

# Kurzzeiteffekte des indizierten Präventionsprogramms für Expansives Problemverhalten (PEP) auf das elterliche Erziehungsverhalten und auf das kindliche Problemverhalten

Charlotte Hanisch, Julia Plück, Nicola Meyer, Gabriele Brix, Inez Freund-Braier, Christopher Hautmann und Manfred Döpfner

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
des Kindes- und Jugendalters am Klinikum der Universität zu Köln

**Zusammenfassung. Theoretischer Hintergrund:** Verhaltenstherapeutisch orientierte Elterntrainings haben sich bei der Behandlung von Kinder mit ausgeprägten expansiven Verhaltensauffälligkeiten bewährt. Das Präventionsprogramm für Expansives Problemverhalten (PEP) wurde vor dem Hintergrund entwickelt, eine Verminderung des kindlichen Verhaltensauffälligkeiten in der Familie und im Kindergarten über eine Verbesserung der Erziehungskompetenzen der Eltern und der Erzieherinnen zu erreichen. PEP richtet sich schwerpunktmäßig an die Eltern und Erzieherinnen drei- bis sechsjähriger als expansiv auffällig indizierter Kinder. **Fragestellung:** Verbessert eine Teilnahme an PEP das elterliche Erziehungsverhalten und werden expansive Verhaltensauffälligkeiten der Kinder reduziert? **Methode:** Von 60 drei- bis sechsjährigen Kindern nahmen sowohl die Erzieherinnen als auch die Mütter am PEP-Training teil. 65 Kinder dienten als nicht-behandelte Kontrollgruppe. Erhoben wurden das Erziehungsverhalten der Mütter und das kindliche Problemverhalten aus Sicht der Mütter und der Erzieherinnen. **Ergebnisse:** Nach der Intervention zeigten sich in der Interventionsgruppe eine Verminderung des Problemverhaltens und eine Verbesserung des elterlichen Erziehungsverhaltens. In der Interventions- nicht aber in der Kontrollgruppe nahm aber der Anteil an Familien deutlich ab, die zu Beginn der Studie über unterdurchschnittlich gute Erziehungskompetenzen verfügten. Veränderungen von Erziehungs- und Problemverhalten wiesen eine signifikante Korrelation auf. **Schlussfolgerungen:** PEP ist somit geeignet, die elterliche Erziehungskompetenz zu steigern und darüber eine Reduktion kindlicher Verhaltensauffälligkeiten zu erreichen.  
Schlüsselwörter: indizierte Prävention, expansive Verhaltensstörungen, Vorschulkinder

Short-term effects of the indicated Prevention Programme for externalizing Problem Behaviour (PEP)

**Abstract. Theoretical background:** Parent management trainings aim at improving child disruptive behaviour problems by increasing parents' parenting practises and have been proven to be effective for preschool children. The prevention programme for externalizing problem behaviour (PEP) is a group training for parents and kindergarten teachers of 3-6 year old children with externalizing problems. The article evaluates the short-term outcome of PEP with respect to parental parenting strategies and child problem behaviour. **Method:** Parents and kindergarten teachers of 60 children were trained, 65 families served as a non-treated control group. Parents and teachers rated children's problem behaviour before and after the PEP training, and parents reported on their parenting practises at pre- and post-intervention. **Results:** In the intervention group parenting practises improved and externalizing problems decreased. Changes in both variables were significantly correlated. **Conclusions:** PEP is proven to be effective in reducing externalizing problem behaviour through improvement of parenting practices.  
Key words: prevention, externalizing problem behaviour, preschool children

Dieses Projekt wurde von der Deutschen Forschungsgemeinschaft finanziell gefördert (DFG, Projekt DO 620/ 2-1; Wirksam-

keit indizierter Prävention bei external auffälligen Vorschulkindern) und fand in Kooperation mit der Universität Braunschweig statt (Projektleiter Kurt Hahlweg, DFG, Projekt HA 1400/14-1-4).

Der Prävention von kindlichen, insbesondere von oppositionellen, aggressiven und hyperkinetischen Verhaltensstörungen, die zusammenfassend auch als expansive Verhaltensstörungen bezeichnet werden, wird in den letzten Jahren vor allem international zunehmend hohe Bedeutung beigemessen (z. B. National Advisory Mental Health Council Workgroup on Mental Disorders Prevention Research/National Institute of Mental Health, 2001). Zu den Gründen für das zunehmende Interesse an diesem Thema zählen einerseits die Befunde zur Häufigkeit und zur relativ hohen Stabilität dieser Störungsbilder (Bongers et al., 2004; Wolff Metternich & Döpfner, 2000) und andererseits die Hinweise auf die recht gute Wirksamkeit von Interventionsprogrammen bei klinisch auffälligen Kindern (vgl. Döpfner et al., 2000).

Ein integriertes Konzept, das aus verschiedenen Interventionsstufen besteht, sollte von *universellen Präventionsstrategien*, die sich prinzipiell an alle richten (z. B. universelle Erziehungsinformationen), *selektiven Präventionsmaßnahmen*, die sich an spezifische Gruppen mit erhöhtem Risiko richten (z. B. Kinder aus Trennungsfamilien), über die *indizierte Prävention* bei Kindern mit schon manifesten Störungssymptomen bis hin zu ambulanten, teilstationären und stationären therapeutischen Interventionen reichen (vgl. Muñoz et al., 1996).

Indizierte Präventionsprogramme und therapeutische Interventionsprogramme konnten in englischen Sprachraum in mehreren kontrollierten Studien eine Verbesserung der elterlichen Erziehungskompetenzen und eine Reduzierung des kindlichen Problemverhaltens erreichen (Nixon, 2002; Brestan & Eyberg, 1998; Serketich & Dumas, 1996, für eine Übersicht). Für das Vorschulalter fanden Sanders und Mitarbeiter (2000) deutliche Effekte bei expansiven Verhaltensproblemen und konnten ebenfalls eine Stabilität dieser Effekte über einen Zeitraum von einem Jahr belegen. Webster-Stratton et al. (1998, 2001) konnten durch die Kombination von Elternt raining und Interventionen im Kindergarten das expansive Problemverhalten bei Vierjährigen reduzieren und die Erziehungspraktiken von Eltern und Erzieherinnen verbessern. Webster-Stratton (1998) fand bei Vorschulkindern zwar deutliche Effekte bei den Verhaltensauffälligkeiten in der Familie, erfasst über das Urteil der Eltern, jedoch nicht im Kindergarten nach dem Urteil der Erzieherinnen. Barkley und Mitarbeiter (2000) und Shelton und seine Arbeitsgruppe (2000) konnten nur geringe Effekte eines Elternt rainings in Kombination mit Interventionen im Kindergarten nachweisen, wobei diese Studie sich durch eine extrem hohe Abbruchrate im Elternt raining auszeichnete. Einige Studien fanden auf Elternseite zusätzlich positive Interventionseffekte bzgl. Stress und Depression (Webster-Stratton, 1994; Patterson et al., 2004), Kompetenzgefühlen (Sanders et al., 2000; Sheeber & Johnson, 1994) und Ehekonflikten (Dadds et al., 1987), andere konnten diese Befunde nicht bestätigen (Schuhmann et al., 1998; Sanders et al., 2000). Im deutschen Sprachraum hat sich das Therapieprogramm für Kinder mit Hyperkinetischem und Oppositionellem Problemverhalten (THOP; Döpfner et al., 2002) bei Schulkindern mit hyperkinetischen und oppositionellen Störungen sowohl im Eltern als auch im Lehrerurteil bei

der Verminderung der Symptome als wirksam erwiesen (Döpfner et al., 2004).

Insgesamt scheinen Eltern Management Trainings (EMT) Eltern-Kind-Interaktionstherapien oder Elternberatung und Elternunterstützung überlegen (Brestan & Eyberg, 1998; Döpfner & Lehmkuhl, 2002). EMT hat zum Ziel, über die Verbesserung der elterlichen Erziehungskompetenz eine Reduktion des kindlichen Problemverhaltens und eine Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktion zu erreichen (Sanders et al., 2000; Webster-Stratton & Hammond, 1997). Effektgrößen bzgl. der Reduktion der Symptomatik liegen zwischen 0.44 und 0.86 und Verhaltensänderungen sind unabhängig vom Untersuchungskontext (Familie vs. Schule) und vom Beurteiler (Eltern vs. Beobachter) messbar (Serketich & Dumas, 1996). Zieht man verschiedene Urteilerperspektiven heran, finden sich in klinischen und sub-klinisch auffälligen Stichproben zumeist niedrige bis moderate Korrelationen zwischen den Urteilen von Erzieherinnen bzw. Lehrern und Eltern (Wolraich et al., 2004; Döpfner et al., 1993).

Das Präventionsprogramm für Expansives Problemverhalten (PEP; Plück et al., 2006) wurde auf der Grundlage des Therapieprogramms für Kinder mit Hyperkinetischem und Oppositionellem Problemverhalten (THOP; Döpfner et al., 2002) konzipiert, das für die Therapie von klinisch auffälligen Kindern entwickelt wurde. PEP richtet sich schwerpunktmäßig an Eltern und Erzieherinnen von drei- bis sechsjährigen Kindern mit expansiven Verhaltensproblemen. PEP ist als Gruppenangebot konzipiert und versucht, Eltern und Erzieherinnen konkrete Erziehungsstrategien zu vermitteln und positive Eltern- bzw. Erzieherinnen-Kind Interaktion in den Alltag zu implementieren. Didaktisch legt PEP großen Wert darauf, leicht verstehbar und möglichst konkret am Alltag orientiert zu sein, da sich die Eltern-Klientel zu einem Großteil aus der Bildungsunter-schicht rekrutiert. Unseres Wissens ist PEP derzeit das einzige indizierte Präventionsprogramm im deutschen Sprachraum, das sich in der Evaluationsphase befindet.

Ziel ist es zu überprüfen, ob PEP in der Lage ist, das elterliche Erziehungsverhalten zu verbessern und das kindliche Problemverhalten zu reduzieren. Wir gehen davon aus, dass sich das positive Erziehungsverhalten in der PEP Interventionsgruppe im Vergleich zur nicht-behandelten Kontrollgruppe durch die Intervention steigern lässt. Wir erwarten weiter, dass sich in der PEP Gruppe das kindliche Problemverhalten vom Prä- zum Postzeitpunkt verringert, während die Kontrollgruppe entweder keine Veränderung des Problemverhaltens oder eine Verschlechterung aufweisen sollte. Es wurden sowohl Eltern als auch Erzieherinnen der PEP-Kinder trainiert, so dass wir positive Interventionseffekte bei beiden Beurteilern erwarten.

## Methode

Die Studie ist Teil eines umfangreichen von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) unterstützten Forschungsprojektes zur Wirksamkeit indizierter Prävention

bei external auffälligen Vorschulkindern, das an den Standorten Köln und Braunschweig (mit Schwerpunkt Köln; Federführung M. Döpfner) durchgeführt wird. In dieser Analyse werden die Effekte indizierter Prävention am Standort Köln berichtet.

## Stichprobenbeschreibung

2845 Kinder aus 62 Kölner Kindergärten wurden von Eltern und Erzieherinnen mit einem Screening Instrument eingeschätzt, das 13 Items des Elternfragebogens über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL 4–18) beinhaltete (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998). 7 Items erfassten aggressives, aufsässiges, oppositionelles und hyperaktives Verhalten, die interne Konsistenz dieser Skala lag bei  $\alpha = .74$  für die Eltern und bei  $\alpha = .88$  für die Erzieherinnen (Wolff Metternich et al., 2002). Vollständige Daten beider Beurteiler lagen für 2121 Kinder vor. 1878 Familien waren mit der Weitergabe ihrer Adresse einverstanden. Diejenigen Kinder, deren Punktwert im Screening oberhalb des 85ten Prozentrangs lag, wurden für die weitere Untersuchung ausgewählt ( $n = 243$ ). Von diesen 243 waren 88 Familien nicht an einer weiteren Studienteilnahme interessiert bzw. konnten auf Grund von Sprachproblemen nicht weiter teilnehmen.

Somit wurden insgesamt 155 Kinder mit aggressivem, oppositionellem und hyperaktivem Problemverhalten ausführlich untersucht. 90 Familien wurden der Interventionsgruppe zugeteilt, 65 verblieben in der Kontrollgruppe. Die Gruppenzuteilung erfolgte kindergartenweise, um zu gewährleisten, dass die Erzieherinnen nicht gleichzeitig Kontroll- und Interventionsgruppenkinder betreuten. Acht Familien der Interventionsgruppe lehnten die Teilnahme am PEP-Training ab, 22 Familien nahmen an weniger als 6 Sitzungen teil und wurden somit aus der Interventionsgruppe ausgeschlossen. Im Durchschnitt erschienen die Familien, die letztendlich die Interventionsgruppe darstellten, zu 8.57 der zehn Trainingssitzungen. Unsere Teilnehmerate war somit im Vergleich zu anderen Studien befriedigend (Barkley et al., 2000).

Die endgültige Interventionsgruppe umfasste somit 60, die Kontrollgruppe 65 Familien. Vollständige Prä- und Postinterventions-Erhebungen schlossen zwei zwei- bis dreistündige Hausbesuche und Fragebogenhefte für Mutter, Vater und Erzieherin ein. Für vier Kontrollgruppenkinder fehlten Erzieherinnenbeurteilungen. Alle Familien waren hinsichtlich Ablauf und Zweck der Untersuchung informiert und die Studie war von der Ethikkommission des Klinikums der Universität zu Köln bewilligt worden.

## Untersuchungsdesign

Vor der Gruppenzuteilung wurden die Familien von zwei Projektmitarbeiter/innen für zwei bis drei Stunden zu Hause besucht. Die Postinterventions-Untersuchung wurde maximal acht Wochen nach Trainingsende und etwa 20

Wochen nach Trainingsbeginn durchgeführt. Die Hausbesuche umfassten ein halbstrukturiertes Interview mit der Hauptbezugsperson des Kindes, eine Leistungstestung des Kindes sowie für beide gemeinsam eine sowohl direkte als auch video-gestützte Verhaltensbeobachtung einer strukturierten Spiel- und Aufgabensituation. Der Ablauf der Testprozedur war standardisiert und für alle Familien und beide Testzeitpunkte gleich. Pro Hausbesuch bekamen die Familien 30 Euro, pro Fragebogenheft weitere 10 Euro. Die Projektmitarbeiter/innen, die die Hausbesuche durchführten, kannten die Gruppenzugehörigkeit der Familien nicht, und die Familien waren instruiert, die Gruppenzugehörigkeit am zweiten Untersuchungstermin nicht preiszugeben. Mit schriftlichem Einverständnis der Eltern wurden die Erzieherinnen nach dem Hausbesuch ausführlich per Fragebogen befragt.

## Intervention

Das PEP-Training (Plück et al., 2006) besteht aus zehn 90- bis 120-minütigen wöchentlichen Sitzungen, an denen 5–6 Teilnehmer/innen in separaten Gruppen für Eltern und Erzieherinnen teilnehmen. Sowohl den Eltern als auch den Erzieherinnen werden zusätzliche telefonische Supervisionen angeboten, um Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Trainingsinhalte zwischen den Gruppensitzungen zu besprechen.

## Instrumente

Im Weiteren werden Effekte des PEP-Trainings auf das mütterliche Erziehungsverhalten und auf das kindliche Problemverhalten aus Mütter- und aus Erzieherinnensicht beschrieben. Hierzu wurden auf der Basis einer Faktorenanalyse drei aggregierte Gesamtskalen berechnet: Positives Erziehungsverhalten im Urteil der Mutter, Problemverhalten des Kindes im Urteil der Mutter und Problemverhalten des Kindes im Urteil der Erzieherin. Tabelle 1 zeigt die rotierten Faktorenloadungen ( $\alpha > .30$ ) der dreifaktoriellen Lösung, die 68 % der Varianz aufklärt. Wie Tabelle 1 zu entnehmen ist, bildet sich eine relativ klare dreifaktorielle Struktur ab, bei der lediglich zwei Skalen (EFB und VER) negative Doppelladungen auf dem Faktor aufweisen, der das Problemverhalten des Kindes im Urteil der Mutter erfasst.

In die Skala zum Positiven Erziehungsverhalten gingen jeweils die Gesamtwerte der von den Müttern beurteilten *Fragen zum Erziehungsverhalten* (FZEV), *Erziehungsfragebogen* (EFB), *Verhalten in Risikosituationen* (VER) und *Fragebogen zur Selbstwirksamkeit* (FSW) ein. Das Problemverhalten des Kindes im Urteil der Mutter bzw. der Erzieherin wurde aus den Gesamtwerten der *Fremdbeurteilungsbögen hyperkinetische Störung* (FBB-HKS) und *Störung des Sozialverhaltens* (FBB-SSV) und der Gesamtskala des *Elternfragebogens für Klein- und Vorschulkinder* (CBCL 1½–5) bzw. des *Fragebogens für Erzieherinnen von Klein- und Vorschulkindern* (C-TRF 1½–5) zusammengefasst. Die internen Konsisten-



zen (Cronbachs Alpha) der aggregierten Gesamtskalen waren  $\alpha = .64$  für positives Erziehungsverhalten,  $\alpha = .96$  für Problemverhalten im Urteil der Mutter und  $\alpha = .96$  für Problemverhalten im Urteil der Erzieherin. Sie sind angesichts der geringen Anzahl an Subskalen, die in die aggregierten Gesamtskalen eingehen, für gruppenstatistische Analysen als noch zufrieden stellend bis sehr gut zu bezeichnen.

### Positives Erziehungsverhalten im Urteil der Mutter

Der Fragebogen *Fragen zum Erziehungsverhalten* (FZEV) ist eine deutsche Adaptation bzw. Weiterentwicklung des Parent Practices Scale (Strayhorn & Weidmann, 1988) und wurde von unserer kooperierenden Arbeitsgruppe an der Universität Braunschweig entwickelt. Er enthält 13 Items, die auf einer vierstufigen Skala positives, verstärkendes und unterstützendes Erziehungsverhalten messen. Je höher der erreichte Wert, desto positiver das berichtete Erziehungsverhalten. In unserer Stichprobe erreichte die Gesamtskala eine interne Konsistenz von  $\alpha = .84$ .

Der *Erziehungsfragebogen* (EFB) stammt im Original von Arnold und Mitarbeitern (1993). In der deutschen Form (Miller, 2001) beinhaltet er 29 Items, die dysfunktionale Erziehungsstrategien abfragen. Die Skalen umfassen Überreagieren, Nachsichtigkeit und Weitschweifigkeit. Eltern beurteilen ihre Tendenz, bestimmte Erziehungsstrategien zu benutzen, auf einer siebenstufigen Skala. Höhere Werte entsprechen stärker dysfunktionalen Strategien in der Erziehung. Die interne Konsistenz für den Gesamtwert lag in unserer Stichprobe bei  $\alpha = .76$ . Zur Berechnung des Erziehungsgesamtwertes wurden die individuellen Itemwerte des EFB umgepolt.

Die deutsche Version des Fragebogens *Verhalten in Risikosituationen* (VER; Arbeitsgruppe Hahlweg, Braunschweig), im Original von Sanders und Mitarbeitern (2000), fragt die wahrgenommene Fähigkeit ab, schwierige Erziehungssituationen meistern zu können. Eltern sollen beurteilen, ob sie 1 = gar nicht bis 4 = sehr gut in der Lage sind, eine von 27 schwierigen Situationen zu bewältigen. Die interne Konsistenz lag in unserer Stichprobe bei  $\alpha = .90$ .

Der Fragebogen *Fragen zur Selbstwirksamkeit* (FSW; Arbeitsgruppe Hahlweg, Braunschweig) ist die deutsche Adaptation des Parenting Sense of Competence Scale von Johnston und Mash (1989). Der FSW enthält 15 Items zur elterlichen Selbstwirksamkeit, die auf einer vierstufigen Skala eingeschätzt werden sollen. Eltern mit einem hohen Wert im FSW nehmen sich als besonders wirksam wahr. In unserer Stichprobe konnten wir eine interne Konsistenz von  $\alpha = .80$  ermitteln.

### Problemverhalten des Kindes im Urteil der Mutter und der Erzieherin

Der *Fremdbeurteilungsbogen für hyperkinetisches Verhalten* (FBB-HKS) beinhaltet 23, der *Fremdbeurteilungs-*

*bogen für Störung des Sozialverhaltens* (FBB-SSV) 24 Fragen, die den diagnostischen Kriterien für eine Hyperkinetische Störung/Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bzw. eine Störung des Sozialverhaltens nach DSM-IV und ICD-10 entsprechen. Die Eltern- und die Erzieherinnen-Versionen des FBB-HKS und des FBB-SSV sind identisch. Die Items werden von 0 = gar nicht bis 3 = besonders zutreffend eingeschätzt und werden zu jeweils einem validen und reliablen Gesamtwert zusammengefasst (Döpfner & Lehmkuhl, 2000). In dieser Studie wurde aus dem FBB-SSV nur die Subskala oppositionelles Verhalten (FBB-ODD) eingesetzt, die neun Items umfasst. Die interne Konsistenz lag in unserer Stichprobe für die Mütter bei  $\alpha = .91$  für den FBB-HKS Gesamtwert, und bei  $\alpha = .88$  für die Skala FBB-ODD. Für die Erzieherinnen wurden für die entsprechenden Skalen Konsistenzen  $\alpha = 0.90$  bzw.  $\alpha = .92$  erreicht.

Der *Elternfragebogen über das Verhalten von Klein- und Vorschulkindern* (CBCL 1½–5; Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 2002) ist die deutsche Fassung der Child Behavior Checklist for Ages 1½–5 (Achenbach & Rescorla, 2000). Der Bogen enthält 99 Items, die jeweils von 0 = nicht zutreffend bis 2 = genau oder häufig zutreffend beurteilt werden. Die Items erfassen ein weites Spektrum an Verhaltensauffälligkeiten. In unserer Stichprobe lag die interne Konsistenz für die Gesamtskala bei  $\alpha = .94$ .

Der *Fragebogen für Erzieherinnen von Klein- und Vorschulkindern* (C-TRF 1½–5; Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 2002) ist die deutsche Fassung der Caregiver-Teacher Report Form (Achenbach & Rescorla, 2000). Der Bogen enthält wie die Fassung für Eltern 99 geringfügig abweichende Items, die ebenfalls von 0–2 beurteilt werden. In unserer Stichprobe lag die interne Konsistenz für die Gesamtskala bei  $\alpha = .94$ .

## Statistische Analysen

Fehlende Daten wurden auf drei Ebenen berücksichtigt: Skalenwerte wurden nur dann berechnet, wenn weniger als 10% der zugehörigen Items fehlten. Fehlende Prätest Skalenwerte wurden durch den jeweiligen Gruppenmittelwert ersetzt (Tabachnick & Fidell, 1996). Einzelne fehlende Posttestskalenwerte wurden durch den individuellen Prätestwert ersetzt. Fehlte die gesamte Posttestung, wurden die Postskalenwerte für PEP und Kontrollgruppe getrennt aus der Regressionsgrade der vorhandenen Prä-Postwerte vorhergesagt.

Eine Z-Standardisierung aller oben beschriebenen Skalenwerte erfolgte anhand einer Normstichprobe von Eltern aus einer repräsentativen Stichprobe von Vorschulkindern, die uns von der kooperierenden Arbeitsgruppe um Hahlweg zur Verfügung gestellt wurde (Heinrichs et al., 2006). Da für die Erzieherinnendaten keine Normdaten vorlagen, erfolgte die Z-Standardisierung des Problemverhaltens aus Sicht der Erzieherinnen anhand der Mittelwerte und Standardabweichungen der Gesamtstichprobe.

Tabelle 1. Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse) der Prätest-Variablen Varimax-Rotation (Ladungen  $\alpha > .30$ )

	Positives Erziehungsverhalten	Problemv. Mutter	Problemv. Erzieherin
FZEV	<b>0.67</b>		
EFB	<b>0.59</b>	−0.32	
VER	<b>0.66</b>	−0.47	
FSW	<b>0.79</b>		
FBB-HKS (M)		<b>0.83</b>	
FBB-SSV (M)		<b>0.84</b>	
CBCL (M)		<b>0.91</b>	
FBB-HKS (E)			<b>0.82</b>
FBB-SSV (E)			<b>0.83</b>
CTRF (E)			<b>0.92</b>

Zum Zeitpunkt des Prätests wurden demografische Daten und die Erziehungs- und Symptomgesamtwerte der PEP- und der Kontrollgruppe über Mann-Whitney-U-Tests bzw. *t*-Tests verglichen. Interventionseffekte wurden für Erziehungs- und Problemverhalten anschließend mittels Messwiederholungsvarianzanalysen (General Linear Model) überprüft, wobei „Gruppe“ als Zwischensubjekt Faktor und „Zeit“ als Messwiederholungsfaktor verwendet wurden. Grundsätzlich wurde der Alpha-Fehler für

alle durchgeführten Analysen auf  $\alpha = 0.05$  festgelegt. Für die Effektberechnung wurden drei Vergleiche durchgeführt und Alpha wurde auf  $p \leq 0.0167$  korrigiert. Auf Grund der eingangs gerichtet formulierten Hypothese werden einseitige *p*-Werte angegeben.

Zur Abschätzung der praktischen Bedeutsamkeit der Ergebnisse werden die Anzahlen der Fälle berechnet, die in ihrem Erziehungs- bzw. Problemverhalten deutlich von

Tabelle 2. Stichprobenbeschreibung und Teststatistik zum Vergleich der Kontrollgruppe (KG) und Interventionsgruppe (IG) zum Prätest Zeitpunkt

	KG: AM (Std)		IG: AM (Std)		<i>t</i> (123)	<i>p</i>
Alter Kind (Jahre)	4.13	(0.92)	4.12	(0.89)	.027	.978
Alter Mutter (Jahre)	34.1	(5.83)	34.2	(4.64)	−.074	.941
CBCL tot	40.28	(19.77)	43.49	(20.84)	−0.88	.379
FBB-HKS	1.00	(0.53)	1.14	(0.63)	−1.12	.264
FBB-ODD	0.98	(0.60)	1.08	(0.63)	−.973	.333
Gesamtwerte:						
Pos. Erziehung	−0.27	(0.66)	−0.40	(0.77)	1.01	.313
Problemverhalten						
Mütterurteil	0.70	(1.00)	0.89	(1.06)	−1.04	.299
Problemverhalten						
Erzieherinnenurteil	0.06	(0.87)	0.04	(0.87)	0.147	.883
					Mann-Whitney-U	<i>p</i>
SÖS	0.42	(1.55)	0.08	(1.51)	−1.12	.261
Schulbildung						
Mutter	1.92	(1.71)	2.66	(1.74)	−2.95	.003
Vater	2.20	(2.27)	2.36	(1.92)	−1.57	.116
Berufsausbildung						
Mutter	1.27	(2.15)	1.37	(1.92)	−1.34	.181
Vater	1.77	(2.50)	1.44	(1.94)	−.115	.908
Geschlecht Kind	männl. 71 %		männl. 74 %		−.378	.705

Anmerkungen: CBCL = Child Behavior Checklist, tot = Gesamtwert; FBB = Fremdbeurteilungsbogen; HKS = Hyperkinetisches Syndrom; ODD = Oppositionell-Aggressive Störung; SÖS = Sozioökonomischer Status; Schulbildung: 0 = kein Abschluss, 1 = Hauptschule, 2 = Realschule, 3 = Gymnasium oder höher; Berufsausbildung: 0 = ungelernt/angelernt, 1 = abgeschlossene Berufsausbildung, 2 = abgeschlossenes Studium.

Tabelle 3. Ergebnisse des Gruppenvergleichs zu beiden Messzeitpunkten

	PRÄ AM (Std)		POST AM (Std)		Zeit × Gruppe $F(1,123)$	$p$	Effekt- stärke (d)
	KG	IG	KG	IG			
Positives Erziehungsverhalten	-0.27 (0.66)	-0.40 (0.77)	0.07 (0.80)	0.29 (0.85)	9.36	0.002	0.29
Problemverhalten (Mütter)	0.70 (1.00)	0.89 (1.06)	0.46 (0.92)	0.27 (1.02)	8.11	0.003	0.27
Problemverhalten (Erzieherin)	0.06 (0.87)	0.03 (0.87)	-0.44 (0.69)	-0.69 (0.69)	3.09	0.041	0.29

der Norm abweichen. Hierzu wurde in der Normstichprobe (Heinrichs et al., 2006) der 10. Prozentrang für positives Erziehungsverhalten und der 90. Prozentrang für kindliches Problemverhalten ermittelt und als Cutoff Wert an unsere Stichprobe angelegt. Diejenigen, die unterhalb des 10. Prozentrangs für positives Erziehungsverhalten bzw. oberhalb des 90. Prozentrangs für kindliches Problemverhalten (beurteilt durch die Mütter) lagen, wurden als auffällig klassifiziert. Anschließend wurden die Anzahl der Auffälligen innerhalb beider Gruppen zwischen den Zeitpunkten mittels Chi-Quadrat-Test nach McNemar verglichen. Da vier Vergleiche durchgeführt wurden, wurde die Bewertungsgrenze für Signifikanz auf  $p \leq 0.0125$  korrigiert. Zusammenhänge zwischen den Erziehungs- und Problemverhaltens-Gesamtwerten wurden über zweiseitige Pearson Korrelationskoeffizienten ermittelt.

## Ergebnisse

### Voranalysen

Tabelle 2 zeigt die demografischen Daten für die Interventions- und Kontrollgruppe. Die Mütter der Kontrollgruppe hatten eine geringere Schulbildung, die Berufsausbildung der Eltern und der sozioökonomische Status unterschied sich jedoch nicht zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. In der Interventionsgruppe fanden sich zehn (17%), in der Kontrollgruppe 18 Alleinerziehende (38%). In der Interventionsgruppe bekamen 17 Familien (29%) Arbeitslosen- oder Sozialhilfe, in der Kontrollgruppe 11 (23%).

### Interventionseffekte

Sowohl für den Erziehungs- als auch für den Symptomgesamtwert (Mütterurteil) ergibt sich ein signifikanter Zeiteffekt ( $F(1,123) = 80.17, p < 0.001$ ;  $F(1,123) = 40.30, p < 0.001$ ). In beiden Gruppen verbessert sich nach den Urteilen der Mütter ihr eigenes Erziehungsverhalten und die

Verhaltensprobleme der Kinder vermindern sich. Für das Erziehungsverhalten findet sich eine Zeit × Gruppe Interaktion ( $F(1,123) = 9.36, p < 0.002$ ). Abbildung 1 zeigt, dass die Mütter der Interventionsgruppe ihr Erziehungsverhalten vom Prä- zum Postzeitpunkt deutlicher verbessern als die Mütter der Kontrollgruppe. Im mütterlichen Urteil der Symptomstärke zeigt sich ebenfalls eine signifikante Zeit × Gruppe Interaktion ( $F(1,123) = 8.11, p < 0.003$ ) dahingehend, dass die Kinder der Interventionsgruppe eine deutlichere Reduktion der Symptome vom Prä- zum Postzeitpunkt aufweisen. Beurteilen die Erzieherinnen das kindliche Problemverhalten, so findet sich erneut ein deutlicher Zeiteffekt ( $F(1,119) = 90.51, p < 0.001$ ) und ein Interaktionseffekt  $F(1,119) = 3.09, p = 0.041$ , der damit allerdings nach Alphaadjustierung die Signifikanzgrenze verfehlt (Tabelle 3). Abbildung 1 verdeutlicht, dass die Erzieherinnen zwar beide Gruppen zum zweiten Zeitpunkt als weniger problematisch einstufen, dies aber für die Interventionsgruppe eher der Fall ist.

Tabelle 4 zeigt die Mütter, die zum Prä- bzw. Postzeitpunkt ein auffälliges Erziehungsverhalten berichten (PR

Tabelle 4. Anteile Auffälliger im Erziehungsverhalten (PR &lt; 10) und im kindlichen Problemverhalten nach Einschätzung der Mütter (PR &gt; 90) in Kontrollgruppe (KG) und Interventionsgruppe (IG)

	% Auffällige PRÄ	% Auffällige POST	$p$ (Chi-Quadrat-Test nach McNemar)
pos. Erziehungsverhalten			
KG	12.3	10.8	1.0
IG	18.3	5.0	0.021
Problemverhalten			
KG	24.6	10.8	0.022
IG	36.7	15.0	0.001

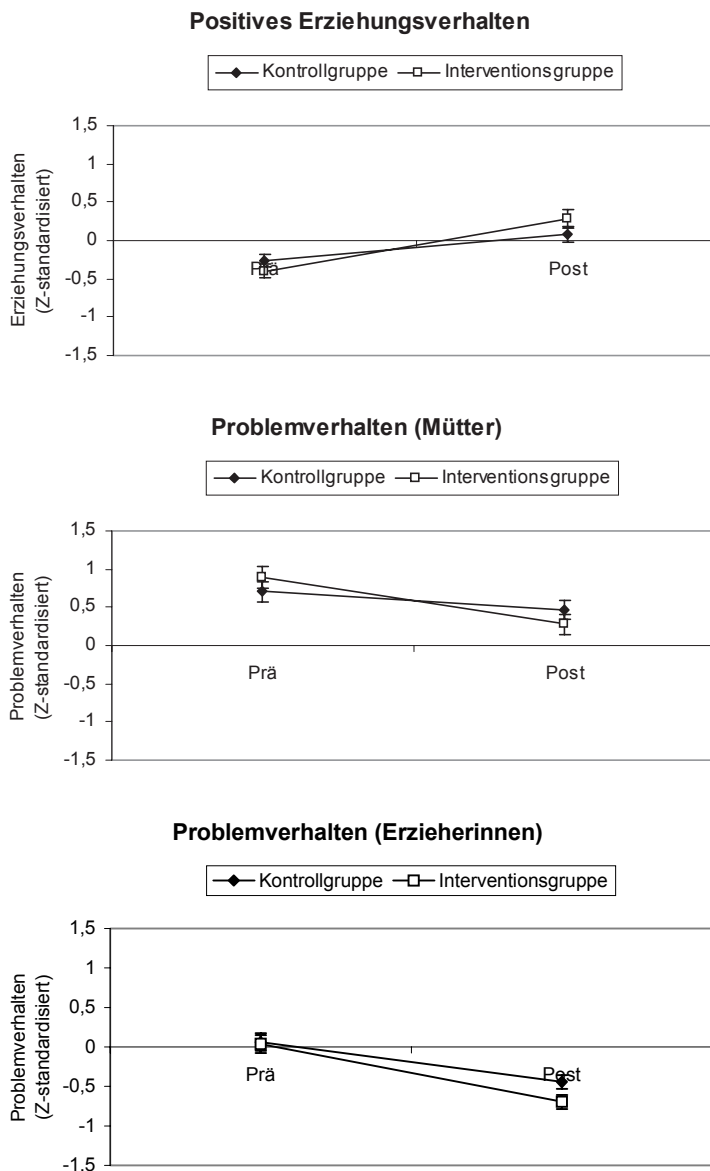


Abbildung 1. Gruppenmittelwerte und Standardfehler für die Kontroll- und Interventionsgruppe zum Zeitpunkt Prä und Post für positives Erziehungsverhalten und für kindliches Problemverhalten im Urteil der Mütter und der Erzieherinnen.

< 10 der Feldstichprobe) und die ihr Kind insgesamt als verhaltensauffällig einschätzen (PR > 90 der Feldstichprobe): In der Interventionsgruppe verringert sich die Anzahl der Mütter mit auffälligem Erziehungsverhalten um 73 % ( $p < 0.02$ ), während die Anzahl der Mütter mit auffälligem Erziehungsverhalten in der Kontrollgruppe um 16 % sinkt. Auf Symptomebene zeigt sich nach dem Urteil der Mutter eine Verringerung des Anteils auffälliger Kinder in der Interventionsgruppe und in der Interventionsgruppe, wobei diese Abnahme lediglich in der Kontrollgruppe die korrigierte Signifikanzgrenze unterschreitet.

In beiden Gruppen hängt die Veränderung des Erziehungsverhaltens vom Prä- zum Postzeitpunkt negativ mit der Veränderung der Symptome zusammen (KG:  $r = -.55$ ;

$p < .001$ ; IG:  $r = -.48$ ;  $p < .001$ ), d. h. eine Verbesserung des Erziehungsverhaltens geht mit einer Verminderung der Verhaltensauffälligkeiten des Kindes nach dem Urteil der Mütter einher.

## Übereinstimmung zwischen Beurteilern (Mütter vs. Erzieherinnen)

Es ergab sich keine signifikante Korrelation zwischen Mütter- und Erzieherinnenurteil, weder zum Prä-(Interventionsgruppe:  $r_{(\text{Symptom Mutter PRÄ} \times \text{Symptom Erzieherin PRÄ})} = .06$ ; Kontrollgruppe  $r_{(\text{pos. Erziehung PRÄ} \times \text{Symptome PRÄ})} = -.09$ ) noch zum Postzeitpunkt (Interventionsgruppe:  $r_{(\text{Symptom Mutter POST} \times \text{Symptom Erzieherin POST})} = .08$ ; Kontrollgruppe  $r_{(\text{pos. Erziehung POST} \times \text{Symptome POST})} = .11$ ).

## Diskussion

Ziel der Studie war zu überprüfen, ob das indizierte Präventionsprogramm für Expansives Problemverhalten (PEP) in der Lage ist, das elterliche Erziehungsverhalten und das kindliche Problemverhalten bei Kindern zu verbessern, die bereits expansive Verhaltensauffälligkeiten zeigen. Der Vergleich der PEP-Interventionsgruppe mit einer nicht-behandelten Kontrollgruppe ergab vier Hauptresultate: Erstens zeigten sich deutliche Interventionseffekte auf die Erziehungskompetenz und auf das Problemverhalten nach Einschätzung der Mütter. Zweitens konnte gezeigt werden, dass eine Veränderung des elterlichen Erziehungsverhaltens bedeutsam mit einer Verminderung der kindlichen Verhaltensauffälligkeiten zusammenhängt. Drittens legten Zeiteffekte bei den Verhaltensauffälligkeiten nahe, die sowohl in der mütterlichen als auch in der Einschätzung der Erzieherinnen zu finden waren, dass parallel ablaufende Entwicklungsprozesse die Interventionseffekte beeinflussen. Viertens fanden wir keine Übereinstimmung in der Beurteilung des kindlichen Problemverhaltens zwischen Müttern und Erzieherinnen.

Die positiven Effekte, die PEP auf das Problem- und Erziehungsverhalten hatte, stehen in Übereinstimmung mit den Befunden zu anderen indizierten Präventionsprogrammen (Bor et al., 2002; DeGarmo et al., 2004; CPPRG, 2004; Martinez & Forgatch, 2001; Miller Brotman et al., 2003; Nixon, 2002; Patterson et al., 2004). Alle abhängigen Variablen, die wir hier untersucht haben, zeigten einen deutlichen Zeiteffekt dahingehend, dass sich auch in der Kontrollgruppe das Problemverhalten und das negative Erziehungsverhalten über die Zeit verringerten, in besonders starkem Maße galt dies für das Problemverhalten aus Erzieherinnensicht. Ein Interventionseffekt bezüglich der Verhaltensauffälligkeiten der Kinder im Urteil der Erzieherinnen konnte daher auf dem Globalmaß nicht nachgewiesen werden. Andere Studien konnten Interventionseffekte im Urteil der Erzieherinnen sichern (z. B. Webster-Stratton et al., 2001, 2004); aller-



dings sind die Effekte nicht so durchgängig, wie bei den Elternurteilen (Webster-Stratton, 1998).

Längsschnittstudien beschreiben drei bis vier unterschiedliche Entwicklungsverläufe expansiven Verhaltens (Hartup, 2005). Eine Gruppe scheint über die Zeit stabil auffällig zu bleiben, zwei bzw. drei weitere Gruppen zeigen im Kindergartenalter mittlere Werte für expansives Verhalten, die sich im Verlauf der Zeit verringern. In unserer Kontrollgruppe brechen vom Prä- zum Postzeitpunkt 36 % derjenigen die Studienteilnahme ab, die zum Prätestzeitpunkt auffällig waren ( $> 90$ . Normperzentile im Problemverhalten), während alle zum Prätest Auffälligen der Experimentalgruppe weiter an der Untersuchung teilnehmen. Man könnte also annehmen, dass sich der Zeitfaktor unterschiedlich auf Kontroll- und Interventionsgruppe auswirkt. Darüber hinaus könnten einige methodische Aspekte die Zeiteffekte erklären: Eine Hypothese könnte sein, dass die Identifikation des Kindes als Problemkind zu einer Veränderung der Erziehungsstrategien oder zur Entlastung von Eltern und Erzieherinnen beigetragen und über diesen Weg zu einer Reduktion der wahrgenommenen Probleme geführt haben könnte. Für den ersten Punkt spricht, dass der Zeiteffekt bei den Erzieherinnen besonders zum Tragen kam. Man könnte annehmen, dass sie über ein reichhaltigeres Erziehungsrepertoire verfügen als die Eltern und im Falle der Identifikation eines Kindes als auffällig davon Gebrauch machen können.

Weiter könnte die Tatsache, dass Erzieherinnen und Eltern Kontakt zum Projekt hatten, einen Effekt gehabt haben. Zu wissen, wohin man sich im Falle größerer Schwierigkeiten wenden könnte, mag zu einer Zunahme an Kontrollgefühl geführt und darüber Eltern und Erzieherinnen entlastet haben. Die Eltern wurden außerdem zweimal in 6 Monaten zu Hause besucht. Auch, wenn dies ausdrücklich nicht beabsichtigt war, kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Eltern die Hausbesuche nutzten, um Ratschläge oder Unterstützung zu bekommen. Um die Kooperation der Mitarbeiterinnen des Jugendamtes zu sichern, wurden darüber hinaus zwei sog. Fachtage mit Fachvorträgen und Kurzworkshops für Erzieherinnen in Kindertagesstätten angeboten.

Insgesamt waren unsere Interventionseffekte kleiner als andere indizierte Präventionsprogramme hätten erwarten lassen (Serketich & Dumas, 1996, für eine Übersicht). Dies ist zum großen Teil auf den Zeiteffekt in der Kontrollgruppe und die damit einhergehenden methodischen Aspekte zurückzuführen.

Wir fanden nahezu keinen Zusammenhang zwischen der Einschätzung des kindlichen Problemverhaltens durch die Eltern und durch die Erzieherinnen. Dies steht in Übereinstimmung mit den Befunden anderer Arbeitsgruppen, die ebenfalls auf Symptomebene geringe bis moderate Korrelationen zwischen Eltern- und Lehrerurteil in klinischen Stichproben berichten (Mitsis et al., 2000; Loeber et al., 1991; Biedermann et al., 1993; Wolraich et al., 2004). Wie oben bereits im Zusammenhang mit den Zeiteffekten diskutiert, könnte ein Grund für den geringen Zusammenhang sein, dass die Erzieherinnen auf Grund ihrer Ausbil-

dung, Erfahrung und ihres professionellen Status andere Kompetenzen und andere Kompetenz- und Effizienzerwartungen hinsichtlich ihrer erzieherischen Fähigkeiten haben als Eltern. Dass gerade diese kognitiven Variablen wiederum die erzieherische Kompetenz und das kindliche Verhalten beeinflussen, wurde auf Elternseite wiederholt gezeigt (Rubin & Burgess, 2002; Crnic & Low, 2002).

## Einschränkungen

Die ausschließlich subjektiven Messgrößen stellen die deutlichste Einschränkung für die Interpretation der Ergebnisse dar. Somit können wir lediglich eine Aussage darüber machen, inwieweit Eltern bzw. Erzieherinnen nach der Intervention das eigene Erziehungsverhalten bzw. das Verhalten der Kinder anders erleben. Ob dies auf objektiver Ebene mit einer tatsächlichen Verhaltensänderung einhergeht, können wir über diese Maße nicht beurteilen. Da allerdings davon auszugehen ist, dass – unabhängig von der Objektivität der Verbesserung – eine wahrgenommene Veränderung des eigenen Erziehungs- oder des kindlichen Problemverhaltens zu einer Steigerung der Kompetenzerwartung und der Selbsteffizienzwahrnehmung führt und dies wiederum die Erziehungsstrategien und das kindliche Verhalten beeinflusst, scheint die wahrgenommene Verbesserung das Entscheidende zu sein (Rubin & Burgess, 2002; Crnic & Low, 2002). Darüber hinaus sind auch Beobachtungsdaten nicht frei von einem subjektiven Bias (Campbell, 1995; Patterson & Forgatch, 1995; Sonuga-Barke et al., 2004). Weitere Analysen zu den Effekten des PEP-Trainings werden die derzeit in Aufbereitung befindlichen Daten der blind gerateten Videobeobachtungen und andere direkt beobachtete Variablen einschließen und können über die hier berichteten Ergebnisse reiner Selbsteinschätzungen hinausweisen.

## Literatur

- Achenbach, T. M. & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Amt für Kinder, Jugend und Familie – Jugendhilfeplanung Köln (2000). *Sozialraumanalyse in Köln; Datenkatalog, Wohnbereiche mit besonderem Jugendhilfebedarf, Indexvergleich*. Köln: Stadtjugendamt.
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL 4–18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung*. 2. Auflage mit deutschen Normen, bearbeitet von M. Döpfner, J. Plück, S. Bölte, P. Melchers & K. Heim. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (2002). *Elternfragebogen für Klein- und Vorschulkinder (CBCL 1½–5)*. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (2002). *Fragebogen für Erzieherinnen von Klein- und Vorschulkinder (C-TRF 1½–5)*. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).



- Arnold, D. S., O'Leary, S. G., Wolff, L. S. & Acker, M. M. (1993). The parenting scale: A measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychological Assessment*, 5, 137–144.
- Barkley, R. A., Shelton, T. L., Crosswait, C., Moorehouse, M., Fletcher, K., Barrett, S., Jenkins, L. & Metevia, L. (2000). Multi-method psycho-educational intervention for preschool children with disruptive behavior: preliminary results at post-treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 319–332.
- Biedermann, J., Faraone, S. V., Milberger, S. & Doyle, A. (1993). Diagnoses of attention-deficit hyperactivity disorder from parent predict diagnoses on teacher reports. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 315–317.
- Bongers, I., Koot, H. M., van der Ende, J. & Verhulst, F. C. (2004). Developmental trajectories of externalizing behaviors in childhood and adolescence. *Child Development*, 75, 1523–1537.
- Bor, W., Sanders, M. R. & Markie-Dadds, C. (2002). The effect of the Triple P-positive parenting program on preschool children with co-occurring disruptive behavior and attentional/hyperactive difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 571–587.
- 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 Psychology*, 27, 180–189.
- Campbell, S. B. (1995). Behavior problems in preschool children: A review of recent research. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 36, 113–149.
- Cmic, K. & Low, C. (2002). Everyday stresses and parenting. In H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (Band 5, pp. 243–268). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Conduct Problems Prevention Research Group (2004). The effects of the Fast Track Program on serious problem outcomes at the end of elementary school. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 650–661.
- Dadds, M. R., Schwartz, S. & Sanders, M. R. (1987). Marital discord and treatment outcome in the treatment of childhood conduct disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 397–403.
- DeGarmo, D., Patterson, G. R. & Forgatch, M. S. (2004). How do outcome in a specified parent training intervention maintain or wane over time? *Prevention Science*, 5, 73–89.
- Döpfner, M., Berner, W., Fleischmann, T. & Schmidt, M. H. (1993). *Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder (VBV)*. Weinheim: Beltz.
- Döpfner, M., Frölich, J. & Lehmkuhl, G. (2000). *Hyperkinetische Störungen. Leitfaden Kinder und Jugendpsychotherapie, Band 1*. Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2000). *Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-KJ)* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2002). Die Wirksamkeit von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Psychologische Rundschau*, 53, 184–193.
- Döpfner, M., Schürmann, S. & Frölich, J. (2002). *Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP)*. (3. Aufl.). Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.
- 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 (supplement 1), I/117–I/129.
- Hartup, W. W. (2005). The development of aggression. *Developmental origins of aggression*. R. E. Tremblay, W. W. Hartup & J. Archer. New York, The Guilford Press.
- Heinrichs, N., Hahlweg, K., Bertram, H., Kuschel, A., Naumann, S. & Harstick, S. (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, 72–86.
- Johnston, C. & Mash, E. J. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18, 167–175.
- Loeber, R., Green, S. M., Lahey, B. B. & Stouthamer-Loeber, M. (1991). Differences and similarities between children, mothers, and teachers as informants on disruptive child behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 75–95.
- Martinez, C. R. & Forgatch, M. S. (2001). Preventing problems with boys' noncompliance: Effects of a parent training intervention for divorcing mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 416–428.
- Miller Brotman, L., Klein, R. G., Kamboukos, D., Brown, E. J., Coard, S. I. & Sosinsky, L. S. (2003). Preventive intervention for urban, low-income preschoolers at familial risk for conduct problems: a randomized pilot study. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 246–257.
- Miller, Y. (2001). *Erziehung von Kindern im Kindergartenalter: Erziehungsverhalten und Kompetenzerzeugungen von Eltern und der Zusammenhang zu kindlichen Verhaltensstörungen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, TU Braunschweig.
- Mitsis, E. M., McKay, K. E., Schulz, K. P., Newcorn, J. H. & Halperin, J. M. (2000). Parent-teacher concordance for DSM-IV attention-deficit/Hyperactivity disorder in a clinic-referred sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 308–313.
- Muñoz, R. F., Mrazek, P. J. & Haggerty, R. J. (1996). Institute of Medicine report on prevention of mental disorders. *American Psychologist*, 51, 1116–1122.
- National Advisory Mental Health Council Workgroup on Mental Disorders Prevention Research, National Institute of Mental Health (2001). Priorities for prevention research at NIMH. [On-line]. *Prevention & Treatment*, 4, Article 17.
- Nixon, R. D. V. (2002). Treatment of behavior problems in preschoolers: A review of parent training programs. *Clinical Psychology Review*, 22, 525–546.
- Patterson, G. R., DeGarmo, D. & Forgatch, M. S. (2004). Systematic change in families following prevention trials. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32, 621–633.
- Patterson, G. R. & Forgatch, M. S. (1995). Predicting future clinical adjustment from treatment outcome and process variables. *Psychological Assessment*, 7, 275–285.
- Plück, J., Wiczorrek, E., Wolff Metternich, T. & Döpfner, M. (2006). *Präventionsprogramm für Expansives Problemverhalten (PEP). Ein Manual für Eltern- und Erziehergruppen*. Göttingen: Hogrefe.
- Rubin, K. H. & Burgess, K. B. (2002). Parents of aggressive and withdrawn children. In M. H. Bornstein (Hrsg.), *Handbook of parenting* (Band 1, S. 383–418). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., Tully, L. A. & Bor, W. (2000). The Triple P-Positive parenting program: A comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 624–640.
- Schuhmann, E. M., Foote, R. C., Eyberg, S. M., Boggs, S. R. & Algina, J. (1998). Efficacy of a parent-child interaction therapy: interim report of a randomized trial with short-term maintenance. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 34–45.
- Serketich, W. J. & Dumas, J. E. (1996). The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 27, 171–186.
- Sheeber, L. B. & Johnson, J. H. (1994). Evaluation of a temperament-focused, parent-training program. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23, 249–259.

- Shelton T. L., Barkley, R. A., Crosswait, C., Moorehouse, M., Fletcher, K., Barrett, S., Jenkins, L. & Metevia, L. (2000). Multimethod psychoeducational intervention for preschool children with disruptive behavior: two-year post-treatment follow-up. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 253–266.
- Sonuga-Barke, E., Thompson, M., Delay, D. & Laver-Bradbury, C. (2004). Parent training for attention deficit/hyperactivity disorder: Is it effective when delivered as routine rather than as specialist care? *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 449–457.
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. F. (1996). *Using multivariate statistics* (3.Ed.). New York: Harper Collins.
- Webster-Stratton, C. (1994). Advancing videotape parent training: a comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 583–593.
- Webster-Stratton, C. & Hammond, M. (1997). Training children with early-onset conduct problems: a comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 93–109.
- Webster-Stratton, C. (1998). Preventing Conduct Problems in Head Start Children Strengthening Parenting Competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 715–730.
- Webster-Stratton, C., Reid, M. J. & Hammond, M. (2001). Preventing conduct problems, promoting social competence: A parent and teacher training partnership in head start. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 283–302.
- 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, 105–124.
- Wolff Metternich, T. & Döpfner, M. (2000). Oppositionelle Verhaltensstörungen im Vorschulalter. *Kindheit und Entwicklung*, 9, 30–39.
- Wolff Metternich, T., Plück, J., Wieczorrek, E., Freund-Braier, I., Hautmann, C., Brix, G. & Döpfner, M. (2002). PEP-Präventionsprogramm für drei- bis sechsjährige Kinder mit expansivem Problemverhalten. *Kindheit und Entwicklung*, 11, 98–106.
- Wolraich, M. L., Lambert, W. E., Bickman, L., Simmons, T., Doffing, M. A. & Worley, K. A. (2004). Assessing the impact of parent and teacher agreement on diagnosing attention-deficit hyperactivity disorder. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 25, 41–47.

---

Prof. Dr. Manfred Döpfner

---

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
des Kindes- und Jugendalters  
am Klinikum der Universität zu Köln  
Robert-Koch-Straße 10  
50931 Köln  
E-Mail: manfred.doepfner@uk-koeln.de