



Originalarbeit

# Bibliotherapie als Behandlungsmöglichkeit bei Kindern mit externalen Verhaltensstörungen

Frauke Kierfeld und Manfred Döpfner

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am  
Klinikum der Universität zu Köln (Direktor: Prof. Dr. G. Lehmkuhl)

**Zusammenfassung:** *Fragestellung:* Expansives Problemverhalten zählt zu den häufigsten und stabilsten Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter. Praktikable Alternativen zu teuren und nicht in ausreichendem Maße verfügbaren Behandlungen werden zunehmend notwendig. Ziel der vorliegenden Pilotstudie war es, Bibliotherapie in Form eines manualgestützten Selbsthilfeprogramms unter minimalen Kontaktbedingungen bei Eltern von Kindern mit expansivem Problemverhalten zu erproben.

*Methodik:* Insgesamt wurden 21 Kinder im Alter von 6 bis 15 Jahren mit der Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und/oder einer Störung mit oppositionellem Trotzverhalten aus einer klinischen Inanspruchnahmepopulation rekrutiert. Die Bibliotherapie erstreckte sich über einen Zeitraum von 10 Wochen und beinhaltete neben einem Erstgespräch, einer Eingangs- und Abschlussdiagnostik, die schrittweise Durcharbeitung des Elternbuches «Wackelpeter und Trotzkopf». Begleitend fanden mit den Eltern wöchentlich kurze Telefonkontakte (ca. 20 Min.) statt.

*Ergebnisse:* Das expansive Verhalten der Kinder nahm signifikant ab. Das Erziehungsverhalten der Eltern konnte gestärkt werden. Die Zufriedenheit mit dem Programm war hoch. Das Angebot einer anschließenden intensiven Therapie nahmen weniger als 20% in Anspruch.

*Schlussfolgerungen:* Die Bibliotherapie könnte eine praktikable und effektive Behandlungsalternative für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen und/oder oppositionellen Verhaltensstörungen sein – zumindest für Familien mit entsprechenden Ressourcen, die für die Durchführung von Bibliotherapie notwendig sind. Die Ergebnisse sind in Replikationen auch mittels randomisierter Kontrollgruppenstudien zu prüfen.

**Schlüsselwörter:** ADHS, oppositionelle Verhaltensstörungen, expansives Problemverhalten, Bibliotherapie, Verhaltenstherapie

**Summary:** *Bibliotherapy as a self-help program for parents of children with externalizing problem behavior*

*Objectives:* Externalizing problem behaviour is one of the most frequent and most stable behavioural disorders of childhood and adolescence. The development of applicable alternatives to expensive and restrictedly available treatments becomes increasingly necessary. This pilot study tested bibliotherapy in the form of a manual-assisted self-help programme under minimum contact conditions for parents of children with externalizing problem behaviour.

*Method:* A total of 21 children, aged 6 to 15 years and diagnosed with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and/or an Oppositional Defiant Disorder, were recruited from an outpatient population. The bibliotherapy lasted 10 weeks and consisted of working through a self-help book for parents (Wackelpeter und Trotzkopf). Initial clinical interviews and pre- and post-treatment evaluations were included, as well as short weekly telephone contacts (approx. 20 min. per contact) with the parents.

*Results:* The children's externalizing behaviour was significantly reduced during the intervention. The parenting skills were strengthened. The satisfaction of the parents with the program was high. Fewer than 20% of the parents indicated a need for an additional intensive behavioural outpatient treatment at the end of the intervention.

*Conclusions:* Bibliotherapy may be an applicable and effective treatment alternative for children with disruptive behaviour disorders, at least in families with the resources necessary for this kind of intervention. The results have to be replicated within randomized control group trials.

**Keywords:** ADHD, Oppositional Defiant Disorder, externalizing problem behaviour, bibliotherapy, behaviour therapy

## Einleitung

Hyperkinetische Störungen (HKS) bzw. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) und oppositionell-aggressive Verhaltensstörungen zählen zu den häufigsten Vorstellungsanlässen in Erziehungsberatungsstellen, kinderpsychotherapeutischen und -psychiatrischen Praxen, sozialpädiatrischen Zentren und kinderpsychiatrischen Kliniken (Döpfner & Lehmkuhl, 2002). Die Prävalenzraten für ADHS liegen nach DSM-IV bei 3% bis 5%. Die Störung gilt über den Entwicklungsverlauf hinweg als sehr stabil. Bis zu 30% der Betroffenen weisen im frühen Erwachsenenalter noch ADHS-Symptome auf (Adam et al., 2002). Hyperkinetische Störungen treten oft in Kombination mit oppositionellem (50%) bzw. aggressivem (30–50%) Verhalten auf, wobei die hyperkinetische Problematik meist früher entsteht und die Entwicklung eines gestörten Sozialverhaltens begünstigt (Döpfner et al., 2000). Aufgrund der hohen Komorbidität werden hyperkinetische und oppositionelle Auffälligkeiten auch zusammenfassend als expansive Verhaltensstörungen bezeichnet. Expansive Auffälligkeiten führen bei den betroffenen Kindern zu erheblichen Beeinträchtigungen des psychosozialen Funktionsniveaus und lösen einen hohen individuellen Leidensdruck sowohl bei ihnen selbst als auch bei ihren Bezugspersonen aus. Unmittelbare Gesundheitskosten und gesellschaftliche Kosten, z.B. für entsprechende Jugendhilfemaßnahmen können folgen (Döpfner & Lehmkuhl, 2002). Zur Behandlung von hyperkinetischen und oppositionellen Verhaltensstörungen fordern die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2000) und auch die europäischen Leitlinien (Taylor et al., 2004) ein multimodales Vorgehen, das sowohl psychoedukative Elemente als auch kindzentrierte pharmakologische (vor allem bei ADHS) und kognitive Interventionen sowie Maßnahmen zur Symptomminderung in der Familie und im Kindergarten oder in der Schule je nach individueller Problemkonstellation beinhalten kann.

Unter den psychotherapeutischen Verfahren haben sich sowohl für hyperkinetische als auch für oppositionelle Verhaltensstörungen Elterntrainings mit Interventionen in der Familie als besonders effektiv erwiesen (Döpfner & Lehmkuhl, 2002; Döpfner & Petermann, 2004). Im deutschen Sprachraum wurde das Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten, THOP (Döpfner et al., 2002) entwickelt, dessen Wirksamkeit für Kinder mit ADHS sowohl als Einzeltherapie (Döpfner et al., 2004; Froelich et al., 2002) als auch im Rahmen von Elterngruppen (Berk & Döpfner, 2006; Salbach et al., 2005) belegt wurde. Auf der Basis von THOP wurde zudem das Präventionsprogramm für Kinder mit expansivem Problemverhalten (PEP) entwickelt (Plück et al., 2006), dessen Wirksamkeit im Rahmen der indizierten Prävention von Vorschulkindern ebenfalls nachgewiesen wurde (Hanis et al., 2006).

Die therapeutische Versorgung dieser Kinder ist jedoch bei weitem nicht gewährleistet (Döpfner & Lehmkuhl,

2002; Petermann et al., 2001). Längst nicht alle expansiv auffälligen Kinder können einzel- oder gruppentherapeutisch versorgt werden, so dass sich die Frage nach leichter zugänglichen, kostengünstigen, frühzeitig verfügbaren, aber gleichfalls effektiven Alternativen zur intensiven Behandlung von expansivem Problemverhalten stellt. In diesem Zusammenhang gilt es herauszufinden, ob das Selbsthilfe-Potenzial von Eltern und Familien aktiviert werden kann, vor allem bei Eltern und Familien mit hinreichenden Ressourcen. Außerdem wird bei der Behandlung von Kindern mit ADHS teilweise zu Recht eine relativ einseitige Konzentration auf die medikamentöse Behandlung beklagt. Denn die auch in internationalen Leitlinien (z.B. Taylor et al., 2004) als dringend notwendig erachtete begleitende Beratung, Psychoedukation und das Coaching von Eltern tritt im Vergleich dazu zumindest in einigen Bereichen deutlich in den Hintergrund (vgl. Döpfner & Lehmkuhl, 2002).

Die Zahl der in den letzten Jahren publizierten Elternratgeber für die Erziehung schwieriger Kinder oder für Kinder mit ADHS ist mittlerweile unüberschaubar, während kaum empirische Erkenntnisse über den Nutzen solcher Ratgeber vorliegen.

Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, im Rahmen einer Pilotstudie den gezielten Einsatz eines Elternratgebers (Bibliotherapie) zu erproben, in der Hoffnung auf eine niederschwellige, aber dennoch praktikable und effektive Behandlungsmöglichkeit zu stoßen. Problemlöse- und Selbsthilfebücher wurden bei der Arbeit mit Erwachsenen in verschiedenen Bereichen bereits erfolgreich angewandt (Glasgow & Rosen, 1978). Die Wirksamkeit von Bibliotherapie bei Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter wurde dagegen bisher nur vereinzelt und mitunter an kleinen Fallzahlen untersucht (Ackerson et al., 1998; Connell et al., 1997; Long et al., 1993; van Londen et al., 1993).

Unter dem Begriff «Bibliotherapie» ist im weitesten Sinne eine Heilbehandlung durch das Buch oder nach Kittler und Munzel (1987) die Nutzbarmachung des Lesens zu therapeutischen Zwecken zu verstehen. Anstatt und Poole (1983) unterteilen dabei die verwendete Literatur in sogenannte «imaginative works» (= Gedichte, Kurzgeschichten, Romane, Erzählungen), «personal accountings» (= Schicksalsberichte über die individuelle Lösung eines Problems) und «didactic self help manuals» (= auf ein konkretes Problem zugeschnittene Selbsthilfe-/Problemlösebücher). Glasgow und Rosen (1978) kategorisieren verhaltenstherapeutisch orientierte Problemlösebücher nach dem Ausmaß an Unterstützung, die dem Leser zuteil wird. Sie unterscheiden «self administered programs» (= Selbsthilfeprogramme), «minimal contact programs» (= minimale Kontaktprogramme) und «therapist administered programs» (= therapeutisch angeleitete Programme). Die reinen Selbsthilfeprogramme erfordern eine eigenständige Bearbeitung des Problemlösebuchs, im selbstgewählten Rhythmus, mit selbstgesetzten Zielen. Die minimalen Kontaktprogramme beinhalten eine geringfügige Unterstützung durch einen Therapeuten in Form von minimalen Kontakten telefonischer, schriftlicher oder persönlicher Art. Bei den thera-

peutisch angeleiteten Programmen werden in regelmäßigen und engen Kontakten mit einem Therapeuten die Informationen aus dem Problemlösebuch besprochen, vertieft und Hilfestellungen gegeben. In vorliegender Studie wurde das Selbsthilfebuch «Wackelpeter und Trotzkopf, Hilfen für Eltern bei hyperkinetischem und oppositionellem Verhalten» (Döpfner et al., 2000) eingesetzt. Das Lesen des Buches wurde durch minimale telefonische Kontakte unterstützt.

## Methodik

### Telefonisch angeleitetes Selbsthilfeprogramm (Bibliotherapie)

Die Bibliotherapie umfasste neben einem informativen Erstgespräch, einer Eingangs- und Abschlussdiagnostik, die Bearbeitung des Elternbuches «Wackelpeter und Trotzkopf» (Döpfner et al., 2000) nach einem vorgegebenen Zeitplan. Das Buch wurde in Anlehnung und Ergänzung zum Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP) (Döpfner et al., 2002) auf verhaltenstherapeutischer Grundlage entwickelt. Es ist in fünf Hauptteile gegliedert. Im ersten Teil werden Informationen über Problematik, Ursachen und Verlauf von hyperkinetischen und oppositionellen Verhaltensproblemen vermittelt. Im zweiten Teil, dem Elternleitfaden, werden in 14 Stufen Schritt für Schritt Möglichkeiten zur Verminderung der Verhaltensprobleme in der Familie aufgezeigt. Kognitive Techniken, Methoden zum Aufbau positiver Eltern-Kind-Interaktionen, Techniken der Stimuluskontrolle und des Kontingenzmanagements werden auf die spezifische Situation von Eltern mit oppositionell/hyperkinetisch auffälligen Kindern übertragen. Der dritte Teil ergänzt den Elternleitfaden durch konkrete Anwendungsbeispiele. Vierter und fünfter Teil beinhalten Arbeitsblätter und Memokarten (Erinnerungskarten), die bei der Durchführung konkreter Maßnahmen bearbeitet werden.

Innerhalb von 10 Wochen lasen die Eltern schrittweise das Buch und setzten die einzelnen Bausteine im häuslichen Umfeld um. Begleitend fanden in wöchentlichen Abständen kurze Telefonkontakte (max. 20 Min.) statt, in denen mittels eines semistrukturierten Interviews das Verständnis, die Umsetzung und die Wirksamkeit der durchgeführten Maßnahmen exploriert und protokolliert wurden.

### Stichprobe

Es wurden 21 Kinder aus der ambulanten Inanspruchnahmepopulation der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Klinikum der Universität zu Köln als Stichprobe rekrutiert. Die Patienten erhielten nach DSM-IV unter Berücksichtigung von Diagnosechecklisten (DCL-HKS & DCL-SSV; Döpfner & Lehmkuhl, 2000) die Diagnose einer Aufmerksamkeitsde-

fizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und/oder einer Störung mit oppositionellem Trotzverhalten. Es wurden zur Studie nur Kinder im Alter von sechs bis 15 Jahren mit einem IQ  $\geq 70$  zugelassen. Die Eltern mussten der deutschen Sprache ausreichend mächtig erscheinen und die Bereitschaft zu regelmäßigem Lesen plus telefonischen Kontakten mitbringen. Für den Zeitraum der Maßnahme durfte keine weitere Psychotherapie in Anspruch genommen werden oder eine medikamentöse Ein- oder Umstellung erfolgen. Ein drohender Schulausschluss bzw. geplanter Schulwechsel führte ebenfalls zum Ausschluss der Studie, ebenso eine nach klinischer Einschätzung ausgeprägte psychische Störung der Eltern. Soziodemographische und klinische Merkmale der Kinder und ihrer Eltern können Tabelle 1 entnommen werden. Über 70 Prozent der Patienten waren Jungen, über 95 Prozent erhielten die Diagnose einer ADHS und mehr als 50 Prozent wurden bereits mit Stimulanzien behandelt. Bei den Merkmalen der Eltern fällt der hohe Anteil von Müttern (95%) und Vätern (86%) deutscher Nationalität auf sowie ein relativ hoher Anteil von fast 43 Prozent der Väter mit abgeschlossenem Studium, während keiner der Väter angelernter oder ungelernter Arbeiter war

Tabelle 1

*Soziodemographische und klinische Charakteristika der 21 Patienten und ihrer Eltern zu Beginn der Bibliotherapie*

| Kinder  |      |         |
|---|------|---------|
| Geschlecht: n (%)                                       |      |         |
| männlich  | 15   | (71,4%) |
| weiblich  | 6    | (28,6%) |
| Alter in Jahren: M (SD)                                 | 10,1 | ( 2,3)  |
| IQ: M (SD)  | 96,2 | (12,5)  |
| Diagnose ADHS (DSM-IV): n (%)                           | 20   | (95,2%) |
| Mischtyp  | 7    | (33,3%) |
| unaufmerksame Typ                                       | 13   | (61,9%) |
| Diagnose oppositionelles Trotzverhalten (DSM-IV): n (%) | 9    | (42,9%) |
| Stimulanzientherapie: n (%)                             | 12   | (57,1%) |
| Eltern  |      |         |
| Alter der Mutter in Jahren: M (SD)                      | 39,8 | ( 5,1)  |
| Alter des Vaters in Jahren: M (SD)                      | 43,1 | ( 5,6)  |
| Nationalität deutsch: n (%)                             |      |         |
| Mutter  | 20   | (95,2%) |
| Vater   | 18   | (85,7%) |
| Berufsausbildung der Mutter: n (%)                      |      |         |
| un-/angelernte Arbeiterin                               | 2    | ( 9,5%) |
| mit abgeschlossener Berufsausbildung                    | 14   | (66,7%) |
| Studium   | 4    | (19,0%) |
| Unbekannt   | 1    | ( 4,8%) |
| Berufsausbildung des Vaters: n (%)                      |      |         |
| un-/angelernter Arbeiter                                | 0    | ( 0,0%) |
| mit abgeschlossener Berufsausbildung                    | 10   | (47,6%) |
| Studium   | 9    | (42,9%) |
| Unbekannt   | 2    | ( 9,5%) |

und bei den Müttern waren es nur knapp 10%. Das heißt, die Eltern entstammten überwiegend aus den mittleren und höheren sozialen Schichten.

## Untersuchungsinstrumente

Die Eltern wurden gebeten, zu Beginn und am Ende des Programms das Verhalten des Kindes und ihr Erziehungsverhalten zu beurteilen. Als Basisverfahren diente der Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL/4–18; Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998). Die CBCL erfasst Verhaltensauffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 18 Jahren. Fünf Syndromskalen werden zu den Sekundärskalen internalisierende Störungen (sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden, Angst/Depressivität) und externalisierende Störungen (dissoziales Verhalten, aggressives Verhalten) zusammengefasst, drei weitere Syndromskalen erfassen soziale Probleme, schizoide/zwanghafte Störungen und Aufmerksamkeitsprobleme. Daneben wird die Gesamtauffälligkeit des Kindes/Jugendlichen bestimmt. Sowohl die Sekundärskalen als auch die Skala zur Gesamtauffälligkeit weisen gute bis sehr gute interne Konsistenzen auf (Döpfner et al., 1994). An störungsspezifischen Verfahren wurden die Fremdbeurteilungsbogen für hyperkinetische Störungen (FBB-HKS) und für Störungen des Sozialverhaltens (FBB-SSV) aus dem Diagnostik-System für psychische Störungen (DISPYS-KJ; Döpfner & Lehmkuhl, 2000) gewählt. Die Eltern beurteilten die einzelnen Symptomkriterien des ICD-10 bzw. DSM-IV nach Intensität (Schweregrad) und Problemstärke (subjektiver Problembelastung). Im Rahmen der Studie wurde eine gekürzte Fassung des FBB-SSV vorgelegt, die nicht alle Items zum dissozial-aggressiven Verhalten enthielt, da diese für den erhobenen Einsatzbereich nicht relevant waren. Für den FBB-HKS und FBB-SSV wurden gute bis sehr gute interne Konsistenzen ermittelt (Brühl et al., 2000; Döpfner & Lehmkuhl, 2000). Zur Erfassung des elterlichen Erziehungsverhaltens wurden aus dem Familiendiagnostischen Testsystem (FDTS) von Schneewind (1988) die beiden Fragebogen mütterliche Erziehungspraktiken gegenüber dem Sohn (ERZPRAMS) bzw. der Tochter (ERZPRAMT) und väterliche Erziehungspraktiken gegenüber dem Sohn (ERZPRAVS) bzw. der Tochter (ERZPRAVT) angewandt. Familiäre Copingstrategien wurden über die Family Crisis-Orientated Personal Evaluation Scales (F-COPES) (McCubbin et al., 1982) eruiert. Elterliche Kontrollüberzeugungen wurden mittels des Fragebogens Parental Locus of Control (PLOC) (Campis et al., 1986) erhoben.

Die Telefonate boten den Eltern die Möglichkeit, die gelesenen Inhalte zu reflektieren. Anhand eines telefonischen Kurzinterviews wurden folgende Fragen gestellt: Haben Sie alles gelesen? Haben Sie das Gelesene gut verstanden? Wie hat Sie das Gelesene angesprochen? Haben Sie die Ratschläge ausgeführt? Haben diese die gewünschte Wirkung erfüllt? Die Antworten wurden auf einer dreistufigen Skala

(«ja» – «teils» – «nein») kodiert. Zudem wurde die Erreichbarkeit der Familie und die Dauer des jeweiligen Telefonats festgehalten und eine Einschätzung des Interviewers über Aufnahme und Umsetzung des Gelesenen durch die Eltern («gut» – «mittel» – «schlecht») getroffen. In welchem Ausmaß während des Telefonats zusätzliche Informationen gegeben wurden, wurde abschließend («wenig» – «mittel» – «viel») protokolliert.

Am Ende des Programms wurde außerdem ein für die Studie entwickelter Fragebogen über die Zufriedenheit mit dem Programm an die Eltern ausgegeben. Der Fragebogen beinhaltete 22 Items, die an eine siebenstufige Antwortskala gebunden waren (1 = «sehr zufrieden», ..., 4 = «unentschieden», ..., 7 = «sehr unzufrieden»). Die Eltern konnten zu den Inhalten des Buches Stellung beziehen und beispielsweise angeben, wie zufrieden sie mit den Fortschritten des Kindes und den gegenwärtigen Problemen sind, wie sie ihre erzieherischen Kompetenzen in Gegenwart und Zukunft einschätzen, ob sie die Telefonate als unterstützend erlebt haben und wie sie das Interesse bzw. die Anteilnahme des Interviewers empfunden haben.

## Auswertungsmethoden

Zur Auswertung wurden Prä-/Postvergleiche durchgeführt, die Aufschluss über Veränderungen des Verhaltens des Kindes und des Erziehungsverhaltens der Eltern geben. Neben kategorialen Vergleichen auf Skalenebene wurden dimensionale Vergleiche hinsichtlich der zentralen Tendenz zweier abhängiger Stichproben angestellt. Aufgrund der kleinen Stichprobe wurden die Daten nonparametrisch mit dem Wilcoxon Vorzeichenrangtest analysiert. Diese inferenzstatistischen Analysen wurden lediglich für die Sekundärskalen der CBCL sowie für die Gesamtskalen von FBB-HKS, FBB-SSV und der Erziehungsfragebögen durchgeführt. Aufgrund des explorativen Charakters der Studie wurde auf eine Bonferroni-Korrektur der Mehrfach-Testungen verzichtet und die Ergebnisse bei zweiseitiger Testung auf einem Signifikanzniveau von  $p < .05$  interpretiert. Deskriptiv werden die Informationen, die innerhalb der wöchentlich geführten Telefonate gewonnen wurden, und Aspekte der Zufriedenheit der Eltern mit der Intervention dargestellt.

## Ergebnisse

### Umsetzung des Selbsthilfeprogramms (Telefonate)

Insgesamt nahmen 21 Eltern an dem telefonisch angeleiteten Selbsthilfeprogramm teil. Von den 21 Eltern bearbeiteten 19 Eltern alle Bausteine des Programms, während 2 Eltern das Programm vorzeitig abbrachen. Die regelmäßigen Telefonate sollten einen Einblick verschaffen, wie die El-



tern mit dem Programm bzw. den einzelnen Bausteinen umgingen. Zu diesem Zweck wurden die Angaben der Eltern, die im Verlauf des Programms wöchentlich zu den einzelnen Bausteinen erhoben wurden, gemittelt. Fast alle Eltern haben die Bausteine vollständig gelesen (83,9%) und verstanden (84,5%). Der überwiegende Teil der Eltern fand die Inhalte gut (72,0%) oder zumindest teilweise gut (16,1%). Die Mehrheit der Eltern führte die Bausteine ganz (43,5%) oder teilweise (33,3%) aus. 40,1% der Eltern fanden die Bausteine uneingeschränkt effektiv und 33,3% Eltern beobachteten zumindest teilweise eine Wirkung. Zu den vereinbarten Telefonterminen waren 78,6% der Eltern gut zu erreichen. Die Telefonate waren während der ersten Bausteine eher kurz (ca. 10 Minuten). Dagegen nahmen die Telefonate zu den pädagogisch-therapeutischen Interventionen mehr Zeit in Anspruch (ca. 20 Minuten).

Die Einschätzungen des Interviewers zum Verständnis und zur Umsetzung waren wie die der Eltern sehr positiv. Danach hatte die überwiegende Zahl der Eltern die Inhalte des Elternbuchs gut verstanden (78,6%). Die Umsetzung der Bausteine gelang zu 55,3% «gut» und zu 28,0% «mittel». Zusätzliche Informationen wurden in der Regel «wenig» (49,4%) bis «mittel» (29,8%) gegeben, wobei Hilfestellungen von Seiten des Interviewers bei den ersten Bausteinen kaum notwendig waren, mit der Einführung von pädagogisch-therapeutischen Interventionen aber zunahmen.

## Verhalten des Kindes

Für die CBCL lagen 13 vollständig auswertbare Fragebögen zu beiden Messzeitpunkten vor. Zwei Eltern brachen das Programm vorzeitig ab, darüber hinaus fehlten von 6 Kindern die Informationen, da die Wiedereinholung der Fragebögen erst im Verlauf der Studie mit Nachdruck verfolgt wurde. Veränderungen, die anhand der CBCL beobachtet werden konnten, fasst Tabelle 2 zusammen. Neben

Mittelwerten (M) und Standardabweichungen (SD), Prüfgrößen (Z) und Signifikanzen (p) sind in der Tabelle die Effektstärken (d) nach Cohen (1977) angegeben. Wie Tabelle 2 zeigt wurden statistisch signifikante Rückgänge von  $p < .05$  auf den Skalen zur Erfassung von internalisierendem und externalisierendem Verhalten sowie hinsichtlich der Gesamtauffälligkeit beobachtet; die Prä-Post-Effektstärken lagen im Bereich  $0,64 \leq d \leq 1,01$ . Auf der Ebene der Einzelskalen fällt auf, dass mit Ausnahme der Skala körperliche Beschwerden Veränderungen mit Effektstärken von  $d > .35$  nachweisbar waren. Zu Beginn der Behandlung stuften 61,5% der Eltern das externalisierende Verhalten des Kindes und 69,2% der Eltern das internalisierende Verhalten des Kindes als überdurchschnittlich ( $T > 60$ ) ein. Nach der Behandlung dagegen beurteilten nur noch 53,8% der Eltern das externalisierende Verhalten bzw. 15,4% das internalisierende Verhalten als überdurchschnittlich ausgeprägt ( $T > 60$ ). Die Gesamtauffälligkeit lag vor der Behandlung nach Urteil von 76,9% der Eltern im überdurchschnittlichen Bereich ( $T > 60$ ), nach der Behandlung dagegen gaben nur noch 53,8% der Eltern Beurteilungen im überdurchschnittlichen Bereich ( $T > 60$ ) ab. Zu Beginn der Behandlung lagen die gemittelten T-Werte der Sekundärskalen und der Gesamtauffälligkeit im überdurchschnittlichen Bereich ( $T > 63$ ), während sie nach der Behandlung als unauffällig einzustufen waren ( $T < 60$ ).

Für den FBB-HKS und FBB-SSV lagen Informationen von 15 bzw. 16 Patienten zu beiden Messzeitpunkten vor. Zwei Eltern brachen das Programm vorzeitig ab, darüber hinaus fehlten von 3 bzw. 4 Kindern die Informationen, da die Wiedereinholung der Fragebögen erst im Verlauf der Studie mit Nachdruck verfolgt wurde. Tabelle 3 zeigt die Veränderungen der hyperkinetischen Symptomatik und der oppositionell-aggressiven Symptomatik im Urteil der Eltern (FBB-HKS und FBB-SSV). Danach verminderte sich sowohl die Intensität als auch die subjektive Problembelastung der hyperkinetischen und der oppositionell-aggressiven

Tabelle 2

*Dimensionale Prä-/Postvergleiche (Wilcoxon-Test) anhand des Elternurteils in der CBCL (n = 13)*

|                              | Prä-Messung |       | Post-Messung |       |       | Sig.<br>2-seitig<br>p | Effekt-<br>stärke<br>d |
|------------------------------|-------------|-------|--------------|-------|-------|-----------------------|------------------------|
|                              | M           | SD    | M            | SD    | Z     |                       |                        |
| <i>Syndromskalen</i>         |             |       |              |       |       |                       |                        |
| sozialer Rückzug             | 3,77        | 3,32  | 1,85         | 2,12  |       |                       | 0,77                   |
| körperliche Beschwerden      | 2,00        | 1,68  | 1,31         | 1,55  |       |                       | 0,17                   |
| Angst/Depressivität          | 5,23        | 3,94  | 4,00         | 3,65  |       |                       | 0,48                   |
| soziale Probleme             | 2,92        | 2,60  | 2,08         | 2,18  |       |                       | 0,37                   |
| schizoid/zwanghaft           | 0,38        | 0,77  | 0,15         | 0,38  |       |                       | 0,38                   |
| Aufmerksamkeitsstörungen     | 7,54        | 3,67  | 6,46         | 3,45  |       |                       | 0,41                   |
| delinquentes Verhalten       | 3,08        | 2,63  | 2,31         | 2,39  |       |                       | 0,66                   |
| aggressives Verhalten        | 12,31       | 8,23  | 10,62        | 7,96  |       |                       | 0,51                   |
| <i>Sekundärskalen</i>        |             |       |              |       |       |                       |                        |
| internalisierendes Verhalten | 10,62       | 6,55  | 7,23         | 6,35  | -2,04 | ,041                  | 0,64                   |
| externalisierendes Verhalten | 15,38       | 10,33 | 12,69        | 9,53  | -2,10 | ,036                  | 0,68                   |
| Gesamtauffälligkeit          | 43,92       | 20,47 | 32,23        | 19,35 | -2,73 | ,006                  | 1,01                   |

siven Symptomatik. Es wurden mittlere Effektstärken im Bereich  $0,57 \leq d \leq 0,76$  berechnet.

Werden die Einschätzungen der Eltern in den Fremdbeurteilungsbögen als Grundlage für eine Diagnose herangezogen, dann erfüllten zu Beginn der Behandlung nach dem Urteil der Eltern im FBB-HKS 14 Kinder (66,7%) die Kriterien einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Sechs Kinder (28,6%) erhielten keine Diagnose. Ein Elternurteil (4,8%) lag nicht vor. Nach der Behandlung diagnostizierten die Eltern bei 5 Kindern (23,8%) eine ADHS. Bei 11 Kindern (52,4%) wurde keine Diagnose vergeben. 5 Beurteilungen (23,8%) fehlten. Die Kriterien einer Störung mit oppositionellem Trotzverhalten trafen nach Urteil der Eltern im FBB-SSV zu Beginn der Behandlung auf 7 Kinder (33,3%) zu. 12 Kinder (57,1%) erfüllten die Kriterien nicht. Bei 2 Kindern (9,5%) fehlte ein entsprechendes Elternurteil. Nach der Behandlung wurde bei 8 Kindern (38,1%) die Diagnose einer Störung mit oppositionellem Trotzverhalten gestellt. 8 Kinder (38,1%) erhielten keine Diagnose. 5 Beurteilungen (23,8%) fehlten.

## Erziehungsverhalten

Hinsichtlich der elterlichen Erziehungspraktiken (ERZ-PRA-MS(-MT)/ERZPRA-VS(-VT)) ließen sich kaum signifikante Unterschiede feststellen, ausgenommen der Skala «Ärger und Geringschätzung» seitens der Mutter ( $Z(12) = -2,33$ ;  $p = 0,020$ ) bei einer mittleren Effektstärke von 0,79. Ansonsten waren lediglich Tendenzen erkennbar: Die Mutter bestraft körperlich weniger, setzte vermehrt materielle Belohnungen ein und war vorsichtiger geworden beim Entzug materieller Verstärker. Der Vater hingegen legte gesteigerten Wert auf den Entzug materieller Verstärker, hielt sich aber, wie auch die Mutter, mit Ärger und Geringschätzung zurück und belohnte häufiger durch liebevolle Zuwendung. Die Effektstärken für diese Skalen lagen im mittleren Bereich. Sie betrugen  $0,46 \leq d \leq 0,55$ . Die familiären Copingstrategien (F-COPES) veränderten sich im Wesentlichen nicht. Ein signifikanter Unterschied zeigte sich hinsichtlich der elterlichen Grundüberzeugungen (PLOC). Die «elterliche Tüchtigkeit» nahm nach Aussage der Eltern deutlich zu ( $Z(8) = 2,21$ ;  $p = 0,027$ ). Die Effektstärke lag bei  $d = 0,81$  und kann als hoch interpretiert werden.

## Zufriedenheit mit dem Programm

Die Rückmeldungen der Eltern über das Programm, einschließlich der Telefonate waren sehr positiv. Abbildung 1 fasst die Beurteilungen zusammen, die anhand des Fragebogens zur Zufriedenheit vorgenommen wurden. Insgesamt fällt auf, dass auf der siebenstufigen Zufriedenheitsskala von «sehr zufrieden» bis «sehr unzufrieden» hinsichtlich aller gestellten Fragen hohe Zufriedenheitswerte zu verzeichnen sind. Alle Eltern waren mit den Telefonaten entweder sehr zufrieden oder zufrieden. Mit den Inhalten des Buches waren mehr als 93 Prozent der Eltern entweder sehr zufrieden oder zufrieden. Mit den Fortschritten ihres Kindes waren immerhin 53 Prozent der Eltern zumindest zufrieden und weitere 40 Prozent waren etwas zufrieden. 80 Prozent der Eltern waren mit ihrer Fähigkeit, die gegenwärtigen Probleme ihres Kindes meistern zu können, sehr zufrieden oder zufrieden. Mit ihrer zukünftigen Erziehungskompetenz waren immerhin noch 40 Prozent zumindest zufrieden und weitere 33 Prozent waren damit etwas zufrieden.

Zum Ende des Programms wurde allen Eltern bei Bedarf noch eine intensive Therapie angeboten. 4 Familien (19,0%) wollten im Anschluss eine ambulante Verhaltenstherapie in Anspruch nehmen. 13 Familien (62,0%) signalisierten keinen weiteren Behandlungsbedarf, wobei sich 3 Familien (14,3%) hin und wieder eine Beratung wünschten und 2 (9,5%) eine Hausaufgabenhilfe einrichten wollten. 4 Familien (19,0%) machten keine Angaben, darunter die 2 Familien (9,5%), die das Programm vorzeitig abgebrochen hatten.

## Diskussion

Die Studie zeigte, dass das telefonisch angeleitete Selbsthilfeprogramm (Bibliotherapie) mit Wackelpeter & Trotzkopf (Döpfner et al., 2000) bei den Eltern von Kindern mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung und/oder einer Störung mit oppositionellem Verhalten, die ihr Kind ambulant wegen einer Therapie vorgestellt hatten, eine starke Zustimmung fand und durchaus praktikabel war. Überraschend war, dass alle Eltern, die schließlich mit anderen Erwartungen in der Klinik vorstellig geworden wa-

Tabelle 3

Dimensionale Prä-/Postvergleiche (Wilcoxon-Test) anhand des Elternurteils im FBB-HKS und FBB-SSV ( $n = 15-16$ )

|                        | Prä-Messung |       | Post-Messung |       | Z     | Sig.<br>2-seitig<br>p | Effekt-<br>stärke<br>d |
|------------------------|-------------|-------|--------------|-------|-------|-----------------------|------------------------|
|                        | M           | SD    | M            | SD    |       |                       |                        |
| <i>FBB-HKS</i>         |             |       |              |       |       |                       |                        |
| Intensität (n = 16)    | 29,57       | 10,26 | 23,33        | 11,86 | -2,10 | ,036                  | 0,57                   |
| Problemstärke (n = 15) | 27,19       | 11,61 | 19,35        | 12,41 | -2,41 | ,016                  | 0,76                   |
| <i>FBB-SSV</i>         |             |       |              |       |       |                       |                        |
| Intensität (n = 16)    | 15,68       | 9,83  | 12,22        | 8,86  | -2,79 | ,005                  | 0,74                   |
| Problemstärke (n = 15) | 15,88       | 10,46 | 11,92        | 10,92 | -2,14 | ,033                  | 0,65                   |

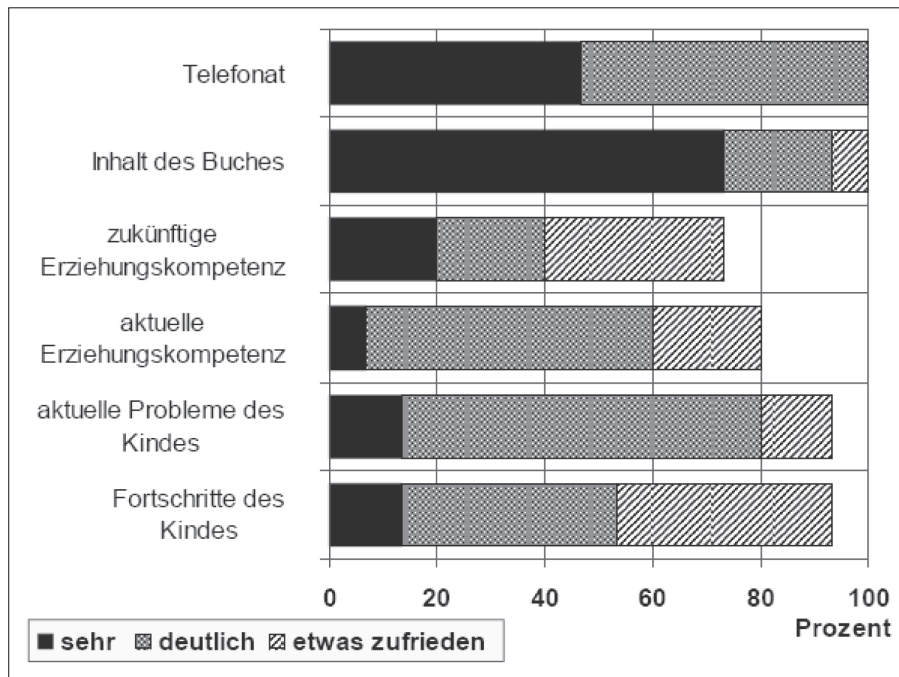


Abbildung 1: Zufriedenheit der Eltern mit der Behandlung.

ren, bereitwillig das Angebot angenommen hatten und überwiegend Vorteile gegenüber einer ambulanten Therapie mit wöchentlichen Kontakten und dem damit verbundenen zeitlichen Aufwand wahrgenommen hatten. Den Eltern bereitete der Umgang mit dem Buch keine bedeutsamen Probleme und sie waren mit den Inhalten hochgradig zufrieden. Dies könnte wohl auch auf den relativ hohen Bildungsstand der Eltern zurückzuführen sein. Die begleitenden Telefonate wurden ebenfalls als unterstützend und notwendig erlebt. Die Wirksamkeit der Intervention ist also nicht alleine auf das Lesen des Buches und die Umsetzung der beschriebenen Interventionen zurückzuführen, sondern auch auf die motivationale wie auch in begrenztem Umfang inhaltliche Unterstützung durch den wöchentlichen Telefonkontakt, der jedoch selten 20 Minuten überschritt.

Das Problemverhalten der Kinder konnte im Verlauf der Intervention signifikant vermindert werden. Die Eltern schätzten sowohl die störungsspezifischen Probleme als auch die generellen Verhaltensauffälligkeiten des Kindes nach dem Selbsthilfeprogramm deutlich niedriger ein als vor dem Programm. Insbesondere die dimensional Prä-/Postvergleiche belegten auch bei dem doch recht geringen Stichprobenumfang einen signifikanten Rückgang. Die in der CBCL gemessene Gesamtauffälligkeit ging im Mittel sogar auf ein Maß zurück, das verglichen mit der Altersnorm als unauffällig zu interpretieren war. Mit den Fortschritten des Kindes waren die Eltern zufrieden bis sehr zufrieden. Zufrieden war der überwiegende Teil der Eltern auch mit dem eigenen erzieherischen Fortkommen durch das Selbsthilfeprogramm. Die Eltern schilderten einen Zugewinn an erzieherischen Kompetenzen und zeigten sich nicht nur hinsichtlich der gegenwärtigen Bewältigung der kindlichen Verhaltensprobleme zuversichtlich, sondern

setzten auch zukünftig auf ihre neu erworbenen Fertigkeiten. Hier ist einzuräumen, dass die Aussagen über die «erzieherischen Erfolge» eher den Inhalten der Abschlussgespräche bzw. dem «Fragebogen über die Zufriedenheit mit dem Programm» entnommen wurden, als dass Prä-/Postvergleiche anhand der eingesetzten Messinstrumente zum elterlichen Erziehungsverhaltens signifikante Veränderungen zu Tage gefördert hätten. Es zeichneten sich in einzelnen Bereichen lediglich Tendenzen ab, was auch im Zusammenhang mit der relativ kleinen Stichprobe zu sehen ist. Zudem kann hinterfragt werden, inwieweit die Fragebögen zur Erziehung im Stande waren, die Zielvariablen hinreichend abzubilden.

Positiv waren wiederum die Wünsche der Eltern am Ende des Selbsthilfeprogramms bezüglich weiterer Interventionen zu werten. Die überwiegende Zahl der Eltern hielt im Anschluss an das Programm eine weitere Behandlung für nicht erforderlich. Sie fühlten sich mit dem Erreichten ausreichend versorgt.

Insgesamt sprechen die Erfahrungen, die im Rahmen der Studie mit 21 Eltern gemacht wurden, dafür, dass sogar in Inanspruchnahmestichproben ein telefonisch angeleitetes Selbsthilfeprogramm als wirkungsvolle Hilfsmöglichkeit angesehen werden kann. Der Einsatz eines solchen Programms bietet sich dabei nicht nur begleitend zu einer medikamentösen Behandlung, sondern auch als eigenständige Maßnahme an. Insbesondere bei ausreichender Motivation und Selbstorganisation seitens der Eltern hat sich die Bibliotherapie als praktikabel und wirksam erwiesen. Einschränkungen erfährt die Studie durch das Fehlen einer Kontrollgruppe und noch nicht untersuchter Langzeiteffekte. Die Ergebnisse in einer randomisierten Kontrollgruppenstudie im Rahmen indizierter Prävention (Kierfeld,

2005; Kierfeld et al., 2006) bestätigen jedoch die hier gefundenen Ergebnisse, auch im Vergleich zu einer unbehandelten Kontrollgruppe.

## Literatur

- Ackerson, J., Scogin, F., McKendree-Smith, N. & Lyman, R. D. (1998). Cognitive bibliotherapy for mild and moderate adolescent depressive symptomatology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 685–690.
- Adam, C., Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2002). Der Verlauf von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) im Jugend- und Erwachsenenalter. *Kindheit und Entwicklung*, 11, 79–81.
- Anstett, R. E. & Poole, S. R. (1983). Bibliotherapy: an adjunct to care of patients with problems of living. *Journal of Family Practice*, 17, 845–853.
- 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, K. Lenz, P. Melchers & K. Heim. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Berk, E. & Döpfner, M. (2006). Zufriedenheit der Eltern mit Elterngruppentherapie in der klinischen Routineversorgung auf der Grundlage des Therapieprogramms THOP. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, eingereicht zur Publikation.
- Brühl, B., Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2000). Der Fremdbeurteilungsbogen für hyperkinetische Störungen (FBB-HKS) – Prävalenz hyperkinetischer Störungen im Elternurteil und psychometrische Kriterien. *Kindheit und Entwicklung*, 9, 116–126.
- Campis, L. K., Lyman, R. D. & Prentice-Dunn, S. (1986). The parental locus of control scale: development and validation. *Journal of Clinical Child Psychology*, 15, 260–267.
- Connell, S., Sanders, M. R. & Markie-Dadds, C. (1997). Self-directed behavioral family intervention for parents of oppositional children in rural and remote areas. *Behavior Modification*, 21, 379–408.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland, Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2000). *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- 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.
- Döpfner, M., Frölich, J. & Lehmkuhl, G. (2000). *Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. Band 1: Hyperkinetische Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2002). ADHS von der Kindheit bis zum Erwachsenenalter: Einführung in den Themenschwerpunkt. *Kindheit und Entwicklung*, 11, 67–72.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2000). *Diagnostik-System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-KJ)*, 2. korrigierte und ergänzte Auflage. Bern: Huber.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2002). Evidenzbasierte Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 51, 419–440.
- Döpfner, M. & Petermann, F. (2004). Leitlinien zur Diagnostik und Psychotherapie von aggressiv-dissozialen Störungen im Kindes- und Jugendalter: Ein evidenzbasierter Diskussionsvorschlag. *Kindheit und Entwicklung*, 13, 97–112.
- Döpfner, M., Schmeck, K. & Berner, W. (1994). *Handbuch: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung der Child Behavior Checklist (CBCL)*. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.
- Döpfner, M., Schürmann, S. & Lehmkuhl, G. (2000). *Wackelpeter und Trotzkopf. Hilfen für Eltern bei hyperkinetischem und oppositionellem Verhalten*. (2. überarb. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Döpfner, M., Schürmann, S. & Frölich, J. (2002). *Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP)*. (3. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Frölich, J., Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2002). Effects of combined cognitive behavioural treatment with parent management training in ADHD. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 111–115.
- Glasgow, R. E. & Rosen, G. M. (1978). Behavioral Bibliotherapy: a review of behavior therapy manuals. *Psychological Bulletin*, 85, 1–23.
- 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*, eingereicht zur Publikation.
- Kierfeld, F., Hanisch, C. & Döpfner, M. (2006). *Bibliotherapy: Efficacy of a self help program for parents of hard to manage preschool children: a randomized control group trial*, Unpublished manuscript, Universität Köln.
- Kierfeld, F. (2005). *Evaluation eines angeleiteten Selbsthilfeprogramms (Bibliotherapie) bei Eltern von Kindern mit expansivem Problemverhalten*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Köln.
- Kittler, U. & Munzel, F. (1987). *Internationale Bemühungen um die Bibliotherapie*. Dortmund: Verband Bildung und Erziehung.
- Long, N., Rickert, V. & Aschcraft, E. W. (1993). Bibliotherapy as an adjunct to stimulant treatment of attention-deficit hyperactivity disorder. *Pediatric health care*, 7, 82–88.
- McCubbin, H. J., Larson, A. S. & Olson, D. H. (1982). Family crisis orientated personal evaluation scales F-COPES. In D. H. Olson et al. (Eds.) *Family Inventories*. Minnesota: St. Paul.
- Petermann, F., Döpfner, M. & Schmidt, M. H. (2001). *Ratgeber Kinder- und Jugendpsychotherapie. Band 3: Aggressives Verhalten. Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher*. Göttingen: Hogrefe.
- Plück, J., Wiczorrek, E., Wolff Metternich, T. & Döpfner, M. (2006). *Präventionsprogramm für Expansives Problemverhalten (PEP). Ein Manual für Eltern- und Erziehergruppen*. Göttingen: Hogrefe.
- 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.
- Schneewind, K. A. (1988). Das Familiendiagnostische Testsystem (FDTS): Ein Fragebogeninventar zur Erfassung familiärer Beziehungen auf unterschiedlichen Systemebenen. In M. Cierpka (Hrsg.), *Familiendiagnostik* 320–342. Berlin: Springer.
- Taylor, E., Döpfner, M., Sergeant, J., Asherson, P., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Coghill, D., Danckaerts, M., Rothenber-



- ger, A., Sonuga Barke, E., Steinhausen, H.-C. & Zuddas, A. (2004). Clinical guidelines for hyperkinetic disorder – first upgrade. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13, Supplement 1, I/7–I/30.
- van Londen, A., van Londen-Barentsen, M. W., van Son, M. J. & Mulder, G. A. (1993). Arousal training for children suffering from nocturnal enuresis: a 21/2-year follow-up. *Behavior Research and Therapy*, 31, 613–615.

Dr. Frauke Kierfeld

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
des Kindes- und Jugendalters am  
Klinikum der Universität zu Köln  
Robert Koch Straße 10  
DE-50931 Köln

## Anhang



Multiple-Choice-Fragen zum Erwerb von CME-Punkten  
zum Artikel: Kierfeld und Döpfner: Bibliotherapie als Be-

handlungsmöglichkeit bei Kindern mit externalen Verhal-  
tensstörungen (nur eine Antwort pro Frage richtig):

1. Welche Aussage zu den Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen trifft nicht zu?
  - a) die Störung ist über den Entwicklungsverlauf sehr stabil
  - b) bis zu 60% der Betroffenen weisen im frühen Erwachsenenalter noch ADHS-Symptome auf
  - c) in ca. 50% besteht eine Kombination mit oppositionellem bzw. aggressivem Verhalten
  - d) das psychosoziale Funktionsniveau ist oft erheblich beeinträchtigt
  - e) ein multimodales Therapievorgehen ist meist indiziert
2. Unter dem Begriff Bibliotherapie versteht man
  - a) die Nutzbarmachung des Lesens zu therapeutischen Zwecken
  - b) das Führen eines Symptomtagebuches
  - c) die Umsetzung von Verstärkerplänen
  - d) das Schreiben von Geschichten zur Problembewältigung
  - e) der Austausch von therapeutischen Erfahrungen mit Hilfe von Briefen
3. Bei den Didaktik-Self-Help-Manuals handelt es sich um
  - a) Kurzgeschichten
  - b) Schicksalsberichte über die individuelle Lösung eines Problems
  - c) Minimale Kontaktprogramme
  - d) Problemlösebücher
  - e) Systematische Tagebuchaufzeichnung

4. Welche der nachfolgenden Frage wurde in den telefonischen Kurzinterviews nicht gestellt?
  - a) Haben Sie alles gelesen?
  - b) Haben Sie das Gelesene gut verstanden?
  - c) Wie hat Sie das Gelesene angesprochen?
  - d) Haben Sie die Ratschläge ausgeführt?
  - e) Haben Sie die Ratschläge mit Ihrem Kind diskutiert?
5. Welche Aussage trifft hinsichtlich der Effektivität des Programmes nicht zu?
  - a) Bei den elterlichen Erziehungspraktiken ließen sich kaum Unterschiede feststellen
  - b) Die Telefonate wurden von den Eltern als sehr positiv erlebt
  - c) Die familiären Coping-Strategien veränderten sich deutlich
  - d) Die elterliche Tüchtigkeit nahm nach Aussage der Eltern deutlich zu
  - e) Die Mütter zeigten weniger Ärger und Geringschätzung

Um Ihr CME-Zertifikat zu erhalten (mind. 3 richtige Antworten), schicken Sie bitte den ausgefüllten Fragebogen **mit einem frankierten Rückumschlag** bis zum 20.10.2006 an die nebenstehende Adresse. Später eintreffende Antworten und Einsendungen ohne frankierten Rückumschlag können nicht 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 1 Fortbildungspunkt an.

Stempel

Zeitschrift für  
**Kinder- und Jugend-  
psychiatrie und  
Psychotherapie**  
5/2006

HUBER 

DATUM

UNTERSCHRIFT

### «Bibliotherapie als Behandlungsmöglichkeit bei Kindern mit externalen Verhaltensstörungen»

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.

PLZ, Ort