

Originalarbeit

Programm Zappelphilipp – Frühintervention bei delinquenten Kindern

Hometreatment als alternativer Behandlungsansatz bei polizeilich auffällig gewordenen Kindern

Gerhard Ristow, Angela Hermens, Martin H. Schmidt, Martin Holtmann,
Tobias Banaschewski und Luise Poustka

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit/Kinder- und Jugendpsychiatrie, J 5,
Mannheim (Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Dr. T. Banaschewski)

Zusammenfassung. *Fragestellung:* Vorliegende Pilotstudie untersucht in Kooperation mit der Mannheimer Polizei die Wirksamkeit eines Präventionsprogramms für erstmalig delinquent gewordene Kinder mit dissozial- aggressivem und hyperkinetischem Problemverhalten. *Methodik:* In einer offenen Inanspruchnahme Studie wurden Kinder im Alter von 8–13 Jahren, die einmalig der Polizei durch delinquente Handlungen auffällig geworden waren; eingeschlossen. In einer ca. 4-monatigen Hometreatmentphase wurden insgesamt 24 Familien pädagogische und verhaltenstherapeutische Strategien vermittelt. Mittels DISYPS-KJ wurden vor und nach dem Training die hyperkinetisch Kernsymptomatik sowie oppositionell- aggressives und dissozial-aggressives Verhalten erfasst. *Ergebnisse:* Am Ende des Programms zeigte sich eine signifikante Symptomreduktion in den hyperkinetischen Subskalen sowie bei dissozial-aggressivem Verhalten. 88 % der Eltern schilderten eine deutliche Verbesserung beim Hauptproblem der Kinder. *Schlussfolgerung:* Vorliegendes Präventionsprogramm als indizierte Präventionsmaßnahme bei delinquenten Kindern zeigte sich nach einer ersten Beurteilung als effektiv in der Behandlung dissozial- aggressiver Auffälligkeiten.

Schlüsselwörter: Störung des Sozialverhalten, ADHS, Hometreatment, Behandlung im häuslichen Rahmen, Prävention

Abstract. *Early prevention program for delinquent children – home-based interventions for children with ADHD and CD and their families*

Objective: This pilot study carried out in cooperation with the Mannheim police department investigates the effectiveness of a home-based prevention program for first-time delinquent children with ADHD and CD and their families. *Methods:* 24 children aged 8–13 years and their parents participated over a four-month period in the prevention program, which included 18 sessions of home treatment based on a cognitive behavioural concept. Core symptoms of ADHD and CD were assessed by means of the DISYPS-KJ scales before and after treatment. *Results:* The training program significantly reduced both hyperactive and aggressive-dissocial behaviour on the parent rating scales. 88% of the parents reported an improvement of primary problems of their children. *Conclusions:* This first evaluation suggests that the described home-based family prevention program is well effective in reducing problem behaviour in children with ADHD and CD.

Keywords: conduct disorders, ADHD, home treatment, home based intervention, prevention

Einleitung

Aggressiv-dissoziale Verhaltensstörungen zählen zu den häufigsten Vorstellungsanlässen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und bilden ca. 30–50 % der Inanspruchnahmepopulation Kinder- und Jugendpsychiatrischer Einrichtungen (Schmeck & Poustka, 2000). Das breite Spektrum der verschiedenen Störungen des Sozialverhaltens beschreibt eine Konstellation aus oppositionellem, aggressivem und dissozialem Verhalten, das bereits im frühen Kindesalter auftreten und bis in die Adoleszenz oder ins Erwachsenenalter persistieren kann. Aggressive Verhaltensstörungen gelten demnach als besonders stabil im Verlauf (Schmidt, 1998) und ihre Prognose als ungünstig (Moffitt, 1993). Bei unter 12-jährigen Jungen mit einer Störung des Sozialverhaltens tritt fast immer auch eine Aktivitäts-Aufmerksamkeitsstörung auf (Herpertz-Dahlmann, 2003). Als Ursache für die Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung werden neben neuropsychologischen Veränderungen auch genetische Dispositionen diskutiert (Banaschewski et al., 2005; Biederman, 2005). Der indirekte Weg einer Entwicklung von der Aktivitäts-Aufmerksamkeitsstörung über das oppositionelle Verhalten zum aggressiv-dissozialem Verhalten ist dabei besonders häufig (Loeber & Farrington, 2000). Umgekehrt findet man bei vorliegendem ADHS mit einer Häufigkeit von 40–60 % auch eine begleitende Störungen des Sozialverhaltens (Herpertz-Dahlmann, 2003). Zeigt ein Kind beide Störungen, besteht ein erhebliches Risiko für die Entwicklung delinquenten Verhaltens und antisozialer Persönlichkeitsstörungen (Schmidt, 2004), in betroffenen Familien sind psychiatrische Erkrankungen anderer Familienmitglieder sowie Scheidungs- und Trennungsraten deutlich erhöht (Pliszka, 2003; Pliszka et al., 1999). Zu den Entstehungsmechanismen der Sozialverhaltensstörungen tragen sowohl neurobiologische als auch psychosoziale Risiken bei. Eine genetische Beteiligung scheint bei aggressiv-dissozialem Verhalten (Eley et al., 2003) und persistierendem dissozialem Verhalten (im Gegensatz zu auf die Adoleszenz begrenztem) besonders ins Gewicht zu fallen. Biologisch bedingte Risikofaktoren wie niedrige Erregbarkeit, ausgedrückt in niedriger Herzrate, können jedoch durch negative psychosoziale Umstände wie negative Eltern-Kindbeziehungen, niedriger sozio-ökonomischer Status und gestörtes Bindungsverhalten verstärkt werden (Farrington, 1997). Für mögliche Therapieansätze kann daraus abgeleitet werden, dass auch bei Vorhandensein biologischer Risikofaktoren wie genetischer Belastung oder niedrigem physiologischem Arousal eine Verbesserung der psychosozialen Umstände bzw. der Eltern-Kind-Interaktion und des Erziehungsverhaltens ein wichtiger Faktor bei der Behandlung von Störungen des Sozialverhaltens darstellen könnte (Barkley, 1990). Eine weitere Überlegung betrifft die Tatsache, dass häusliche Konflikte, Alkoholprobleme und Kriminalität des Vaters, ungünstige Wohnverhältnisse und negativer Erziehungsstil in diesen Familien häufig zu be-

obachten sind (Kazdin, 1993). Es handelt sich also meist um Multiproblemfamilien, die wirtschaftliche und pädagogische Defizite aufweisen und dadurch erhebliche Probleme haben, Ergebnisse von pädagogischen Beratungen im häuslichen Rahmen umzusetzen. (Kazdin, 1997). Infolge dessen kommt es gerade bei diesen Familien zu einer Quote von bis zu 50 % Therapieabbrüchen (Petermann, 2006). Gescheiterte Therapieversuche wiederum begünstigen die Entwicklung von Suchterkrankungen und Delinquenz (Rösler et al., 2004). Eine früh einsetzende und für betroffene Familien erreichbare Intervention ist hier von besonderer Bedeutung, da die Beeinflussbarkeit der Symptomatik mit steigender Alter vor allem bei Jugendlichen mit frühem Störungsbeginn abnimmt und es zunehmend zu einer Generalisierung der Problematik über den familiären Rahmen hinaus kommt (Wagner et al., 2004). Zusammenfassend kann also aufgrund der bisherigen Datenlage angenommen werden, dass sich biologische Risikofaktoren und psychosoziale Risikofaktoren auf die Entwicklung delinquenten Verhaltens fördernd auswirken. Ferner sind die betroffenen Familien so belastet, dass sie die konventionelle Hilfsangebote nur unzureichend für sich in Anspruch nehmen, bzw. die Intervention nicht erfolgreich in den häuslichen Rahmen transferieren können.

Therapieansätze

Unter den vielen Therapieansätzen für externalisierenden Verhaltensstörungen haben sich für die Verbesserung sowohl kindlichen als auch elterlichen Verhaltens die Kombination aus vorwiegend verhaltenstherapeutischem Elterntraining und sozial-kognitivem Problemlösetraining als besonders effektiv und nachhaltig erwiesen (Barkley, 1997; Webster-Stratton & Hammond, 1997). Meist sind solche Ansätze jedoch nur dann fruchtbar, wenn die Eltern ausreichende häusliche Ressourcen aufbringen um ambulante Therapieziele umzusetzen. Solche Programme sind strukturiert und kostengünstig in der Umsetzung, setzen jedoch eine hohe Eigenverantwortung der Teilnehmer voraus und garantieren damit nicht den Transfer der Theorie in den Alltag von häufig sehr belastenden Familien. Verstärkt aufsuchende bzw. familienzentrierte Angebote können dagegen die Effektivität ambulanter Interventionen deutlich verbessern (Wagner et al., 2004). Gerade bei multiplen familiären Belastungen und schwacher Compliance, die bei Familien mit expansiven Störungen gehäuft auftreten (Kazdin, 1993; Pliszka et al., 2003) stellt das so genannte Hometreatment im Sinne einer aufsuchenden Behandlung des Kindes durch einen Therapeuten im gewohnten familiären Umfeld eine mögliche Alternative dar (Mattejat et al., 2001). Sie bieten durch klare gemeinsame Behandlungsvereinbarungen im begrenzten Zeitrahmen vor Ort eine Reihe von Vorteilen für die teilnehmenden Familien.

Hometreatment ist bereits mehrfach als wirksame und im Vergleich kostengünstigere Alternative zur stationären Behandlung evaluiert worden (Göpel et al., 2000; Lay et

al., 2001; Remschmidt & Schmidt, 1988). Bisherige Erfahrungen mit dem Hometreatment Programmen bei Kindern mit ADHS und Störung des Sozialverhaltens belegen eine der stationären Behandlung vergleichbare Effektivität und zwar bis zu einem Jahr danach (Göpel et al., 1996; Mattejat et al., 2001). Vergleichbare Ergebnisse ergaben die Untersuchungen der Arbeitsgruppe Henggeler, die mit der Interventionsform der «home based» multisystemischen Therapie (MST) psychiatrische Patienten stationär statt ambulant behandelten. (Henggeler et al., 2003).

Hometreatment- Elemente werden darüber hinaus als wichtige und effektive Bausteine komplexerer Präventionsprogramme genutzt, die sich im Sinne einer indizierten Prävention an Risikofamilien richten, bei denen die Kinder bestimmte Merkmale einer Störung bereits aufweisen, in der Hoffnung, eine weitere Entwicklung delinquenten und aggressiven Verhaltens zu verhindern. Ein Beispiel ist hier die das FAST-Programm (Families and Schools Together, Conduct Problems Prevention Research Group, 1999) für Kinder mit aggressiv-dissozialen Verhaltensproblemen mit einem eindrucksvollen wenn auch sehr aufwändigen Design mit einer Kombination aus familienzentriert-aufsuchender Behandlung und Elternt raining, sozialem Kompetenztraining für die Kinder, Lesetraining und schulischen Interventionen. Ein familienzentriertes Präventionsprogramm, das sich an größere Gruppen von Risikokindern und ihre Eltern richtet, ist für die Betroffenen leichter zugänglich als traditionelle klinische Behandlungen.

Das Zappelphilipp-Projekt

Im Jahr 2006 waren gemäß der Kriminalstatistik der Stadt Mannheim 579 Kinder im Alter von 8–13 Jahren tatverdächtig. 380 dieser Kinder wurden zum ersten Mal von der Polizei registriert. Ca. 10–20 der tatverdächtigen Kinder erfüllten die Kriterien für Intensivtäter, also Täter von besonders schweren oder besonders zahlreichen Delikten. Unter diesen Intensivtätern erfüllten 60 % die Kriterien für eine hyperkinetische Störung. Die Mannheimer Polizei formulierte daraufhin den Bedarf einer gezielten präventiven Intervention für Kinder mit ADHS und Störung des Sozialverhaltens, um dem erhöhten Risiko der Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens entgegen zu wirken. So entstand das im Folgenden beschriebene Projekt «Zappelphilipp – Frühintervention bei delinquenten Kindern». Kernaufgabe des Pilotprojektes ist die Durchführung und Evaluation eines manualisierten Hometreatments bei Kindern mit ADHS und/oder Störung des Sozialverhaltens. Die im Manual beschriebenen Interventionsstrategien sind an verhaltenstherapeutischen Programmen orientiert. Im Ansatz ist es darauf ausgerichtet, Probleme direkt im häuslichen Rahmen zu erkennen, so dass Interventionen auf den individuellen Bedarf zugeschnitten und unmittelbar etabliert werden können. Langfristig soll damit dem erneuten Auftreten von vor allem delinquentem Verhalten des Kindes

vorgebeugt werden. Nach Kenntnis der Autoren ist vorliegende Untersuchung die erste Interventionsstudie zu Hometreatment als sekundär bzw. tertiär präventive Maßnahme, also als indizierte Prävention. Im Vordergrund unserer Studie stand die Überprüfung folgender Ziele:

1. Ist ein manualisiertes Hometreatment unter Kinder- und Jugendpsychiatrischer Anleitung wie in vorliegender Studie dargestellt, dazu geeignet, betroffene Multiproblemfamilien zu erreichen? 2. Wenn dies der Fall ist, ist die gezielte Intervention in Form des Hometreatments mit Kombination der beschriebenen Behandlungsbausteine geeignet, die Symptomatik von ADHS als auch der Sozialverhaltensstörung der Kinder vor allem im Hinblick auf den aggressiv-dissozialen Bereich zu verbessern?

Methoden

Über einen Zeitraum von 22 Monaten wurden die Probanden rekrutiert. Für jede teilnehmende Familie ergab sich folgender zeitlicher Ablauf: Aufklärung, Beginn mit der Basisdiagnostik (Dauer ca. 4 Wochen = T0), Durchführung des Hometreatment (Dauer ca. 3.5 Monate), Messung der Veränderung (= T1), Durchführung der Booster Sitzungen (= T2 und T3). 12 Monate nach Eintritt in die Studie Durchführung des 1 Jahres Follow-up (= T4).

Stichprobenbeschreibung

Die Zuweisung der teilnehmenden Familien erfolgte hauptsächlich über Jugendsachbearbeiter der Polizei Mannheim, im weiteren Verlauf der Studie auch über niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater, Schulen, Jugendamt und Jugendhilfeeinrichtungen. Den Eltern wurde ein unverbindliches Informationsgespräch angeboten, im Anschluss daran konnten sich die Familien für oder gegen eine weitere Intervention entscheiden.

Als Einschlusskriterien wurden definiert:

- Alter der Probanden zwischen acht und dreizehn Jahren. Die Obergrenze wurde gewählt, da Kinder unter 14 noch nicht strafmündig im Sinne des Jugendstrafrechtes sind und die die Erreichbarkeit durch die Eltern noch besser gewährleistet ist.
- Gute deutsche Sprachkenntnisse sowohl der Probanden als auch der Eltern, um ein ausreichendes Verständnis des Programms zu gewährleisten.
- erstmalige polizeiliche Auffälligkeit des Kindes,
- Dunkelfeld delinquenz (d. h. Verhaltensweisen, die noch nicht angezeigt wurden und dem Helfersystem, nicht aber der Polizei bekannt geworden sind
- aggressiv-dissoziales Verhalten, das aus Sicht der beteiligten Instanzen (Jugendamt, Schule oder Jugendhilfeeinrichtung) so ausgeprägt ist, dass es Interventionsbedürftig ist.

Als Ausschlusskriterien wurden definiert:

- bei stationärer Behandlungsbedürftigkeit bzw. fehlende häusliche Ressourcen, gemäß der Leitlinien für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dies ist indiziert bei ausgeprägt psychosozialer Belastung bzw. niedrigem Funktionsniveau, ausgeprägter hyperkinetischer Symptomatik oder ausgeprägter komorbider Symptomatik.
- institutionelle Erziehung
- IQ des Probanden < 75

Insgesamt wurden 54 Probandenfamilien vermittelt, 41 davon waren mit einer Teilnahme an der Studie einverstanden. 24 Familien haben das Hometreatment abgeschlossen. Sieben Familien brachen während oder nach der Diagnostik die Studie ab. Zehn Familien brachen in der Behandlungsphase ab. Sechs Familien konnte nicht kontaktiert werden, bzw. lehnten unser Angebot ohne weitere Informationen ab, fünf Familien entschieden sich nach einer Aufklärung über das Projekt gegen diese Maßnahme und zwei Familien erfüllten das Ausschlusskriterium der stationären Behandlungsbedürftigkeit. Siehe dazu Tabelle 1.

Von 41 eingeschlossenen Fällen wurden 17 über die Po-

lizei rekrutiert, weitere sechs wurden über das Jugendhilfe vermittelt, neun wurden über die hauseigene Ambulanz und niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater vermittelt, sechs wurden über Schule, Beratungsstelle oder Hort in das Projekt vermittelt und drei wurden durch Medienberichte auf das Projekt aufmerksam.

Das Alter der teilnehmenden Kinder lag zwischen acht und dreizehn Jahren ($x = 10.79$, $SD = 1.64$). Das Geschlechtsverhältnis von 11:1 war deutlich auf der Seite der Jungen. In Kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung befanden sich zum Zeitpunkt der Diagnostik 25 (= 61 %) der eingeschlossenen Kinder, 18 gehörten zur Gruppe der Absolventen. Von den 13 nicht in einer Behandlung befindlichen Kindern waren elf über die Polizei vermittelt worden.

Angaben zum sozialen Status, der Intelligenz, den Diagnosen und den Ergebnissen der CBCL lassen sich der Tabelle 2 entnehmen.

Untersuchungsinstrumente

Folgende Messinstrumente wurden zur Untersuchung eingesetzt (Tabelle 3): Basisdiagnostik (T0): Kiddie-SADS-PL (Delmo et al., 2001; Kaufmann, 1996). Standardisiertes, semistrukturiertes diagnostisches Interview zur Erfassung der Psychopathologie des Kindes- und Jugendalters zur Diagnosesicherung, Hamburg-Wechsler Intelligenztest (HAWIK-III, Tewes et al., 2000), ggf. im medizierten Zustand.

Checklisten für Eltern und Lehrer: Child Behavior Checklist/Teacher Report Form (CBCL/4–18, Achenbach/Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998 bzw. TRF Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior

Tabelle 1

Übersichtsdarstellung zur Rekrutierung

Angemeldet: $n = 54$				
Eingeschlossen: $n = 41$		Ausgeschlossen: $n = 13$		
$n = 24$	$n = 17$	$n = 6$	$n = 2$	$n = 5$
Training absolviert	Ausgeschlossen in Diagnostik/Training	keine Kontaktaufnahme möglich	Ausschlusskriterium erfüllt	Keine Einwilligung

Tabelle 2

Stichprobenbeschreibung ($n = 24$)

	<i>N</i>	%	Mittelwert	<i>SD</i>	Min	Max
Geschlecht: (Männlich)	22	91				
Alter	24		10.7	1.6		
Diagnosen						
F 90.0 (Einfache Aktivitäts-Aufmerksamkeitsstörung)	5	20.8				
F 90.1 (Hyperkinet. Strg des Sozialverhaltens)	14	58.3				
F 91 (Störung des Sozialverhaltens)	5	20.8				
Intelligenz (IQ-Wert)						
HAWIK-III Verbalteil	24		98.43	17.0	75	139
HAWIK-III Handlungsteil	24		95.91	13.9	65	118
HAWIK-III Gesamt-IQ	24		97.04	15.2	71	132
CBCL-Skalen (T-Wert)						
Aufmerksamkeitsprobleme	24		60.5	8.6	52	80
Internalisierende Skala	24		66.2	8.5	48	80
Externalisierende Skala	24		73.6	5.9	57	80
Gesamt Skala	24		72.2	6.8	52	80

Legende. HAWIK = Hamburg Wechsler Intelligenztest; CBCL = Child Behavior Checklist.

Tabelle 3
Messinstrumente

Basis Diagnostik (T0)	Ende Intensivphase (T1)	Ende Booster (T4)
K-SADS-PL	X	
Leistungsmessung HAWIK III	X	
CBCL		CBCL
DISYPS-KJ		
FBB HKS	X	X
FBB SSV	X	X
SBB HKS	X	X
SBB SSV	X	X
Fragebogen zu den Erwartungen	Fragebogen zur Zufriedenheit	Fragebogen zur Zufriedenheit
(Eltern, Kind)	(Eltern, Kind, Trainer)	(Eltern, Kind, Trainer)

Legende. K-SADS-PL, = semistrukturiertes, diagnostisches Interview zur Erfassung der Psychopathologie des Kindes- und Jugendalters, HAWIK = Hamburg Wechsler Intelligenztest, DISYPS-KJ = Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter, FBB = Fremdbeurteilungsbogen, SBB = Selbstbeurteilungsbogen, HKS = hyperkinetische Störungen, SSV = Störungen des Sozialverhaltens, HAWIK = Hamburg Wechsler Intelligenztest; CBCL = Child Behavior Checklist.

Checklist, 1993) Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen, einem Breitbandverfahren, dass einen Überblick auf drei übergeordneten Skalen und acht Problem-Skalen gibt. In den Subskalen sind *T*-Werte ab 60 auffällig, in den übergeordneten Skalen sind *T*-Werte ab 72 auffällig.

Aus dem Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes und Jugendalter (DISYPS-KJ) für Eltern und Lehrer:

- Fremdbeurteilungsbogen Hyperkinetische Störungen (FBB-HKS)
- Fremdbeurteilungsbogen Störung des Sozialverhaltens (FBB-SSV)

Checklisten zur störungsspezifischen Selbstbeurteilung:

- Selbstbeurteilungsbogen Hyperkinetische Störungen SBB-HKS,
- Selbstbeurteilungsbogen Störung des Sozialverhaltens SBB-SSV

Zur Messung der Aufmerksamkeitsleitung auf die Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung (TAP 1.7) eingesetzt, in Ergänzung zu den internalisierenden Skalen der CBCL wurde eine Messung mittels Kinder-Angst-Test (KAT II) und Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ)) verwendet sowie zur Erfassung von Lebensqualität wurde das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität (ILK) eingesetzt (Mattejat & Remschmidt, 2006; Stiensmeier-Pelster et al., 2000; Thurner & Tewes, 2000; Zimmermann & Fimm, 1993).

Behandlung

Nach Abschluss der Diagnostik beginnt das eigentliche Hometreatment mit einem Beratungsgespräch, in dem der Familie zunächst die Untersuchungsbefunde mitgeteilt werden und ein gemeinsames Störungsmodell entwickelt wird. Daraus werden individuelle Ziele abgeleitet, standardisierte Behandlungsthemen verdeutlicht und die Behandlungsmotivation gestärkt. Das Hometreatment besteht aus 18 Sitzungen à 1.5 Stunden in der Familie sowie drei begleitenden Beratungssitzungen beim Kinder- und Jugendpsychiater. Die Termine erfolgen zunächst zwei Mal pro Woche, im weiteren Verlauf wird die Frequenz auf ein Mal pro Woche und schließlich auf alle zwei Wochen gesenkt. Nach dieser intensiven Behandlungsphase folgt die Erhaltungphase mit drei Auffrischungssitzungen im Abstand von je 3 Monaten. Ein Jahr nach Beginn des Trainings erfolgt die Follow-up Untersuchung. Das Hometreatment wird manualisiert durchgeführt, Grundlage für das eigens zusammengestellte Manual sind verhaltenstherapeutische Bausteine aus den Therapieprogrammen von Lochman et al., Defiant Children von Barkley (Barkley, 1997) bzw. dem deutschen Pedant «THOP» (Döpfner & Lehmkuhl, 2000) und elementaren verhaltenstherapeutischen Methoden. Inhaltlich wird eine Sitzung dreigeteilt in einen Eltern- teil, einen Familienteil und einem Kinderteil. Pro Sitzung wird schwerpunktartig entweder mit den Eltern oder dem Kind gearbeitet. Inhalte der Sitzungen mit Elternschwerpunkt sind zunächst die Hausregeln als kleinste gemeinsame Basis. Im Folgenden wird die Objektivierung der oft auf negatives konzentrierten Elternwahrnehmung bearbeitet, im Anschluss daran wird die altersadäquate Form der Verteilung von Aufträgen eingeübt. In den folgenden Sitzungen erfolgt die Vermittlung von verhaltenstherapeutischen Prinzipien wie positiver (Loben und Belohnen) und negativer Verstärkung, Löschung (Ignorieren), Shaping und Verstärkerentzug. Abschließend werden noch Umgangsmöglichkeiten mit heimlichem und verbotenen Verhalten bearbeitet. Die Teilnahme der ganzen Familie pro Sitzung dient in erster Linie zum einüben des gelernten unter Videofeedback. Lediglich eine Sitzung ist schwerpunktmäßig auf die ganze Familie ausgelegt. In dieser Sitzung werden der Familie Problemlösestrategien vermittelt. In den Sitzungen mit Behandlungsschwerpunkt auf dem Kind wird zunächst das Erkennen und der Umgang mit Wut trainiert, im weiteren Verlauf werden verschiedene verhaltenstherapeutische Mechanismen zur Kontrolle von Wut und Aggression eingeübt. Abschließend wird verbotenes Verhalten thematisiert.

Das Hometreatment wird durch den Projektleiter in dem Programm geschulten Sozialpädagogen durchgeführt, die durch eine Kinder- und Jugendpsychotherapeutin supervidiert werden. Sollte gemäß der Leitlinien für Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Stimulanzientherapie indiziert sein, erfolgt eine Aufklärung der Familie über die Möglichkeiten einer Medikation und ggf. eine entsprechende Behandlung.

Tabelle 4

Elternurteil im FBB HKS und SSV (Schweregrad)

FBB HKS	N	Mittel	Median	SD	T	p
Aufmerksamkeitsstörung T0	24	1.777	1.890	0.845	-3.012	0.006*
Aufmerksamkeitsstörung T1	24	1.333	1.165	0.766		
Hyperaktivität T0	24	1.284	1.210	0.756	-1.969	0.061
Hyperaktivität T1	24	0.999	0.930	0.685		
Impulsivität T0	24	1.760	1.750	0.743	-0.339	0.737
Impulsivität T1	24	1.708	1.625	0.736		
Gesamtskala T0	24	1.606	1.525	0.716	-2.367	0.027*
Gesamtskala T1	24	1.295	1.300	0.635		
FBB SSV						
Oppositionell-Aggressiv (T0)	24	1.804	2.000	0.753	-1.933	0.066
Oppositionell-Aggressiv (T1)	24	1.510	1.615	0.764		
Dissozial-Aggressiv (T0)	24	0.490	0.515	0.279	-3.535	0.002*
Dissozial-Aggressiv (T1)	24	0.270	0.280	0.168		
Gesamtskala (T0)	24	0.917	0.950	0.434	-2.651	0.014*
Gesamtskala (T1)	24	0.687	0.640	0.342		

Legende. FBB = Fremdbeurteilungsbogen, HKS = hyperkinetische Störungen, SSV = Störungen des Sozialverhaltens. * $p < .05$.

Auswertung

Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgte mittels SPSS Version 12.0. Die Ergebnisse der Selbst- und Fremdbeurteilungsbögen wurden mittels *T*-Test für gepaarte Stichproben analysiert. Die Gruppen der Abbrecher und der Abschließenden wurde im Kruskal-Wallis Test miteinander verglichen.

Ergebnisse

Auswirkungen des Trainings im standardisierten Elternurteil

Die Auswertung der FBB-HKS der Eltern ergab in der Fremdbeurteilung eine Reduktion der Symptomatik (Tabelle 4): 16 % zeigten eine deutliche Reduktion in der Gesamtskala HKS, 79 % zeigten eine Symptomreduktion im Bereich einer Standardabweichung und bei 25 % zeigte sich eine Normalisierung (Wert ≤ 1.9 Einheiten). Für die Gesamtskala und die Subskalen Aufmerksamkeit sind die Ergebnisse signifikant auf dem 5 % Niveau, für die Subskala Hyperaktivität waren lediglich Tendenzen bezüglich einer Reduktion der Symptomatik nachvollziehbar. In der Subskala Impulsivität unterschieden sich die Mittelwerte des Elternurteils nicht wesentlich.

Im FBB-SSV zeigte sich eine vorwiegende Belastung aller Kinder in der Subskala des Oppositionell-Aggressiven Verhaltens. Dabei machte es keinen Unterschied ob die Beurteilung durch Eltern oder Kinder erfolgte. Im Elternurteil beschrieben 25 % der Eltern eine Symptomreduktion um mehr als eine Standardabweichung in der Gesamtskala,

bezüglich der Subskala des oppositionell-aggressiven Verhaltens zeigte sich eine Reduktion in 20 % der Fälle, bei 71 % wurden geringere Veränderungen beschrieben. 33 % der Kinder zeigen eine Normalisierung in der Skala des oppositionell-aggressiven Verhalten (Wert ≤ 1.7 Einheiten). Insgesamt zeigte sich eine signifikante Symptomreduktion in den Skalen des dissozial-aggressiven Verhaltens und der Gesamtskala, das oppositionell-aggressive Verhalten zeigt lediglich eine nicht signifikante Symptomreduktion.

Bezüglich des Lehrerurteils wurden nur insgesamt 41 % der Fragebögen zurückgeschickt, daher war ein valides Lehrerurteil nicht zu erheben.

Auswirkungen des Trainings im standardisierten Urteil der Kinder

Die Kinder gaben im Selbsturteil nach der Behandlung weniger Symptomatik an (Tabelle 5). Nur 8 % beschrieben sich als auffällig im Gesamturteil. Insgesamt bildete sich im Selbsturteil rein deskriptiv eine Symptomreduktion ab. Alle Mittelwerte der zweiten Erhebung liegen unter den Ausgangswerten, erreichten jedoch keine signifikante Verbesserung.

Auswirkungen des Trainings im Subjektives Elternurteil

Am Ende der Intensiven Phase sollten alle Eltern für die folgenden Items eine Bewertung abgeben:

Wie stark hat sich das Kind bzgl. Regeleinhaltung ver-

Tabelle 5
Selbsturteil der Kinder SBB HKS und SSV (Schweregrad)

SBB HKS	N	Mittel	Median	SD	t	p
Aufmerksamkeitsstörung T0	24	1.154	1.165	0.569	-1.736	0.096
Aufmerksamkeitsstörung T1	24	0.869	0.835	0.584		
Hyperaktivität T0	24	1.216	1.140	0.641	-1.975	0.060
Hyperaktivität T1	24	0.856	0.859	0.663		
Impulsivität T0	24	1.271	1.250	0.711	-0.633	0.533
Impulsivität T1	24	1.163	1.125	0.640		
Gesamtskala T0	24	1.198	1.225	0.551	-1.724	0.098
Gesamtskala T1	24	0.925	0.925	0.583		
SBB SSV						
Oppositionell-Aggressiv (T0)	24	1.300	1.560	0.752	-1.179	0.251
Oppositionell-Aggressiv (T1)	24	1.142	1.000	0.564		
Dissozial-Aggressiv (T0)	24	0.349	0.313	0.215	-0.006	0.995
Dissozial-Aggressiv (T1)	24	0.349	0.250	0.398		
Gesamtskala (T0)	24	0.637	0.640	0.356	-0.274	0.787
Gesamtskala (T1)	24	0.612	0.480	0.343		

Legende. SBB = Selbstbeurteilungsbogen, HKS = hyperkinetische Störungen, SSV = Störungen des Sozialverhaltens. * $p < .05$.

bessert? 14 von 18 (77 %) der befragten Eltern kamen zum Schluss, dass eine Verbesserung zwischen 50 und 80 % erfolgte.

Zur Frage, «Inwieweit hat sich das Kind besser unter Kontrolle?» zeichnete sich ein uneinheitliches Bild ab. Fünf Eltern (27,7 %) gaben eine Verbesserung zwischen 20 und 40 % an, weitere zwölf (66,7 %) eine Verbesserung von 70–90 %.

Auf die Frage «Wie stark haben sich die Erziehungskompetenzen verbessert?» schätzten 15 von 18 Eltern (83,3 %) ein, dass sich ihre Kompetenzen um 50 bis 80 % verbessert hätten. Nur eine Mutter gab an, dass sich Ihre Kompetenzen gar nicht verbessert hätten.

17 von 18 Eltern (95 %) gaben eine Verbesserung des Umgangs um 50–90 % an und auch bei dieser Frage gab eine Mutter an, dass sich der Umgang verbessert hatte. In beiden Beurteilungen handelte es sich um unterschiedliche Eltern, die diese niedrige Veränderung angaben. 16 von 18 Müttern (88 %) waren der Meinung, dass sich Konflikte um 50 bis 80 % reduziert hatten. Zur Frage, in wie weit sich das Hauptproblem verbessert hatte, gaben 16 von 18 Eltern (88 %) an, dass sich das Hauptproblem zu mindestens 50 % verbessert habe.

Analyse der Behandlungsabbrüche

Die Behandlungsabbrüche wurden u. a. mit einer spontanen Verbesserung der häuslichen Situation begründet. Therapieabbrecher und Absolventen unterschieden sich nicht hinsichtlich Alter (11.29 vs 10.79 Jahre, $p = .35$), Intelligenz 98.46 vs 97.04 ($p = .54$) oder der Beurteilung der Eltern in den DISYPS-KJ.

Einfluss der Medikation

Im Verlauf des Projektes wurden nur drei Kinder neu auf Stimulantien eingestellt. Eine Einstellung auf andere Stoffgruppen erfolgte nicht. Aufgrund dieser geringen Fallzahl konnte keine statistische Aussage getroffen werden, ob die Verbesserungen des Aufmerksamkeitsdefizits auf den Einfluss des Programms oder die Medikation zurück zu führen war.

Angaben in der CBCL

In der CBCL zeigten bei der Ausgangserhebung klinisch relevante Auffälligkeiten (T -Wert > 64) in den Skalen «Internalisierend», «Externalisierend» und «Gesamt». Die Symptomskala «Aufmerksamkeitsprobleme» dagegen befand sich im oberen Normbereich (T -Wert = 60.5, Grenze T -Wert > 70).

Diskussion

Ziel dieser Pilotuntersuchung war sowohl die Evaluation als auch die Durchführbarkeit des Hometreatments als indizierte Präventionsmaßnahme bei delinquenten Kindern. Erste Ergebnisse, die sich bisher auf einen Vergleich vor und unmittelbar nach der Behandlung beziehen, zeigen, dass sich damit eine deutliche Symptomreduktion in einigen Problembereichen im Eltern- und Selbsturteil der Probanden erzielen lässt und die Zielgruppe der Kinder mit ADHS und Störung des Sozialverhaltens durch diese Interventionsform gut erreicht werden kann. Die Eltern gaben

in standardisierten Verhaltensskalen eine deutliche Reduktion von vor allem dissozial-aggressivem und hyperkinetischem Verhalten an; im Urteil der Kinder selbst hatte sich hyperkinetisches Verhalten zwar deutlich, aber nicht statistisch signifikant reduziert. Subjektive Rückmeldungen der Familien in einem eigens entwickelten Fragebogen zeigen positive Effekte sowohl auf die Selbstkontrolle der Kinder, als auch auf die Erziehungskompetenzen. Die Eltern fühlen sich gut aufgehoben und waren mit der Form der Intervention und den Hausbesuchen zufrieden.

Vergleich mit anderen Interventionsansätzen

Vergleicht man die vorliegende Interventionsform mit bereits evaluierten Programmen, wie dem FAST Programm oder der gezielten Intervention mit Multisystemischer Therapie, so wird dort mit höherer Frequenz und langfristiger interveniert; auch wird in beiden Programmen intensiv mit Schulen zusammen gearbeitet. Beim FAST Programm ist der Schulkontakt und die Stärkung der pädagogischen Konsequenzen eine klare Vorgabe, während in vorliegendem Zappelphilipp- Programm die Schule bisher nicht als Interventionsebene miteinbezogen wurde. Die praktische Erfahrung zeigt aber, dass eine enge Kooperation mit den Schulen oft hilfreich sein kann. Bei allen drei Programmen ist ein deutlicher Effekt bezüglich einer Reduktion der Symptomatik nachweisbar, aber sowohl FAST als auch MST nutzen dabei intensivere zeitliche und materielle Ressourcen. Sollten sich die Ergebnisse des Zappelphilipp- Programms in der Nachuntersuchung nach einem Jahr als stabil erweisen, so wäre es als weniger Zeit- und damit weniger kostenintensive Maßnahme ebenso zielführend in der Prävention.

Stärken und Schwächen

Vorteile des Programms sind sicherlich das klar strukturierte direkt im häuslichen Rahmen Vorgehen und die Vermittlung eines breiteren Repertoires an Interventionsmöglichkeiten, welche die Familien in Übungsaufträgen und den Übungssitzungen immer wieder zur Anwendung bringen konnten. Zum Abschluss des Trainings können die Teilnehmer auf schriftliche Unterlagen zurückgreifen, inklusive kurzer prägnanter Zusammenfassungen zu den jeweiligen Themen.

Kritisch ist hinsichtlich unserer Studie anzuführen, dass aufgrund des Pilotcharakters bislang keine Kontrollgruppe untersucht wurde und die beobachteten Effekte daher zwar eine klare Tendenz widerspiegeln, jedoch derzeit noch nicht abschließend interpretierbar sind. Auch wurden im Rahmen dieser Untersuchung potenzielle unspezifischer Interventionseffekte wie erhöhte Zuwendung und Beziehungsangebote durch Eltern oder Trainer nicht miteinbezo-

gen; die Auswirkungen der Beziehungsqualität der Sozialpädagogen zu den Familien wurden nicht überprüft. Ebenso muss berücksichtigt werden, dass eine Behandlung im Projekt nur dann erfolgte, wenn ein Funktionsniveau ≥ 5 entsprechend der Skala zur Gesamtbeurteilung des Funktionsniveaus von Kinder und Jugendlichen (SGKJ) nach Schaffer (analog ≤ 5 nach der Achse VI der ICD 10) gegeben war. Bei Kindern mit einem schlechteren Funktionsniveau wurde entsprechend der Leitlinien für Kinder- und Jugendpsychiatrie eine stationäre Behandlung vorgeschlagen. Ferner kann keine Aussage dazu gemacht werden, inwieweit eine parallel stattfindende Kinder- und Jugendpsychiatrische Behandlung das Ergebnis beeinflusste.

Praktische Implikationen

Die beobachtete Symptomreduktion im Elternurteil fand sich vor allem im Bereich der aggressiv-dissozialen Auffälligkeiten sowie der Unaufmerksamkeit. Neben der deutlichen Einschränkung der Aussagekraft unserer Ergebnisse durch die noch kleine Stichprobe ist es möglich, dass sich aggressiv-dissoziale Verhaltensweisen durch intensive familiäre Interventionen schneller reduzieren lassen als die sich meist in der Entwicklung früher etablierenden oppositionellen Züge sowie die biologisch determinierte Impulsivität; letztendlich werden nur Daten aus der Verlaufsuntersuchung mehr Aufschluss über langfristig erzielte Effekte und deren Bedeutung bieten können. Inhaltlich ergeben sich bei der Betrachtung der ersten Verläufe Hinweise darauf, dass das Programm noch Anpassungen in der Nachsorge benötigt. In mehreren Fällen konnte beobachtet werden, dass Mütter während der Intensivphase des Programms Fortschritte machten, diese aber in der Folgezeit aufgrund von finanziellen, strukturellen oder zeitlichen Problemen nicht aufrecht erhalten konnten, sobald der Familientrainer nicht mehr vor Ort war. Bei den angebotenen Auffrischungssitzungen im Abstand von drei Monaten zeigte sich bei diesen Familien zwar eine anhaltende Verbesserung, trotzdem ist eine nachhaltige Wirksamkeit noch sicher absehbar. Abschließend kann über den langfristigen Effekt nur die bereits begonnene Langzeituntersuchung Aufschluss geben, sowie eine entsprechend kontrollierte Multicenter- Studie mit deutlich umfangreicherer Stichprobe. Die Evaluation anderer Präventionsprogramme, z. B. des FAST-Programms der Conduct Problems Prevention Research Group zeigte, dass eine langfristige kostenintensive Intervention v. a. in der Hochrisikogruppe der sozialverhaltensgestörten Kinder durchaus deutliche positive Effekte hat (siehe dazu als Übersichtsarbeit z. B. Brezinka, 2002). Ein weiteres Ziel der Nachuntersuchung wird sein, unter kindlichen und elterlichen Bewältigungs- und Risikofaktoren aussagekräftige Prädiktoren für einen Behandlungserfolg zu ermitteln. In einer Untersuchung von Wagner et al. (2004) erwiesen sich Funktionsbeeinträchtigungen, kindliche Kooperation und der Einsatz von Medi-

kation in der Gruppe der impulsiven Kinder als besonders bedeutsam.

Konklusion

Trotz der noch abzuwartenden langfristigen Beurteilbarkeit des Programms kann zusammenfassend gesagt werden, dass die ersten Ergebnisse dieser Pilotstudie ermutigend sind hinsichtlich einer Verbesserung aggressiv-dissozialer Verhaltensstörungen; Hinsichtlich der Studienlänge scheinen intensive, familienzentrierte Interventionen den wirkungsvolleren Ansatz zu bieten, die weitere Entwicklung delinquenten Verhaltens und antisozialer Persönlichkeit im Kindes- und Jugendalter zu verhindern. Vorliegende Intervention stellt den ersten Schritt eines Versuchs für einen integrativen Ansatzes unter Mitarbeit verschiedener Einrichtungen und Disziplinen dar, um durch verbesserte Kooperation die Problematik anhaltenden dissozialen Verhaltens im Kindesalter wirkungsvoll und nachhaltig zu verhüten.

Literatur

- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist. (1993). *Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Deutsche Bearbeitung der Teacher's Report Form der Child Behavior Checklist (TRF)*. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist. (1998). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18)*. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Banaschewski, T., Hollis, C., Oosterlaan, J., Roeyers, H., Rubia, K., Willcutt, E. et al. (2005). Towards an understanding of unique and shared pathways in the psychopathophysiology of ADHD. *Developmental Science*, 8, 132–140.
- Barkley, R. A. (1990). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford.
- Barkley, R. A. (1997). *Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Biederman, J. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder: A selective overview. *Biological Psychiatry*, 57, 1215–20.
- Brezinka, V. (2002). Verhaltenstherapie bei Kindern mit aggressiv-dissozialen Störungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 30, 41–50.
- Delmo, C., Weiffenbach, O., Gabriel, M., Stadler, C. & Poustka, F. (2001). *Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL). 5. Auflage der deutschen Forschungsversion, erweitert um ICD-10-Diagnostik*. Frankfurt a. M.
- 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.
- Eley, T. C., Lichtenstein, P. & Moffitt, T. E. (2003). A longitudinal behavioral genetic analysis of the etiology of aggressive and nonaggressive antisocial behavior. *Developmental Psychopathology*, 15, 383–402.
- Farrington, D. P. (1997). The relationship between low resting heart rate and violence. In A. Raine, P. A. Brennan, D. Farrington & S. A. Mednick (Eds.), *Biosocial bases of violence* (pp. 89–105). New York: Plenum.
- Göpel, C., Schmidt, M. H., Blanz, B. & Lay, B. (2000). Clinical and medico-legal aspects of homebased care by nurses as an alternative for inpatient treatment in child and adolescent psychiatry. *Medicine and Law*, 19, 327–334.
- Göpel, C., Schmidt, M. H., Blanz, B. & Rettig, B. (1996). Behandlung hyperkinetischer Kinder im häuslichen Umfeld. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie & Psychotherapie*, 24, 192–202.
- Henggeler, S. W., Rowland, M. D., Halliday-Boykins, C., Sheidow, A. J., Ward, D. M., Randall, J. et al. (2003). One-year follow-up of multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youths in psychiatric crisis. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 543–51.
- Herpertz-Dahlmann, B. (2003). Komorbide Störungen der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen im Kindes- und Jugendalter. *Kinder- und Jugendmedizin*, 3, 148–153.
- Kaufmann, J., (1996). *Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL)*.
- Kazdin, A. E. (1993). Treatment of conduct disorder: Progress and direction in psychotherapy research. *Development and Psychopathology*, 5, 277–310.
- Kazdin, A. E. (1997). Practitioner review: Psychosocial treatments for conduct disorder in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 161–178.
- Lay, B., Blanz, B. & Schmidt, M. H. (2001). Effectiveness of home treatment in children and adolescents with externalizing psychiatric disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 10(Suppl. 1), 180–90.
- Loeber, R. & Farrington, D. P. (2000). Young children who commit crime: Epidemiology, developmental origins, risk factors, early interventions, and policy implications. *Development and Psychopathology*, 12, 737–762.
- Mattejat, F. & Remschmidt, H. (2006). *Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK)* (1. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Mattejat, F., Hirt, B. R., Wilken, J., Schmidt, M. H. & Remschmidt, H. (2001). Efficacy of inpatient and home treatment in psychiatrically disturbed children and adolescents. Follow-up assessment of results of a controlled treatment study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 10(Suppl. 1), 171–179.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674–701.
- Petermann, F. (2006). Störung des Sozialverhaltens. In F. Mattejat (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie Band 4: Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. München: CIP Medien.
- Pliszka, S. R. (2003). Psychiatric comorbidities in children with attention deficit hyperactivity disorder: Implications for management. *Paediatric Drugs*, 5, 741–750.
- Pliszka, S. R., Carlson, C. L. & Swanson, J. M. (1999). ADHD with comorbid disorders. New York: Guilford.
- Remschmidt, H. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (1988). *Alternative Behandlungsformen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie*.

- Stationäre Behandlung, tagesklinische Behandlung und Hometreatment im Vergleich.* Stuttgart: Enke.
- Rösler, M., Retz, W., Retz-Junginger, P., Henges, G., Schneider, M., Supprian, T. et al. (2004). Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder and comorbid disorders in young male prison inmates. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 254, 356–371.
- Schmeck, K. & Poustka, F. (2000). Biologische Grundlagen von impulsiv-aggressivem Verhalten. *Kindheit und Entwicklung*, 9, 3–13.
- Schmidt M.H. (1998). Dissozialität und Aggressivität. Wissen, Handeln und Nichtwissen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 26, 53–62.
- Schmidt M.H. (2004). Verlauf von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen. *Deutsches Ärzteblatt*, 101, A2536–2541.
- Stiensmeier-Pelster, J., Schürmann, M. & Duda, K. (2000). *Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ)* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Tewes, U., Rossmann, P. & Schallenger, U. (2000). *Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder III (HAWIK III)* (1. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Turner, F. & Tewes, U. (2000). *Kinder-Angst-Test II (KAT II)* (1. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Wagner A., Jennen-Steinmetz, C., Göpel, C. & Schmidt, M.H. (2004). Wie effektiv sind Interventionen bei Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens? – Eine Inanspruchnahmestudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 32, 5–16.
- Webster-Stratton, C. & Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 65, 93–109.
- Zimmermann, B. & Fimm, V. (1993). *Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung (TAP 1.7)*. Freiburg: Psytest.

Dr. med. Gerhard Ristow

Hôpital Kirchberg
Service national de psychiatrie de juvenile
9, rue Edward Steichen
LU-2540 Luxembourg
gerhard.ristow@ffe.lu