



Originalarbeit

VIA – Intensivtherapeutischer Behandlungsansatz bei Störungen des Sozialverhaltens

Dörte Grasmann und Christina Stadler

Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main

Zusammenfassung, Fragestellung: In der Behandlung von Störungen des Sozialverhaltens haben sich verhaltenstherapeutische multimodale Ansätze als effektiv erwiesen. Bislang liegen jedoch kaum Befunde zur Effektivität teilstationärer Behandlungsansätze vor. In diesem Beitrag wird das verhaltenstherapeutische Intensivprogramm zur Reduktion von Aggression (VIA), das ein 10-tägiges Gruppen-Intensivprogramm für Kinder zwischen 8 und 14 Jahren und ein begleitendes Elterntraining umfasst, vorgestellt. Der Studie liegt die Frage zugrunde, inwieweit das VIA-Programm einen effektiven Behandlungsansatz darstellt, um aggressives Verhalten und komorbide Symptome zu reduzieren. Zudem wird der Frage der differentiellen Therapiewirksamkeit nachgegangen. **Methodik:** Der Untersuchung liegt ein Wartelisten-Gruppen-Design zu Grunde. Neben der varianzanalytischen Überprüfung der Effektivität des VIA-Programms werden Prädiktoren für die Wirksamkeit in einem linearen Regressionsmodell untersucht. **Ergebnisse:** Insgesamt nahmen 36 Jungen und ihre primären Bezugspersonen an der Untersuchung teil. Die Ergebnisse weisen auf eine signifikante Reduktion der oppositionellen Verhaltensprobleme und der komorbiden ADHS-Symptomatik in der Interventionsgruppe (IG, $n = 18$) im Vergleich zur Wartegruppe (WG, $n = 18$) hin. Weiter lassen sich das Alter sowie der Ausprägungsgrad dissozial-aggressiver Verhaltenssymptome als bedeutsame Prädiktoren identifizieren. **Schlussfolgerungen:** Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass das intensivtherapeutische VIA-Programm einen effektiven Behandlungsansatz darstellt, um aggressive Verhaltensprobleme und komorbide ADHS-Symptome bei Patienten mit Störungen des Sozialverhaltens zu reduzieren.

Schlüsselwörter: Störung des Sozialverhaltens, Gruppenpsychotherapie, manualisierter Therapieansatz

Abstract. VIA – an intensive therapeutic treatment program for conduct disorders

Objectives: Behavioral multimodal therapeutic approaches have proven effective in the treatment of conduct disorders. Yet there are hardly any findings regarding the effectiveness of outpatient treatment approaches. This article introduces an intensive behavioral therapeutic program for the reduction of aggressive behaviors (VIA – Verhaltenstherapeutisches Intensivprogramm zur Reduktion von Aggression). VIA combines a intensive outpatient group program for children, aged 8 to 14 years, with accompanying parent training. This study investigates the effectiveness of the VIA approach in reducing aggressive and comorbid symptoms. Furthermore, it pursues the question of the differential therapy effectiveness. **Methods:** We evaluated the treatment program within the framework of a waitlist-group study design. Pre-post changes and predictors of treatment efficacy were assessed via multivariate analyses of variance and a linear regression model, respectively. **Results:** A group of 36 boys and their caregivers took part in the study. The between-groups comparison revealed a significantly greater reduction of oppositional behavior problems and co-morbid symptoms of ADHD in the intervention group (IG, $n = 18$) compared to the waitlist group (WG, $n = 18$). In addition, age and degree of dissocial-aggressive behavioral symptoms were identified as crucial predictors. **Conclusions:** This study shows that the VIA intensive therapeutic treatment program is effective in reducing aggressive behaviour and comorbid ADHD symptoms in patients with conduct disorder.

Keywords: conduct disorder, group psychotherapy, manualized approach

Einleitung

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie gehören Störungen des Sozialverhaltens mit einem Vorkommen von sechs bis zehn Prozent zu den häufigsten Vorstellungsanlässen (Baving, 2006; Ihle & Esser, 2002; Saß, Wittchen, Zaudig &

Houben, 2003). Aufgrund der ungünstigen Prognose sowie hohen Persistenz von Störungen des Sozialverhaltens (Biederman et al., 2008) ist eine möglichst frühzeitige und effektive Behandlung wünschenswert.

Nach Kazdin (1997; Weisz & Kazdin, 2006) sind insbesondere folgende therapeutische Interventionsansätze gut

Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
8.00–8.45	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück
8.45–9.15	Besprechung	Besprechung	Besprechung	Besprechung	Besprechung
9.15–10.15	KT ¹	KT	KT	KT	KT
10.15–10.30	ZM ²	ZM	ZM	ZM	ZM
10.30–11.15	PA ³	PA, EG ⁴	PA	PA, EG	PA
11.15–12.00	Freizeit	Freizeit	Freizeit	Freizeit	Freizeit
12.00–12.40	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen
12.40–13.00	Entspannung	Entspannung	Entspannung	Entspannung	1. Woche
Ausflug	13.00–13.45	KT	KT	KT	KT
13.45–14.00	ZM	ZM	ZM	ZM	
14.00–14.45	PA	PA, EG	PA	PA, EG	2. Woche
Abschluss	14.45–15.30	Freizeit	Freizeit	Freizeit	Freizeit
15.30–16.00	Feedback	Feedback	Feedback	Feedback	
16.00–16.30	Team	Team	Team	Team	Team

¹Kompetenztraining; ²Zwischenmahlzeit; ³Projektarbeit; ⁴Einzelgespräch

Abbildung 1. Wochenablaufplan (aus: Grasmann & Stadler 2009, 31).

evaluiert und wirksam: Elterntrainings (ET), kognitive Problemlösetrainings und multisystemische Therapieansätze. In multisystemischen Therapieansätzen (Schönwald, Heiblum, Saldana & Henggeler, 2008) werden sowohl kinder- und jugendlichenzentrierte als auch familien- und schulzentrierte Interventionen mit psychosozialen Maßnahmen kombiniert und auf diese Weise die Bedeutung unterschiedlicher verursachender und aufrechterhaltender Faktoren aggressiven Verhaltens berücksichtigt (siehe Beiträge von Rhiner et al. und Rehberg et al., in diesem Heft). Dieser viel versprechende Ansatz ist jedoch im klinischen Behandlungssetting aufgrund ökonomischer Faktoren selten zu realisieren.

Zu den in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen am häufigsten eingesetzten Interventionsmaßnahmen zählen verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Elterntrainings. Wesentlicher Ansatzpunkt ist die Verbesserung der Erziehungskompetenz und des familiären Klimas durch den Einsatz operanter Strategien. Da in Elterntrainings insbesondere eine Reduzierung ungünstiger familiärer Interaktionsmuster angestrebt wird, sind diese vor allem bei der Behandlung jüngerer Kinder geeignet. Bei älteren Kindern hingegen sind auch andere dysfunktionale Bereiche, z. B. die Gruppe der Gleichaltrigen verstärkt zu berücksichtigen (Barkley, 1997). Charakteristische Schwierigkeiten aggressiver Kinder, beispielsweise in der sozialen Informationsverarbeitung oder Emotionsregulation zeigen sich nicht nur gegenüber Eltern, sondern auch in der Interaktion mit Gleichaltrigen und sind mit einer Vielzahl negativer Konsequenzen verbunden, die häufig zu einer weiteren Chronifizierung der Symptomatik beitragen. Aufgrund der häufig ausgeprägten Probleme im Umgang mit anderen Kindern erscheinen deshalb therapeutische Gruppeninterventionen eine sinnvolle Ergänzung zu einzeltherapeutischen Ansätzen. Entgegen der Vermutung, dass Gruppenmitglieder durch ungünstige Modelle in der Gruppe negative Verhaltensweisen lernen könnten, zeigen

die Studien von Pelham und Hoza (1996), dass ein intensivtherapeutischer Gruppenansatz, der eine mehrwöchige störungsspezifische Behandlung umfasst (Summer-Treatment-Ansatz) zu einer Reduktion von Verhaltensproblemen führt (Pelham et al., 2000; Yamashita et al., 2010). Auf der Grundlage dieser positiven Erfahrungen wurde der intensivtherapeutische Gruppenansatz auf das kinder- und jugendpsychiatrische Setting übertragen und ein multimodales verhaltenstherapeutisches Intensivprogramm (VIA) für Patienten mit Störungen des Sozialverhaltens und komorbiden Störungen entwickelt (Grasmann & Stadler, 2009). Zentraler Ansatzpunkt dieses Programms ist neben Methoden des Verhaltensmanagements ein direktes Üben angemessener Problemlösefertigkeiten in konkreten Konfliktsituationen mit Hilfe verhaltenstherapeutischer Strategien wie coaching, shaping und fading. Gerade für impulsiv-aggressive Kinder stellt die Erfahrung, mit neu erworbenen Verhaltens- und Problemlösestrategien Erfolg zu haben, eine positive Kontrollerfahrung dar, die unangemessenes Verhalten schrittweise abzulösen vermag (Grawe & Grawe-Gerber, 1999). In Ergänzung zu ambulanten gruppentherapeutischen Angeboten ist ein zentraler Ansatzpunkt des VIA deshalb die Vermittlung positiver Kontrollerfahrungen im Lebensalltag der Patienten. Die Erfahrung zeigt, dass die Realisierung lösungsorientierten Verhaltens in sozialen Konfliktsituationen häufig eine intensive therapeutische Begleitung erfordert. Dies wird insbesondere in unstrukturierten Freizeiteinheiten deutlich, da hier aggressive Verhaltensweisen häufiger zu beobachten sind. Im Unterschied zu ambulanten Gruppensitzungen werden im VIA alternative Problemlösefertigkeiten häufig direkt in Situationen, die mit einem hohen Erregungsniveau verbunden sind, trainiert. Ziel ist es, durch positive Verstärkung für angemessenes Verhalten, als auch durch Prinzipien der negativen Verstärkung (Erregungsabbau nach erfolgreichem Verhalten) die Wahrscheinlichkeit für angemessenes Verhalten in ähnlichen Situationen zu erhöhen. Begleitend zum zweiwöchigen Kin-

streckte sich über einen Zeitraum von 10 Monaten, da die Gruppen im klinischen Alltag fortlaufend rekrutiert und während der Schulferien behandelt wurden.

Für die Teilnahme wurden männliche Patienten der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters des Universitätsklinikums Frankfurt im Alter zwischen 8 und 13 Jahren angeworben, bei denen die Diagnosekriterien für eine Störung des Sozialverhaltens (F91.x) oder einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens (F90.1) bzw. einer kombinierten Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92.x) erfüllt waren. Ausgeschlossen wurden Patienten mit einer unterdurchschnittlichen kognitiven Leistungsfähigkeit ($IQ \leq 80$), mangelnder Kenntnis der deutschen Sprache oder Vorliegen einer anderen schwerwiegenden psychiatrischen Erkrankung. Nach der Aufklärung der Eltern über das Programm und den Ablauf der Studie erfolgte die verbindliche Anmeldung, die eine schriftliche Einverständniserklärung zur Erhebung der Daten einschloss.

Die Randomisierung in Warte- und Interventionsgruppe wurde 10 Wochen vor Beginn der Intervention vorgenommen. Pro Behandlungsgruppe wurden drei Kinder blind der WG und drei Kinder der IG zugeteilt. Auf diese Weise sollten Effekte, die möglicherweise durch die spezifische Gruppenkonstellation gegeben sind, ausgeglichen werden. Drei Familien zogen ihre Anmeldung nach der Rekrutierung zurück. Als Gründe wurden Urlaubszeiten sowie eine mangelnde Realisierbarkeit der Teilnahme am Elterntraining aufgeführt. Diese Plätze konnten jedoch unmittelbar aufgefüllt werden, so dass in die Untersuchung 36 Patienten eingeschlossen wurden.

Die Datenerhebung erfolgte für die Wartegruppe zehn Wochen vor der Intervention (Prä) und am Ende der Wartezeit (Post) und für die Interventionsgruppe zu Interventionsbeginn (Prä) und nach der Intervention (Post). Im Gegensatz zu klassischen randomisierten kontrollierten Therapiestudien waren in dem hier realisierten Wartelisten-Gruppen-Design die Wartebedingungen für alle Patienten gleich. Auf eine unbehandelte Kontrollgruppe ohne Aussicht auf eine Intervention oder längere Wartezeiten musste aus ethischen Gründen und wegen des dringlichen Behandlungsbedarfs verzichtet werden.

Stichprobe

Auf der Basis der Anamnese, die unter Einbeziehung mehrerer Informationsquellen (Eltern, Kind, Lehrer) standardisiert entsprechend dem Interviewleitfaden des K-SADS-PL für Störungen des Sozialverhaltens (Delmo, Weiffenbach, Gabriel, Marchia & Poustka, 2000; Englert, Jungmann, Lam, Wienand & Poustka, 1998) erfolgte, konnte die Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens gemäß ICD-10 (Remschmidt, Schmidt & Poustka, 2006) bei allen Patienten abgesichert werden. Alle eingeschlossenen Patienten erfüllten die definierten Einschlusskriterien. Al-

ter: Das durchschnittliche Alter betrug 10.5 Jahre ($SD = 1.6$) für die WG und 11.0 Jahre ($SD = 1.6$) für die IG. Es gab keinen signifikanten Gruppenunterschied zwischen WG und IG ($t = -.947, p = .351$). *Intelligenz*: Das kognitive Leistungsniveau lag für die WG bei 97.0 ($SD = 14.1$) und für die IG bei 99.1 ($SD = 13.0$). Auch hier gab es keinen signifikanten Gruppenunterschied ($t = -.466, p = .644$). *Diagnosen*: Der Großteil der Kinder erfüllte die Kriterien einer Hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens, F90.1 (WG: $n = 17$, IG: $n = 16$). Hierbei lagen bei einem Kind der WG und bei zwei Kindern der IG zusätzlich komorbide Störungen vor. Zwei Kinder der IG erfüllten die Kriterien einer Störung des Sozialverhaltens (F91.x) und ein Kind der WG erfüllte die Kriterien einer gemischten Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92.x). *Medikation*: Acht Kinder der WG und zwölf Kinder der IG erhielten bereits vor der Datenerhebung eine medikamentöse Behandlung, die über den gesamten Erhebungszeitraum nicht verändert wurde (Psychostimulanzien WG: $n = 7$, IG: $n = 10$; Neuroleptika IG: $n = 1$; Stimulanzien und Neuroleptika kombiniert WG: $n = 1$; IG: $n = 1$). *Familienstatus*: Die Kinder wuchsen in folgenden Familienkonstellationen auf: Leibliche Eltern (WG: $n = 11$, IG: $n = 7$), alleinerziehender Elternteil (WG: $n = 3$, IG: $n = 8$); Heim/Pflegefamilie (WG: $n = 2$, IG: $n = 2$), Stiefelternfamilie (WG: $n = 2$, IG: $n = 1$). *Sozioökonomischer Status*: Der sozioökonomische Status wurde anhand des elterlichen Bildungsstatus erhoben (Englert & Poustka, 1995). Er verteilte sich wie folgt: Familien mit niedrigem Bildungsniveau (WG: $n = 5$; IG: $n = 6$), Familien mit mittlerem Bildungsniveau (WG: $n = 10$, IG: $n = 10$), Familien mit hohem Bildungsniveau (WG: $n = 3$, IG: $n = 2$).

Messinstrumente

Die Evaluation erfolgte anhand der Verhaltensbeurteilung durch die Eltern bzw. primären Bezugspersonen unter Verwendung standardisierter Verfahren.

Als primäres Erfolgsmaß wurde die Symptomatik einer Störung des Sozialverhaltens definiert. Die Einschätzung erfolgte anhand des Fremdbeurteilungsbogens – Störungen des Sozialverhaltens (FBB-SSV) aus dem Diagnostik-System zur Erfassung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-KJ) von Döpfner und Lehmkuhl (2000). Der FBB-SSV umfasst 25 Items. Der Schweregrad der Symptomatik kann anhand einer vierstufigen Antwortskala eingeschätzt werden. Die Items werden zu den Symptomgruppen oppositionell-aggressives Verhalten und dissozial-aggressives Verhalten zusammengefasst. In der dimensionalen Bewertung werden Kennwerte von 0–0.5 als gar nicht auffällig, von 0.6–1.5 als ein wenig auffällig, von 1.6–2.5 als ziemlich/weitgehend auffällig und von 2.6–3.0 als sehr/besonders auffällig beurteilt. Nach Döpfner, Görtitz und Lehmkuhl (2008) wurden die internen Konsistenzen an Feld-

Tabelle 1

Mittelwerte und deren Standardabweichungen, Signifikanzen (p) und Effektstärken (η^2) der univariaten Varianzanalysen

	Wartegruppe		Interventionsgruppe		p	η^2
	prä $M (SD)$	post $M(SD)$	prä $M (SD)$	post $M (SD)$		
Oppositionelle Aggression ¹	1.82 (.50)	1.69 (.79)	1.91 (.57)	1.31 (.79)	.012*	.170
Dissoziale Aggression ²	.37 (.28)	.31 (.15)	.41 (.25)	.23 (.24)	n. s.	.078
ADHS-Symptomatik ³	1.45 (.49)	1.36 (.47)	1.61 (.54)	1.16 (.41)	.026*	.140

¹FBB-SSV Skala oppositionelle Aggression; ²FBB-SSV Skala dissoziale Aggression; ³Conners-Fragebogen Gesamtproblemwert; $p \leq .05^*$

stichproben und klinischen Stichproben überprüft und können mit Werten von Cronbach's $\alpha > .70$ als zufriedenstellend bezeichnet werden.

Hinsichtlich der Einschätzung von ADHS-Symptomen wurden die Conners-Skalen verwendet. Eingesetzt wurde die 28-Item-Version (Conners, Sitarenios, Parker & Epstein, 1998), ein sehr häufig eingesetztes Verfahren bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (Barkley, 1987; Blondis, Snow, Stein & Roizen, 1991). Die Beurteilung erfolgt anhand einer vierstufigen Schätzskala. Für die in dieser Studie verwendete Conners-Gesamtskala ergab sich für die Prämessung eine Reliabilität von Cronbach's $\alpha > .88$.

Statistik

Die Auswertung erfolgte mit dem Statistischen Auswertungsprogramm SPSS (Version 17). Um zu überprüfen, ob sich die beiden Gruppen vor Behandlungsbeginn hinsichtlich der Verhaltenssymptomatik, des Alters und des kognitiven Leistungsniveaus unterscheiden, wurden t-Tests für unabhängige Stichproben gerechnet. Für die Prä-Post Vergleiche wurden multivariate Varianzanalysen mit Messwiederholung durchgeführt, die univariate Analysen einschließen, die prüfen, hinsichtlich welcher der erfassten Skalen signifikante Unterschiede zwischen IG und WG vorliegen. Für die Ergebnisdarstellung werden die Effektstärkeindizes η^2 nach Cohen (1988) aufgeführt ($\eta^2 = 0.01$ kleiner Effekt, $\eta^2 = 0.06$ mittlerer Effekt, $\eta^2 = 0.14$ großer Effekt).

Die Frage nach dem Einfluss der prämorbidem Verhaltenssymptomatik auf den Therapieerfolg wurde mit einer multiplen linearen Regressionsanalyse berechnet, wobei die Prädiktoren oppositionelle Aggression und dissoziale Aggression (FBB-SSV), die ADHS-Symptomatik (Conners-Skalen), das Alter und der IQ simultan im Modell eingeschlossen wurden. Der Therapieerfolg ist als Differenz zwischen dem z-standardisierten FBB-SSV-Gesamtwert nach Therapie (Postmessung) und dem z-standardisierten FBB-SSV-Gesamtwert der Prä-Messung definiert.

Ergebnisse

Die Überprüfung der Gruppenunterschiede zu Erhebungsbeginn (unmittelbar nach der Randomisierung) ergab keine Gruppenunterschiede zwischen WG und IG hinsichtlich der Symptombereiche oppositionelle Aggression ($t = -.521, p = .605$) und dissoziale Aggression ($t = -.435, p = .666$) sowie der ADHS-Symptomatik ($t = -.940, p = .354$). Zudem unterschieden sich die Gruppen nicht hinsichtlich des Alters ($t = -.947, p = .351$) und des kognitiven Leistungsniveaus ($t = -.466, p = .644$).

Überprüfung des Behandlungseffektes. In der multivariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung zeigte sich eine signifikante Interaktion zwischen den Faktoren Gruppe \times Zeit ($F(2, 33) = 3.395; p = .046; \eta^2 = .171$). Die im Modell berechneten univariaten Analysen weisen dabei sowohl auf eine signifikante Reduktion der oppositionellen-aggressiven Symptomatik in der Interventionsgruppe ($F(2, 33) = 6.981, p = .012; \eta^2 = .170$) als auch auf eine tendenzielle Reduktion der dissozial-aggressiven Symptomatik ($F(2, 33) = 2.888, p = .098; \eta^2 = .078$) hin (Tabelle 1). Hinsichtlich der ADHS-Symptomatik ergab sich in der univariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung (Gesamtproblemwert ADHS-Symptome) ebenfalls eine signifikante Interaktion zwischen den Faktoren Gruppe \times Zeit ($F(1, 34) = 5.526; p = .025; \eta^2 = .140$), die sich auf eine deutliche Reduktion der Verhaltensprobleme in der Interventionsgruppe zurückführen ließ.

Einfluss differenzieller Faktoren auf die Therapiewirksamkeit

Die Überprüfung der für die Durchführung der multiplen Regressionsanalysen notwendigen Voraussetzungen ergab keinen Hinweis auf Kollinearität zwischen den Prädiktoren bzw. Heteroskedasität (unterschiedliche Streuung der Residuen). Das Ergebnis der multiplen Regressionsanalyse wies auf einen statistisch bedeutsamen Beitrag zur Aufklärung des Therapieerfolgs durch die eingeschlossenen Faktoren hin ($F(5, 35) = 4.32, p = .004$). Im Einzelnen erwiesen sich das Alter ($\beta = .33$) sowie der Ausprägungsgrad dissozialer Aggression ($\beta = -.62$) zu Beginn der Therapie als statistisch bedeutsame Prädiktoren: Jüngere Patienten und

Tabelle 2. Ergebnis der multiplen Regressionsanalyse

Prädiktoren	<i>B</i>	β	<i>T</i>	<i>p</i>
eingeschlossene Variablen				
Oppositionelle Aggression ¹	-.49	-.26	-1.21	n. s.
Dissoziale Aggression ²	-2.44	-.62	-2.91	.007**
ADHS-Symptomatik ³	.56	.28	1.56	n. s.
IQ	-.02	.22	1.49	n. s.
Alter	.21	.33	2.13	.042*

Modell: ($F(5, 35) = 4.32, p = .004$). $R^2 = .419$. $R = .647$ ¹FBB-SSV Skala oppositionelle Aggression; ²FBB-SSV Skala dissoziale Aggression; Conners-Skalen (Gesamtwert), $p \leq .05^*$; $p \leq .01^{**}$

Patienten, bei denen dissozial-aggressive Symptome weniger ausgeprägt waren, zeigten nach Ende der Behandlung einen größeren Symptomverbesserung (siehe Tabelle 2).

Diskussion

In der vorliegenden Untersuchung wurde in einem experimentellen Wartelisten-Gruppen-Design der Frage nachgegangen, inwieweit sich durch das verhaltenstherapeutische Intensivtraining (VIA) aggressive Auffälligkeiten sowie komorbide ADHS-Symptome bei Patienten mit Störungen des Sozialverhaltens verbessern lassen. Des Weiteren wurden differenzielle Faktoren der Therapiewirksamkeit untersucht, wobei hier die prämorbid Verhaltenssymptomatik, das Alter und das kognitive Leistungsniveau der Patienten berücksichtigt wurden.

Das Ergebnis der durchgeführten statistischen Analysen bestätigt den in vielen VIA-Behandlungen gewonnenen klinischen Eindruck, dass Kinder mit Störungen des Sozialverhaltens von einem tagesklinischen zweiwöchigen Intensivprogramm unter Einbindung der Eltern entscheidend profitieren können. Dieser Effekt zeigt sich in einer Abnahme störungsspezifischer externaler Symptome: Sowohl oppositionell-, als auch tendenziell dissozial-aggressives Verhalten sowie die in den Conners-Skalen erfassten ADHS-Symptome sind nach der VIA-Intervention bedeutsam geringer ausgeprägt.

Entgegen den Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (2007), in denen eine teilstationäre Behandlung dann als sinnvoll erachtet wird, wenn die Gruppe nicht überwiegend aus dissozialen Kindern/Jugendlichen zusammengesetzt ist, weisen die Ergebnisse dieser Studie somit darauf hin, dass die Behandlung einer störungshomogenen Patientengruppe eine wirksame Behandlungsmethode darstellen kann. Grundlage des VIA-Programms ist dabei die Intensivierung verhaltenstherapeutischer Methoden, um sozial angemessenes Verhalten zu verstärken und sozial unangemessenes (aggressives Verhalten) unmittelbar mit entsprechenden Konsequenzen zu reduzieren. Im vollstationären klinischen Setting ist ein intensivtherapeutischer Ansatz mit einem entsprechend hohen Personalschlüssel meist nicht umsetzbar. Fehlen jedoch einheitliche Konse-

quenzen bzw. wird aggressives Verhalten geduldet, steigt in der Regel die Häufigkeit des Auftretens. Aus diesem Grund stellen gerade Patienten mit Störungen des Sozialverhaltens eine besondere Herausforderung für die stationäre Behandlung dar, die häufig mit unbefriedigenden Behandlungsergebnissen, disziplinarischen Entlassungen oder Therapieabbrüchen einhergeht. Die Ergebnisse dieser Studie weisen darauf hin, dass eine Intensivierung verhaltenstherapeutischer Strategien einen sinnvollen alternativen Behandlungsansatz verspricht, der auch mit einer nachhaltigen Reduktion aggressiven Verhaltens verbunden ist (Stadler et al., 2008). Als entscheidende Wirkfaktoren sind die während der tagesklinischen Behandlung gemachten Erfahrungen der Patienten zu diskutieren, die positive Kontrollerfahrungen in alltagsähnlichen Konfliktsituationen auf der Basis neuer Problemlösefertigkeiten ermöglichen. Diese stellen nach Grawe und Grawe-Gerber (1999) eine unabdingbare Voraussetzung für den Aufbau und die Etablierung neuer Verhaltensweisen dar. Auch in einer neueren Metaanalyse zur Wirksamkeit von Psychotherapie (Kaminski, Valle, Filene & Boyle, 2008) konnte bestätigt werden, dass insbesondere das konkrete Üben mit dem Kind zu einer bedeutsamen Verhaltensverbesserung beiträgt.

Die Ergebnisse dieser Studie weisen jedoch auch auf einige Einschränkungen des VIA hin. Im Einklang mit Befunden, die zeigen, dass multimodale Ansätze zwar bei jüngeren Kindern unter Einbeziehung der Bezugspersonen erfolgversprechend sind (Kazdin & Wessell, 2000; Webster-Stratton, Reid & Hammond, 2004), jedoch bei Jugendlichen eher moderate Effekte erzielen (Conduct Problems Prevention Research Group, 2002; Curtis, Ronan & Borduin, 2004), unterstreicht auch diese Studie, dass die Effektivität des VIA-Programms mit zunehmendem Alter der Patienten abnimmt. Zu vermuten ist, dass bei Vorliegen komorbider Symptome, die meist mit zunehmendem Alter häufiger gegeben sind, oder stärkerem Einfluss einer devianten Jugendlichengruppe der Behandlungserfolg geringer ist.

Positiv herauszustellen ist, dass nach dem Ergebnis der multiplen Regressionsanalyse das Intelligenzniveau kein bedeutsamer Prädiktor für die Therapiewirksamkeit ist. Das heißt, auch Patienten mit einem geringeren kognitiven Leistungsniveau profitieren gleichermaßen von den eingesetzten verhaltenstherapeutischen Strategien.

Negativ auf die Therapiewirksamkeit wirkt sich jedoch eine hohe dissozial-aggressive Verhaltenssymptomatik aus. Da eine Vielzahl der im VIA eingesetzten Strategien an einer Verbesserung der Impulskontrolle und Emotionsregulation ansetzen, ist es nachvollziehbar, dass Patienten, die primär Symptome wie Stehlen, Lügen oder Schuleschwänzen zeigen, von der Behandlung weniger profitieren. Dissozial-aggressive Verhaltenssymptome werden – im Gegensatz zur impulsiven Aggression – dem instrumentell-aggressiven Subtyp zugeordnet, für den eine niedrige psychophysiologische Aktivität als kennzeichnendes neurobiologisches Korrelat diskutiert wird (Sterzer & Stadler, 2009). Entsprechend konnte in der Studie von Stadler et al. (2008) bestätigt werden, dass aggressive Patienten mit einer niedrigen autonomen Aktivität weniger von der VIA-Intervention profitieren als aggressive Patienten

mit einer hohen autonomen Aktivität. Für Patienten, die primär dissozial-aggressive Verhaltenssymptome aufweisen, scheinen somit ergänzende therapeutische Maßnahmen indiziert. Die Entwicklung und Überprüfung therapeutischer Ansätze zur effektiven Behandlung dieser Patientengruppe muss Gegenstand weiterer Forschungsanstrengungen sein. Zur Beantwortung von Fragen der differentiellen Therapiewirksamkeit sind hierbei nicht nur unterschiedliche Subtypen aggressiven Verhaltens verstärkt zu berücksichtigen, sondern auch spezifische Persönlichkeitsmerkmale, wie z. B. die von der Arbeitsgruppe Frick beschriebenen callous unemotional traits, die die Effektivität therapeutischer Interventionen ebenfalls einschränken (Frick, 2001; Frick & Ellis, 1999).

Kritisch zu diskutieren ist die Frage, inwieweit die von den Eltern berichtete positive Einschätzung möglicherweise auf die erlebte Entlastung der Eltern zurückzuführen ist, da sich die Kinder zwei Wochen überwiegend in der Klinik aufhielten. Notwendig ist hier die Überprüfung der Effekte im nicht-familiären Bereich, beispielsweise im schulischen Umfeld.

Einschränkungen erfährt die Untersuchung auch durch das gewählte Wartelisten-Gruppen-Design. Da die WG bereits zu Beginn der Erhebung Informationen über das Programm und die Zusicherung eines Behandlungsplatzes erhielt, konnte ein hierdurch bedingter Moderatoreffekt in der Wartezeit nicht ausgeschlossen werden (Mundt & Backenstraß, 2008).

Abschließend sollte auch darauf hingewiesen werden, dass für die Generalisierung der Effekte die Erweiterung der therapeutischen Interventionen auf das schulische Umfeld (z. B. durch entsprechende Lehrerschulungen) förderlich wären. Eine aktuelle Umsetzung des VIA in einer Jugendhilfeeinrichtung sowie einer Schule für Erziehungshilfe zeigt, dass das Programm auch für pädagogische Jugendhilfeeinrichtungen oder Schulen mit entsprechendem Förderschwerpunkt (Schule für Erziehungshilfe/Lernhilfe, etc.) geeignet ist. Eine umfangreiche Evaluation steht bislang jedoch aus.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse dieser Studie, dass das verhaltenstherapeutische Intensivprogramm zur Reduktion von Aggression in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit einer Störung des Sozialverhaltens einen sinnvollen Behandlungsansatz darstellt. Es ist jedoch erforderlich, die Befunde in weiteren Untersuchungen an größeren Stichproben unter randomisiert-kontrollierten Bedingungen weiter abzusichern.

Literatur

- Barkley, R. (1987). The assessment of attention deficit-hyperactivity disorder. *Behavioral Assessment*, 9, 207–233.
- Barkley, R. (1997). *Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training*. New York: Guilford.
- Baving, L. (2006). *Störungen des Sozialverhaltens*. Heidelberg: Springer.
- Biederman, J., Petty, C., Dolan, C., Hughes, S., Mick, E., Monuteaux M. & Faraone, S. (2008). The long-term longitudinal course of oppositional defiant disorder and conduct disorder in ADHD boys: Findings from a 10-year prospective longitudinal follow-up study. *Psychological Medicine*, 38, 1027–1036.
- Blondis, T., Snow, J., Stein, M. & Roizen, N. (1991). Appropriate use of measures of attention and activity for diagnosis and management of attention deficit hyperactivity disorder. In P. Accordo, T. Blondis & B. Whitman (Eds.), *ADHD in Children* (pp. 2–9). New York: Dekker.
- Cohen, S. (1988). *Statistical power analyses for the behavioral sciences*. New York: Academic Press.
- Conduct Problems Prevention Research Group. (2002). Evaluation of the first 3 years of the FAST Track prevention trial with children at high risk for adolescent conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 19–35.
- Conners, C., Sitarenios, G., Parker, J. & Epstein, J. (1998). Revision and restandardization of Conners Teacher Rating Scale (CTRS-R): Factor structure, reliability, and criterion validity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 279–291.
- Curtis, N., Ronan, K. & Bordin, C. (2004). Multisystemic treatment: A meta-analysis of outcome studies. *Journal of Family Psychology*, 18, 411–419.
- Delmo, C., Weiffenbach, O., Gabriel, M., Marchia, E. & Poustka, F. (2000). *Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL)*. Deutsche Forschungsversion. Frankfurt: Eigendruck.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. (Hrsg.). (2007). *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Döpfner, M., Görtitz, D. & Lehmkuhl, G. (2008). *DISYPS-II. Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche-II*. Göttingen: Hogrefe, Testzentrale.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2000). *DISYPS-KJ. Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10/DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe, Testzentrale.
- Englert, E., Jungmann, J., Lam, L., Wienand, F. & Poustka, F. (1998). Die Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie – Merkmalskatalog der Fachverbände für eine gemeinsame Basisdokumentation für Klinik und Praxis. *Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde*, 27, 129–146.
- Englert, E. & Poustka, F. (1995). The Frankfurt child and adolescent psychiatry documentation system – development and methodological principles with reference to quality assurance. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 44, 158–167.
- Frick, P. (2001). Effective interventions for children and adolescents with conduct disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 597–608.
- Frick, P. & Ellis, M. (1999). Callous-unemotional traits and subtypes of conduct disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2, 149–168.
- Grasmann, D. & Stadler, C. (2009). *Verhaltenstherapeutisches Intensivprogramm zur Reduktion von Aggression*. Wien: Springer.
- Grawe, K. & Grawe-Gerber, M. (1999). Ressourcenaktivierung. Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44, 63–73.
- Ihle, W. & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53, 159–169.
- Kaminski, J., Valle, L., Filene, J. & Boyle, C. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent train-

- ning program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 567–589.
- Kazdin, A. (1997). Practitioner review: Psychosocial treatments for conduct disorders in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22, 2–16.
- Kazdin, A. & Wassell, G. (2000). Therapeutic changes in children, parents, and families resulting from treatment of children with conduct problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 414–420.
- Mundt, C. & Backenstraß, M. (2008). Perspektiven der Psychotherapieforschung. *Nervenarzt*, 72, 11–19.
- Pelham, W., Gnagym, E., Greiner, A., Hoza, B., Hinshaw, S., Swanson, J., ... McBurnett, K. (2000). Behavioral versus behavioral and pharmacological treatment in ADHD children attending a summer treatment program. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 507–525.
- Pelham, W. & Hoza, B. (1996). Intensive treatment: A summer treatment program for children with ADHD. In E. Hibbs & P. Jensen (Eds.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice* (pp. 311–340). New York: APA Press.
- Rehberg, W., Fürstenau, U. & Rhiner, U. (2011). Multisystemische Therapie (MST) für Jugendliche mit schweren Störungen des Sozialverhaltens – Ökonomische Evaluation der Implementierung im deutschsprachigen Raum. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 39, 41–45.
- Remschmidt, H., Schmidt, M. & Poustka, F. (2006). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO*. Bern: Hans Huber.
- Rhiner, B., Graf, T., Dammann, G. & Fürstenau, U. (2011). Multisystemische Therapie (MST) für Jugendliche mit schweren Störungen des Sozialverhaltens – Implementierung in der deutschsprachigen Schweiz und erste Ergebnisse. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 39, 33–39.
- Saß, H., Wittchen, H., Zaudig, M. & Houben, I. (Hrsg.). (2003). *Diagnostische Kriterien DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Schönwald, S., Heblum, N., Saldana, L. & Henggeler, S. (2008). The international implementation of multisystemic therapy. *Evaluation and the Health Professions*, 31, 211–225.
- Stadler, C., Grasmann, D., Fegert, J., Holtmann, M., Poustka, F. & Schmeck, K. (2008). Heart rate and treatment effect in children with disruptive behaviour disorders. *Child Psychiatry and Human Development*, 39, 299–309.
- Sterzer, P. & Stadler, C. (2009). Neuroimaging of aggressive and violent behaviour in children and adolescents. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 3, 35, Epub Oct 12.
- Webster-Stratton, C., Reid, M. & 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.
- Weisz, J. & Kazdin, A. (2006). Gegenwart und Zukunft evidenzbasierter Psychotherapien für Kinder und Jugendliche. In F. Matthejat (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie. Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien* (S. 336–382). München: CIP-Medien.
- Yamashita, Y., Mukasa, A., Honda, Y., Anai, C., Kunisaki, C., Koutaki, J., ... Matsushita, T. (2010). Short-term effect of American summer treatment program for Japanese children with attention deficit hyperactivity disorder. *Brain and Development*, 32, 115–122.

Manuskripteingang 30. März 2010
 Nach Revision angenommen 09. August 2010
 Interessenkonflikte Die Autorinnen sind
 Herausgeberinnen des
 vorgestellten Behandlungsansatzes

Frau Prof. Dr. phil. Christina Stadler

Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik
 Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK)
 Schaffhauserstrasse 55
 CH - 4038 Basel
 christina.stadler@upkbs.ch

CME-Fragen



- Für welche Ansätze zur Behandlung von Störungen des Sozialverhaltens liegen keine guten Belege für deren Wirksamkeit vor?
 - Elterntrainings
 - Multisystemische Ansätze
 - Kognitive Problemlösetrainings
 - Einzeltherapie
 - eine medikamentöse Therapie mit Risperidon bei Kindern mit zusätzlicher Intelligenzminderung
- An welchem der von Grawe formulierten psychologischen Grundbedürfnisse setzt das VIA-Training schwerpunktmässig an?
 - Bindungsbedürfnis
 - Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle
 - Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz
 - Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung
 - Bedürfnis nach Geborgenheit
- Was ist keine verhaltenstherapeutische Technik oder Regel im Umgang mit aggressiven Kindern?

- a) Shaping
b) Coaching
c) Rollenspiele
d) Abstinenzregel
e) Flooding
4. Wie hoch ist die Prävalenz von Störungen des Sozialverhaltens?
a) 0,3–1 %
b) 3–6 %
c) 6–10 %
d) 15–20 %
e) 25–30 %
5. Was sind Prädiktoren, die die Wirksamkeit des gruppen-therapeutischen VIA-Ansatzes einschränken?
a) junges Alter der Kinder
b) niedrige Intelligenz
c) häufiges Üben in alltagsähnlichen Konfliktsituationen
d) eine hohe prämorbid dissoziale Verhaltensproblematik
e) weibliches Geschlecht

Um Ihr CME-Zertifikat zu erhalten (mind. 3 richtige Antworten), schicken Sie bitte den ausgefüllten Fragebogen **mit einem frankierten Rückumschlag** bis zum 3.3.2011 an die nebenstehende Adresse. Später eintreffende Antworten können nicht mehr berücksichtigt werden.

Herr Professor Dr. Gerd Lehmkuhl
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln
Robert-Koch-Straße 10
DE - 50931 Köln

FORTBILDUNGSZERTIFIKAT

Die Ärztekammer Niedersachsen erkennt hiermit 2 Fortbildungspunkte an.

Stempel

Zeitschrift für
Kinder- und Jugend-
psychiatrie und
Psychotherapie
1/2011

HUBER



«VIA – Intensivtherapeutischer Behandlungsansatz bei Störungen des Sozialverhaltens»

Die Antworten bitte deutlich ankreuzen!

	1	2	3	4	5
a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich versichere, alle Fragen ohne fremde Hilfe beantwortet zu haben.

Name

Berufsbezeichnung, Titel

Straße, Nr.

Datum

Unterschrift