf insgesamt kleine signifikante Effekte psychosozialer Interventionen hin. Ergebnisse der untersuchten Moderatoren (Studienformat) weist darauf hin, dass familienbezogene (d= 0.65) oder multimodal ausgerichtete Interventionen (d= 0.36) größere Effekte aufweisen als kindfokussierte Ansätze (individuelle Programme: d= 0.26 oder gruppenbezogene Interventionen: d=-0.03). Die negativen Effekte hinsichtlich gruppenbezogener Ansätze sind nach dem Urteil der S3 Steuergruppe mit Einschränkung zu interpretieren, da von de Vries auch Bootcamps, erlebnispädagogische Maßnahmen oder Jugendgerichte eingeschlossen wurden, deren Wirksamkeit in anderen Metaanalysen als nicht wirksam evaluiert wurden (Matjasko et al., 2012).

Die Ergebnisse der Metaanalyse und Übersichtsarbeit von **Epstein et al. (2015)**, in der 66 Studien (davon 59 RCT) eingeschlossen wurden (k=28 für die Metaanalyse), vergleicht Behandlungen mit einer Behandlungsebene (Kind, k=2, Eltern, k=25) und Multikomponentenansatz (K=29) und einer TAU Bedingung. Alle Behandlungen erwiesen sich im Vergleich zur TAU als wirksamer. Die Autoren kommen zu

dem Ergebnis, dass zwischen Studien, bei denen in der Behandlung nur die Eltern einbezogen wurden oder Studien, bei denen die Behandlung auf mehr Ebenen ausgerichtet war, kein Unterschied besteht hinsichtlich der untersuchten Effektstärken. Diese Ergebnisse sind auf der Tatsache zu beurteilen, dass die Parent-Child Interaction Therapy von den Autoren der Multikomponentenbehandlung zugeordnet wurde und nicht (wie üblich) zu den Elterntrainings und kaum Studien einbezogen wurden, in denen die Behandlung tatsächlich auf mehrere unterschiedliche Ebenen (Schule, Peers, etc.) ausgerichtet war. Zudem wird auf einen bedeutsamen publication bias hingewiesen.

Weitere Übersichtsarbeiten: Die systematische Übersichtsarbeit von von Sydow et al. (2013), in der 47 Interventionsstudien mit einem familien-basierten Behandlungsansatz eingeschlossen wurden und im Hinblick auf die Wirksamkeit von ADHS, SSV und Substanzmissbrauch untersucht wurden, (Brief Strategic Family Therapy, Functional Family Therapy, Multi-dimensional Family Therapy, multi-systemische Therapie und andere), weist auf die Wirksamkeit familienbasierter Interventionen hin auch für den bis zu 14 Jahren untersuchten Follow-up Zeitraum. Ebenfalls wurde bestätigt, dass im europäischen Raum die Effekte im Vergleich zu US Studien etwas geringer ausfallen.

Ergänzende Evidenz aus RCT Studien/Beobachtungsstudien:
Wirksamkeit von MST: Die RCT- Studie von Dekovic et al. (2012) und die Folgeanalysen von Asscher et al. (2013) und Manders et al. (2013) weisen auf signifikante moderate Effekte von MST sowohl im Selbst- als auch im Elternurteil (sign. Abnahme externalisierenden Verhaltens) hin. Behandlungserfolge sind unabhängig von Alter, Geschlecht und Ethnizität (Asscher et al., 2013). Die RCT Studie von Weiss et al. (2013) weist auf moderate Effekte von MST (durchgeführt im schulischen Kontext, Schule für Erziehungshilfe) hin im Selbsturteil und im Elternurteil, jedoch nicht im Lehrerurteil. Die Ergebnisse von Dekovic et al. (2012) weisen darauf hin, dass Effekte von MST (Abnahme externalisierenden Verhaltens) durch die wahrgenommene elterliche Kompetenz, und Veränderungen in positiver Disziplin mediiert werden. Auch CU Merkmale moderieren die Effektivität von MST: Eine signifikante Reduktion aggressiven Verhaltens konnte in der Studie von Manders et al. (2013) nur für die Gruppe mit niedrigen CU Werten (erfasst im ICU) und niedrigen Narzissmuswerten (erfasst im ASPD) (Manders et al.,2013) nachgewiesen werden.

Beobachtungsstudie: Prä-Post Studie: Im deutschsprachigen Raum konnte eine Prä-Poststudie von Rhiner et al. (2011), in der 52 Jugendliche untersucht wurden hohe Effekte im Hinblick auf die Reduktion von Verhaltensauffälligkeiten nachgewiesen werden.

Wirksamkeit multidimensionale Familientherapie (MTFC/MDFT): Auch die Wirksamkeit der multidimensionalen Therapie in einer Pflegefamilie (MTFC; multidimensional treatment foster care) konnte in einer neueren Studie an N= 47 Jugendlichen (Aller 12-17 Jahre) vom Hansson & Olsson (2012) in einer RCT bestätigt werden (moderate Effekte post-treatment und follow-up) und bestätigt die Ergebnisse der von NICE eingeschlossenen Studien.

Dakof et al. (2015) untersuchte in einer RCT die Wirksamkeit von MDFT (multidimensionale Familientherapie) im Vergleich zu einer gruppenbasierten Therapie an 112 Jugendlichen mit Drogen- und Verhaltensproblemen prä/post und nach 6, 12 und 18 Monaten im Follow-up. Während der Behandlungsphase zeigen beide Behandlungsarme mittlere Effekte für die Abnahme von Delinquenz, starke Effekte für die Abnahme externalisierendes Verhalten, Widerverurteilungen und Drogengebrauch. Zum 24 Monats-Follow-up zeigten sich für MDFT stärkere Effekte bezüglich Reduktion externalisierenden Verhaltens im Vergleich zur Gruppenintervention (nicht in Bezug auf Drogenkonsum).

Die Wirksamkeit funktionaler Familientherapie wurde in einer Prä-Poststudie von White et al. (2012) überprüft, wobei die Sitzungsdauer der eingeschlossenen 134 jugendlicher Straftäter im Alter von 11-17 Jahren stark variierte (1-19 Sitzungen). Ergebnisse weisen auf bedeutsame mittlere Effekte in Bezug auf die Abnahmen von Aggression und Verhaltensprobleme im Elternurteil hin.

Ergänzende Evidenz zur Wirksamkeit von Multi-Komponenten/multimodalen Ansätzen
Die Ergebnisse des Meta-Reviews von Matjasko (2012) weisen hinsichtlich der Wirksamkeit von Multi-Komponenten-Ansätzen auf inkonsistente Befunde hin. Hohe Effekte auf die mittel- und langfriste Reduktion antisozialen und delinquenten Verhaltens konnten von Matjasko et al. (2012) für ein Review nachgewiesen werden (Yoshikawa, 1995), bei denen frühe Erziehungsmaßnahmen und familiäre Interventionen kombiniert wurden. Dies steht im Einklang mit der Studie von Dodge et al., 2015, bei der N=979 Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten entweder einem Multikomponenten Behandlungsansatz (Hausbesuche, Elterntraining, enrichement-Programm im Kindergarten, Peer Training, schulbezogene Interventionen) oder einer nicht behandelten Kontrollgruppe zugeordnet wurden: Im Alter von 25 Jahren odds ratio für psychische Störungen: 0.59 (CI=0.43-0.81). Diejenigen, die in der Behandlungsgruppe waren, zeigten signifikant geringeres externalisierendes Verhalten (moderater Effekt) und eine signifikant geringere Straffälligkeit aufgrund gewalttätigen Verhaltens oder Drogenkonsums (kleine bis mittlere Effekte).

Vitaro et al. (2012) hat in einer RCT 7-9 jährige Kinder mit geringem sozio-ökonomischen Status entweder einer KG oder einer Mehrebenenbehandlung (Gruppentraining, Elterntraining und Lehrerunterstützung) zugeordnet. Es ergaben sich bedeutsame Effekte im Hinblick auf die Reduktion antisozialen Verhaltens im Jugendalter und weniger Kontakt zu dissozialen Jugendlichen; kein Effekt jedoch hinsichtlich kriminellen Verhaltens im Erwachsenenalter.

In der Studie von Havighurst et al. (2015) mit N= 204 Kindern mit Verhaltensproblemen (Alter=7.05 Jahre) wurde die Kombination eines Elterntrainings (Tuning into KIDS), eine kind- und schulzentrierte Intervention (PATHS) gegenüber einer Wartekontrollbedingung positiv evaluiert, ebenfalls mit moderaten Effekten.

Hanisch et al. (2010) konnte in einer kontrollierten nicht-randomisierten Studie zeigen, dass die Kombination eines Eltern- und Erziehertrainings zu einer signifikant stärkeren Symptomreduktion führt als ein alleiniges Erziehertraining.

Wirksamkeit eines multimodalen Behandlungsansatzes im teilstationären Setting: In der Beobachtungsstudie von Clark & Jerrott (2012) in der im tagesklinischen Setting Kinder mit der Diagnose einer disruptiven Verhaltensstörung im Alter von 5-12 Jahren und ihre Familien in einem strukturierten störungsspezifischen multimodalen kognitiv-behavioralen Behandlungsprogramm behandelt wurden, weist auf mittlere und zum Teil große Effekte hin.
Im Warte-Kontrollgruppendesign konnte die Wirksamkeit einer multimodalen dreimonatigen tagesklinischen Behandlung nachgewiesen werden (kleine bis mittlere Effekte). Die Effekte (Symptomreduktion aggressiven Verhaltens) zeigten sich auch in der 1-jahres Katamnese als stabil (Grasmann und Stadler, 2008, 2011). In der Beobachtungsstudie von Clark & Jerrott (2012) in der im tagesklinischen Setting Kinder mit der Diagnose einer disruptiven Verhaltensstörung im Alter von 5-12 Jahren und ihre Familien in einem strukturierten störungsspezifischen multimodalen kognitiv-behavioralen Behandlungsprogramm behandelt wurden, weist auf mittlere und zum Teil grosse Effekte hin.

8. EMPFEHLUNGEN ZU PHARMAKOLOGISCHEN INTERVENTIONEN

Schlüsselfragen:

S1: Sind pharmakologische Interventionen wirksam, um oppositionelles und aggressives Verhalten zu vermindern? Für welchen Altersbereich sind sie indiziert?

S2: Wie sind Nutzen und Risiken pharmakologischer Interventionen zur Verminderung von oppositionellem und aggressivem Verhalten einzuschätzen?

S3: Was ist bei einer Notfallmedikation zu beachten?

8.1. Empfehlungen zur Indikation pharmakologischer Interventionen

8.1.1. Eine Pharmakotherapie soll nicht routinemäßig zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Störung des Sozialverhaltens durchgeführt werden. Die Indikationsstellung und Behandlung soll durch einen Spezialisten für Pharmakotherapie bei Verhaltensstörungen bei Kindern und/oder Jugendlichen erfolgen. Die Schwere der Symptomatik und die Einschränkung des Funktionsniveaus des Patienten sollen bei der Indikationsstellung mitberücksichtigt werden. Eine alleinige Pharmakotherapie ohne begleitende Psychoedukation und psychosoziale/psychotherapeutische Maßnahmen ist nicht indiziert. Obligat ist die regelmäßige Überprüfung der weiterbestehenden Notwendigkeit, Wirksamkeit und Verträglichkeit der medikamentösen Therapie.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100 %

8.1.2. Kinder und Jugendliche sowie deren Sorgeberechtigte sollen eingehend über Nutzen und Risiken einer medikamentösen Therapie aufgeklärt werden.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100 %

8.1.3. Gegenwärtig gibt es in Deutschland keine behördlich zugelassene Substanz zur Behandlung der Störung des Sozialverhaltens im Kindes- und Jugendalter. Die Besonderheiten einer off-label Verordnung zur Behandlung von Symptomen einer SSV müssen berücksichtigt werden. [16]

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100 %

[16] In Deutschland wird vor Marktzulassung die therapeutische Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und pharmazeutische Qualität beurteilt. Zulassungen unterliegen einem dynamischen Prozess, sodass der aktuelle Zulassungsstatus bei Verschreibung beachtet werden muss. Im Rahmen der Therapiefreiheit kann eine Ärztin oder ein Arzt ein Medikament verschreiben, das nicht zugelassen ist (etwa für die entsprechende Altersgruppe oder Indikation). Voraussetzung dafür ist, dass Alternativen erfolglos sind oder nicht bestehen, eine Nutzen-Risiko-Abwägung erfolgt ist und der Therapieansatz wissenschaftlich plausibel erscheint. Unter „off-label“ use wird der Einsatz eine Arzneimittels in einem Anwendungsgebiet verstanden, auf das sich die Zulassung nicht erstreckt. Dabei ist zu beachten, dass die Anwendung z.B. nur auf bestimmte Altersgruppen, eine bestimmte Zeitdauer, bestimmte Indikationen, Dosierungen, Dosierintervalle, Darreichungsformen und Begleiterkrankungen beschränkt sein kann. Dies sagt noch nichts über die Wirksamkeit bestimmter Substanzen zur Behandlung einer psychiatrischen Indikation aus. Im Rahmen dieser Leitlinie werden mitunter Empfehlungen ausgesprochen, die einen off-label bedingen, da die Empfehlungen sich an Evidenz für den Einsatz, Wirksamkeit und Verträglichkeit orientieren. Der off-label Einsatz hat aber haftungsrechtliche Aspekte und Implikationen für die Medikamentenaufklärung, sodass vor Verschreibung einer Substanz deren aktueller Zulassungsstatus geprüft werden soll.

8.1.4. Wenn psychosoziale/psychotherapeutische Interventionen unzureichend waren, sollte eine medikamentöse Behandlung (keine Dauerbehandlung) bei schwerwiegender Aggressivität mit Wutausbrüchen und ausgeprägter emotionaler Dysregulation erwogen werden. Die höchste Evidenz besteht hier für Risperidon.

Evidenzstärke: Hoch, Empfehlungsgrad: B (Empfehlung), Konsensus: 100 %
Hinweis zur Evidenz siehe II 8.1., Schlüsselfrage 1

8.1.5. Bei einer Pharmakotherapie mit Risperidon sollten insbesondere die folgenden möglichen Nebenwirkungen (NW) berücksichtigt werden:

- metabolische NW (einschl. Gewichtszunahme und Diabetes mellitus)
- extrapyramidale NW (einschl. akute Dyskinesien, Akathisie, Dystonie, Parkinsonoid und malignes neuroleptisches Syndrom, möglicherweise irreversible Spätdyskinesien),
- kardiovaskuläre NW (einschl. QT-Zeit Verlängerung) sowie
- hormonelle/endokrine Nebenwirkungen (einschl. Prolaktinerhöhung).[17]

Folgende Untersuchungen sollten vor einer medikamentösen Behandlung mit Risperidon durchgeführt und dokumentiert werden:

- Messung von Körpergröße und Körpergewicht
- Messung von Puls und Blutdruck
- Blutuntersuchung mit Bestimmung von Nüchternglukose, Blutfetten und Prolaktin
- Beurteilung im Hinblick auf das Vorliegen von Bewegungsstörungen im Rahmen einer neurologischen Untersuchung
- Beurteilung von Ernährungszustand, Ernährungsweise und Grad der körperlichen Aktivität
- EKG

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100 %

[17] Wissenschaftliche Evidenz zu möglichen hirnstrukturellen Veränderungen: In der wissenschaftlichen Literatur wurde im Zusammenhang mit dem Krankheitsbild der Schizophrenie mehrfach eine Abnahme der corticalen Dicke in bestimmten Arealen (v.a. temporal und [prä]frontal) beschrieben, die mit der Schwere der Erkrankung assoziiert scheint (vgl. Neeltje et al., 2011). Dabei zeiget sich, dass die kumulative Dosis an Antipsychotika in Zusammenhang mit der Abnahme der corticalen Dicke gebracht werden konnte (Review: Monccrieff & Leo, 2010), die sich im Vergleich zwischen konventionellen und atypischen Antipsychotika vor allem bei konventionellen Antipsychotika zeigten (Neeltkje et al., 2011). Auch in Tierversuchen an Ratten wurde dies gezeigt (Vernon et al., 2011; Vernon et al., 2014). Die Studienlage ist aber widersprüchlich und so konnten in anderen Studien wiederum kein Zusammenhang gezeigt werden (Nesvag et al., 2008), bzw. eine Abnahme schon bei Beginn der Erkrankung bei unmedizierten Patienten (Rais et al, 2012). Eine neuere Studie berichtete, dass obgleich es unter Antipsychotika Therapie zu einer Abnahme der corticalen Dichte kam, es dennoch zu einer klinischen Verbesserung führte (Amed et al., 2015), sodass unklar bleibt, ob die Abnahme der corticalen Dichte auch mit einer Funktionsbeeinträchtigung einhergeht. Aufgrund fehlender vorliegender Studien aus dem Kindes- und Jugendalter und auch aufgrund der Tatsache, dass die im Rahmen der Behandlung impulsiven Verhaltens angewendeten Antipsychotika Dosen geringer sind als jene zur Behandlung der Schizophrenie bleibt unklar, inwiefern die referierten Befunde eine Relevanz für die psychopharmakologische Behandlung der Impulsivität im Kindes- und Jugendalter besitzen. Basierend auf dem derzeitigen Stand der Wissenschaft lassen sich keine Handlungsempfehlungen aus diesen Erkenntnissen herleiten.

8.1.6. Jede medikamentöse Behandlung soll sorgfältig evaluiert werden. Gründe für ein Absetzen oder das Fortsetzen der Behandlung sowie Folgen der jeweiligen Entscheidung sollten ebenfalls dokumentiert werden.[18]

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100 %

8.1.7. Die Wirkung einer symptomatischen Psychopharmakotherapie sollte im Verlauf überprüft und die Behandlung mit einer spezifischen Substanz umgestellt oder abgebrochen werden, wenn nach 6 Wochen keine klinisch relevante Verbesserung der Symptomatik eingetreten ist.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100 %

8.1.8. Liegt eine Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens vor, soll bei Indikation zu einer pharmakologischen Therapie eine Behandlung mit den zur Behandlung von Hyperkinetischen Störungen zugelassenen Substanzen auch zur Verringerung der Sozialverhaltensstörung, oppositionellen und/oder aggressiven Symptomatik erfolgen. Dabei können in erster Linie Stimulanzien (Methylphenidat, Amfetaminpräparate), bei Nichtansprechen auch Nicht-Stimulanzien (Atomoxetin, Guanfacin) eingesetzt werden. Bei fehlenden Kontraindikationen sind Stimulanzien den Nicht-Stimulanzien vorzuziehen.

Evidenzstärke: Hoch, Empfehlungsgrad: A (starke Empfehlung), Konsensus: 100 %
Hinweis zur Evidenz siehe II 8.1., Schlüsselfrage 1

8.1.9. Wenn neben der Störung des Sozialverhaltens, Symptome von Unaufmerksamkeit, Impulsivität und/oder Hyperaktivität vorliegen, die nicht die diagnostischen Kriterien einer hyperkinetischen Störung erfüllen, kann ebenfalls ein Behandlungsversuch mit Substanzen, die zur Behandlung der Hyperkinetische Störung zur Anwendung kommen, indiziert sein.

Evidenzstärke: Hoch, Empfehlungsgrad: 0 (offene Empfehlung), Konsensus: 100 %
Hinweis zur Evidenz siehe II 8.1., Schlüsselfrage 1

8.1.10. Bei Kindern und Jugendlichen mit einer Hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens und schwerwiegendem impulsiven aggressivem Verhalten kann eine Monotherapie oder Kombinationsbehandlung mit einem atypischen Neuroleptikum, z.B. Risperidon, erwogen werden, sollte sich unter einer medikamentösen Monotherapie mit Substanzen zur Behandlung der Hyperkinetischen-Symptomatik keine ausreichende Besserung der aggressiven Symptomatik ergeben haben.

Evidenzstärke: Hoch, Empfehlungsgrad: 0 (offene Empfehlung), Konsensus: 100 %
Hinweis zur Evidenz siehe II 8.1., Schlüsselfrage 1

[18] - Dokumentation (a) der Indikation, (b) des erwarteten Nutzens, (c) der Risiken der Pharmakotherapie, (d) des Zeitraums, in dem eine Verbesserung der Symptomatik erwartet wird sowie (e) eventueller Nebenwirkungen, die unter der Behandlung auftreten
- Eindosierung und Dosierung sollten sich an den Empfehlungen der Fachinformation orientieren. Evtl. höhere Tagesdosen sollten begründet und dies dokumentiert werden.
- Die medikamentöse Behandlung sollte – insbesondere während der Eindosierung – systematisch überwacht und dokumentiert werden. Dies sollte folgendes beinhalten: (a) Beurteilung der Wirksamkeit der Behandlung (b) Beurteilung im Hinblick auf das Vorliegen von Bewegungsstörungen, (c) Überwachung von Körpergröße und Körpergewicht, (d) Durchführung von Blutkontrollen (einschließlich Bestimmung von nüchtern Glukose, HbA1c, Blutfetten und Prolaktin), (e) Beurteilung der Medikamentenadhärenz, (f) Beurteilung der physischen Gesundheit

8.1.11. Liegt eine Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung vor, kann bei Indikation zu einer pharmakologischen Therapie eine Behandlung mit SSRI (primär Fluoxetin) auch zur Verringerung der aggressiven Symptomatik erfolgen.[19]

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100 %

8.1.12. Bei Patienten, bei denen o.g. medikamentöse Behandlungsversuche nicht wirksam waren, kann eine Behandlung mit Valproat erwogen werden. Die Anwendung von Valproat kann bei weiblichen Patienten nur unter Vorbehalt unter Berücksichtigung der aktuellen Sicherheitsbedenken (polyzystische Ovarien, Kontrazeption) empfohlen werden.

Evidenzstärke: Sehr gering, Empfehlungsgrad: 0 (offene Empfehlung), Konsensus: 84.62%
Hinweis zur Evidenz siehe II 8.1., Schlüsselfrage 1,2

8.1.13. Als ultima ratio kann bei Patienten mit therapieresistenter Symptomatik eine Behandlung mit Lithium unter stationären Bedingungen erwogen werden. Der Einsatz ist aufgrund der geringen therapeutischen Breite limitiert.

Evidenzstärke: Gering, Empfehlungsgrad: 0 (offene Empfehlung), Konsensus: 100 %
Hinweis zur Evidenz siehe II 8.1., Schlüsselfrage 3

8.2. Empfehlungen zur Notfallmedikation

8.2.1. Der Einsatz von niedrigpotenten, konventionellen Antipsychotika und Benzodiazepinen als Notfallmedikation zur Behandlung psychomotorischer Erregungszustände kann bei Kindern und Jugendlichen indiziert sein. Dabei muss der Zulassungsstatus beachtet werden und es muss ggf. über den off-label Einsatz aufgeklärt werden.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 75%

8.2.2. Nach Gabe einer PRN[20] Medikation (Bedarfsmedikation) soll eine kontinuierliche Überwachung des physischen und emotionalen Zustandes des Patienten gewährleistet sein.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 91.6%

8.2.3. Benzodiazepine können zur akuten Medikation von psychomotorischen Erregungszuständen zur Anwendung kommen, wobei sich der Zulassungsstatus für die verschiedenen Bereiche unterscheidet. Es liegen zumeist mehrere Applikationsformen vor. Ein Vorteil stellt das Vorhandensein eines Antidots (Flumazenil) dar.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 91.6%

8.2.4. Eine längerfristige Gabe von Benzodiazepinen sollte wegen möglicher Gewöhnungseffekte und einer möglichen Abhängigkeitsentwicklung vermieden werden.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 75%

[19] ggf. über den off-label Einsatz aufgeklärt werden

[20] PRN: pro re nata (bei Bedarf)

8.3. Evidenz für die Wirksamkeit und Verträglichkeit pharmakologischer Interventionen zur Verminderung von oppositionellem und aggressivem Verhalten bei Kindern und Jugendlichen

Die verfügbare Evidenz für den Nutzen einer medikamentösen Therapie ist allgemein von moderater Qualität. Gleichwohl ist – bezogen auf einzelne Interventionen – die Datenlage zumeist unzureichend. Evidenzen zur Verträglichkeit und möglicher Nebenwirkungen der unterschiedlichen Substanzen (vgl. Produktspezifische Fachinformation) beziehen sich im Wesentlichen nicht auf die hier relevante Population (Kinder und Jugendliche mit Störung des Sozialverhaltens). Eine angemessene Beurteilung der Qualität der Evidenz bzgl. Risiken und Nebenwirkungen war nicht möglich. Allgemeine Hinweise zum Einsatz von Arzneimitteln bei Kindern und Jugendlichen finden sich am Ende dieses Kapitels.

Evidenz zum Einsatz von Antipsychotika:

Eine Metaanalyse von Pringsheim et al. (2015) belegt die Wirksamkeit von Risperidon in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Sozialverhaltensstörung. Die Autoren fanden 4 kontrollierte Studien zur Wirkung von Risperidon in der Behandlung von Patienten mit einer oppositionellen Störung oder Störung des Sozialverhaltens und unterdurchschnittlichem IQ, eine Studie zur Untersuchung der Aufrechterhaltung der Wirkung von Risperidon bei Patienten mit oppositioneller Störung oder Sozialverhaltensstörung mit unterdurchschnittlichem (36%) oder durchschnittlichem IQ (64%), sowie 3 Studien zur Wirksamkeit von Risperidon in der Behandlung von Patienten mit durchschnittlichem IQ (2 davon bei therapieresistentem aggressivem Verhalten bei ADHS Patienten und eine bei aggressivem Verhalten im Rahmen einer Sozialverhaltensstörung). Drei kontrollierte Studien zur Behandlung von Patienten mit unterdurchschnittlichem IQ lieferten hinreichend Daten für die Metaanalyse, die errechnete Effektstärke für Risperidon betrug 0,72 (95% CI 0,47-0,97, p<0,001). 2 Studien konnten in die Metaanalyse für Patienten mit durchschnittlichem IQ eingeschlossen werden, die hieraus berechnete Effektstärke für Risperidon betrug 0,60 (95% CI 0,31-0,89, p<0,001). Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass eine moderate Evidenzlage für einen mittleren bis großen Effekt von Risperidon in der Behandlung aggressiver Verhaltensstörungen von Kindern und Jugendlichen mit Störung des Sozialverhaltens oder oppositioneller Störung und unterdurchschnittlichem IQ, mit oder ohne ADHS vorliegt, sowie eine hohe Evidenzlage für einen mittleren Effekt von Risperidon in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Sozialverhaltensstörung und Aggressionen und durchschnittlichem IQ, mit oder ohne ADHS.

Hinsichtlich anderer Antipsychotika ist die Datenlage unzureichend: Die systematische Übersichtsarbeit und Metaanalyse von Pringsheim et al. (2015) fand zwei Placebo-kontrollierte Studien zur Wirksamkeit von Neuroleptika in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Störung des Sozialverhaltens: (1) Conner et al. (2008) untersuchten die Wirkung von Quetiapin bei 19 Jugendlichen mit Störung des Sozialverhaltens und aggressivem Verhalten (79% mit komorbider ADHS). Die Autoren beschreiben eine Reduktion des CGI-S Scores von 5.9 auf 3.4 unter Quetiapin vs. 5.5 auf 5.0 unter Placebo (Effektstärke 1,6 (95% CI 0,9-3.0). (2) Campbell et al. (1984) untersuchten die Wirkung von Haloperidol vs. Lithium vs. Placebo bei 61 Kindern mit Störung des Sozialverhaltens und aggressivem Verhalten. Ein primäres Outcome wurde in der Studie nicht definiert, verschiedene Skalen wurden angewandt. Sowohl aggressives Verhalten als auch die Schwere der Beeinträchtigung reduzierten sich nach Angaben der Autoren unter Haloperidol und Lithium im Vergleich zu Placebo signifikant (p<0,001). Effektstärken wurden nicht berechnet. In einer Übersichtsarbeit von Epstein et al. (2015) wird darüber hinaus eine weitere Studie zur Wirkung von Antipsychotika genannt: Bastiaens et al. (2009) verglichen die Wirksamkeit von Aripiprazol und Ziprasidon in der Behandlung von 46

Patienten (6-18 Jahre) mit aggressivem Verhalten. In beiden Gruppen wurde ein Rückgang aggressiven Verhaltens beschrieben ohne signifikanten Unterschied zwischen beiden Substanzen.

Armenteros et al. (2007) und Aman et al. (2014) untersuchten die Wirksamkeit einer Risperidon Augmentation bei Kindern mit ADHS und aggressivem Verhalten. Die Studie von Armenteros et al. schloss 25 Kinder (7-12 Jahre) mit ADHS ein. Eine konstante Medikation mit Psychostimulanzien wurde mit Risperidon bzw. Placebo augmentiert. Es zeigte sich eine signifikante Reduktion der Aggressivität unter Risperidon im Vergleich zu Placebo im Elternurteil, hingegen kein Unterschied im Lehrerurteil. Aman et al. untersuchten 168 Kinder (6-12 Jahre) mit ADHS und aggressivem Verhalten und verglichen die Augmentation von Psychostimulanzientherapie und Elterntraining mit (1) Placebo versus (2) Risperidon. Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied bezüglich der Reduktion aggressiven Verhaltens zugunsten der Risperidon-Augmentation (vgl. auch Gadow et al, 2014).

Nach Empfehlungen der NICE Leitlinien sollte Risperidon für eine Behandlung von kurzer Dauer bei Sozialverhaltensstörung und schwerwiegender Aggressivität bei Wutausbrüchen und schwerwiegender emotionaler Dysregulation erwogen werden, wenn psychosoziale Interventionen unzureichend waren. Nach Ergebnissen einer systematischen Übersichtsarbeit liege die NNH („number needed to harm“) im Rahmen einer Risperidonbehandlung bzgl. Gewichtszunahme bei 8, bzgl. Prolaktinerhöhung bei 9, bzgl. Müdigkeit/Schläfrigkeit/Benommenheit bei 10 und bzgl. Tremor/extrapyramidaler NW ebenfalls bei 10. Eine NNH hinsichtlich weiterer neurologischer Nebenwirkungen habe sich nicht ermitteln lassen. Im Hinblick auf eine Routinebehandlung von Kindern und Jugendlichen mit Störung des Sozialverhaltens sei man unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Ansicht, dass die vorliegende Evidenz für den Nutzen einer Pharmakotherapie mit Risperidon gegenüber bekannter und möglicher Risiken nicht überwiege. Für Patienten mit schwerwiegender emotionaler Dysregulation, Aggressivität und Wutausbrüchen bei Störung des Sozialverhaltens hingegen könnte der Nutzen einer antipsychotischen Medikation (Risperidon) die Risiken überwiegen. Die Behandlung sollte normalerweise auf eine Kurzzeit-Therapie bei schwerwiegendem aggressivem Verhalten begrenzt bleiben. Empfehlungen hinsichtlich Risperidon-Augmentation oder hinsichtlich der Behandlung mit anderen Antipsychotika werden nicht getroffen. Oben genannte Metaanalyse lag zum Zeitpunkt der Erstellung der NICE Leitlinien nicht vor.

Die niederländischen Leitlinien empfehlen, atypische Antipsychotika bei aggressivem Verhalten in Erwägung zu ziehen, wenn sich unter Psychotherapie, Psychostimulanzien oder Atomoxetin keine Besserung zeigte. Es wird darauf hingewiesen, dass anzunehmen sei, dass Risperidon in der Behandlung von Aggressionen und schweren Verhaltensstörungen bei Kindern mit einer kognitiven Einschränkung effektiv sei. Empfehlungen hinsichtlich Risperidon-Augmentation werden nicht getroffen. Oben genannte Metaanalyse lag zum Zeitpunkt der Erstellung der Leitlinien nicht vor.

Evidenz zur Nahrungsergänzung mit mehrfach-ungesättigten Omega-3 Fettsäuren:

In einer Metaanalyse von Cooper et al. (2016) wurde die Wirksamkeit einer Nahrungsergänzung mit mehrfach-ungesättigten Omega-3 Fettsäuren (Omega-3 poly-unsaturated fatty acid (n-3 PUFA)) auf emotionale Labilität, oppositionelles Verhalten, Verhaltensprobleme und Aggressivität bei Kindern (4-12 Jahre) mit AHDS untersucht. 10 Studien wurden in die Metaanalyse eingeschlossen. Es zeigte sich kein Effekt der Nahrungsergänzung auf die oben beschriebenen Symptome. Gleichwohl deutete eine Subgruppenanalyse, die sich auf Studien höherer Qualität beschränkte, auf einen leichten Effekt (SMD range 0.15-0.25) der n-3 PUFA Nahrungsergänzung im Sinne einer Verbesserung von emotionaler Labilität und oppositionellem Verhalten. Eine Empfehlung für den Einsatz von n-3 PUFA zur Behandlung einer

Störung des Sozialverhaltens im Kindes- und Jugendalter lässt sich aus den Ergebnissen der Metaanalyse nicht ableiten.

Evidenz zum Einsatz von Psychostimulanzien:

Mehrere Studien und zwei Metaanalysen belegen die Wirksamkeit von Psychostimulanzien auf Symptome einer Sozialverhaltensstörung (oppositionelles oder aggressives Verhalten) bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS. Die Metaanalyse von Connor et al. (2002) zur Wirksamkeit von Stimulanzien auf Aggressionen bei Kindern mit ADHS schloss 28 randomisierte, kontrollierte Studien ein. Das mittlere Alter der Patienten betrug 9,7 Jahre (7,7 bis 14,4), 75% der Patienten hatten neben der Diagnose ADHS eine oppositionelle Störung oder Sozialverhaltensstörung. Insgesamt zeigte sich eine signifikante Verbesserung der Aggressivität unter Stimulanzien-Therapie im Vergleich zu Placebo ($p<0,001$). Die Autoren berichteten Effektstärken von 0,84 (95% CI 0,70 – 1.02) im Hinblick auf offene Aggressivität und 0,54 (95% CI 0,21 – 1,29) im Hinblick auf verdeckte Aggressivität. Das Bestehen einer komorbiden Sozialverhaltensstörung oder oppositionellen Störung korrelierte jedoch negativ mit der Effektstärke. In der Metaanalyse von Pringsheim et al. (2015) wurden ergänzend 8 weitere randomisierte kontrollierte Studien (publiziert 2001-2013) eingeschlossen, die die Wirksamkeit von Stimulanzien bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS und Sozialverhaltensstörung oder oppositioneller Störung untersuchten. Es zeigten sich signifikante Verbesserungen von oppositionellem Verhalten, Sozialverhaltensstörung und Aggressionen mit Effektstärken von 0.84 (95% CI 0,59 – 1,10) im Lehrerurteil und 0,55 (95% CI 0,36 – 0,73) im Elternurteil. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass eine hohe Evidenzlage für einen mittleren bis großen Effekt von Psychostimulanzien auf oppositionelles Verhalten, Symptome einer Sozialverhaltensstörung und Aggressivität bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS, mit und ohne Störung des Sozialverhaltens oder oppositioneller Störung vorliegt.

In der Übersichtsarbeit von Epstein et al. (2015) wurden zwei Studien zur Wirksamkeit von Stimulanzien in der Behandlung von Sozialverhaltensstörungen beschrieben: Spencer et al. (2006) untersuchten die Wirksamkeit von Amfetamin (MAS XR) bei Kindern und Jugendlichen (n=308; Alter 6-17 Jahre) mit oppositioneller Störung. 79% der Patienten hatte eine komorbide ADHS. Im Hinblick auf die oppositionelle Symptomatik zeigte sich eine signifikante Verbesserung unter Amfetamin (MAS XR) im Vergleich zu Placebo ($p<0,005$). Klein et al. (1997) untersuchten die Wirksamkeit von Methylphenidat in der Behandlung von Kindern mit Sozialverhaltensstörung mit und ohne komorbide ADHS (n=84, Alter 6-15 Jahre). Es zeigte sich eine signifikante Verbesserung der Sozialverhaltensstörung unabhängig von der Schwere einer bestehenden ADHS-Symptomatik ($p<0.001$).

Die NICE-Leitlinien empfehlen eine Behandlung mit Methylphenidat (oder Atomoxetin), innerhalb der Zulassung bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS und einer oppositionellen Störung oder Störung des Sozialverhaltens. Der Nutzen einer Behandlung mit Methylphenidat oder Atomoxetin überwiege gegenüber potentieller Risiken.

Empfehlungen hinsichtlich einer Behandlung mit zur Behandlung von ADHS zugelassenen Substanzen bei Patienten mit Sozialverhaltensstörung und Symptome von Unaufmerksamkeit, Impulsivität und/oder Hyperaktivität, die nicht die diagnostischen Kriterien einer ADHS erfüllen, werden nicht getroffen. Seit dem Erstellen der Leitlinien sind neue Substanzen zur Behandlung von ADHS in Europa behördlich zugelassen worden. Oben genannte Übersichtsarbeiten und Metaanalysen lagen zum Zeitpunkt der Erstellung der Leitlinien nicht vor.

Die niederländischen Leitlinien empfehlen eine Behandlung mit Psychostimulanzien bei Kindern und Jugendlichen mit Störung des Sozialverhaltens oder oppositioneller Störung und komorbidem ADHS oder

ausgeprägten ADHS-Symptomen, die die diagnostischen Kriterien einer ADHS jedoch nicht erfüllen. Bei Patienten mit wenigen oder keinen ADHS-Symptomen, sollten zur Behandlung einer Störung des Sozialverhaltens oder oppositionellen Störung Psychostimulanzien in Erwägung gezogen werden, wenn psychotherapeutische Behandlungen keinen Erfolg zeigen. Seit dem Erstellen der Leitlinien sind neue Substanzen zur Behandlung von ADHS in Europa behördlich zugelassen worden. Oben genannte Übersichtsarbeiten und Metaanalysen lagen zum Zeitpunkt der Erstellung der Leitlinien nicht vor.

Evidenz zum Einsatz von SNRI (Atomoxetin):

In der Metaanalyse von Schwartz et al. (2014) wurde die Wirksamkeit von Atomoxetin bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS auch im Hinblick auf oppositionelle Symptome untersucht. 25 randomisierte, kontrollierte Studien wurden eingeschlossen (3928 Patienten). 44% der Patienten wiesen eine komorbide Störung des Sozialverhaltens oder oppositionelle Störung auf. Basierend auf den Daten von 15 Studien (3928 Patienten) zeigte sich eine signifikante Verbesserung oppositioneller Symptome unter Atomoxetin im Vergleich zu Placebo bei einer Effektstärke von 0,33 (95% CI 0,24-0,43, p<0,001). Der Anteil der Patienten, die in vollem Umfang die diagnostischen Kriterien für eine oppositionelle Störung erfüllten, hatte keinen signifikanten Einfluss auf die Effektstärke (p=0,41).

Die NICE-Leitlinien empfehlen eine Behandlung mit Methylphenidat oder Atomoxetin, innerhalb ihrer Zulassung bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS und einer oppositionellen Störung oder Störung des Sozialverhaltens. Oben genannte Metaanalyse lagen zum Zeitpunkt der Erstellung der Leitlinien nicht vor.

Die niederländischen Leitlinien beschreiben widersprüchliche Ergebnisse bezüglich des Effektes der Behandlung mit Atomoxetin auf oppositionelle Symptome bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS und komorbider oppositioneller Störung, gleichwohl könne Atomoxetin bei der Behandlung einer oppositionellen Störung oder Störung des Sozialverhaltens und komorbidem ADHS in Erwägung gezogen werden, insbesondere wenn Psychostimulanzien keine ausreichende Wirkung zeigten und/oder nicht vertragen würden. Oben genannte Metaanalyse lag zum Zeitpunkt der Erstellung der Leitlinien nicht vor.

Evidenz zum Einsatz von α2-Agonisten (Guanfacin, Clonidin):

Die Wirksamkeit von α2-Agonisten im Hinblick auf Symptome einer oppositionellen Störung oder Sozialverhaltensstörungen wurde in der Metaanalyse von Pringsheim et al. (2015) untersucht. Für Clonidin lieferten 3 von 6 kontrollierten Studien zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS hinreichend Belege zur Wirksamkeit hinsichtlich oppositioneller Symptome und Symptome einer Sozialverhaltensstörung. Die Autoren berichteten eine diesbezügliche Effektstärke für Clonidin im Vergleich zu Placebo von 0,27 (95% CI 0,04-0,51, p=0,02). Für Guanfacin wurden 2 kontrollierte Studien eingeschlossen. Beide Studien untersuchten die Wirksamkeit von Guanfacin in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS. Die Effektstärke für Guanfacin hinsichtlich der Reduktion oppositioneller Symptome im Vergleich zu Placebo betrug 0,43 (95% CI 0,18-0,68).

Für Guanfacin, nicht aber für Clonidin, besteht gegenwärtig in Deutschland eine behördliche Zulassung zur Behandlung von ADHS bei Kindern und Jugendlichen.

Die NICE-Guidelines und die niederländischen Leitlinien geben keine Empfehlung zur Behandlung mit α2-Agonisten bei Kindern und Jugendlichen mit Störung des Sozialverhaltens. Guanfacin war zum Zeitpunkt der Erstellung beider Leitlinien in Europa zur Behandlung der ADHS im Kindes- und Jugendalter nicht zugelassen. Oben genannte Metaanalyse lag ebenfalls nicht vor.

Evidenz zum Einsatz von Valproat:

In der systematischen Übersichtsarbeit von Epstein et al. (2015) werden zwei Placebo-kontrollierte Studien zu Valproat in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Störung des Sozialverhaltens oder oppositioneller Störung beschrieben: Blader et al. (2009) untersuchte die Wirksamkeit von Valproat als Augmentation einer Behandlung mit Psychostimulanzien bei 27 Kindern (6-13 Jahre) mit ADHS und komorbider Störung des Sozialverhaltens oder oppositioneller Störung. Die Autoren berichten (konträr zur Beschreibung in der Übersichtsarbeit) einen unter Valproat im Vergleich zu Placebo signifikant höheren Anteil an Kindern, die die Remissionskriterien erfüllten. Eine zweite Placebo-kontrollierte Studie (Donovan et al., 2000) untersuchte 20 Patienten mit Störung des Sozialverhaltens oder oppositioneller Störung im cross-over Design. Im ersten Teil der Studie respondierten 8 (von 10) Patienten unter Valproat und keiner der 10 Patienten unter Placebo. Im zweiten Teil der Studie verblieben 15 Patienten, von denen unter Valproat 6 (von 7) respondierten und unter Placebo 8 (von 8) einen Rezidiv erlitten. Beide genannte Studien wurden auch in die Metaanalyse von Pringsheim et al. (2015) eingeschlossen. Die Behandlung mit Valproat war mit einer insgesamt höheren Response assoziiert als Placebo (Odds Ratio 14,60 (95% CI 3,25 – 65,61; p<0.001)). Effektstärken wurden nicht berechnet.

Die NICE-Leitlinien geben keine Empfehlung zur Behandlung mit Valproat bei Kindern und Jugendlichen mit Sozialverhaltensstörung. Oben genannte Metaanalyse lag zum Zeitpunkt der Erstellung der Leitlinien nicht vor.

Die niederländischen Leitlinien empfehlen Valproat in Erwägung zu ziehen, wenn komorbid eine Epilepsie vorhanden sei. Oben genannte Metaanalyse lag zum Zeitpunkt der Erstellung der Leitlinien nicht vor.

Zur Verschreibung von Valproat bei weiblichen Patienten vgl. Rote-Hand-Brief von 2014: http://www.akdae.de/Arzneimittelsicherheit/RHB/Archiv/2014/20141212.pdf

Evidenz zum Einsatz von Lithium:

Die Systematische Übersichtsarbeit und Metaanalyse von Pringsheim et al. (2015) fand 4 Placebo-kontrollierte Studien zur Wirksamkeit von Lithium in der stationären Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Sozialverhaltensstörung (Rifkin et al., 1997, Malone et al., 2000, Campbell et al., 1984, Campbell et al, 1995). Die Ergebnisse der Studien waren heterogen. 3 Studien lieferten hinreichend Daten für den Einschluss in die Metaanalyse. Die Behandlung mit Lithium war insgesamt mit einer höheren Response und Remission assoziiert als Placebo (Odds Ratio 4,56 (95% CI 1,97 – 10,56; p<0.001)). Effektstärken wurden nicht berechnet.

NICE-Guidelines: Die NICE-Leitlinien geben keine Empfehlung zur Behandlung mit Lithium bei Kindern und Jugendlichen mit Sozialverhaltensstörung. Oben genannte Metaanalyse lag zum Zeitpunkt der Erstellung der Leitlinien nicht vor.

NL-Guidelines: Die niederländischen Leitlinien empfehlen Lithium nur in Ausnahmefällen und unter stationären Bedingungen in der Behandlung von aggressivem Verhalten einzusetzen. Oben genannte Metaanalyse lag zum Zeitpunkt der Erstellung der Leitlinien nicht vor.

Evidenz zum Einsatz von Carbamazepin

Cueva et al. (1996) untersuchte die Wirksamkeit von Carbamazepin bei 24 Kindern mit aggressivem Verhalten in einer Placebo-kontrollierten Studie. Es zeigte sich kein Unterschied in der Behandlungsgruppe im Vergleich zu Placebo.

Die NICE-Guideline geben keine Empfehlung zur Behandlung mit Carbamazepin, die niederländischen Leitlinien beschreiben Carbamazepin als nicht effektiv.

Evidenz zur Verwendung einer Notfallmedikation:

Zur Behandlung akut auftretender aggressiver Zustände kann eine pharmakologische Therapie indiziert sein. Eine Notfallmedikation zur Kontrolle akuten aggressiven Verhaltens ist von einer Dauermedikation zur Behandlung zugrundeliegender Störungen zu unterscheiden. Eine Notfallmedikation soll im Rahmen eines Gesamtbehandlungskonzepts eingebettet sein und lediglich zur Anwendung kommen, wenn andere pädagogische oder psychotherapeutische Maßnahmen ausgeschöpft wurden und keinen Erfolg gebracht haben (siehe Kapitel Aggressionsmanagement). Indikationen für den Einsatz psychiatrischer Notfallmedikation sind das Vorliegen einer akuten Eigen- oder Fremdgefährdung, etwa durch (drohende) körperliche Schädigung des Patienten oder seines Umfelds, die aus dem expansiven Verhalten resultiert. Bei der Wahl des Präparates sind auch die verfügbaren Applikationsformen wesentlich, also ob das Präparat in einfach zu handhabender, schnell resorbierbarer oder parenteral zu applizierender Formulierung zur Verfügung steht (etwa als Tab, Saft oder Injektionslösung). Eine orale Gabe soll bei Möglichkeit immer vorgezogen werden.

Gerade im Rahmen der psychiatrischen Notfallmedikation ist der Zulassungsstatus zu beachten, insbesondere vor dem Hintergrund der Altersbeschränkungen und der Beschränkungen auf Erregungszustände, die psychotisch bedingt sind. Prinzipiell kommen hier Präparate aus den Substanzgruppen der Benzodiazepine und Antipsychotika zum Einsatz.

Zum Zeitpunkt der Erstellung waren folgende Substanzen in Deutschland für die Behandlung von psychiatrischen Notfallsituationen im Kindes und Jugendalter zugelassen:

Chlorprothixen zur Dämpfung psychomotorischer Unruhe- und Erregungszustände im Rahmen von psychotischen Syndromen, Pipamperon für psychomotorische Erregungszustände, Perazin und Haloperidol für psychomotorische Erregungszustände (psychotischer Genese) und Levomepromazin (ab 16 Jahren) bei Unruhe- und Erregungszuständen im Rahmen psychotischer Symptome. Thioridazin ist für Jugendliche zur Behandlung von psychotischen Zuständen, bei denen psychomotorische Unruhe und Erregungszustände im Vordergrund stehen, zugelassen. Melperon besitzt ab dem 12. Lebensjahr eine Zulassung zur Behandlung von Unruhe- und Erregungszuständen. Ebenfalls besitzt Promethazin eine Zulassung zur Behandlung von Unruhe- und Erregungszuständen ab dem 2. Lebensjahr. Unter den Benzodiazepinen besitzt Lorazepam ab 6 Jahren nur eine Zulassung in der Prämedikation chirurgischer Eingriffe bzw. beim Status Epilepticus, während Diazepam eine Zulassung zur akute klinischen Intervention bei akuten und chronischen Angst-, Erregungs-, Spannungs- und Unruhezuständen besitzt.

In einer Anwendungsbeobachtung bei 170 Kindern und Jugendlichen (6-18 Jahre) wurde die Effektivität von Chlorpromazin und Olanzapin als PRN Medikation beschrieben. Im Rahmen der NICE Guideline wird für Kinder und junge Menschen die intramuskuläre Gabe von Lorazepam empfohlen.

Vor dem Hintergrund mangelnder placebo-kontrollierter Studien in diesem Bereich kann jedoch keine Empfehlung für ein spezifisches Präparat abgegeben werden und es sollte eine Abwägung der Risikofaktoren und der erhofften Wirkung erfolgen.[8]

Allgemeine Hinweise zum Einsatz von Arzneimittel:

Arzneimittel sind zur Anwendung am Menschen bestimmte Zubereitungsformen von Arzneistoffen. Diese stellen Wirkstoffe zur Vorbeugung, Linderung und Heilung von Krankheiten dar (Gerlach et al. 2016). Für die Zulassung sind entweder nationale Behörden, in Deutschland für Arzneimittel das Bundesinstitut für

Arzneimittel und Medizinprodukte, BfArM, zuständig, oder bei supranationalen Zulassungsverfahren auf europäischer Ebene die European Medicines Agency, EMA. Die Zulassung erfolgt nach den Kriterien Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit. Dazu werden bei neuen Zulassungen entsprechende Studien gefordert, sogenannte Zulassungsstudien. Ältere Arzneimittel haben jedoch bisweilen ebenfalls eine Zulassung, die aus historischen Gründen fortbesteht. Heutigen Kriterien, incl. der geforderten Zulassungsstudien, würden die damals vorgelegten Daten, die zu der Zulassung historisch geführt haben, nicht unbedingt genügen. Der Arzt ist im Rahmen seiner Therapiefreiheit berechtigt auch nicht zugelassene Arzneimittel an Patienten zu verordnen. Die Verordnung außerhalb der zugelassenen Indikation, des zugelassenen Altersspektrums, oder unterhalb der zugelassenen Anwendungsdauer oder über die zugelassene Anwendungsdauer hinaus wird als off-label Use bezeichnet. In der Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie besteht das Problem das – aus unterschiedlichen Gründen – viele Arzneimittel off-label verordnet werden müssen, da ihnen für diesen Altersbereich die Zulassung fehlt (Koelch et al. 2008, Kölch & Plener 2016).

Die Zulassung ist eine Voraussetzung, dass ein Arzneimittel zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnet werden kann. Zusätzlich entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im Rahmen der Nutzenbewertung nach §35a SGB V über die Erstattungsfähigkeit eines Arzneimittels. Für Arzneimittel, die außerhalb Ihres Zulassungsgebietes eingesetzt werden, besteht eine Leistungspflicht für die GKV nur in eng begrenztem Rahmen. Die Kriterien, nach denen eine Erstattungsfähigkeit auch bei off-label Use vorliegen kann, sind eng begrenzt. Sie kommt ausnahmsweise in Betracht, wenn:

1. *es sich um die Behandlung einer schwerwiegenden (lebensbedrohlichen oder die Lebensqualität auf Dauer beeinträchtigenden) Erkrankung handelt, bei der*
2. *keine andere (zugelassene) Therapie zur Verfügung steht und*
3. *wenn aufgrund der Datenlage die begründete Aussicht besteht, dass mit dem betreffenden Präparat ein Behandlungserfolg (kurativ oder palliativ) erzielt werden kann.*

Ein off-label Use kann medizinisch geboten sein, was bereits in einem Urteil vor vielen Jahren Niederschlag fand (vgl. Aciclovir Entscheidung des OLG Köln v. 30 Mai 1990 – VersR 1991, 186). Damals wurde sachlich richtig dargestellt, dass der Zulassungsstatus eines Medikamentes kein hinreichender Anhaltspunkt für Behandlungsentscheidungen eines Arztes sein könne, sondern dass sich dieser am international anerkannten fachlichen Standard zu orientieren habe, da gerade die Zulassungssituation oft Jahre hinter entsprechenden Publikationen herhinke.

Auswirkungen am Beispiel der medikamentösen Behandlung von Impulskontrollstörungen

Eine Zulassung wird heute nur aufgrund der vorliegenden und eingereichten Daten für ein neues Arzneimittel erteilt. Da Zulassungsstudien nur einen begrenzten Zeitraum umfassen, wird die Indikation zum Teil bei Zulassungen auch zeitlich begrenzt, weil nur für diesen Zeitraum Studien vorliegen. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist dafür Risperidon ein Beispiel, dessen Indikation nur die Kurzzeitbehandlung (bis zu 6 Wochen) von langanhaltender Aggression bei Kindern (ab mindestens 5 Jahren) und Jugendlichen mit Verhaltensstörung und bei Intelligenzminderung oder Intelligenz im unteren Normbereich einschließt. Hintergrund ist, dass die entsprechenden Zulassungsstudien nur den Zeitraum von 6 Wochen umfassten, und entsprechende open-label Studien nicht im Rahmen der Zulassung verwendet wurden (Snyder et al. 2002, Croonenberghs et al. 2005). Andererseits besteht in der Kinder- und Jugendpsychiatrie das Problem, dass es sich häufig um chronische, zumindest längerdauernde Störungen

handelt. Dies gilt meist auch für Störungen der Impulskontrolle. Kurzdauernde Anwendungen führen hier eher nicht zu einer hinreichenden längerfristigen Verbesserung im Alltag. Mit der PERS-Studie (www.pers-project.com) sollte z.B. genau diese Frage geklärt werden, wie der Effekt von Risperidon längerfristig ist, und wie sich die Symptomatik nach einem Absetzen (bzw. unter Placebobedingen) ggfs. verändert und welche Effekte nach Beendigung der Medikation fortbestehen (Glennon et al. 2014). Teile der von der EU geförderten in mehreren Ländern durchgeführten Studie sind aber aufgrund komplizierter Regularien bei AMG-Studien (z.B. strenge Anforderungen an den Hersteller der Prüfmedikation) gescheitert. Dieses Beispiel zeigt, wie kompliziert es sein kann, entsprechende Studien mit minderjährigen Patienten durchzuführen, die dann auch zu einer Zulassung führen. Zudem sind gerade in der Kinder- und Jugendpsychiatrie viele Patienten mit mehr als einer psychischen Störung, also mit komorbiden Störungen, belastet. Zulassungsstudien werden aber meist an monosymptomatischen Patienten und oft ohne Kombinationstherapien durchgeführt. Insofern ist ein Problem von Zulassungsstudien mit monosymptomatischen Patienten, dass diese nur begrenzte Aussagekraft für die klinische Realität haben können. Andererseits bestehen z.B. Zulassungen im Bereich der Antipsychotika, insbesondere bei den „second generation antipsychotics“ (SGA) für Störungsbilder wie bipolare Störungen, bei denen in den entsprechenden Studien in den USA nach europäischer Klassifikation eher Patienten mit schwer ausgeprägtem ADHS und starker Impulskontrollstörung eingeschlossen wurden, die in den USA aber zu dieser Zeit als „childhood bipolar“ klassifiziert wurden (Holtmann et al. 2008, Leibenluft 2011). Hier können Erkenntnisse aus diesen Studien trotz anderslautender Indikation durchaus auf Patienten mit Impulskontrollstörung übertragbar sein.

Die Kriterien, wie weiter oben aufgeführt, die eine Kostenerstattung trotz off-label Use rechtfertigen, können am Beispiel einer ausgeprägten Impulskontrollstörung durchaus erfüllt sein. Zwar sind die wenigsten Störungsbilder in der Kinder- und Jugendpsychiatrie direkt lebensbedrohlich, jedoch wird auch im Falle einer schweren Störung des Sozialverhaltens mit entsprechender Impulsivität zu bejahen sein, dass die Lebensqualität auf Dauer beeinträchtigt ist und z.B. wichtige Entwicklungsschritte wie schulische Integration und Erfolg deshalb dauerhaft gestört sein können mit schwerwiegenden Konsequenzen und Beeinträchtigungen für das gesamte weitere Leben. Auch das Kriterium, dass es keine andere zugelassene Therapie im Bereich der Medikation gibt, wird im Einzelfall belegbar sein, bzw. dass andere auch nicht-medikamentöse Therapieverfahren nicht ausreichend symptommindernd sind. Hinsichtlich der Datenlage ist dann zu prüfen, ob ein kurativer Behandlungserfolg damit aussichtsreich ist. Dies ist im Beispiel der hohen Impulsivität im Einzelfall aufgrund der Datenlage durchaus möglich.

Fazit: Off-label Use bedeutet keineswegs einen Einsatz eines unsicheren, unsinnigen oder nicht verantwortbaren Arzneimittels. Im Gegenteil, ein Einsatz kann sogar aufgrund des Stands der Wissenschaft geboten sein, obwohl keine Zulassung in Deutschland vorliegt. Der Einsatz eines Arzneimittels im off-label Use ist zu allererst eine rechtliche Frage, die getrennt von einer möglichen medizinischen Sinnhaftigkeit und der Wirksamkeit zu betrachten ist. Ein off-label Use ist von daher immer differenziert zu beurteilen: einmal sind Ärzte verpflichtet den Stand der Wissenschaft zu kennen und ihr Handeln daran auszurichten. Dies kann die Verordnung von Arzneimitteln außerhalb deren Zulassung einschließen. Andererseits kann es dadurch zu sozialrechtlichen Folgen für den verordnenden Arzt oder auch Patienten kommen. Insofern sind auch besondere Aufklärungspflichten im Rahmen eines off-label Use zu beachten. Drittens führt der off-label Use leider dazu, dass hinreichende Daten zu Wirksamkeit, Sicherheit und Verträglichkeit nur unzureichend gesammelt werden, während dies im Rahmen von entsprechenden Pharmakovigilanzsystemen im Rahmen einer Zulassung besser gelingt.

9. EMPFEHLUNG ZUR DEESKALATION UND ZUM EINSATZ VON ZWANGSMASSNAHMEN BEI AKUT AGGRESSIVER SYMPTOMATIK (VOR ALLEM BEI SELBST- UND/ODER FREMDGEFÄHRDUNG)

Schlüsselfragen:

S12: Welche Maßnahmen sind geeignet, um angemessen mit akut auftretenden aggressiven Verhaltensweisen umzugehen (Maßnahmen zur Deeskalation)?

S13: Was ist bei der Umsetzung von Zwangsmaßnahmen zu berücksichtigen?[21]

9.1. Deeskalationsstrategien sollen in allen Behandlungs- und Betreuungssettings angewandt werden. Deshalb soll sichergestellt werden, dass Mitarbeitende im Umgang mit akut aggressivem und gewalttätigem Verhalten bei Kindern und Jugendlichen ausreichend geschult werden. Ein entsprechendes Trainingsprogramm sollte psychosoziale Interventionen vermitteln, die den Einsatz von restriktiven Maßnahmen oder von Zwangsmaßnahmen verhindern oder weitestgehend reduzieren und das Erlernen einer angemessenen, deeskalierenden Kommunikation zum Ziel haben.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%

9.2. Die Schulung des pädagogischen und therapeutischen Fachpersonals soll neben der Vermittlung effizienter Strategien im Umgang mit grenzverletzendem Verhalten insbesondere Psychoedukation hinsichtlich der Entstehung und Funktion aggressiven Verhaltens beinhalten, mit dem Ziel das Verständnis für bestehendes Problemverhalten zu vertiefen und eine professionelle Haltung zu fördern.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%

9.3. Bei der Umsetzung von Methoden zur Vermeidung von Gewalt und Aggression sollten nicht nur patientenbezogene Faktoren berücksichtigt werden, sondern auch Faktoren bei den Fachkräften und umfeldbezogene Faktoren. Zu den Faktoren auf Seiten der Fachkräfte zählen beispielsweise die Erfahrung und Ausbildung oder Eindeutigkeit hinsichtlich der beruflichen Rollendefinition. Zu den umfeldbezogenen Faktoren gehören der Betreuungsschlüssel pro Kind/Jugendlichem, der bauliche Zustand und die Ausstattung der Einrichtung, der pro Patient zur Verfügung stehende Platz sowie das Ausmaß und die Qualität der multidisziplinären oder fachübergreifenden Zusammenarbeit.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%

9.4. Da die pädagogische und therapeutische Arbeit mit aggressiven und dissozialen Kindern und Jugendlichen insbesondere im teilstationären und stationären Milieu und bei stationsersetzenden Maßnahmen außerordentlich belastend sein kann, sollte eine kontinuierliche Supervision aller an der Behandlung beteiligten Fachkräfte, insbesondere für pädagogische und pflegerische Fachkräfte, ermöglicht werden. Aggressive Übergriffe sollen unmittelbar dokumentiert werden. Nach aggressiven Zwischenfällen sollte das Geschehen im multidisziplinären Team reflektiert werden.

[21] Empfehlungen zur Schlüsselfrage S12 (Welche Maßnahmen sind geeignet, um angemessen mit akut auftretendem aggressivem Verhalten umzugehen (Maßnahmen zur Deeskalation) beziehen Empfehlungen aus der NG10 Leitlinie: Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings (NG10) ein.
Aufgrund der höchstrichterlichen Rechtsprechung (Bundesverfassungsgericht und Bundesgerichtshof) sind die landesrechtlichen Bestimmungen zur Unterbringung in Institutionen und zur Durchführung von Zwangsmaßnahmen in teilstationärer und stationärer Behandlung in den meisten deutschen Bundesländern aktualisiert und überarbeitet worden (siehe Urteil vom 24. Juli.2018, 2BvR 309/15 und 16). Teilweise bestehen restriktivere Regelungen und weitergehende Dokumentationserfordernisse als die hier als grundsätzliche Prinzipien dargelegten Leitlinienempfehlungen. Bei der Umsetzung von Zwangsmaßnahmen ist stets das geltende Landesrecht zu berücksichtigen.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%

9.5. Deeskalationstechniken sollten folgende Aspekte umfassen:

- Die Zusammenhänge zwischen konkreten Auslösern und aufrechterhaltenden Faktoren aggressiven Verhaltens verstehen, insbesondere frühe Anzeichen der Erregung erkennen.
- Anforderungen an die kognitiven, sozialen und emotionalen Kompetenzen des Kindes oder Jugendlichen anpassen, um das Risiko für reaktiv aggressive Verhaltensweisen zu reduzieren.
- Deeskalationstechniken (Ablenkung, Beruhigung, Entspannungstechniken, etc.) vermitteln und Betroffene bei der Umsetzung im Alltag unterstützen.
- Kindern und Jugendlichen in hohen Erregungszuständen einen ruhigen Ort anbieten, um die aggressionsauslösende Situation verlassen zu können und sich selbst oder mit Unterstützung beruhigen zu können.
- Aktiv Möglichkeiten bieten, die dem Kind/Jugendlichen einen Wiedereinstieg in die Gruppensituation ermöglichen (und durch die die pädagogische/therapeutische Beziehung aufrechterhalten werden kann).
- Kinder und Jugendliche über Konsequenzen aggressiven Verhaltens präventiv vorab ausreichend informieren.
- Bei Entscheidungen zu Konsequenzen sollen wesentliche individuelle Aspekte auf Seiten des Kindes oder Jugendlichen ausreichend Berücksichtigung finden (kognitive, soziale und emotionale Kompetenzen des Kindes oder Jugendlichen, traumatische Vorerfahrungen).

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%

9.6. Zwangsmaßnahmen sollen ausschließlich zum Einsatz kommen, wenn alle anderen Maßnahmen zur Deeskalation erfolglos waren.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%

9.7. Der Einsatz von Zwangsmaßnahmen soll auf Situationen beschränkt sein, in denen durch das Verhalten des Kindes oder Jugendlichen eine Gefährdung des Kindes/Jugendlichen selbst oder anderer Personen besteht und/oder es zu einer schwerwiegenden Beschädigung von Gegenständen kommt.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%

9.8. Zwangsmaßnahmen müssen prinzipiell von Ärzten angeordnet werden und können zur akuten Gefahrenabwehr von nichtärztlichen Fachkräften auch ohne vorherige Anordnung initiiert werden. Sie bedürfen dann aber zeitnah einer ärztlichen Überprüfung. Bei der Umsetzung von Zwangsmassnahmen soll eine kontinuierliche Überwachung und Dokumentation erfolgen, um das körperliche und emotionale Befinden des Kindes/Jugendlichen zu überprüfen und zu protokollieren. Die Indikation zur Fortführung und ggf. Reduzierung der Zwangsmaßnahme ist in adäquaten Abständen zu überprüfen.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%

9.9. Die Sorgeberechtigten sollen bei Akutmaßnahmen (bei Gefahr im Verzug) über den Einsatz von Zwangsmassnahmen im Nachhinein informiert werden. Besteht die Möglichkeit, die Sorgeberechtigten vor der Umsetzung einer Zwangsmaßnahme aufzuklären und ihre Einwilligung einzuholen, soll die Einwilligung eingeholt werden.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%

9.10. Zwangsmedikation soll zunächst, wenn keine medizinischen Kontraindikationen bestehen, oral angeboten werden.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%

9.11. Mechanische Fixierung sollte bei Kindern unterlassen werden.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%

9.12. Mechanische Fixierung soll nur durch geschulte Fachkräfte durchgeführt werden und soll nur bis zur Beruhigung erfolgen.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%[22]

9.13. Bei mechanischer Fixierung muss 1) eine 1:1 Überwachung durch geschulte Fachkräfte erfolgen. Dabei soll dem körperlichen Zustand des Patienten angemessen eine regelmäßige Überprüfung der Vitalzeichen erfolgen, auf Hydrierung und Ernährung soll geachtet werden. Außerdem gilt es 2), den ordnungsgemäßen Sitz der Fixierung regelmäßig zu überprüfen.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus für Soll-Empfehlung 1): 100%[23]

9.14. Jeder Einsatz von Zwangsmassnahmen soll unter Angabe von Datum, Uhrzeit, Anlass, Dauer und Art der durchgeführten Massnahmen und Name des anordnenden Arztes dokumentiert werden.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%

9.15. Isolation in einem abgeschotteten Raum: die Entscheidung, inwieweit ein Kind/Jugendlicher in einem abgeschotteten Raum unterzubringen ist, soll von einem Arzt getroffen werden. Das Kind soll dabei immer von Fachpersonal unmittelbar überwacht werden. Eine alleinige Video-Kontrolle ist nicht ausreichend. Eine Isolierung soll nur bis zur Beruhigung erfolgen. Jede Isolierung soll schriftlich dokumentiert werden.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%

9.16. Nach Abschluss von Zwangsmaßnahmen sollen diese mit dem betroffenen Patienten zeitnah therapeutisch bearbeitet werden.

Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%

22 Nach Urteil des Bundeverfassungsgerichtes (Az.: 2 BvR 309/15 u.a.) ist eine Fixierung ohne richterliche Anordnung nur für 30 Minuten zulässig und es muss für die Zeit der Fixierung eine Eins-Zu-Eins-Betreuung durch qualifiziertes Pflegepersonal sichergestellt sein.

23 Die Empfehlung wurde vor dem Urteil des Bundeverfassungsgerichtes vom 24.7.2018 (Az.: 2 BvR 309/15 u.a.) als eine Soll-Empfehlung einstimmig konsentiert. Nach dem Urteil des Bundeverfassungsgerichtes ist eine Fixierung ohne richterliche Anordnung nur für 30 Minuten zulässig und es muss für die Zeit der Fixierung eine Eins-Zu-Eins-Betreuung durch qualifiziertes Pflegepersonal sichergestellt sein. Daher wurde die Empfehlung nach der Konsentierung von der Steuerungsgruppe in eine Muss-Empfehlung umgewandelt.

III. Anhang

1. Anhang: Deutschsprachige psychometrisch untersuchte Verfahren zur Erfassung von SSV-Symptomatik, aggressivem Verhalten oder spezifischen Aspekten von Aggressivität im Kindes- und Jugendalter

Bereich	Klinisches Urteil (Altersbereich in Jahren)	Eltern-/-Erzieher/ Lehrerurteil (Alters-bereich in Jahren)	Selbsturteil (Altersbereich in Jahren)
Erfassung von SSV-Symptomatik (nach ICD-10/ DSM-5)	• DCL-SSV, DISYPS-III (4-18 J) • ILF-EXTERNAL, DISYPS-III (4-18 J)	• FBB-SSV, DISYPS-III (4-18 J)	• SBB-ADHS, DISYPS-III, 11-18 J)
Erfassung von aggressivem Verhalten oder spezifischen Aspekten von Aggressivität		• BASYS-F / -L (3-16 J) • BFK-L (4-11 J) • EF-PF (3-18 J) • FAVK-F (4-14 J)	• BFK-K (8-11 J) • DAF (10-17 J) • EAS (9-12 J) • FAVK-S (9-14 J) • FEEL-KJ (10-19 J) • FEKS (8-12 J) • FEPAA (12-16 J) • IVE (9-14 J) • K-FAF (ab 15 J) • ScouT-Test (6-12 J) • STAXI-2 (ab 16 J) • YPI-S (12-25 J)

Anmerkung: Störungsübergreifende Instrumente, die auch Aspekte von Störungen des Sozialverhaltens erfassen sind nicht berücksichtigt.

BASYS-F	Beobachtungssystem zur Analyse aggressiven Verhaltens in schulischen Settings im Fremdurteil von nicht-teilnehmende Fachpersonen (Wettstein, 2008)
BASYS-L	Beobachtungssystem zur Analyse aggressiven Verhaltens in schulischen Settings im Fremdurteil von Lehrkräfte (Wettstein, 2008)
BFK-L	Bullying- und Viktimisierungsfragebogen für Lehrer- und Erzieherurteil (Marees & Petermann, 2010)
BFK-K	Bullying- und Viktimisierungsfragebogen für Selbsturteil (Marees & Petermann, 2010)
DAF	Differentieller Aggressionsfragebogen zur Selbstbeurteilung (Petermann & Beckers, 2014)
DCL-SSV	Diagnose-Checkliste SSV aus dem Diagnostik-System DISYPS-III (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017)
EAS	Erfassungsbogen für aggressives Verhalten in konkreten Situationen im Selbsturteil (Petermann & Petermann, 2015)
EF-PF	Elternfragebogen über Problemsituationen in der Familie (Döpfner et al., 2013)
FAVK-F	Fragebogen zum aggressiven Verhalten von Kindern zur Fremdbeurteilung (Görtz-Dorten & Döpfner, 2010)
FAVK-S	Fragebogen zum aggressiven Verhalten von Kindern zur Selbstbeurteilung (Görtz-Dorten & Döpfner, 2010)
FBB-ADHS	Fremdbeurteilungsbogen für SSV aus dem Diagnostik-System DISYPS-III (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017)
FEEL-KJ	Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation im Selbsturteil (Grob & Smolenski, 2009)
FEKS	Fragebogen zur Erfassung der kindlichen Steuerung (Pauls & Reicherts, 1991)
FEPAA	Fragebogen zur Erfassung von Empathie, Prosozialität, Aggressionsbereitschaft und aggressivem Verhalten (Lukesch, 2006)
ILF-EXTERNAL	Interviewleitfaden für Externale Störungen aus dem Diagnostik-System DISYPS-III (Görtz-Dorten & Döpfner, 2018)
IVE	Inventar zur Erfassung von Impulsivität, Risikoverhalten und Empathie zur Selbstbeurteilung (Stadler et al., 2004)
K-FAF	Kurzfragebogen zur Erfassung von Aggressionsfaktoren zur Selbstbeurteilung (Heubrock & Petermann, 2008)
SBB-SSV	Selbstbeurteilungsbogen für SSV aus dem Diagnostik-System DISYPS-III (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017)
ScouT-Test	Computerbasierter Test im Selbsturteil aus dem sozialen computerunterstützten Training für Kinder mit aggressivem Verhalten (Görtz & Döpfner, 2016)
STAXI-2	State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar zur Selbstbeurteilung (Rohrmann et al., 2013)
YPI-S	Youth-Psychopathic-Traits-Inventory zur Selbstbeurteilung (Köhler et al., 2010)

2. Anhang : Deutschsprachige Präventions- und Therapieprogramme zur Behandlung von SSV-Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen[24]

Gelistet sind deutschsprachige Präventions- und Therapieprogramme zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit SSV-Symptomatik und / oder externaler Symptomatik, die Methoden anwenden, welche sich in deutschsprachigen oder internationalen kontrollierten Studien (randomisierte Kontrollgruppenstudien oder andere Formen von kontrollierten Studien, wie nicht-randomisierte Kontrollgruppenstudien, Eigenkontrollgruppenstudien) bei der Verminderung von SSV-Symptomen (bei eltern-, kindergarten-, schul- oder patientenzentrieren Interventionen) als wirkungsvoll erwiesen haben. Falls sich das Therapieprogramm in internationalen Studien bewährt hat, muss für den deutschen Sprachraum zumindest eine empirische Prüfung zumindest in einem Prä-Post-Design (ohne Kontrollgruppe) vorliegen. **Wirksamkeitsnachweis** für das Therapieprogramm in der deutschen Fassung wird in folgenden Stufen beurteilt

Gering: Mindestens 1 Prä-Post-Studie mit signifikanten Veränderungen im Verlauf der Therapie bzgl. SSV-Symptomen, aggressivem Verhalten oder externaler Symptomatik oder höherwertige Studien zeigen geringe Effekte

Moderat: Mindestens 1 in einer Zeitschrift mit peer-review-System publizierte kontrollierte Studie (z.B. nicht randomisierte Kontrollgruppenstudie, Eigenkontrollgruppenstudie) mit signifikanten Effekten bzgl. SSV-Symptomen, aggressivem Verhalten oder externaler Symptomatik (bei eltern-, kindergarten-, schul- oder patientenzentrierten Interventionen)

Gut: Mindestens 1 in einer Zeitschrift mit peer-review-System publizierte randomisierte Kontrollgruppenstudie mit signifikanten Effekten bzgl. SSV-Symptomen, aggressivem Verhalten oder externaler Symptomatik (bei eltern-, kindergarten-, schul- oder patientenzentrierten Interventionen)

Sehr gut: Mehrere in einer Zeitschrift mit peer-review-System publizierte Kontrollgruppenstudien mit signifikanten Effekten bzgl. SSV-Symptomen, aggressivem Verhalten oder externaler Symptomatik (bei eltern-, kindergarten-, schul- oder patientenzentrierten Interventionen) in verschiedenen Stichproben oder Behandlungskontexten (z.B. ambulant/stationär) oder mit Stabilitätsbelegen; davon mindestens 1 randomisierte Kontrollgruppenstudie

[24] **Wirksamkeit tiefenpsychologisch fundierter Interventionen**

In einer deutschen Studie zur Wirksamkeit psychoanalytischer Behandlung von Kindern mit ADHS und teils komorbider Störung des Sozialverhaltens wurde eine 26monatige ambulante psychoanalytische Langzeitbehandlung nach Staufenberg (2011) mit einer verhaltenstherapeutischen und teilweise auch medikamentösen Therapie verglichen. In der verhaltenstherapeutischen Behandlungsbedingung wurde bei einem Teil der Patienten eine zehntägige kognitiv-behaviorale Therapie (nach Grasmann & Stadler, 2008) oder ein sechswöchiges Konzentrationstraining sowie teilweise auch medikamentöse Therapie zur Behandlung der ADHS durchgeführt (Laezer et al., 2014, 2015; Laezer, 2015). Hinsichtlich des oppositionell-aggressiven Verhaltens im klinischen Urteil, im Elternurteil und im Lehrerurteil ließen sich nach 38 Monaten keine Unterschiede zwischen beiden Behandlungsgruppen feststellen. In beiden Gruppen verminderte sich die Symptomatik in vergleichbarer Weise. Die Studie ist mit erheblichen methodischen Mängeln behaftet:

1. Es wurden keine Randomisierung vorgenommen und darüber hinaus hatten die Patienten beider Gruppen unterschiedliche Zugangswege: die verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten wurden in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgestellt, die psychoanalytisch behandelten Patienten in einer tiefenpsychologischen Behandlungseinrichtung. Teilweise sind erhebliche Prätestunterschiede festzustellen (mit stärker auffälligen Patienten in der VT-Gruppe).
2. Es wurde keine intention to treat-Analyse über n= 73 Patienten durchgeführt, sondern nur über n= 54 Kinder.
3. Die Verhaltenstherapie der ADHS / Störung des Sozialverhaltens war sehr kurz und nicht konform zur Leitlinien.
4. Die Wirksamkeitsanalysen über n= 54 hatten nur eine statistische power, um große Effekte zu identifizieren.

Daher kann die psychoanalytische Behandlung auf der Grundlage dieser Studien nicht als wirkungsvoll eingeschätzt werden. Die deutschsprachigen störungsspezifischen verhaltenstherapeutischen Programme sind entweder in randomisierten Studien geprüft oder sie basieren auf verhaltenstherapeutischen Prinzipien, die in internationalen methodisch hochwertigen Studien als erfolgreich belegt worden sind.

2.1. Eltern-, kindergarten-, und schulzentriere und multimodale Präventions- und Therapieprogramme

Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis für das Therapieprogramm / Literatur
Döpfner, M., Schürmann, S. & Frölich, J. (2013). **Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP)**. (5. Aufl.). Weinheim: Beltz Döpfner, M., Kinnen, C., & Halder, J. (2016). **THOP-Gruppenprogramm** für Eltern von Kindern mit ADHS-Symptomen und expansivem Problemverhalten. Manual. Weinheim: Beltz. Kinnen, C., Halder, J., & Döpfner, M. (2016). **THOP-Gruppenprogramm für Eltern von Kindern mit ADHS-Symptomen und expansivem Problemverhalten. Arbeitsbuch für Eltern.** Weinheim: Beltz	• Spezifisches Elterntraining inklusive schulzentrierten und patientenzentrierten Interventionen auf verhaltenstherapeutischer Basis • Modular aufgebautes Manual primär für Einzeltherapie; wird aber auch für Gruppentherapie eingesetzt. • THOP-Gruppenprogramm spezifisch für Elterngruppen entwickelt. • Altersbereich: Kinder von ca. 3 bis 12 Jahren	**Wirksamkeitsnachweis Sehr gut**: 7 Studien: 6 (teilweise randomisierte) Kontrollgruppenstudien, davon eine im teilstationären Setting, eine Prä-Post-Verlaufsstudie; Stabilisierung von Effekten im Langzeitverlauf (bis zu 8 Jahren) Berk, E., Plück, J. & Döpfner, M. (2008). Zufriedenheit der Eltern mit Elterngruppen auf der Grundlage des Therapieprogramms THOP in der klinischen Versorgung von Kindern mit ADHS-Symptomatik. **(Studie 1)** Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen-Zeitschrift für die psychosoziale Praxis, 4, 99-108. Döpfner M., Breuer D., Schürmann S., Wolff Metternich T., Rademacher C & Lehmkuhl G (2004). Effectiveness of an adaptive multimodal treatment in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder – global outcome. European Child & Adolescent Psychiatry 13 (Suppl. 1): I/117–I/129. **(Studie 2)** Doepfner, M., Ise, E., Breuer, D., Rademacher, C., Wolff Metternich-Kaizman, T., & Schürmann, S. (2016). Long-term course after adaptive multimodal treatment for children with ADHD: An eight year follow-up. Journal of Attention Disorders (epub ahead of print). doi: 10.1177/1087054716659138. **(Studie 2)** Döpfner, M., Ise, E., Wolff Metternich-Kaizman, T., Schürmann, S., Rademacher, C., & Breuer, D. (2015). Adaptive multimodal treatment for children with Attention-Deficit-/ Hyperactivity Disorder: An 18 month follow-up. Child Psychiatry & Human Development, 46, 44–56. doi: 10.1007/s10578-014-0452-8 **(Studie 2)** Dreisörner T. (2006). Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Gruppenprogramme bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). Kindheit und Entwicklung 15: 255–266. **(Studie 3)** Ise, E., Schröder, S., Breuer, D., & Döpfner, M. (2015). Parent-child inpatient treatment for children with behavioural and emotional disorders: a multilevel analysis of within-subjects effects. BMC Psychiatry 15: 288. doi: 10.1186/s12888-015-0675-7 (**Studie 4)** Jans et al. (2015). Does intensive multimodal treatment for maternal ADHD improve the efficacy of parent training for children with ADHD? A randomized controlled multicenter trial. Journal of Child Psychology & Psychiatry, 56, 1298 -1313. **(Studie 5)** Lauth G.W., Kausch T.W.E. & Schlottke P.F. (2005). Effekte von eltern- und kindzentrierten Interventionen bei Hyperkinetischen Störungen. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 34, 248–257. **(Studie 6)** Salbach H., Lenz K., Huss M., Vogel R., Felsing D. & Lehmkuhl U. (2005). Die Wirksamkeit eines Gruppentrainings für Eltern hyperkinetischer Kinder. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 33, 59–68. **(Studie 7)**

Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis für das Therapieprogramm / Literatur
Döpfner, M., Schürmann, S. & Lehmkuhl, G. (2017). **Wackelpeter & Trotzkopf**. Hilfen für Eltern bei hyperkinetischem und oppositionellem Verhalten (5. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.	• Spezifisches Selbsthilfe-Manual auf verhaltenstherapeutischer Basis zur Selbsthilfe für Eltern und andere Bezugspersonen • Altersbereich: Kinder von 3 bis 12 Jahren • Studien teilweise mit Elternheften, die auf der Basis von Wackelpeter & Trotzkopf entwickelt wurden.	**Wirksamkeitsnachweis Sehr gut**: 5 Studien als angeleitete Selbsthilfe auf der Grundlage des Selbsthilfebuches oder von Elternheften, die darauf basieren (mit Telefonberatung) 2 Prä-Post-Studien; 3 RCT-Studien; Stabilisierung von Effekten im Follow-up (bis 1 Jahr) Dose, C., Hautmann, C., Buerger, M., Schuermann, S., Woitecki, K., & Doepfner, M. (2017). Telephone-assisted self-help for parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder who have residual functional impairment despite methylphenidate treatment: A randomized controlled trial. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 58, 682-690. **(Studie 4)** Hautmann, C., Dose, C., Duda-Kirchhof, K., Greimel, L., Hellmich, M., Imort, S., Katzmann, J., Pinior, J., Scholz, K., Schürmann, S., Wolff Metternich-Kaizman, T., & Döpfner, M. (2018). Behavioral versus nonbehavioral guided self-help for parents of children with externalizing disorders in a randomized controlled trial. Behavior Therapy (epub). doi: https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.02.002 **(Studie 5)** Ise, E., Kierfeld, F., & Döpfner, M. (2015). One-year follow-up of guided self-help for parents of preschool children with externalizing behaviour. The Journal of Primary Prevention, 36, 33-40. doi: 10.1007/s10935-014-0374-z **(Studie 2)** Kierfeld, F. & Döpfner, M. (2006). Bibliotherapie als Behandlungsmöglichkeit bei Kindern mit externalen Verhaltensstörungen. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 34, 377-386. **(Studie 1)** Kierfeld, F., Ise, E., Hanisch, C., Görtz-Dorten, A., & Döpfner, M. (2013). Effectiveness of telephone-assisted parent-administered behavioural family Intervention for preschool children with externalizing problem behaviour: A randomized controlled trial. European Child and Adolescent Psychiatry 22, 553-565. **(Studie 2)** Mokros, L., Benien, N., Mütsch, A., Kinnen, C., Schürmann, S., Wolf Metternich-Kaizman, T., Breuer, D., Hautmann, C., Ravens-Sieberer, U., Klasen, F., & Döpfner, M. (2015). Angeleitete Selbsthilfe für Eltern von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung: Konzept, Inanspruchnahme und Effekte eines bundesweitern Angebotes – eine Beobachtungsstudie. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 43, 275-288. **(Studie 3)**
Eisner, M., Jünger, R., & Greenberg, M. (2006). **Gewaltprävention durch die Förderung sozialer und emotionaler Kompetenzen in der Schule. Das PATHS / PFAD Curriculum.** In: Praxis der Rechtspsychologie. 16. Jg. Heft 1/2.	• Internationales universelles schulisches Präventionsprogramm zur Förderung sozialer, kognitiver und sprachlicher Kompetenzen zur Reduktion von nach außen und	**Wirksamkeitsnachweis Gering**: 2 RCT-Studien; überwiegend sehr begrenzte Effekte und keine Stabilisierung von Effekten im Follow-Up (bis zu 2 und 8 Jahren) Averdijk, M., Zirk-Sadowski, J., Ribeaud, D., & Eisner, M. (2016). Long-term effects of two childhood psychosocial interventions on adolescent delinquency, substance use, and antisocial behavior: A cluster randomized controlled trial.

Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis für das Therapieprogramm / Literatur
S. 144-168.	nach innen gerichtete Problemverhalten und Gewalt • Gruppenformat • Altersbereich: Kinder von 5 bis 11 Jahren	Journal Of Experimental Criminology, 12(1), 21-47. **(Studie 2: keine Effekte)** Eisner, M., & Ribeaud, D. (2008). Wie wirkt Frühprävention von Gewalt? Zentrale Ergebnisse des Zürcher Interventions- und Präventionsprogramm an Schulen (zipps). Psychologie & Erziehung, 34(2), 18-25. **(Studie 1)** Malti, T., Ribeaud, D., & Eisner, M. P. (2011). The effectiveness of two universal preventive interventions in reducing children's externalizing behavior: A cluster randomized controlled trial. Journal Of Clinical Child & Adolescent Psychology, 40(5), 677-692. **(Studie 2: geringe Effekte)**
Honkanen-Schoberth, P., Jennes Rosenthal, L (2004). **Starke Eltern Starke Kinder**. **Elternkurs des Deutschen** **Kinderschutzbundes. Mehr Freude – weniger Stress mit den Kindern. Handbuch für Elternkursleiterinnen und** **Elternkursleiter.** Deutscher Kinderschutzbund (DKSB) Bundesverband e.V. Hannover (Hrsg.). Eigenverlag des Deutschen Kinderschutzbundes (DKSB) Bundesverband e.V.	• Allgemeines Elterntraining • Altersbereich: Kinder und Jugendliche von 0 bis 18 Jahren	**Wirksamkeitsnachweis Gering**: 2 Studien; 1 Kontrollgruppenstudie ohne Angabe von Therapieeffekten, 1 Kontrollgruppenstudie ohne Effekte Rauer, W. (2009). Elternkurs Starke Eltern - Starke Kinder®: Wirkungsanalysen bei Eltern und ihren Kindern in Verknüpfung mit Prozessanalysen in den Kursen - eine bundesweite Studie. Würzburg: Ergon. (Prä-Post Veränderungen, aber keine Therapieeffekte im SDQ) Tschöpe-Scheffler, S. (2004).Eine Forschungsstudie zum Elternkurs des Deutschen Kinderschutzbundes e.V. „Starke Eltern – Starke Kinder®“. Gruppendynamik und Organisationsberatung, 35, 51-66.
Humpert, W., & Dann, H.-D. (2012). **KTM kompakt – Basistraining zur Störungsreduktion und Gewaltprävention in pädagogischen und helfenden Berufen auf der Grundlage des Konstanzer Trainingsmodells.** 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern:	• Universelles Lehrer- und Erzieherprogramm zur Gewaltreduktion und -prävention • Gruppenformat • Altersbereich: Primär- und Sekundarstufen	**Wirksamkeitsnachweis Gering**: 2 Studien; 1 Kontrollgruppenstudie ohne peer-review, 1 Kontrollgruppenstudie ohne peer-review und ohne Angabe von Therapieeffekten Brosig, K. M. (2007). Verändertes Sozialverhalten im Unterricht : Das Konstanzer Trainingsmodell (KTM) - kompakt. Eine Evaluationsstudie. Göttingen: Cuvillier. Tennstädt, K.-Ch. / Dann, H.-D . (1987/1992): Das Konstanzer Trainingsmodell (KTM). Bd. 3: Evaluation des Trainingserfolgs

Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis für das Therapieprogramm / Literatur
Huber.		im empirischen Vergleich. Bern: Huber.
Lauth, G. W., Heubeck, B. (2006). **Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger Kinder (KES)**: Ein Präventionsprogramm. Göttingen: Hogrefe.	• Kurzes spezifisches Elterntraining • Präventionsprogramm, Gruppenformat • Altersbereich: Kinder von 5 bis 11 Jahren	**Wirksamkeitsnachweis Gering:** 3 Studien: 2 Prä-Post-Studien, 1 Kontrollgruppenstudie (ohne Effekte, nur Prä-Post-Veränderungen) Konrad, G. (2002). Entwicklung und Evaluation eines Gruppentrainings für Mütter von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Frankfurt: Peter Lang. (**Studie 1)** Lauth, G. W., Grimm, K. & Otte, T. A. (2007). Verhaltensübungen im Elterntraining. Eine Studie zur differenzierten Wirksamkeit im Elterntraining. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 36, 26-35 (**Studie 2:** Prä-Post-Veränderungen, aber keine Therapieeffekte im HSQ) Lauth, G.W., Otte, A.T. & Heubeck, B. (2009). Effectiveness of a competence training programme for parents of socially disruptive children. Emotional and Behavioral Difficulties, 14, 117-126 (**Studie 3)**.
Plück, J., Wieczorrek, E., Wolff Metternich, T. & Döpfner, M. (2006). **Präventionsprogramm für Expansives Problemverhalten (PEP)**. Ein Manual für Eltern- und Erziehergruppen. Göttingen: Hogrefe.	• Spezifisches Elterngruppen- und paralleles Erziehergruppentraining auf verhaltenstherapeutischer Basis. • Präventionsprogramm für Kinder mit expansiven Verhaltensweisen • Altersbereich: Kinder im Alter von 3 bis 6 Jahren	**Wirksamkeitsnachweis: Sehr gut**:3 Studien (1 randomisierte Kontrollgruppenstudie (mit parallelem Eltern- und Erziehertraining) und 2 Eigenkontrollgruppenstudien (getrennt Elterntraining, Erziehertraining). Stabilisierung von Effekten im Follow-up (bis 1 Jahr) Hanisch, C., Plück, J., Meyer, N., Brix, G., Freund-Braier, I., Hautmann, C. & Döpfner, M. (2006). Kurzzeiteffekte des indizierten Präventionsprogramms für Expansives Problemverhalten (PEP) auf das elterliche Erziehungsverhalten und auf das kindliche Problemverhalten Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 35(2), 117-126 **(Studie 1)** Hanisch, C., Freund-Braier, I., Hautmann, C., Jänen, N., Plück, J., Brix, G., Eichelberger, I. & Döpfner, M. (2010). Detecting effects of the indicated Prevention programme for Externalizing Problem behaviour (PEP) on child symptoms, parenting, and parental quality of life in a randomised controlled trial. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 38, 95-112 **(Studie 1)**. Hanisch, C., Hautmann, C., Eichelberger, I., Plück, J., & Döpfner, M. (2010). Die klinische Signifikanz des Präventionsprogramms für Expansives Problemverhalten (PEP) im Langzeitverlauf Verhaltenstherapie 20, 265-274. **(Studie**

Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis für das Therapieprogramm / Literatur
		1). Hanisch, C., Hautmann, C., Plück, J., Eichelberger, I., & Döpfner, M. (2014). The prevention program for externalizing problem behavior (PEP) improves child behaviour by reducing negative parenting: analysis of mediating processes in a randomized controlled trial. Journal of Child Psychology and Psychiatry 55, 473-484. **(Studie 1)**. Hautmann, C., Hanisch, C., Mayer, I., Plück, J. & Döpfner, M. (2008). Effectiveness of the prevention program for externalizing problem behaviour (PEP) in children with symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder - generalization to the real world. Journal of Neural Transmission, 115 (2), 363-370. **(Studie 1)**. Hautmann, C., Eichelberger, I., Hanisch, C., Plück, J., Walter, D. & Döpfner, M. (2010). The severely impaired do profit most: Short-term and long-term predictors of therapeutic change for a parent management training under routine care conditions for children with externalizing problem behavior. European Child and Adolescent Psychiatry, 19, 419-430. **(Studie 2)**. Hautmann, C., Hanisch, C., Ilka, M., Plück, J., Walter, D. & Döpfner, M. (2009). Does parent management training for children with externalizing problem behavior in routine care result in clinically significant changes? Psychotherapy Research, 19, 224-233. **(Studie 2)**. Hautmann, C., Hoijtink, H., Eichelberger, I., Hanisch, C., Plück, J., Walter, D. & Döpfner, M. (2009). One-year follow-up of a parent management training for children with externalizing behavior problems in the real world. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 29, 379-396. **(Studie 2)**. Hautmann, C., Hoijtink, H., Eichelberger, I., Görtz-Dorten, A., Hanisch, C., Plück, J., Walter, D., & Döpfner, M. (2013). Any indication for bias due to participation? Comparison of the effects of a parent management training rated by participating and non-participating parents. Clinical Psychology & Psychotherapy 20, 384-393. **(Studie 2)** Plück, J., Eichelberger, I., Hautmann, C., Hanisch, C., Jaenen, N., & Doepfner, M. (2015). Effectiveness of a teacher based indicated prevention program for pre-school children with externalizing problem behaviour Prevention Science, 16, 233–241. **(Studie 3)**

Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis für das Therapieprogramm / Literatur
Sanders, M. R., Markie-Dadds, C. & Turner, K.M.T. (2006). **Trainermanual für das Triple P Einzeltraining**. PAG Institut für Psychologie AG (Hrsg. dt. Aufl.). Münster: Verlag für Psychotherapie. Sanders, M. R. , Turner, K.M.T. (2006). **Trainermanual für das Teen Triple P Gruppenprogramm**. PAG Institut für Psychologie AG (Hrsg. dt. Aufl., 2. überarb. Aufl.). Münster: Verlag für Psychotherapie. Sanders, M. Turner, K.M.T., Markie-Dadds, C. (2009). **Das Triple P –Elternarbeitsbuch**. PAG Institut für Psychologie AG, (Hrsg. dt. Aufl., 4. Aufl.). Münster: Verlag für Psychotherapie. Turner, K.M.T., Markie-Dadds, C. & Sanders, M. R. (2007). **Trainermanual für das Triple P Gruppenprogramm**. PAG Institut für Psychologie AG (Hrsg. dt. Aufl., 2. Aufl.). Münster: Verlag für Psychotherapie.	• Allgemeines Elterntraining. Das Triple P-Elternarbeitsbuch ist ein Manual zur Selbsthilfe für Eltern • Mehrebenen-Modell (universelle, selektive, indizierte Prävention) • Einzel- und Gruppentraining • Altersbereich: Kinder bis 12 Jahre, Jugendliche (Teen Triple P) • Manuale sind nur im Rahmen der Fortbildung erhältlich.	**Wirksamkeitsnachweis: Sehr gut**: International: Meta-Analysen mit mehr als 100 Studien und signifikanten Effekten bei der Veränderung von expansiven Verhaltensauffälligkeiten. Im deutschen Sprachraum mehrerer RCT-Studien zur Wirksamkeit von Triple-P als universelles Präventionsprogramm mit Beleg von Langzeiteffekten Eichelberger, I., Plück, J., Hanisch, C., Hautmann, C., Jänen, N., & Döpfner, M. (2010). Effekte universeller Prävention mit dem Gruppenformat des Elterntrainings Triple P auf das kindliche Problemverhalten, das elterliche Erziehungsverhalten und die psychische Belastung der Eltern. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 39, 24-32. Hahlweg, K., Heinrichs, N., Kuschel, A., Bertram, H. & Naumann, S. (2010). Long-term outcome of a randomized controlled universal prevention trial through a positive parenting program: is it worth the effort? Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 4:14 Heinrichs, N., Hahlweg, K., Bertram, H., u.a. (2006). Die langfristige Wirksamkeit eines Elterntrainings zur universellen Prävention kindlicher Verhaltensstörungen, Ergebnisse aus Sicht der Mütter und Väter. Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie, 35, 82-95. Heinrichs, N., Krüger, S., Guse, U. (2006). Der Einfluss von Anreizen auf die Rekrutierung von Eltern und auf die Effektivität eines Elterntrainings. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 35, 97-108.

Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis für das Therapieprogramm / Literatur
Turner, K.M.T., Sanders, M. R. & Markie-Dadds, C. (2006). **Beratermanual für die Triple P-Kurzberatung**. PAG Institut für Psychologie AG (Hrsg. dt. Aufl., 2. überarb. Aufl.). Münster: Verlag für Psychotherapie.		

2.2. Primär patientenzentrierte Präventions- und Therapieprogramme

Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis
Aebi, M., Perriard, R., Stiffler Scherrer, B. & Wettach, R. (2011). **Kinder mit oppositionellem und aggressivem Verhalten. Das Baghira-Training.** Göttingen: Hogrefe.	• Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppentraining zur Verbesserung der sozialen und kommunikativen Fertigkeiten, der emotionalen Kompetenzen, der Ärgerkontrolle sowie der Problem- und Konfliktlösefähigkeiten • Altersbereich: Kinder im Alter von 8 bis 13 Jahren	**Wirksamkeitsnachweis Moderat** : eine Kontrollgruppenstudie Wettach, R. & Aebi, M. (2016). Wirksamkeit einer multimodalen Gruppenbehandlung für Kinder mit einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten in der klinischen Grundversorgung. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 44, 220-230.
Cierpka, M. (2001). **FAUSTLOS. Ein Curriculum zur Prävention von aggressivem und gewaltbereiten Verhalten**. Göttingen: Hogrefe. Cierpka, M. (Hrsg.) (2003). **FAUSTLOS. Ein Curriculum zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen und zur Gewaltprävention für den Kindergarten.** Göttingen: Hogrefe.	• Programm zur universellen Prävention von aggressivem und gewaltbereitem Verhalten • Gruppenformat • Altersbereich: Kindergarten, Grundschule, Sekundarstufe	**Wirksamkeitsnachweis Gering - Moderat**: 3 Studien: 2 Kontrollgruppenstudien, 1 Kontrollgruppenstudie mit klassenweiser randomisierter Zuweisung. Keine Prä-Post-Effekte auf aggressives Verhalten (Studie 1), widersprüchliche Ergebnisse im Kindergartenalter (Studie 2), schwacher Effekt im Langzeitverlauf (Studie 3). Bowi, U., Ott, G. & Tress, W. (2008). Faustlos - Gewaltprävention in der Grundschule. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 57, 509-520. **(Studie 3)** Schick, A. & Cierpka, M. (2003). Faustlos: Evaluation eines Curriculums zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen und zur Gewaltprävention in der Grundschule. Kindheit und Entwicklung, 12, 100-110. **(Studie 1)** Schick, A. & Cierpka, M. (2005). Faustlos: Evaluation of a curriculum to prevent violence in elementary schools. Applied and Preventive Psychology, 11 (3), 157-165. **(Studie 1)** Schick, A. & Cierpka, M. (2006). Evaluation des Faustlos-Curriculums für den Kindergarten. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 6,459-474. **(Studie 2)**
Görtz-Dorten, A. & Döpfner, M. (2010). **Therapieprogramm für Kinder mit aggressivem Verhalten (THAV).** Göttingen: Hogrefe.	• Spezifisches verhaltenstherapeutisches soziales Kompetenztraining mit einem Schwerpunkt auf gleichaltrigenbezogene Aggressionen. Zusätzlich umfeldzentrierte Interventionen. • Modular aufgebautes Manual. • Altersbereich: Kinder von 6 bis 12	**Wirksamkeitsnachweis Gut:** 2 Studien: 1 RCT, 1 Eigenkontrollgruppenstudie Goertz-Dorten,A., Benesch,Ch., Hautmann,CH., Berk, E., Faber M., Lindenschmidt, T., Stadermann,R., Schuh. L. & Doepfner,M. (2017). Efficacy of an individualized social competence training for children with Oppositional Defiant Disorders / Conduct Disorders. Psychotherapy Research, 27(3), 326-337. Görtz-Dorten, A., Benesch, C., Berk-Pawlitzek, E., Faber, M., Hautmann, C., Hellmich, M., Lindenschmidt, T., Schuh, L., Stadermann, R., & Döpfner, M. (2018). Efficacy of an individualized social competence training for children with Oppositional Defiant Disorders / Conduct Disorders - A randomized controlled trial with an active control group. European Child & Adolescent Psychiatry (online first) doi.org/10.1007/s00787-018-1144-x.

Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis
	Jahren.	
Görtz-Dorten, A. & Döpfner, M. (2016). **Soziales computerunterstütztes Training für Kinder mit aggressivem Verhalten (ScouT).** Göttingen: Hogrefe.	• Spezifisches verhaltenstherapeutisches computerbasiertes Problemlöse- und Kompetenztraining • Altersbereich: Kinder von 6 bis 12 Jahren.	**Wirksamkeitsnachweis Gering:** Noch kein peer-review Görtz-Dorten, A. & Döpfner, M. (2016). Soziales computerunterstütztes Training für Kinder mit aggressivem Verhalten (ScouT). Göttingen: Hogrefe.
Grassmann, D. & Stadler, C. (2009). **Verhaltenstherapeutisches Intensivtraining zur Reduktion von Aggression.** Wien: Springer.	• Dreimonatiges Behandlungsprogramm, das ein zweiwöchiges tagesklinisches verhaltenstherapeutisch ausgerichtetes Intensivtraining in einer Gruppe von sechs Kindern und ein achtwöchiges ambulantes Elterntraining umfasst. • Altersbereich: Kinder von 8 bis 14 Jahren.	**Wirksamkeitsnachweis Gut**: 1 RCT Stadler, C., Grasmann, D., Clement, W., & Kröger, A. (2012).Störungen des Sozialverhaltens: Wirksamkeit des intensivtherapeutischen Behandlungsansatzes VIA. Kindheit und Entwicklung, 21, 103-113.
Petermann, F. & Petermann, U. (2012) **Training mit aggressiven Kindern.** 13., überarb. Aufl. Weinheim: Beltz.	• Training mit aggressiven Kindern im Einzel- oder Gruppensetting. Fokus auf kindzentrierte Interventionen, zusätzlich Materialien zur Psychoedukation und differenzierte Hinweise zur begleitenden Elternarbeit • Altersbereich: Kinder von 6 bis 12 Jahren.	**Wirksamkeitsnachweis Moderat**: 4 Studien mit kleinen Stichproben: 1 nicht randomisierte Kontrollgruppenstudie (nur Effekte im Lehrerurteil, nicht im Elternurteil) Petermann, F., Petermann, U., Besier, T., Goldbeck, L., Büttner, P., Krause-Leipoldt, C.& Nitkowski, D. (2008). Zur Effektivität des Trainings mit aggressiven Kindern in Psychiatrie und Jugendhilfe. Kindheit und Entwicklung, 17, 182-189. (Studie 2, Prä-Post) Petermann, U., Nitkowski, D., Polchow, D., Pätel, J., Roos, S., Kanz, F.& Petermann, F. (2007). Langfristige Effekte des Trainings mit aggressiven Kindern. Kindheit und Entwicklung, 16, 143-151. (Prä-Post) Petermann, U., Kamau, L., Nitkowski, D. & Petermann, F. (2013). Die Effektivität des Trainings mit aggressiven Kindern im Rahmen einer Hochschulambulanz. Kindheit und Entwicklung, 22, 174-180. (Prä-Post) Petermann, U., Krummrich, M., Meier, C., Petermann, F.& Nitkowski, D. (2010). Das Training mit aggressiven Kindern als schulbasiertes Präventionsprogramm. Psychologie in Erziehung und Unterricht, 57, 132-143. (Kontrollgruppe)

Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis
Rademacher, C. & Döpfner, M. (in Vorbereitung). **SELBST-Therapieprogramm bei Eltern-Adoleszenten-Konflikten.**	• Verhaltenstherapeutisches Therapieprogramm zur Behandlung von Konflikten zwischen Eltern und Adoleszenten. Überwiegend richtet sich das Programm an Jugendliche mit aggressiv-dissozialen Verhaltensauffälligkeiten, aber auch mit anderen psychischen Störungen, in deren Gefolge heftige Eltern-Jugendlichen-Konflikte auftreten. • Altersbereich: Jugendliche von 12 bis 17 Jahren.	**Wirksamkeitsnachweis Moderat**: 1 Eigenkontrollgruppenstudie Rademacher, C., Hautmann, C., & Döpfner, M. (2016). Behandlung von Eltern-Jugendlichen-Konflikten nach dem Therapieprogramm für Jugendliche mit Selbstwert-, Leistungs- und Beziehungsstörungen (SELBST) – Konzeption und Ergebnisse einer Pilotstudie. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 44, 1-12.
Roth, I. & Reichle, B. (2008). **Prosoziales Verhalten lernen, „Ich bleibe cool" (IBC).** Weinheim: Beltz.	• Präventionsprogramm zur Förderung prosozialer Verhaltensweisen und konstruktiver Konfliktlösestrategien sowie Abbau aggressiver Verhaltensweisen. • Gruppenformat • Altersbereich: erste Klasse.	**Wirksamkeitsnachweise Gut**: 1 RCT Roth, I., & Reichle, B. (2007). Beziehungsorientierte Intervention am Beispiel des 'Ich bleibe cool'-Trainings zur Förderung prosozialer Verhaltensweisen und konstruktiver Konfliktlösestrategien bei Kindern im Grundschulalter. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 56, 463-482.
Weidner, J. (2008). **Anti-Aggressivitäts-Training für Gewalttäter (ATT).** 6. Aufl. Bonn/Bad-Godesberg: Forum.	• Gruppentraining für delinquente Jugendliche. Delikt- und defizitspezifische Behandlungsmaßnahme für aggressive Intensivtäter. • Dauer 5-6 Monate bei einer mehrstündigen Gruppensitzung pro Woche. • Altersbereich: Jugendliche von 14 bis 21 Jahren.	**Wirksamkeitsnachweis Gering: Schädlicher Effekt**: 1 RCT, keine Effekte Weichold, K. (2004). Evaluation eines Anti-Aggressions-Trainings bei antisozialen Jugendlichen., Gruppendynamik & Organisation, Zeitschrift für Angewandte Sozialpsychologie 1, 83-104.

3. Anhang: Datum der Zustimmung und Sondervoten

Verband	**Vorstand**	***Votum***	***Datum***
BAG	Dr. Marianne Klein	Zustimmung	***31.08.2017***
DGKJ	Dr. Gudrun Noleppa	Zustimmung	***09.10.2017***
DGSF	Dr. Filip Caby	Zustimmung	***31.08.2017***
DVJJ	Dr. Ulrike Zähringer	Zustimmung	***07.10.2017***
EFCAP, BAG, DGKJP	Prof. Michael Kölch	Zustimmung	***20.03.2018***
VAKJP	Jörn W. Gleininger	Zustimmung	***05.04.2018***
BKJPP	Dr. Gundolf Berg	Zustimmung	***24.07.2018***
BVKJ	Armin Wölbeling	Zustimmung	***06.04.2018***
DGPs	Prof. Conny Herbert Antoni	Zustimmung	***09.04.2018***
SGKJPP	Prof. Alain Di Gallo, Dr. Hélène Beutler	Zustimmung	***04.04.2018***
DGKJP	Prof. Michael Kölch	Zustimmung	***20.03.2018***
BKJ	Christina Jung	Zustimmung	***17.05.2018***
BVVP	Ariadne Sartorius	Zustimmung	***20.04.2018***

bvvp: Ulrike Böker, Ariadne Sartorius - BKJ: Marion Schwarz, Christina Jung –
VAKJP: Helene Timmermann, Katrin Luise Läzer – BKJPP: Gundolf Berg, Reinhard Martens

Herrn
Prof. Dr. Dr. Tobias Banaschewski
DGKJP
Reinhardtstraße 27 B
10117 Berlin

29. September 2017/ka

Sehr geehrter Herr Professor Banaschewski,

hiermit erklären wir gegenüber der dgkjp, die Mitgliedsgesellschaft der AWMF ist und federführend die Leitlinie der Störung des Sozialverhaltens entwickelt und koordiniert hat, unsere Zustimmung zu dem übersandten Dokument der Leitlinie mit dem Vorbehalt eines Sondervotums, welches 2 Ergänzungen zum Inhalt hat.
In einem weiteren Abstimmungsprozess zwischen den Verbänden, die das Sondervotum am 22.08.2017 eingereicht haben, und dem bkjpp haben wir festgestellt, dass wir die Anerkennung für die hervorragende wissenschaftliche Arbeit des Steuerungsgremiums, die zu dieser Leitlinie geführt hat, teilen.
Ebenso verbindet uns aber auch aus der Perspektive der ambulanten Versorgung die Verantwortung, in der klinischen Praxis bewährte Behandlungen, die auf wissenschaftlich fundierten Therapiekonzepten beruhen, im Sinne einer auf die individuellen Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen abzustimmenden Ergänzung der bisherigen Leitlinienempfehlungen als gute klinische Praxis weiterhin innerhalb dieses Sondervotums verankert zu wissen.
Dabei erscheint es uns in Ergänzung zu dem bereits formulierten Sondervotum wichtig darauf hinzuweisen, dass die Behandlungsstrategien, die für den stationären und teilstationären Bereich als gute und bewährte klinische Praxis konsentiert wurden, auch im Rahmen ambulanter Behandlungen als hilfreich festgeschrieben werden.
Somit lautet nun das gemeinsam von den Verbänden bvvp, BKJ und VAKJP und bkjpp unterstützte Sondervotum wie folgt:

1. Nach der Empfehlung 5.4.1.3

Bei Kindern und Jugendlichen, bei denen die genannten psychotherapeutischen Interventionen keine hinreichende Wirkung erzielt haben, bei denen hierfür keine Adhärenz vorliegt oder bei denen diese nicht durchführbar sind, sowie bei denen ein bedeutender Einfluss von auslösenden Faktoren auf die Entstehung der SSV (z.B. Traumata oder schwere Belastungssituationen) eruierbar ist, sollte die Indikation einer verhaltenstherapeutischen oder psychodynamischen Psychotherapie, die nicht nur störungsspezifisch ansetzt, geprüft werden.

1. Als Ergänzung hinter den Satz 5.4.2.6: (Bei teilstationärer und stationärer Behandlung sollten die genannten patientenzentrierten Methoden eingebettet werden in milieutherapeutische Settings im multiprofessionellen Behandlungsteam. Systemische und psychodynamische Konzepte können hilfreich sein.)

Bei ambulanter Behandlung können (analog zur stationären und teilstationären Behandlung) ein Setting mit multiprofessionellem Behandlungsteam und die Berücksichtigung systemischer und/oder psychodynamischer Konzepte ebenfalls hilfreich sein.

Begründung:

Schon die unter 5.4.2.2. und 5.4.2.3. genannten zu berücksichtigenden Faktoren und anzuwendenden Methoden in unterschiedlichsten Kombinationen und Modifikationen erfordern eine umfassendere einzelfallbezogene Therapieplanung, die in einem individuell abzustimmenden psychotherapeutischen Vorgehen sich niederschlägt.

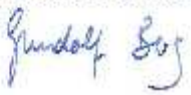
Bei fehlender Wirkung oder fehlender Adhärenz, bzw. bei Vorliegen auslösender und mitbedingender live-event-Faktoren ist die Möglichkeit einer individualisierten, über störungsspezifische Ansätze hinausgehende Psychotherapie zumindest in Betracht zu ziehen.

Bei den z.T. nur moderaten Effektstärken ist davon auszugehen, dass einzelne Subgruppen stark profitieren, andere wiederum weniger oder überhaupt nicht. Für diese sollte zumindest die Indikationsprüfung für eine Psychotherapie stattfinden, die neben störungsspezifischen Faktoren andere wichtige Gesichtspunkte aus dem Bereich von Bindung, Beziehung, Konfliktbearbeitung etc. einschließen.

Es ist eine von nahezu allen praktizierenden Psychotherapeuten gemachte Erfahrung, dass die in dem hier genannten Umfang der psychosozialen Interventionen bei vielen Betroffen keine hinreichende Bearbeitung der Störungen von Bindung und Beziehung erreicht werden kann.

Für die ambulante Versorgung sollten zudem die gleichen konzeptionellen Behandlungsansätze einschließlich der Möglichkeit einer Arbeit im multiprofessionellen Behandlungsteam zur Anwendung kommen können, wie es für den teilstationären und stationären Sektor festgeschrieben wurde.

Mit freundlichen Grüßen



Gundolf Berg
für die Verbände:
bvvp: Ulrike Böker, Ariadne Sartorius
BKJ: Marion Schwarz, Christina Jung
VAKJP: Helene Timmermann, Katrin Luise Läzer
BKJPP: Gundolf Berg, Reinhard Martens

4. Anhang: Interessenskonflikte

Titel	Vorname	Name	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit	Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- oder Schulungstätigkeit	Forschungsvorhaben Durchführung klinischer Studien	Eigentümerinteressen (Patent, Urheberrechtl. Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Einstufung bezügl. der Relevanz Konsequenz
Dr.	Marc	Allroggen	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied DGKJP	keine
Prof.	Tobias	Banaschewski	ja	ja	ja	ja	nein	Mitglied DGKJP, DGPPN, Eunethydis	Stimmenthaltung da kein Mandatsträger
Dr.	Filip	Caby	nein	nein	ja	nein	nein	Mitglied BAG KJP, BKJPP DGKJP, DGSF (Vorstandsmitglied)	Keine
Prof.	Manfred	Döpfner	ja	ja	ja	ja	nein	DGKJP, DGPs	Stimmenthaltung da kein Mandatsträger
Prof.	Jörg M.	Fegert	ja	nein	nein	nein	nein	DGKJP, APK	Stimmenthaltung da kein Mandatsträger
Prof.	Oliver	Fricke	nein	nein	ja	ja	nein	DGKJP, DGKJ	keine
PD Dr.	Anja	Görtz-Dorten	nein	nein	nein	nein	nein	BDP	Stimmenthaltung da Kein Mandatsträger
Dr.	Alexander	Häge	nein	nein	nein	nein	nein	DGKJP	keine

Prof.	Nina	Heinrichs	nein	nein	nein	ja	nein	DGPs, bvkj, ABCT, Psychotherapeutenkammer, Hochschullehrerverband, DGVM	keine
	Christina	Jung	nein	nein	nein	nein	nein	bkj	keine
Dr.	Marianne	Klein	nein	nein	nein	nein	nein	Vorstandsmitglied der BAG der leitenden Klinikärzte KJPP	Stimmenthaltung da Kein Mandatsträger
Prof.	Michael	Kölch	nein	nein	nein	ja	nein	DGKJP, BAG, AACAP, EFCAP, AGNP, ECNP	keine
Dr.	Katrin Luise	Läzer	nein	nein	nein	nein	nein	nein	keine
Dr.	Reinhard	Martens	nein	nein	nein	nein	nein	BKJPP, bvvp	keine
Prof.	Paul	Plener	nein	nein	nein	nein	nein	DGKJP	Stimmenthaltung, da kein Mandatsträger
Dr.	Thea	Rau	nein	nein	nein	nein	nein	DGKJP	keine Mandatsträger, kein Mitglied der Konsensuskonferenz
	Ariadne	Sartorius	nein	nein	nein	nein	nein	bvvp Bundesverband	keine
Prof.	Klaus	Schmeck	nein	nein	nein	nein	nein	DGKJPP, SGKJPP	keine
Dr.	Marc	Schmid	nein	nein	nein	nein	nein	BAG JP, DeGPT, DGSF, DGKJPP	keine
Prof.	Christina	Stadler	nein	nein	ja	nein	nein	DGKJP, SGKJP	Stimmenthaltung, da kein Mandatsträgernein

In die tabellarische Zusammenfassung wurden nur die Angaben übertragen, für die nach Diskussion und Bewertung der vollständig entsprechend Formblatt der AWMF offengelegten Sachverhalte in der Leitliniengruppe ein thematischer Bezug zur Leitlinie festgestellt wurde. Die vollständigen Erklärungen sind im Leitliniensek

IV. Literatur

Abrahamse, M. E., Junger, M., Chavannes, E. L., Coelman, F. J., Boer, F., & Lindauer, R. J. (2012). Parent-child interaction therapy for preschool children with disruptive behaviour problems in the Netherlands. Child and adolescent psychiatry and mental health, 6(1), 24.

Aebi, M., Perriard, R., Stiffler Scherrer, B. & Wettach, R. (2011). Kinder mit oppositionellem und aggressivem Verhalten. Das Baghira-Training. Göttingen: Hogrefe

Aghajani, M., Klapwijk, E. T., Colins, O. F., Ziegler, C., Domschke, K., Vermeiren, R. R. J. M., & van der Wee, N. J. A. (2018). Interactions Between Oxytocin Receptor Gene Methylation and Callous-Unemotional Traits Impact Socioaffective Brain Systems in Conduct-Disordered Offenders. Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging, 3(4), 379-391. doi:https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2017.12.010

Alexander, J. F., & Parsons, B. V. (1982). Functional family therapy. Carmel: Brooks/Cole.

Aman, M. G., Bukstein, O. G., Gadow, K. D., Arnold, L. E., Molina, B. S. G., McNamara, N. K., . . . Findling, R. L. (2014). What Does Risperidone Add to Parent Training and Stimulant for Severe Aggression in Child Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder? Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 53(1), 47-60.e41.

Anderson, C. A., Shibuya, A., Ihori, N., Swing, E. L., Bushman, B. J., Sakamoto, A., . . . Saleem, M. (2010). Violent video game effects on aggression, empathy, and prosocial behavior in eastern and western countries: a meta-analytic review. Psychological Bulletin, 136(2), 151-173.

Arbuthnot J, Gordon DA. Behavioral and cognitive effects of a moral reasoning development intervention for high-risk behavior-disordered adolescents. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1986;54:208–16.

Armenteros, J. L., Lewis, J. E., & Davalos, M. (2007). Risperidone augmentation for treatment-resistant aggression in attention-deficit/hyperactivity disorder: a placebo-controlled pilot study. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46(5), 558-565.

Asscher, J. J., Deković, M., Manders, W. A., van der Laan, P. H., & Prins, P. J. (2013). A randomized controlled trial of the effectiveness of multisystemic therapy in the Netherlands: post-treatment changes and moderator effects. Journal of Experimental Criminology, 9(2), 169-187.

Averdijk, M., Zirk-Sadowski, J., Ribeaud, D., & Eisner, M. (2016). Long-term effects of two childhood psychosocial interventions on adolescent delinquency, substance use, and antisocial behavior: A cluster randomized controlled trial. Journal Of Experimental Criminology, 12(1), 21-47.

Bagner, D. M., Coxe, S., Hungerford, G. M., Garcia, D., Barroso, N. E., Hernandez, J., & Rosa-Olivares, J. (2015). Behavioral parent training in infancy: a window of opportunity for high-risk families. Journal of abnormal child psychology, 1-12.

Baldwin et al. (2012). The effects of family therapies for adolescent delinquency and substance abuse: A meta-analysis. Journal of Marital and Family Therapy, 38(1), 281-304

Bardone, A. M., Moffitt, T. E., Caspi, A., Dickson, N., Stanton, W. R., & Silva, P. A. (1998). Adult physical health outcomes of adolescent girls with conduct disorder, depression, and anxiety. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 37(6), 594-601.

Barlow J1, Smailagic N, Ferriter M, Bennett C, Jones H. (2010). Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in children from birth to three years old. Cochrane Database Syst The Cochrane Library.

Barlow, J., Johnston, I., Kendrick, D., Polnay, L., & Stewart-Brown, S. (2006). Individual and group-based parenting programmes for the treatment of physical child abuse and neglect. Cochrane Database of Systematic Reviews(3), 25.

Barlow, J., Smailagic, N., Huband, N., Roloff, V., & Bennett, C. (2014). Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. The Cochrane Library.

Bastiaens, L. (2009). A non-randomized, open study with aripiprazole and ziprasidone for the treatment of aggressive behavior in youth in a community clinic. Community Ment Health J, 45(1), 73-77.

Beelmann, A./Pfost, M./Schmitt, C. (2014): Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen. Eine Meta-Analyse der deutschsprachigen Wirksamkeitsforschung. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 1–14.

Bennett, D. S., & Gibbons, T. A. (2000). Efficacy of Child Cognitive-Behavioral Interventions for Antisocial Behavior: A Meta-Analysis. Child & Family Behavior Therapy, 22(1), 1-15.

Berk, E., Plück, J. & Döpfner, M. (2008). Zufriedenheit der Eltern mit Elterngruppen auf der Grundlage des Therapieprogramms THOP in der klinischen Versorgung von Kindern mit ADHS-Symptomatik. (Studie 1) Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen-Zeitschrift für die psychosoziale Praxis, 4, 99-108.

Bilukha, O., Hahn, R. A., Crosby, A., Fullilove, M. T., Liberman, A., Moscicki, E., . . . Task Force on Community Preventive, S. (2005). The effectiveness of early childhood home visitation in preventing violence: a systematic review. Am J Prev Med, 28(2 Suppl 1), 11-39.

Bjørknes, R., & Manger, T. (2013). Can parent training alter parent practice and reduce conduct problems in ethnic minority children? A randomized controlled trial. Prevention science, 14(1), 52-63.

Black, D. W. (2015). The Natural History of Antisocial Personality Disorder. The Canadian Journal of Psychiatry, 60(7), 309-314.

Blader, J. C., Schooler, N. R., Jensen, P. S., Pliszka, S. R., & Kafantaris, V. (2009). Adjunctive divalproex versus placebo for children with ADHD and aggression refractory to stimulant monotherapy. American Journal of Psychiatry, 166(12), 1392-1401.

Blair, R. J., Leibenluft, E., & Pine, D. S. (2014). Conduct disorder and callous-unemotional traits in youth. The New England Journal of Medicine, 371(23), 2207-2216.

Blair, R. J., Veroude, K., & Buitelaar, J. K. (2016). Neuro-cognitive system dysfunction and symptom sets: A review of fMRI studies in youth with conduct problems. Neurosciece Biobehavior Revue. doi:10.1016/j.neubiorev.2016.10.022

Boege et al (2015a). Hometreatment. Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Übersichtsarbeit

Boege, I., Corpus, N., Schepker, R., Kilian, R., & Fegert, J. (2015b). Cost-effectiveness of intensive home treatment enhanced by inpatient treatment elements in child and adolescent psychiatry in Germany: A randomised trial. European Psychiatry, 30(5), 583-589.

Boege, I., Mayer, L., Muche, R., Corpus, N., Schepker, R., & Fegert, J. M. (2015). Home treatment–insbesondere für expansive Jungen?. Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.

Bons, D., van den Broek, E., Scheepers, F., Herpers, P., Rommelse, N., & Buitelaaar, J. K. (2013). Motor, emotional, and cognitive empathy in children and adolescents with autism spectrum disorder and conduct disorder. Journal of Abnormal Child Psychology, 41(3), 425-443.

Bowi, U., Ott, G. & Tress, W. (2008). Faustlos - Gewaltprävention in der Grundschule. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 57, 509-520. (Studie 3)Brosig, K. M. (2007). Verändertes Sozialverhalten im Unterricht : Das Konstanzer Trainingsmodell (KTM) - kompakt. Eine Evaluationsstudie. Göttingen: Cuvillier.

Breitenstein, S. M., Gross, D., Fogg, L., Ridge, A., Garvey, C., Julion, W., & Tucker, S. (2012). The Chicago Parent Program: Comparing 1-year outcomes for African American and Latino parents of young children. Research in nursing & health, 35(5), 475-489.

Brestan, E. V., & Eyberg, S. M. (1998). Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 27(2), 180-189.

Brownlie, E., Beitchman, J. H., Escobar, M., Young, A., Atkinson, L., Johnson, C., . . . Douglas, L. (2004). Early Language Impairment and Young Adult Delinquent and Aggressive Behavior. Journal of Abnormal Child Psychology, 32(4), 453-467.

Bugental, D. B., Corpuz, R., & Schwartz, A. (2012). Preventing children's aggression: Outcomes of an early intervention. Developmental psychology, 48(5), 1443.

Burke, K., Brennan, L., & Cann, W. (2012). Promoting protective factors for young adolescents: ABCD Parenting Young Adolescents Program randomized controlled trial. Journal of adolescence, 35(5), 1315-1328.

Campbell, M., Adams, P. B., Small, A. M., Kafantaris, V., Silva, R. R., Shell, J., . . . Overall, J. E. (1995). Lithium in hospitalized aggressive children with conduct disorder: a double-blind and placebo-controlled study. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 34(4), 445-453.

Campbell, M., Small, A. M., Green, W. H., Jennings, S. J., Perry, R., Bennett, W. G., & Anderson, L. (1984). Behavioral efficacy of haloperidol and lithium carbonate. A comparison in hospitalized aggressive children with conduct disorder. Archives of General Psychiatry, 41(7), 650-656.

Candelaria et al. (2012). The effects of anger management on children's social and emotional outcomes: A meta-analysis. School Psychology International, 0143034312454360.

Card, N. A., Stucky, B. D., Sawalani, G. M., & Little, T. D. (2008). Direct and indirect aggression during childhood and adolescence: a meta-analytic review of gender differences, intercorrelations, and relations to maladjustment. Child Development, 79(5), 1185-1229.

Carta, J. J., Lefever, J. B., Bigelow, K., Borkowski, J., & Warren, S. F. (2013).Randomized trial of a cellular phone-enhanced home visitation parenting intervention. Pediatrics, 132(Supplement 2), S167-S173.

Caspi, A., McClay, J., Moffitt, T. E., Mill, J., Martin, J., Craig, I. W., . . . Poulton, R. (2002). Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. Science, 297(5582), 851-854.

Cecil, C. A., Viding, E., Fearon, P., Glaser, D., & McCrory, E. J. (2017). Disentangling the mental health impact of childhood abuse and neglect. Child Abuse Negl, 63, 106-119. doi:10.1016/j.chiabu.2016.11.024

Cierpka, M. (2001). FAUSTLOS. Ein Curriculum zur Prävention von aggressivem und gewaltbereiten Verhalten. Göttingen: Hogrefe.

Cierpka, M. (Hrsg.) (2003). FAUSTLOS. Ein Curriculum zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen und zur Gewaltprävention für den Kindergarten. Göttingen: Hogrefe.

Clark, S. E., & Jerrott, S. (2012). Effectiveness of day treatment for disruptive behaviour disorders: what is the long-term clinical outcome for children?. Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 21(3), 204.(Pre-Post)

Comer, J. S., Chow, C., Chan, P. T., Cooper-Vince, C., & Wilson, L. A. (2013). Psychosocial treatment efficacy for disruptive behavior problems in very young children: a meta-analytic examination. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 52(1), 26-36. doi:10.1016/j.jaac.2012.10.001

Connor, D. F., Glatt, S. J., Lopez, I. D., Jackson, D., & Melloni, R. H., Jr. (2002). Psychopharmacology and aggression. I: A meta-analysis of stimulant effects on overt/covert aggression-related behaviors in ADHD. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41(3), 253-261.

Cooper, R. E., Tye, C., Kuntsi, J., Vassos, E., & Asherson, P. (2016). The effect of omega-3 polyunsaturated fatty acid supplementation on emotional dysregulation, oppositional behaviour and conduct problems in ADHD: A systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders, 190, 474-482.

Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1996). Social information-processing mechanisms on reactive and proactive aggression. Child Development, 67(3), 993-1002.

Croonenberghs, J., Fegert, J. M., Findling, R. L., De Smet, G., Van Dongen, S., & Group, R. D. B. S. (2005). Risperidone in Children With Disruptive Behavior Disorders and Subaverage Intelligence: A 1-Year, Open-Label Study of 504 Patients. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 44(1), 64-72.

Cueva, J. E., Overall, J. E., Small, A. M., Armenteros, J. L., Perry, R., & Campbell, M. (1996). Carbamazepine in aggressive children with conduct disorder: a double-blind and placebo-controlled study. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 35(4), 480-490.

Currie, M., & Startup, M. (2012). Doing anger differently: Two controlled trials of percussion group psychotherapy for adolescent reactive aggression. Journal of adolescence, 35(4), 843-853.

Dadds, M. R., Jambrak, J., Pasalich, D., Hawes, D. J., & Brennan, J. (2011). Impaired attention to the eyes of attachment figures and the developmental origins of psychopathy. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52(3), 238-245. doi:

Dakof, G. A., Henderson, C. E., Rowe, C. L., Boustani, M., Greenbaum, P. E., Wang, W., ... & Liddle, H. A. (2015). A randomized clinical trial of family therapy in juvenile drug court. Journal of family psychology, 29(2), 232.

Day, C., Michelson, D., Thomson, S., Penney, C., & Draper, L. (2012). Evaluation of a peer led parenting intervention for disruptive behaviour problems in children: community based randomised controlled trial. BMJ, 344, e1107.

De Swart, J. J. W., Van den Broek, H., Stams, G. J. J. M., Asscher, J. J., Van der Laan, P. H., Holsbrink-Engels, G. A., & Van der Helm, G. H. P. (2012). The effectiveness of institutional youth care over the past three decades: A meta-analysis. Children and Youth Services Review, 34(9), 1818-1824.

De Vries, S. L., Hoeve, M., Assink, M., Stams, G. J., & Asscher, J. J. (2015). Practitioner review: Effective ingredients of prevention programs for youth at risk of persistent juvenile delinquency--recommendations for clinical practice. J Child Psychol Psychiatry, 56(2), 108-121.

Deković, M., Asscher, J. J., Manders, W. A., Prins, P. J., & van der Laan, P. (2012). Within-intervention change: mediators of intervention effects during multisystemic therapy. Journal of consulting and clinical psychology, 80(4), 574.

Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. (2011). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis (5 ed.). Bern: Huber.

Dishion TJ1, McCord J, Poulin F. (1999). When interventions harm. Peer groups and problem behavior. Am Psychol. 1999 Sep;54(9):755-64.

Dodge, K. A., & Schwartz, D. (1997). Social information-processing mechanisms in aggressive behaviour. In D. M. Stoff, J. Breiling & J. D. Maser (Eds.), Handbook of antisocial behavior (pp. 171-180). New York: Wiley.

Dodge, K. A., Bierman, K. L., Coie, J. D., Greenberg, M. T., Lochman, J. E., McMahon, R. J., . . . Conduct Problems Prevention Research, G. (2015). Impact of early intervention on psychopathology, crime, and well-being at age 25. American Journal of Psychiatry, 172(1), 59-70.

Dodge, K. A., Godwin, J., & Conduct Problems Prevention Research, G. (2013). Social-information-processing patterns mediate the impact of preventive intervention on adolescent antisocial behavior. Psychological Science, 24(4), 456-465.

Domitrovich CE, Cortes RC, Greenberg MT. Improving young children's social and emotional competence: a randomized trial of the preschool 'PATHS' curriculum.The Journal of Primary Prevention. 2007;28:67–91

Donovan, S. J., Stewart, J. W., Nunes, E. V., Quitkin, F. M., Parides, M., Daniel, W., . . . Klein, D. F. (2000). Divalproex treatment for youth with explosive temper and mood lability: a double-blind, placebo-controlled crossover design. American Journal of Psychiatry, 157(5), 818-820. doi

Döpfner M., Breuer D., Schürmann S., Wolff Metternich T., Rademacher C & Lehmkuhl G (2004). Effectiveness of an adaptive multimodal treatment in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder – global outcome. European Child & Adolescent Psychiatry 13 (Suppl. 1): I/117–I/129.

Döpfner, M., & Görtz-Dorten, A. (2017a). Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-5 für Kinder- und Jugendliche (DISYPS-III) Bern: Hogrefe

Döpfner, M., Ise, E., Breuer, D., Rademacher, C., Wolff Metternich-Kaizman, T., & Schürmann, S. (2016). Long-term course after adaptive multimodal treatment for children with ADHD: An eight year follow-up. Journal of Attention Disorders (epub ahead of print).

Döpfner, M., Ise, E., Wolff Metternich-Kaizman, T., Schürmann, S., Rademacher, C., & Breuer, D. (2015). Adaptive multimodal treatment for children with Attention-Deficit-/ Hyperactivity Disorder: An 18 month follow-up. Child Psychiatry & Human Development, 46, 44–56.

Döpfner, M., Kinnen, C., & Halder, J. (2016). THOP-Gruppenprogramm für Eltern von Kindern mit ADHS-Symptomen und expansivem Problemverhalten. Manual. Weinheim: Beltz.

Döpfner, M., Schürmann, S. & Frölich, J. (2013). Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP). 5. Aufl. Weinheim: Beltz.

Döpfner, M., Schürmann, S. & Lehmkuhl, G. (2017). Wackelpeter & Trotzkopf. Hilfen für Eltern bei hyperkinetischem und oppositionellem Verhalten (5. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Dose, C., Hautmann, C., Buerger, M., Schuermann, S., Woitecki, K., & Doepfner, M. (2017). Telephone-assisted self-help for parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder who have residual functional impairment despite methylphenidate treatment: A randomized controlled trial. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 58, 682-690. (Studie 4)

Dreisörner T. (2006). Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Gruppenprogramme bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). Kindheit und Entwicklung 15: 255–266. (Studie 3)

Duncombe, M. E., Havighurst, S. S., Kehoe, C. E., Holland, K. A., Frankling, E. J., & Stargatt, R. (2016). Comparing an Emotion- and a Behavior-Focused Parenting Program as Part of a Multsystemic Intervention for Child Conduct Problems. J Clin Child Adolesc Psychol, 45(3), 320-334.

Durlak, J. A., Fuhrman, T., & Lampman, C. (1991). Effectiveness of cognitive-behavior therapy for maladapting children: a meta-analysis. Psychological Bulletin, 110(2), 204-214.

Eichelberger, I., Plück, J., Hanisch, C., Hautmann, C., Jänen, N., & Döpfner, M. (2010). Effekte universeller Prävention mit dem Gruppenformat des Elterntrainings Triple P auf das kindliche Problemverhalten, das elterliche Erziehungsverhalten und die psychische Belastung der Eltern. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 39, 24-32.

Eisner, M., & Ribeaud, D. (2008). Wie wirkt Frühprävention von Gewalt? Zentrale Ergebnisse des Zürcher Interventions- und Präventionsprogramm an Schulen (zipps). Psychologie & Erziehung, 34(2), 18-25.

Eisner, M., Jünger, R., & Greenberg, M. (2006). Gewaltprävention durch die Förderung sozialer und emotionaler Kompetenzen in der Schule. Das PATHS / PFAD Curriculum. In: Praxis der Rechtspsychologie. 16. Jg. Heft 1/2. S. 144-168

Enebrink, P., Högström, J., Forster, M., & Ghaderi, A. (2012). Internet-based parent management training: A randomized controlled study. Behaviour research and therapy, 50(4), 240-249.

Epstein, R. A., Fonnesbeck, C., Potter, S., Rizzone, K. H., & McPheeters, M. (2015). Psychosocial Interventions for Child Disruptive Behaviors: A Meta-analysis. Pediatrics, 136(5), 947-960.

Erskine, H. E., Norman, R. E., Ferrari, A. J., Chan, G. C., Copeland, W. E., Whiteford, H. A., & Scott, J. G. (2016). Long-Term Outcomes of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Conduct Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 55(10), 841-850.

Essau, C. A., Sasagawa, S., & Frick, P. J. (2006). Callous-unemotional traits in a community sample of adolescents. Assessment, 13(4), 454-469.

Esser, G., Schmidt, M. H., Blanz, B., & Fätkenheuer, B. (1992). Prävalenz und Verlauf psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Ergebnisse einer prospektiven epidemiologischen Längsschnittstudie von 8-18 Jahren. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 20(4), 232-242.

Ewest, F., Reinhold, T., Vloet, T. D., Wenning, V., & Bachmann, C. J. (2013). Durch Jugendliche mit Störungen des Sozialverhaltens ausgelöste Krankenkassenausgaben. Eine gesundheitsökonomische Analyse von Versichertendaten einer gesetzlichen Krankenkasse. Kindheit und Entwicklung, 22(1), 41-47.

Eyberg, S. M., Nelson, M. M., & Boggs, S. R. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37(1), 215-237.

Farrington, D. P. (1995). The Twelfth Jack Tizard Memorial Lecture. The development of offending and antisocial behaviour from childhood: key findings from the Cambridge Study in Delinquent Development. Journal of Child Psychology and Psychiatry, and allied disciplines, 36(6), 929-964.

Farrington, D. P., & Loeber, R. (2000). Epidemiology of juvenile violence. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 9(4), 733-748.

Fehlau, E., Seehagen, S.& Schneider, S. (in Vorbereitung). Bochumer Bildertest zu externalisierenden Störungen. Ruhr-Universität: Bochum.

Feindler, E. L., Marriott, S. A., & Iwata, M. (1984). Group anger control training for junior high school delinquents. Cognitive therapy and research, 8(3), 299-311.

Feldmann, M., Heinrichs, N., Hahlweg, K., & Bertram, H. (2007). Bibliotherapie zur Verbesserung elterlicher Erziehungskompetenz: Eine randomisierte Evaluationsstudie. Verhaltenstherapie, 17(1), 26-35.

Fergusson, D. M., & Lynskey, M. T. (1996). Adolescent resiliency to family adversity. Journal of Child Psychology and Psychiatry, and allied disciplines, 37(3), 281-292

Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2010). Classification of behavior disorders in adolescence: scaling methods, predictive validity, and gender differences. Journal of Abnormal Psychology, 119(4), 699-712.

Foley, D. L., Eaves, L. J., Wormley, B., Silberg, J. L., Maes, H. H., Kuhn, J., & Riley, B. (2004). Childhood adversity, monoamine oxidase a genotype, and risk for conduct disorder. Archives of General Psychiatry, 61(7), 738-744.

Fossum, S., Handegård, B. H., Martinussen, M., & Mørch, W. T. (2008). Psychosocial interventions for disruptive and aggressive behaviour in children and adolescents. European Child & Adolescent Psychiatry, 17(7), 438-451.

Frick et al. (2014). Can callous-unemotional traits enhance the understanding, diagnosis, and treatment of serious conduct problems in children and adolescents? A comprehensive review. Psychological Bulletin, 140(1), 1.

Fukkink et al. (2008). Video feedback in widescreen: A meta-analysis of family programs. Clinical Psychology Review, 28(6), 904-916.

Gadow, K. D., Arnold, L. E., Molina, B. S., Findling, R. L., Bukstein, O. G., Brown, N. V., . . . Aman, M. G. (2014). Risperidone added to parent training and stimulant medication: effects on attention-deficit/hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, conduct disorder, and peer aggression. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 53(9), 948-959 e941.

Garland, A. F., Hawley, K. M., Brookman-Frazee, L., & Hurlburt, M. S. (2008). Identifying common elements of evidence-based psychosocial treatments for children's disruptive behavior problems. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 47(5), 505-514.

Gavita, O. A., David, D., Bujoreanu, S., Tiba, A., & Ionuţiu, D. R. (2012). The efficacy of a short cognitive–behavioral parent program in the treatment of externalizing behavior disorders in Romanian foster care children: Building parental emotion-regulation through unconditional self- and child-acceptance strategies. Children and Youth Services Review, 34(7), 1290-1297.

Gerlach, M., Mehler-Wex, C., Walitza, S., Warnke, A., Wewetzer, C., (2916). Neuro-/Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Therapie. 3. Auflage, Springer Verlag.

Glennon, J., Purper-Ouakil, D., Bakker, M., Zuddas, A., Hoekstra, P., Schulze, U., . . . Consortium, P. (2014). Paediatric European Risperidone Studies (PERS): context, rationale, objectives, strategy, and challenges. European Child & Adolescent Psychiatry, 23(12), 1149-1160. doi:10.1007/s00787-013-0498-3

Görtz-Dorten, A. & Döpfner, M. (2010). Fragebogen zum aggressiven Verhalten von Kindern. Göttingen: Hogrefe.

Görtz-Dorten, A. & Döpfner, M. (2010). Therapieprogramm für Kinder mit aggressivem Verhalten (THAV). Göttingen: Hogrefe.

Görtz-Dorten, A. & Döpfner, M. (2016). Soziales computerunterstütztes Training für Kinder mit aggressivem Verhalten (ScouT). Göttingen: Hogrefe

Görtz-Dorten, A. & Döpfner, M. (2016).Diagnostik-Modul-Soziales computerunterstütztes Training für Kinder mit aggressivem Verhalten. Göttingen: Hogrefe.

Görtz-Dorten, A. & Döpfner, M. (2018). Interviewleitfäden zum Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-5 für Kinder- und Jugendliche (DISYPS-III-ILF) Bern: Hogrefe.

Görtz-Dorten, A., Benesch, C., Berk-Pawlitzek, E., Faber, M., Hautmann, C., Hellmich, M., Lindenschmidt, T., Schuh, L., Stadermann, R., & Döpfner, M. (under revision). Efficacy of an individualized social competence training for children with Oppositional Defiant Disorders / Conduct Disorders - A randomized controlled trial with an active control group.

Görtz-Dorten, A., Benesch, C., Hautmann, C., Berk-Pawlitzek, E., Faber, M., Lindenschmidt, T., ... & Döpfner, M. (2015).Efficacy of an individualized social competence training for children with Oppositional Defiant Disorders/Conduct Disorders. Psychotherapy Research, 1-12.

Görtz-Dorten,A., Benesch,Ch., Hautmann,CH., Berk, E., Faber M., Lindenschmidt, T., Stadermann,R., Schuh. L. & Doepfner,M. (2017). Efficacy of an individualized social competence training for children with Oppositional Defiant Disorders / Conduct Disorders. Psychotherapy Research, 27(3), 326-337.

Grasmann, D., & Stadler, C. (2008). Verhaltenstherapeutisches Intensivprogramm zum Abbau von Aggression (VIA). Wien: Springer.

Grasmann, D., & Stadler, C. (2011). VIA - Intensivtherapeutischer Behandlungsansatz bei Störungen des Sozialverhaltens. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 39(1), 23-30; quiz 30-21.

Grassmann, D. & Stadler, C. (2009). Verhaltenstherapeutisches Intensivtraining zur Reduktion von Aggression.Wien: Springer.

Grob, A. & Smolenski, C. (2009). Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen. FEEL-KJ. Manual. Göttingen: Hogrefe.

Gross D, Fogg L, Webster-Stratton C, Garvey C, Julion W, Grady J. Parent training of toddlers in day care in low-income urban communities. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2003;71:261–78.

Hahlweg, K., Heinrichs, N., Kuschel, A., Bertram, H. & Naumann, S. (2010). Long-term outcome of a randomized controlled universal prevention trial through a positive parenting program: is it worth the effort? Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 4:14

Hahn, R., Fuqua-Whitley, D., Wethington, H., Lowy, J., Crosby, A., Fullilove, M., . . . Task Force on Community Preventive, S. (2007). Effectiveness of universal school-based programs to prevent violent and aggressive behavior: a systematic review. American Journal of Preventive Medicine, 33(2 Suppl), S114-129

Hanisch, C., Freund-Braier, I., Hautmann, C., Jänen, N., Plück, J., Brix, G., Eichelberger, I. & Döpfner, M. (2010). Detecting effects of the indicated Prevention programme for Externalizing Problem behaviour (PEP) on child symptoms, parenting, and parental quality of life in a randomised controlled trial. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 38, 95-112.

Hanisch, C., Hautmann, C., Eichelberger, I., Plück, J., & Döpfner, M. (2010). Die klinische Signifikanz des Präventionsprogramms für Expansives Problemverhalten (PEP) im Langzeitverlauf Verhaltenstherapie 20, 265-274.

Hanisch, C., Hautmann, C., Plück, J., Eichelberger, I., & Döpfner, M. (2014). The prevention program for externalizing problem behavior (PEP) improves child behaviour by reducing negative parenting: analysis of mediating processes in a randomized controlled trial. Journal of Child Psychology and Psychiatry 55, 473-484. (Studie 1).

Hanisch, C., Plück, J., Meyer, N., Brix, G., Freund-Braier, I., Hautmann, C. & Döpfner, M. (2006). Kurzzeiteffekte des indizierten Präventionsprogramms für Expansives Problemverhalten (PEP) auf das elterliche Erziehungsverhalten und auf das kindliche Problemverhalten Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 35(2), 117-126.

Hansson, K., & Olsson, M. (2012). Effects of multidimensional treatment foster care (MTFC): Results from a RCT study in Sweden. Children and Youth Services Review, 34(9), 1929-1936.

Hautmann, C., & Döpfner, M. (2015). Comparison of behavioral and non-directive guided self-help for parents of children with externalizing behavior problems. European Child & Adolescent Psychiatry, 24 (Suppl. 1), S17.

Hautmann, C., Eichelberger, I., Hanisch, C., Plück, J., Walter, D. & Döpfner, M. (2010). The severely impaired do profit most: Short-term and long-term predictors of therapeutic change for a parent management training under routine care conditions for children with externalizing problem behavior. European Child and Adolescent Psychiatry, 19, 419-430.

Hautmann, C., Hanisch, C., Ilka, M., Plück, J., Walter, D. & Döpfner, M. (2009). Does parent management training for children with externalizing problem behavior in routine care result in clinically significant changes? Psychotherapy Research, 19, 224-233.

Hautmann, C., Hanisch, C., Mayer, I., Plück, J. & Döpfner, M. (2008). Effectiveness of the prevention program for externalizing problem behaviour (PEP) in children with symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder - generalization to the real world. Journal of Neural Transmission, 115 (2), 363-370. (Studie 1).

Hautmann, C., Hoijtink, H., Eichelberger, I., Görtz-Dorten, A., Hanisch, C., Plück, J., Walter, D., & Döpfner, M. (2013). Any indication for bias due to participation? Comparison of the effects of a parent management training rated by participating and non-participating parents. Clinical Psychology & Psychotherapy 20, 384-393.

Hautmann, C., Hoijtink, H., Eichelberger, I., Hanisch, C., Plück, J., Walter, D. & Döpfner, M. (2009). One-year follow-up of a parent management training for children with externalizing behavior problems in the real world. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 29, 379-396.

Hautmann, C., Stein, P., Eichelberger, I., Hanisch, C., Plück, J., Walter, D., & Döpfner, M. (2011). The Severely Impaired Do Profit Most: Differential Effectiveness of a Parent Management Training for Children with Externalizing Behavior Problems in a Natural Setting. Journal of Child and Family Studies, 20(4), 424-435.

Hautmann, C., Stein, P., Hanisch, C., Eichelberger, I., Plück, J., Walter, D., & Döpfner, M. (2009). Does parent management training for children with externalizing problem behavior in routine care result in clinically significant changes?. Psychotherapy research, 19(2), 224-233.

Havighurst, S. S., Duncombe, M., Frankling, E., Holland, K., Kehoe, C., & Stargatt, R. (2015). An emotion-focused early intervention for children with emerging conduct problems. Journal of Abnormal Child Psychology, 43(4), 749-760.

Havighurst, S. S., Wilson, K. R., Harley, A. E., Kehoe, C., Efron, D., & Prior, M. R. (2013). "Tuning into Kids": reducing young children's behavior problems using an emotion coaching parenting program. Child Psychiatry Hum Dev, 44(2), 247-264.

Hawes, D. J., Price, M. J., & Dadds, M. R. (2014). Callous-Unemotional Traits and the Treatment of Conduct Problems in Childhood and Adolescence: A Comprehensive Review. Clinical Child and Family Psychology Review, 17(3), 248-267.

Heinrich A, Buchmann AF, Zohsel K, Dukal H, Frank J,Treutlein J, Nieratschker V, Witt SH, Brandeis D, Schmidt MH, Esser G, Banaschewski T, Laucht M, Rietschel M (2015) Alterations of glucocorticoid receptor gene methylation in externalizing disorders during childhood and adolescence. Behav Genet 45:529–536

Heinrichs, N., Hahlweg, K., Bertram, H., u.a. (2006). Die langfristige Wirksamkeit eines Elterntrainings zur universellen Prävention kindlicher Verhaltensstörungen, Ergebnisse aus Sicht der Mütter und Väter. Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie, 35, 82-95.

Heinrichs, N., Krüger, S., Guse, U. (2006). Der Einfluss von Anreizen auf die Rekrutierung von Eltern und auf die Effektivität eines Elterntrainings. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 35, 97-108.

Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., & Cunningham, P. B. (2009). Multisystemic therapy for antisocial behavior in children and adolescents (2 ed.). New York: Guilford Press.

Henry, J., Dionne, G., Viding, E., Vitaro, F., Brendgen, M., Tremblay, R. E., & Boivin, M. (2018). Early warm-rewarding parenting moderates the genetic contributions to callous-unemotional traits in childhood. J Child Psychol Psychiatry. doi:10.1111/jcpp.12918

Herpers, P. C. M., Klip, H., Rommelse, N. N. J., Taylor, M. J., Greven, C. U., & Buitelaar, J. K. (2017). Taxometric analyses and predictive accuracy of callous-unemotional traits regarding quality of life and behavior problems in non-conduct disorder diagnoses. Psychiatry Research, 253, 351-359. doi:10.1016/j.psychres.2017.04.004

Herpers, P. C., Rommelse, N. N., Bons, D. M., Buitelaar, J. K., & Scheepers, F. E. (2012). Callous-unemotional traits as a cross-disorders construct. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 47(12), 2045-2064.

Heubrock, D. & Petermann, F. (2008). Kurzfragebogen zur Erfassung von Aggressions-faktoren. Göttingen: Hogrefe.

Hintzpeter, B., Metzner, F., Pawils, S., Bichmann, H., Kamtsiuris, P., Ravens-Sieberer, U., . . . group, T. B. s. (2014). Inanspruchnahme von ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen durch Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten. Ergebnisse der BELLA-Studie. Kindheit und Entwicklung, 23(4), 229-238. doi:http://dx.doi.org/10.1026/0942-5403/a000148

Hobbel, S., & Drugli, M. B. (2013). Symptom changes of oppositional defiant disorder after treatment with the Incredible Years Program. Nordic journal of psychiatry, 67(2), 97-103.

Holtmann, M., Goth, K., Wockel, L., Poustka, F., & Bolte, S. (2008). CBCL-pediatric bipolar disorder phenotype: severe ADHD or bipolar disorder? Journal of Neural Transmission, 115(2), 155-161

Honkanen-Schoberth, P., Jennes Rosenthal, L (2004). Starke Eltern Starke Kinder. Elternkurs des Deutschen Kinderschutzbundes

Hubbard, J. A., McAuliffe, M. D., Morrow, M. T., & Romano, L. J. (2010). Reactive and proactive aggression in childhood and adolescence: precursors, outcomes, processes, experiences, and measurement. Journal of Personality, 78(1), 95-118.

Humpert, W., & Dann, H.-D. (2012). KTM kompakt – Basistraining zur Störungsreduktion und Gewaltprävention in pädagogischen und helfenden Berufen auf der Grundlage des Konstanzer Trainingsmodells. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Huber.

Hurlburt, M. S., Nguyen, K., Reid, J., Webster-Stratton, C., & Zhang, J. (2013). Efficacy of the Incredible Years group parent program with families in Head Start who self-reported a history of child maltreatment. Child Abuse & Neglect, 37(8), 531-543.

Ise, E., Kierfeld, F., & Döpfner, M. (2015). One-year follow-up of guided self-help for parents of preschool children with externalizing behavior. The journal of primary prevention, 36(1), 33-40.

Ise, E., Schröder, S., Breuer, D., & Döpfner, M. (2015). Parent-child inpatient treatment for children with behavioural and emotional disorders: a multilevel analysis of within-subjects effects. BMC Psychiatry 15: 288.

Izard, C. E., King, K. A., Trentacosta, C. J., Morgan, J. K., Laurenceau, J. P., Krauthamer-Ewing, E. S., & Finlon, K. J. (2008). Accelerating the development of emotion competence in Head Start children: effects on adaptive and maladaptive behavior. Development and Psychopathology, 20(1), 369-397.

Jambroes, T., Jansen, L. M., Vermeiren, R. R., Doreleijers, T. A., Colins, O. F., & Popma, A. (2016). The clinical usefulness of the new LPE specifier for subtyping adolescents with conduct disorder in the DSM 5. European Child & Adolescent Psychiatry, 25(8), 891-902. doi:10.1007/s00787-015-0812-3

James, S., Alemi, Q., & Zepeda, V. (2013). Effectiveness and implementation of evidence-based practices in residential care settings. Children and Youth Services Review, 35(4), 642-656.

Jans et al. (2015). Does intensive multimodal treatment for maternal ADHD improve the efficacy of parent training for children with ADHD? A randomized controlled multicenter trial. Journal of Child Psychology & Psychiatry, 56, 1298 -1313. (Studie 5)

Jewell, J. D., & Elliff, S. J. (2013). An investigation of the effectiveness of the Relaxation Skills Violence Prevention (RSVP) Program with juvenile detainees. Criminal justice and behavior, 40(2), 203-213.

Kagan, J., Reznick, J. S., & Snidman, N. (1987). The physiology and psychology of behavioral inhibition in children. Child Development, 58(6), 1459-1473.

Kanfer, F. H., Reinecker, H., & Schmelzer, D. (2012). Selbstmanagement-Therapie (5 ed.). Heidelberg: Springer.

Kazdin, A. E. (1997). Practitioner review: Psychosocial treatments for conduct disorder in children. Journal of Child Psychology and Psychiatry, and allied disciplines, 38(2), 161-178.

Kazdin, A. E., Bass, D., Siegel, T., & Thomas, C. (1989). Cognitive-behavioral therapy and relationship therapy in the treatment of children referred for antisocial behavior. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57(4), 522-535.

Kazdin, A. E., Siegel, T. C., & Bass, D. (1992). Cognitive problem-solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60(5), 733-747.

Kendall, P. C., Reber, M., McLeer, S., Epps, J., & Ronan, K. R. (1990). Cognitive-behavioral treatment of conduct-disordered children. Cognitive Therapy and Research, 14(3), 279-297.

Kettlewell PW, Kausch DF. The generalization of the effects of a cognitive-behavioral treatment program for aggressive children. Journal of Abnormal Child Psychology. 1983;11:101–14.

Kierfeld, F. & Döpfner, M. (2006). Bibliotherapie als Behandlungsmöglichkeit bei Kindern mit externalen Verhaltensstörungen. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 34, 377-386. (Studie 1)

Kierfeld, F., Ise, E., Hanisch, C., Görtz-Dorten, A., & Döpfner, M. (2013). Effectiveness of telephone-assisted parent-administered behavioural family Intervention for preschool children with externalizing problem behaviour: A randomized controlled trial. European Child and Adolescent Psychiatry 22, 553-565.

Kim-Cohen, J., Caspi, A., Rutter, M., Tomas, M. P., & Moffitt, T. E. (2006). The caregiving environments provided to children by depressed mothers with or without an antisocial history. The American Journal of Psychiatry, 163(6), 1009-1018.

Kinnen, C., Halder, J., & Döpfner, M. (2016). THOP-Gruppenprogramm für Eltern von Kindern mit ADHS-Symptomen und expansivem Problemverhalten. Arbeitsbuch für Eltern. Weinheim: Beltz

Kjøbli, J., & Ogden, T. (2012). A randomized effectiveness trial of brief parent training in primary care settings. Prevention Science, 13(6), 616-626.

Klein RG, Abikoff H, Klass E, Ganeles D, Seese LM, Pollack S. Clinical efficacy of methylphenidate in conduct disorder with and without attention deficit hyperactivity disorder. Archives of General Psychiatry. 1997;54:1073–80.

Knapp, P., et al. (2012). "Treatment of maladaptive aggression in youth: CERT guidelines I. Engagement, assessment, and management." Pediatrics 129(6): e1562-1576.

Köhler, D., Kuska, S.K., Schmeck, K., Hinrichs, G. & Fegert, J. (2010). Deutsche Version des Youth-Psychopathic-Traits-Inventory (YPI). In: C. Barkmann, M. Schulte-Markwort & E. Brähler (Hrsg.). Klinisch-psychiatrische Ratingskalen für das Kindes- und Jugendalter. S. 478-482.Göttingen: Hogrefe.

Kölch, M., Plener, P. L., Kranzeder, A., & Fegert, J. M. (2008). Psychopharmakotherapie. In F. Petermann (Ed.), Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Göttingen: Hogrefe.

Kölch, M., Plener, P.L. (2016). Pharmacotherapy in psychiatric disorders of children: current evidence and trends. Pharmacopsychiatry 49(6), 219-225.

Kolko, D. J., Dorn, L. D., Bukstein, O. G., Pardini, D., Holden, E. A., & Hart, J. (2009). Community vs. clinic-based modular treatment of children with early-onset ODD or CD: a clinical trial with 3-year follow-up. Journal of Abnormal Child Psychology, 37(5), 591-609.

Konrad, G. (2002). Entwicklung und Evaluation eines Gruppentrainings für Mütter von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Frankfurt: Peter Lang. (Studie 1)

Kretschmer, T., Hickman, M., Doerner, R., Emond, A., Lewis, G., Macleod, J., . . . Heron, J. (2014). Outcomes of childhood conduct problem trajectories in early adulthood: Findings from the ALSPAC study. European Child & Adolescent Psychiatry, 23(7), 539-549.

Kroneman, L. M., Hipwell, A. E., Loeber, R., Koot, H. M., & Pardini, D. A. (2011). Contextual risk factors as predictors of disruptive behavior disorder trajectories in girls: the moderating effect of callous-unemotional features. Journal of Child Psychology and Psychiatry, and allied disciplines, 52(2), 167-175.

Laezer, K.L Tischer, I., Gaertner, B., Leuzinger-Bohleber, M. (2015): Aufwendige Langzeit-Psychotherapie und kostengünstige medikamentengestützte Verhaltenstherapie im Vergleich. Ergebnisse einer gesundheitsökonomischen Analyse der Behandlungskosten von Kindern mit der Diagnose ADHS und Störung des Sozialverhaltens. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 20, 178 – 185

Laezer, K.L. (2015). Effectiveness of psychoanalytic psychotherapy without medication and behavioral treatment with or without medication in children with externalizing disorders. Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy; 14(2): 111-128, DOI: 10.1080/15289168.2015.1014991

Laezer, K.L., Tischer, I., Gaertner, B., Leuzinger-Bohleber, M. (2014): Forschungsbericht: Psychoanalytische und verhaltenstherapeutisch /medikamentöse Behandlungen von Kindern mit Desintegrationsstörungen. Ergebnisse der Frankfurter ADHS-Wirksamkeitsstudie. Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie, 164(4), 451-494

LaPrairie, J. L., Schechter, J. C., Robinson, B. A., & Brennan, P. A. (2011). Perinatal risk factors in the development of aggression and violence. Adv Genet, 75, 215-253.

Larsson, B., Fossum, S., Clifford, G., Drugli, M. B., Handegard, B. H., & Morch, W. T. (2009). Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children : results of a randomized controlled trial. European Child & Adolescent Psychiatry, 18(1), 42-52. doi:10.1007/s00787-008-0702-z

Laucht, M., Esser, G., & Schmidt, M. H. (1999). Was wird aus Risikokindern? Ergebnisse der Mannheimer Längsschnittstudie im Überblick. In G. Opp (Ed.), Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz (pp. 71-93). München: Ernst Reinhardt Verlag.

Lauth G.W., Kausch T.W.E. & Schlottke P.F. (2005). Effekte von eltern- und kindzentrierten Interventionen bei Hyperkinetischen Störungen. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 34, 248–257.

Lauth, G. W., Grimm, K. & Otte, T. A. (2007). Verhaltensübungen im Elterntraining. Eine Studie zur differenzierten Wirksamkeit im Elterntraining. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 36, 26-35.

Lauth, G. W., Heubeck, B. (2006). Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger Kinder (KES): Ein Präventionsprogramm. Göttingen: Hogrefe

Lauth, G.W., Otte, A.T. & Heubeck, B. (2009). Effectiveness of a competence training programme for parents of socially disruptive children. Emotional and Behavioral Difficulties, 14, 117-126 (Studie 3).

Leibenluft, E. (2011). Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. American Journal of Psychiatry, 168(2), 129-142. doi:10.1176/appi.ajp.2010.10050766

Leijten, P., Raaijmakers, M. A., de Castro, B. O., & Matthys, W. (2013). Does socioeconomic status matter? A meta-analysis on parent training effectiveness for disruptive child behavior. J Clin Child Adolesc Psychol, 42(3), 384-392.

Liddle, H. A., & Schwartz, S. J. (2002). Attachment and family therapy: clinical utility of adolescent-family attachment research. Fam Process, 41(3), 455-476.

Litschge, C.M. et al. 2010. The Empirical Status of Treatments for Children and Youth With Conduct Problems. An Overview of Meta-Analytic Studies. Research on Social Work Practice..Volume 20 Number 1. January 2010. 21-35.

Lochman, J. E., & Wells, K. C. (2004). The coping power program for preadolescent aggressive boys and their parents: outcome effects at the 1-year follow-up. J Consult Clin Psychol, 72(4), 571-578.

Lochman, J. E., Baden, R. E., Boxmeyer, C. L., Powell, N. P., Qu, L., Salekin, K. L. & Windle, M. (2014). Does a booster intervention augment the preventive effects of an abbreviated version of the Coping Power Program for aggressive children? Journal of Abnormal Child Psychology, 42, 367–381.

Lukesch, H. (2006). Fragebogen zur Erfassung von Empathie, Prosozialität, Aggressionsbereitschaft und aggressivem Verhalten. Göttingen: Hogrefe.

Malone, R. P., Delaney, M. A., Luebbert, J. F., Cater, J., & Campbell, M. (2000). A double-blind placebo-controlled study of lithium in hospitalized aggressive children and adolescents with conduct disorder. Archives of General Psychiatry, 57(7), 649-654.

Malti, T., Ribeaud, D., & Eisner, M. P. (2011). The effectiveness of two universal preventive interventions in reducing children's externalizing behavior: A cluster randomized controlled trial. Journal Of Clinical Child & Adolescent Psychology, 40(5), 677-692. (Studie 2: geringe Effekte)

Manders, W. A., Dekovic, M., Asscher, J. J., van der Laan, P. H., & Prins, P. J. (2013). Psychopathy as predictor and moderator of multisystemic therapy outcomes among adolescents treated for antisocial behavior. Journal of Abnormal Child Psychology, 41(7), 1121-1132.

Marees, N. & Petermann, F. (2010). Bullying-/ und Viktimisierungsfragebogen. Göttingen: Hogrefe.

Masi, G., Muratori, P., Manfredi, A., Lenzi, F., Polidori, L., Ruglioni, L., . . . Milone, A. (2013). Response to treatments in youth with disruptive behavior disorders. Comprehensive Psychiatry, 54(7), 1009-1015.

Matjasko, J. L., Vivolo-Kantor, A. M., Massetti, G. M., Holland, K. M., Holt, M. K., & Dela Cruz, J. (2012). A systematic meta-review of evaluations of youth violence prevention programs: Common and divergent findings from 25 years of meta-analyses and systematic reviews. Aggression and Violent Behavior, 17(6), 540-552.

Mattejat, F., Hirt, B. R., Wilken, J., Schmidt, M. H., & Remschmidt, H. (2001). Efficacy of inpatient and home treatment in psychiatrically disturbed children and adolescents. European child & adolescent psychiatry, 10(1), S71-S79.

Maughan, B., Rowe, R., Messer, J., Goodman, R., & Meltzer, H. (2004). Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. Journal of Child Psychology & Psychiatry, 45(3), 609-621. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15055379

McCart, M. R., Priester, P. E., Davies, W. H., & Azen, R. (2006). Differential effectiveness of behavioral parent-training and cognitive-behavioral therapy for antisocial youth: a meta-analysis. J Abnorm Child Psychol, 34(4), 527-543.

Menting, A. T., Orobio de Castro, B., & Matthys, W. (2013). Effectiveness of the Incredible Years parent training to modify disruptive and prosocial child behavior: a meta-analytic review. Clin Psychol Rev, 33(8), 901-913.

Michelson, D., Davenport, C., Dretzke, J., Barlow, J., & Day, C. (2013). Do evidence-based interventions work when tested in the "real world?" A systematic review and meta-analysis of parent management training for the treatment of child disruptive behavior. Clin Child Fam Psychol Rev, 16(1), 18-34

Michelson, L., Mannarino, A. P., Marchione, K. E., Stern, M., Figueroa, J., & Beck, S. (1983). A comparative outcome study of behavioral social-skills training, interpersonal-problem-solving and non-directive control treatments with child psychiatric outpatients. Behav Res Ther, 21(5), 545-556.

Milani, A., Nikmanesh, Z., & Farnam, A. (2013). Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) in Reducing Aggression of Individuals at the Juvenile Correction and Rehabilitation Center. International Journal of High Risk Behaviors & Addiction, 2(3), 126-131

Moffitt, T. E., Arseneault, L., Jaffee, S. R., Kim-Cohen, J., Koenen, K. C., Odgers, C. L., . . . Viding, E. (2008). Research review: DSM-V conduct disorder: research needs for an evidence base. Journal of Child Psychology and Psychiatry, and allied disciplines, 49(1), 3-33

Mokros, L., Benien, N., Mütsch, A., Kinnen, C., Schürmann, S., Wolf Metternich-Kaizman, T., Breuer, D., Hautmann, C., Ravens-Sieberer, U., Klasen, F., & Döpfner, M. (2015). Angeleitete Selbsthilfe für Eltern von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung: Konzept, Inanspruchnahme und Effekte eines bundesweitern Angebotes – eine Beobachtungsstudie. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 43, 275-288. (Studie 3)

Mytton, J., DiGuiseppi, C., Gough, D., Taylor, R., & Logan, S. (2006). School-based secondary prevention programmes for preventing violence. Cochrane Database of Systematic Reviews, 3, CD004606.

Nestler, J., & Goldbeck, L. (2011). A pilot study of social competence group training for adolescents with borderline intellectual functioning and emotional and behavioural problems (SCT-ABI). J Intellect Disabil Res, 55(2), 231-241.

NICE Guideline 2013. Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition and management. Clinical guideline.

NICEGuideline 2006. Parent-Training/Education Programmes in the Management of Children with Conduct Disorders. NICE technology appraisal guidance 102.

Niederländische Leitlinien für Störungen des Sozialverhaltens (Richtlijn oppositioneelopstandige stoornis (ODD) en gedragsstoornis (CD) bij kinderen en jongeren (https://www.nji.nl/nl/Richtlijn-Oppositioneel-opstandige-stoornis-(ODD)-en-gedragsstoornis-(CD)-bij-kinderen-en-jongeren)

Nitsch, E., Hannon, G., Rickard, E., Houghton, S., & Sharry, J. (2015). Positive parenting: a randomised controlled trial evaluation of the Parents Plus Adolescent Programme in schools. Child and adolescent psychiatry and mental health, 9(1), 1.

O'Leary-Barrett, M., Topper, L., Al-Khudhairy, N., Pihl, R. O., Castellanos-Ryan, N., Mackie, C. J., & Conrod, P. J. (2013). Two-year impact of personality-targeted, teacher-delivered interventions on youth internalizing and externalizing problems: a cluster-randomized trial. Journal of the Am. Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 52(9), 911-92.

Odgers, C. L., Moffitt, T. E., Broadbent, J. M., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, H., . . . Caspi, A. (2008). Female and male antisocial trajectories: from childhood origins to adult outcomes. Development and Psychopathology, 20(2), 673-716.

Ollendick, T. H., Jarrett, M. A., Grills-Taquechel, A. E., Hovey, L. D., & Wolff, J. C. (2008). Comorbidity as a predictor and moderator of treatment outcome in youth with anxiety, affective, attention deficit/hyperactivity disorder, and oppositional/conduct disorders. Clinical Psychology Review, 28(8), 1447-1471.

Olweus, D. (1994). Bullying at school: Long-term outcomes for the victims and an effective school-based intervention program. In L. R. Huesman (Ed.), Aggressive behavior: Current perspectives (pp. 97-130). New York: Plenum Press.

Omizo MM, Hershberger JM, Omizo SA. Teaching children to cope with anger. Elementary School Guidance and Counseling. 1988;22:241–46.
Organization.

Ostrov, J. M., & Keating, C. F. (2004). Gender Differences in Preschool Aggression During Free Play and Structured Interactions: An Observational Study. Social Development, 13(2), 255-277.

Park-Higgerson, H. K., Perumean-Chaney, S. E., Bartolucci, A. A., Grimley, D. M., & Singh, K. P. (2008). The evaluation of school-based violence prevention programs: a meta-analysis. Journal of School Health, 78(9), 465-479; quiz 518-520.

Patterson, G. R., Chamberlain, P., & Reid, J. B. (1982). A comparative evaluation of a parent-training program. Behavior Therapy, 13(5), 638-650. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(82)80021-X

Patterson, G. R., DeGarmo, D. S., & Knutson, N. (2000). Hyperactive and antisocial behaviors: comorbid or two points in the same process? Development and Psychopathology, 12(1), 91-106.

Pauls, H. & Reicherts, M. (1991). Fragebogen zur Erfassung kindlicher Steuerung. Weinheim: Beltz.

Paulus, F. W., Ohmann, S., & Popow, C. (2016). Practitioner Review: School-based interventions in child mental health. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 57(12), 1337-1359.

Pedersen, W., & Mastekaasa, A. (2011). Conduct disorder symptoms and subsequent pregnancy, child-birth and abortion: a population-based longitudinal study of adolescents. Journal of Adolescence, 34(5), 1025-1033.

Pepler, D. J., King, G., Craig, W., Byrd, B., & Bream, L. (1995). The development and evaluation of a multisystem social skills group training program for aggressive children. Child and Youth Care Forum, 24(5), 297-313.

Petermann, F. & Beckers, L. (2014). Differentieller Aggressionsfragebogen. Göttingen: Hogrefe.

Petermann, F. & Petermann, U. (2012) Training mit aggressiven Kindern.13., überarb. Aufl. Weinheim: Beltz.

Petermann, F. & Petermann, U. (2015). Erfassungsbogen für aggressives Verhalten in konkreten Situationen (EAS; 5. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Petermann, F., Döpfner, M., & Görtz-Dorten, A. (2016) Aggressiv-oppositionelles Verhalten im Kindesalter. Göttingen: Hogrefe

Petermann, F., Döpfner, M., & Schmidt, M. H. (2007). Aggressiv-dissoziale Störungen (2 ed.). Göttingen: Hogrefe.

Petermann, F., Petermann, U., Besier, T., Goldbeck, L., Büttner, P., Krause-Leipoldt, C.& Nitkowski, D. (2008). Zur Effektivität des Trainings mit aggressiven Kindern in Psychiatrie und Jugendhilfe. Kindheit und Entwicklung, 17, 182-189.

Petermann, U., Kamau, L., Nitkowski, D. & Petermann, F. (2013). Die Effektivität des Trainings mit aggressiven Kindern im Rahmen einer Hochschulambulanz. Kindheit und Entwicklung, 22, 174-180.

Petermann, U., Krummrich, M., Meier, C., Petermann, F.& Nitkowski, D. (2010). Das Training mit aggressiven Kindern als schulbasiertes Präventionsprogramm. Psychologie in Erziehung und Unterricht, 57, 132-143.

Petermann, U., Nitkowski, D., Polchow, D., Pätel, J., Roos, S., Kanz, F.& Petermann, F. (2007). Langfristige Effekte des Trainings mit aggressiven Kindern. Kindheit und Entwicklung, 16, 143-151.

Piquero, A. R., Farrington, D. P., Welsh, B. C., Tremblay, R., & Jennings, W. G. (2009). Effects of early family/parent training programs on antisocial behavior and delinquency. Journal of Experimental Criminology, 5(2), 83-120.

Pitzer, M., Esser, G., Schmidt, M. H., & Laucht, M. (2010). Early predictors of antisocial developmental pathways among boys and girls. Acta Psychiatrica Scandinavica, 121(1), 52-64.

Plück, J., Eichelberger, I., Hautmann, C., Hanisch, C., Jaenen, N., & Doepfner, M. (2015). Effectiveness of a teacher based indicated prevention program for pre-school children with externalizing problem behaviour Prevention Science, 16, 233–241.

Plück, J., Wieczorrek, E., Wolff Metternich, T. & Döpfner, M. (2006). Präventionsprogramm für Expansives Problemverhalten (PEP). Ein Manual für Eltern- und Erziehergruppen. Göttingen: Hogrefe.

Price, J. M., Roesch, S. C., & Walsh, N. E. (2012). Effectiveness of the KEEP foster parent intervention during an implementation trial. Children and youth services review, 34(12), 2487-2494.

Pringsheim, T., Hirsch, L., Gardner, D., & Gorman, D. A. (2015). The pharmacological management of oppositional behaviour, conduct problems, and aggression in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: a systematic review and meta-analysis. Part 1: psychostimulants, alpha-2 agonists, and atomoxetine. The Canadian Journal of Psychiatry, 60(2), 42-51.

Prinz, R. J., Sanders, M. R., Shapiro, C. J., Whitaker, D. J., & Lutzker, J. R. (2009). Population-Based Prevention of Child Maltreatment: The U.S. Triple P System Population Trial. Prevention Science, 10(1), 1-12. doi: 10.1007/s11121-009-0123-3

Rademacher, C. & Döpfner, M. (in Vorbereitung). SELBST-Therapieprogramm bei Eltern-Adoleszenten-Konflikten.

Rademacher, C., Hautmann, C., & Döpfner, M. (2016). Behandlung von Eltern-Jugendlichen-Konflikten nach dem Therapieprogramm für Jugendliche mit Selbstwert-, Leistungs- und Beziehungsstörungen (SELBST) – Konzeption und Ergebnisse einer Pilotstudie. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 44, 1-12.

Rais, M., Cahn, W., Schnack, H. G., Hulshoff Pol, H. E., Kahn, R. S., & van Haren, N. E. (2012). Brain volume reductions in medication-naive patients with schizophrenia in relation to intelligence quotient. Psychological Medicine, 42(9), 1847-1856.

Rait, S. (2012). The Holding Hands Project: effectiveness in promoting positive parent–child interactions. Educational Psychology in Practice, 28(4), 353-371.

Rauer, W. (2009). Elternkurs Starke Eltern - Starke Kinder®: Wirkungsanalysen bei Eltern und ihren Kindern in Verknüpfung mit Prozessanalysen in den Kursen - eine bundesweite Studie. Würzburg: Ergon. (Prä-Post Veränderungen, aber keine Therapieeffekte im SDQ)

Reid, G. J., Stewart, M., Vingilis, E., Dozois, D. J., Wetmore, S., Jordan, J., . . . Zaric, G. S. (2013). Randomized trial of distance-based treatment for young children with discipline problems seen in primary health care. Fam Pract, 30(1), 14-24.

Remschmidt, H., Schmidt, M. H., & Poustka, F. (2001). Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Göttingen: Hogrefe.

Rhiner, B., Graf, T., Dammann, G., & Fürstenau, U. (2011). [Multisystemic Therapy (MST) for adolescents with severe conduct disorders in German-speaking Switzerland-implementation and first results]. Zeitschrift fur Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 39(1), 33-39.

Rifkin, A., Karajgi, B., Dicker, R., Perl, E., Boppana, V., Hasan, N., & Pollack, S. (1997). Lithium treatment of conduct disorders in adolescents. The American Journal of Psychiatry, 154(4), 554-555. doi: 10.1176/ajp.154.4.554

Rohrmann, S., Hodapp, V., Schnell, K., Tibubos, A., Schwenkmezger, P. & Spielberger, C. (2013). Das State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar-2. Bern: Hogrefe.

Roth, I. & Reichle, B. (2008). Prosoziales Verhalten lernen, „Ich bleibe cool“ (IBC). Weinheim: Beltz.

Roth, I., & Reichle, B. (2007). Beziehungsorientierte Intervention am Beispiel des 'Ich bleibe cool'-Trainings zur Förderung prosozialer Verhaltensweisen und konstruktiver Konfliktlösestrategien bei Kindern im Grundschulalter. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 56, 463-482.

Rothbart, M. K., & Ahadi, S. A. (1994). Temperament and the development of personality. Journal of Abnormal Child Psychology, 103(1), 55-66.

Rudolph, U., Roesch, S.C., Greitemeyer, T., Weiner, B. (2004). A Meta-Analytic Review of Help Giving and Aggression from an Attributional Perspective: Contributions to a General Theory of Motivation. COGNITION AND EMOTION, 2004,18 (6), 815±848

Salbach H., Lenz K., Huss M., Vogel R., Felsing D. & Lehmkuhl U. (2005). Die Wirksamkeit eines Gruppentrainings für Eltern hyperkinetischer Kinder. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 33, 59–68. (Studie 7)

Sanders, M. R., Baker, S., & Turner, K. M. (2012). A randomized controlled trial evaluating the efficacy of Triple P Online with parents of children with early-onset conduct problems. Behaviour research and therapy, 50(11), 675-684.

Sanders, M. R., Markie-Dadds, C. & Turner, K.M.T. (2006). Trainermanual für das Triple P Einzeltraining. PAG Institut für Psychologie AG (Hrsg. dt. Aufl.). Münster: Verlag für Psychotherapie.

Sanders, M. R., Ralph, A., Sofronoff, K., Gardiner, P., Thompson, R., Dwyer, S., & Bidwell, K. (2008). Every family: A population approach to reducing behavioral and emotional problems in children making the transition to school. The Journal of Primary Prevention, 29(3), 197-222.

Sanders, M. Turner, K.M.T., Markie-Dadds, C. (2009). Das Triple P –Elternarbeitsbuch. PAG Institut für Psychologie AG, (Hrsg. dt. Aufl., 4. Aufl.). Münster: Verlag für Psychotherapie.

Sandler, I., Wolchik, S. A., Cruden, G., Mahrer, N. E., Ahn, S., Brincks, A., & Brown, C. H. (2014). Overview of meta-analyses of the prevention of mental health, substance use, and conduct problems. Annual Review of Clinical Psychology, 10, 243-273. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185524

Schick, A. & Cierpka, M. (2003). Faustlos: Evaluation eines Curriculums zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen und zur Gewaltprävention in der Grundschule. Kindheit und Entwicklung, 12, 100-110.

Schick, A. & Cierpka, M. (2005). Faustlos: Evaluation of a curriculum to prevent violence in elementary schools. Applied and Preventive Psychology, 11 (3), 157-165.

Schick, A. & Cierpka, M. (2006). Evaluation des Faustlos-Curriculums für den Kindergarten. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 6,459-474.

Schonert-Reichl, K. A., Oberle, E., Lawlor, M. S., Abbott, D., Thomson, K., Oberlander, T. F., & Diamond, A. (2015). Enhancing cognitive and social-emotional development through a simple-to-administer mindfulness-based school program for elementary school children: A randomized controlled trial. Developmental Psychology, 51(1), 52-66.

Schwartz, K. A., Preer, G., McKeag, H., & Newton, A. W. (2014). Child maltreatment: a review of key literature in 2013. Current Opinion in Pediatrics, 26(3), 396-404.

Scott, R. W., Mughelli, K., & Deas, D. (2005). An overview of controlled studies of anxiety disorders treatment in children and adolescents. Journal of National Medical Association, 97(1), 13-24.

Scott, S., & Dadds, M. R. (2009). Practitioner review: When parent training doesn't work: theory-driven clinical strategies. J Child Psychol Psychiatry, 50(12), 1441-1450.

Scott, S., & O'Connor, T. G. (2012). An experimental test of differential susceptibility to parenting among emotionallydysregulated children in a randomized controlled trial for oppositional behavior. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 53(11), 1184-1193.

Scotto Rosato, N., Correll, C. U., Pappadopulos, E., Chait, A., Crystal, S., & Jensen, P. S. (2012). Treatment of Maladaptive Aggression in Youth: CERT Guidelines II. Treatments and Ongoing Management. Pediatrics. doi:10.1542/peds.2010-1361

Shechtman, Z., & Birani-Nasaraladin, D. (2006). Treating mothers of aggressive children: a research study. International Journal of Group Psychotherapy, 56(1), 93-112

Shipman, K., & Taussig, H. (2009). Mental health treatment of child abuse and neglect: the promise of evidence-based practice. Pediatric Clinics of North America, 56(2), 417-428.

Simonoff, E., Elander, J., Holmshaw, J., Pickles, A., Murray, R., & Rutter, M. (2004). Predictors of antisocial personality. Continuities from childhood to adult life. The British Journal of Psychiatry, 184, 118-127.

Smeets, K. C., Leeijen, A. A., van der Molen, M. J., Scheepers, F. E., Buitelaar, J. K., & Rommelse, N. N. (2015). Treatment moderators of cognitive behavior therapy to reduce aggressive behavior: a meta-analysis. Eur Child Adolesc Psychiatry, 24(3), 255-264.

Snyder, R., Turgay, A., Aman, M., Binder, C., Fisman, S., & Carroll, A. (2002). Effects of risperidone on conduct and disruptive behavior disorders in children with subaverage IQs. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41(9), 1026-1036.

Somech, L. Y., & Elizur, Y. (2012). Promoting self-regulation and cooperation in pre-kindergarten children with conduct problems: A randomized controlled trial. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 51(4), 412-422.

Spencer, J. P., Clearfield, M., Corbetta, D., Ulrich, B., Buchanan, P., & Schoner, G. (2006). Moving Toward a Grand Theory of Development: In Memory of Esther Thelen. Child Development, 77(6), 1521-1538.

Spohr, B., Gantner, A., Bobbink, J., (2011) Multidimensionale Familientherapie: Jugendliche bei Drogenmissbrauch und Verhaltensproblemen wirksam behandeln. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen.

Stadler, C. (2012). Störungen des Sozialverhaltens. Sind neue Erklärungsansätze eine Grundlage für eine evidenzbasierte Klassifikation und Behandlung? Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 40(1), 7-19.

Stadler, C. (2014). Störungen des Sozialverhaltens. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 42(3), 177-184.

Stadler, C., & Bolten, M. (2015). Förderung der Beziehungs- und Bindungsfähigkeit bei Kindern und Jugendlichen. In M. Schär & C. Steinebach (Eds.), Resilienzfördernde Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (pp. 43-54). Weinheim Beltz.

Stadler, C., Bolten, M., & Schmeck, K. (2011). Pharmacotherapeutic intervention in impulsive preschool children: The need for a comprehensive therapeutic approach. Child Adolesc Psychiatry Ment Health, 5(1), 11.

Stadler, C., Grasmann, D., Clement, W., & Kröger, A. (2012).Störungen des Sozialverhaltens: Wirksamkeit des intensivtherapeutischen Behandlungsansatzes VIA. Kindheit und Entwicklung, 21, 103-113.

Stadler, C., Grasmann, D., Fegert, J. M., Holtmann, M., Poustka, F., & Schmeck, K. (2008). Heart rate and treatment effect in children with disruptive behavior disorders. Child Psychiatry and Human Development, 39(3), 299-309.

Stadler, C., Janke, W. & Schmeck, K. (2004). Inventar zur Erfassung von Impulsivität, Risi-koverhalten und Empathie bei 9- bis 14-jährigen Kindern. Göttingen: Hogrefe.

Stadler, C., Kersten, L., & Praetzlich, M. (2015). Störung des Sozialverhaltens mit fehlenden prosozialen Emotionen. Sind vorliegende Behandlungsprogramme weniger wirksam? PSYCH up2date, 9(4), 225-235.

Stadler, Kersten & Prätzlich (2015). Störung des Sozialverhaltens mit fehlenden prosozialen Emotionen. PSYCH up2date, 9(04), 225-235.

Staufenberg, A.M., (2011). Zur Psychoanalyse der ADHS. Manual und Katamnese. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel

Sterzer, P., & Stadler, C. (2009). Neuroimaging of aggressive and violent behaviour in children and adolescents. Frontiers in Behavioral Neuroscience, 3, 1-8. doi: 10.3389/neuro.08.035.2009

Stoltz et al. (2012). Effectiveness of individually delivered indicated school-based interventions on externalizing behavior. International Journal of Behavioral Development, 36(5), 381-388.

Streissguth, A. P., Bookstein, F. L., Barr, H. M., Sampson, P. D., O'Malley, K., & Young, J. K. (2004). Risk factors for adverse life outcomes in fetal alcohol syndrome and fetal alcohol effects. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 25(4), 228-238.

Sukhodolsky, D. G., Kassinove, H., & Gorman, B. S. (2004). Cognitive-behavioral therapy for anger in children and adolescents: a meta-analysis. Aggression and Violent Behavior, 9(3), 247-269.

Suter et al. (2009). Effectiveness of the wraparound process for children with emotional and behavioral disorders: A meta-analysis. Clinical Child and Family Psychology Review, 12(4), 336-351.

Szapocznik, J., Santisteban, D., Rio, A., Perez-Vidal, A., Santisteban, D., & Kurtines, W. M. (1989). Family Effectiveness Training: An intervention to prevent drug abuse and problem behaviors in Hispanic adolescents. Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 11(1), 4-27.

Tarver, J., Daley, D., Lockwood, J., & Sayal, K. (2014). Are self-directed parenting interventions sufficient for externalising behaviour problems in childhood? A systematic review and meta-analysis. European Child & Adolescent Psychiatry, 23(12), 1123-1137.

Tennstädt, K.-Ch. / Dann, H.-D . (1987/1992): Das Konstanzer Trainingsmodell (KTM). Bd. 3: Evaluation des Trainingserfolgs im empirischen Vergleich. Bern: Huber.

Thornberry, T. P. (1998). Membership in youth gangs and involvement in serious and violent offending Serious & violent juvenile offenders: Risk factors and successful interventions (pp. 147-166). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc; US.

Thornton, L. C., Frick, P. J., Crapanzano, A. M., & Terranova, A. M. (2013). The incremental utility of callous-unemotional traits and conduct problems in predicting aggression and bullying in a community sample of boys and girls. Psychological Assessment, 25(2), 366-378.

Timmer, S. G., Urquiza, A. J., Zebell, N. M., & McGrath, J. M. (2005). Parent-Child Interaction Therapy: Application to maltreating parent-child dyads. Child Abuse & Neglect, 29(7), 825-842.

Tremblay Leveau, H., & Nadel, J. (1995). Young children's communication skills in triads. International Journal of Behavioral Development, 18(2), 227-242.

Tremblay, R. E., Pagani-Kurtz, L., Mâsse, L. C., Vitaro, F., & Pihl, R. O. (1995). A bimodal preventive intervention for disruptive kindergarten boys: its impact through mid-adolescence. Journal of consulting and clinical psychology, 63(4), 56.

Tschöpe-Scheffler, S. (2004).Eine Forschungsstudie zum Elternkurs des Deutschen Kinderschutzbundes e.V. „Starke Eltern – Starke Kinder®“. Gruppendynamik und Organisationsberatung, 35, 51-66

Turner, K.M.T., Markie-Dadds, C. & Sanders, M. R. (2007). Trainermanual für das Triple P Gruppenprogramm. PAG Institut für Psychologie AG (Hrsg. dt. Aufl., 2. Aufl.). Münster: Verlag für Psychotherapie.

Turner, K.M.T., Sanders, M. R. & Markie-Dadds, C. (2006). Beratermanual für die Triple P-Kurzberatung. PAG Institut für Psychologie AG (Hrsg. dt. Aufl., 2. überarb. Aufl.). Münster: Verlag für Psychotherapie.

Van der Stouwe, T., Asscher, J. J., Stams, G. J. J. M., Deković, M., & van der Laan, P. H. (2014). The effectiveness of Multisystemic Therapy (MST): A meta-analysis. Clinical Psychology Review, 34(6), 468-481.

Van Manen, T. G., Prins, P. J. M., & Emmelkamp, P. M. G. (2004). Reducing Aggressive Behavior in Boys With a Social Cognitive Group Treatment: Results of a Randomized, Controlled Trial. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 43(12), 1478-1487.

Verduyn, C. M., Lord, W., & Forrest, G. C. (1990). Social skills training in schools: an evaluation study. J Adolesc, 13(1), 3-16.

Vernon, A. C., Crum, W. R., Lerch, J. P., Chege, W., Natesan, S., Modo, M., . . . Kapur, S. (2014). Reduced Cortical Volume and Elevated Astrocyte Density in Rats Chronically Treated With Antipsychotic Drugs—Linking Magnetic Resonance Imaging Findings to Cellular Pathology. Biological Psychiatry, 75(12), 982-990.

Vernon, A. C., Natesan, S., Modo, M., & Kapur, S. (2011). Effect of chronic antipsychotic treatment on brain structure: a serial magnetic resonance imaging study with ex vivo and postmortem confirmation. Biological Psychiatry, 69(10), 936-944.

Viding, E., & McCrory, E. J. (2018). Understanding the development of psychopathy: progress and challenges. Psychol Med, 48(4), 566-577.

Viding, E., Fontaine, N. M., & McCrory, E. J. (2012). Antisocial behaviour in children with and without callous-unemotional traits. J R Soc Med, 105(5), 195-200.

Vitaro, F., Barker, E. D., Brendgen, M., & Tremblay, R. E. (2012). Pathways explaining the reduction of adult criminal behaviour by a randomized preventive intervention for disruptive kindergarten children. Journal of child psychology and psychiatry, 53(7), 748-756.

Vloet, T. D., & Herpertz-Dahlmann, B. (2011). Die Bedeutung von Ängstlichkeit fÜr die Phanotypisierung dissozialer StÖrungen des Kindes- und Jugendalters. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 39(1), 47-57.

Von Sydow, K., Beher, S., Retzlaff, R., & Schweitzer, J. (2007). Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie / Familientherapie. Göttingen: Hogrefe.

Von Sydow, K., Retzlaff, R., Beher, S., Haun, M. W., & Schweitzer, J. (2013). The efficacy of systemic therapy for childhood and adolescent externalizing disorders: A systematic review of 47 RCT. Family Process, 52(4), 576-618.

Waller, R., Gardner, F., & Hyde, L. W. (2013). What are the associations between parenting, callous-unemotional traits, and antisocial behavior in youth? A systematic review of evidence. Clin Psychol Rev, 33(4), 593-608.

Waller, R., Hyde, L. W., Grabell, A. S., Alves, M. L., & Olson, S. L. (2015). Differential associations of early callous-unemotional, oppositional, and ADHD behaviors: multiple domains within early-starting conduct problems?. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 56(6), 657-666.

Weaver, I. C., Champagne, F. A., Brown, S. E., Dymov, S., Sharma, S., Meaney, M. J., & Szyf, M. (2005). Reversal of maternal programming of stress responses in adult offspring through methyl supplementation: altering epigenetic marking later in life. The Journal of Neuroscience, 25(47), 11045-11054.

Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: a comparison of child and parent training interventions. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65(1), 93-109.

Webster-Stratton, C., & Taylor, T. (2001). Nipping early risk factors in the bud: preventing substance abuse, delinquency, and violence in adolescence through interventions targeted at young children (0-8 years). Prevention Science, 2(3), 165-192.

Webster-Stratton, C., Jamila Reid, M., & Stoolmiller, M. (2008). Preventing conduct problems and improving school readiness: evaluation of the Incredible Years Teacher and Child Training Programs in high-risk schools. Journal of Child Psychology and Psychiatry, and allied disciplines, 49(5), 471-488.

Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Hammond, M. (2004). Treating children with early-onset conduct problems: intervention outcomes for parent, child, and teacher training. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33(1), 105-124.

Weichold, K. (2004). Evaluation eines Anti-Aggressions-Trainings bei antisozialen Jugendlichen., Gruppendynamik & Organisation, Zeitschrift für Angewandte Sozialpsychologie 1, 83-104

Weidner, J. (2008). Anti-Aggressivitäts-Training für Gewalttäter (ATT).6. Aufl. Bonn/Bad-Godesberg: Forum.

Weis R, Lovejoy MC, Lundahl BW. (2005). Factor structure and discriminative validity of the Eyberg Child Behavior Inventory with young children. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment;27:269–78.

Weiss B1, , Ball S, Tapp J, Johnson M, . (2005). Iatrogenic effects of group treatment for antisocial youths. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Dec;73(6):1036-44.

Weiss, B., Han, S., Harris, V., Catron, T., Ngo, V. K., Caron, A., ... & Guth, C. (2013). An independent randomized clinical trial of multisystemic therapy with non-court-referred adolescents with serious conduct problems. Journal of consulting and clinical psychology, 81(6), 1027.

Weisz, J. R., Kuppens, S., Eckshtain, D., Ugueto, A. M., Hawley, K. M., & Jensen-Doss, A. (2013). Performance of evidence-based youth psychotherapies compared with usual clinical care: a multilevel meta-analysis. JAMA Psychiatry, 70(7), 750-761. doi:10.1001

Wettach, R. & Aebi, M. (2016). Wirksamkeit einer multimodalen Gruppenbehandlung für Kinder mit einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten in der klinischen Grundversorgung. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 44, 220-230.

Wettstein, A. (2008). BASIS. Beobachtungssystem zur Analyse aggressiven Verhaltens in schulischen Settings. Göttingen: Huber.

White, M., Bogdan, R., Fisher, P., Munoz, K., Williamson, D., & Hariri, A. (2012). FKBP5 and emotional neglect interact to predict individual differences in amygdala reactivity. Genes, Brain & Behavior, 11(7), 869-878.

Wille, N., Bettge, S., & Ravens-Sieberer, U. (2008). Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. European Child & Adolescent Psychiatry, 17(Suppl 1), 133-147.

Wilson et al. (2012). How evidence-based is an'evidence-based parenting program'? A PRISMA systematic review and meta-analysis of Triple P. BMC medicine, 10(1), 1.

Wilson, S. J., & Lipsey, M. W. (2007). School-based interventions for aggressive and disruptive behavior: update of a meta-analysis. American Journal of Preventive Medicine, 33(2 Suppl), S130-143.

World Health Organization (2016) International statistical classification of diseases and related health problems. 10th revision, Fifth edition. Geneva, Switzerland : World Health

Yoshikawa, H. (1995). Long-term effects of early childhood programs on social outcomes and delinquency. The Future of Children, 5(3), 51-75.

Erstveröffentlichung: **01/1999**

Überarbeitung von: **09/2016**

Nächste Überprüfung geplant: **09/2021**

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keineVerantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online