

39. Verhaltens- und Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen

39.1 Klassifikation und Diagnostik

Franz Petermann

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	952	2.3 Verhaltens- versus Entwicklungsstörungen ...	956
2. Klassifikation	953	3. Diagnostik	957
2.1 Klassifikation von Verhaltensstörungen ...	953	4. Literatur	959
2.2 Klassifikation von Entwicklungsstörungen ...	955		

1. Einleitung

Störungen bei Kindern und Jugendlichen lassen sich in «Verhaltensstörungen» und «Entwicklungsstörungen» unterteilen. Diese durchaus sinnvolle Unterteilung stellt sich in der Praxis allerdings oft als schwierig dar, da beide Erscheinungsbilder sich oft erheblich überlagern und sich häufig wechselseitig bedingen. Es wird derzeit noch immer ungenügend spezifiziert, welche «Entwicklungsstörungen» im Sinne eines Entwicklungsrückstandes oder einer -veränderung zu umgrenzten entwicklungs-spezifischen Verhaltensstörungen führen. Auch den hier dargestellten, zur Zeit verfügbaren Klassifikationssystemen gelingt eine solche Differenzierung nur unzureichend.

Speziell für die Klassifikation von Störungen im Kindes- und Jugendalter wurde das *Multi-axiale Klassifikationsschema MAS* (Remschmidt & Schmidt, 1994) entwickelt. Das MAS basiert auf der ICD-10 und besteht aus sechs Achsen: (1) klinisch-psychiatrische Syndrome, (2) umschriebene Entwicklungsrückstände, (3) Intelligenzniveau, (4) Körperliche Symptomatik, (5) abnorme psychosoziale Umstände, (6) globale Beurteilung der psychosozialen Anpassung. Das System ist so konzipiert, daß lediglich eine Beschreibung aktueller Aspekte erfolgen kann, und Aussagen zur Ätiologie und zum Verlauf

ausgeklammert werden. Es mangelt dem MAS an einer systematischen Beschreibung der Phänomene im Kindes- und Jugendalter, einer darauf basierenden expliziten Operationalisierung der Einzelstörungen und einer gesicherten Differentialdiagnostik. Dagegen stellt die 1996 auch in deutscher Sprache erschienene Version des Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen DSM-IV (American Psychiatric Association, 1996) eine gute Erweiterung des DSM-III-R dar, vor allem durch die konsequente Orientierung an den Ergebnissen der Entwicklungspsychopathologie. Der Entwicklungsverlauf vieler Störungen, wie z. B. der Lese- und Rechenstörung (Warnke, 1998), wird ausführlich und detailliert dargestellt, und Ergebnisse klinischer Verlaufs- und Komorbiditätsstudien werden berücksichtigt (vgl. Kusch & Petermann, 1998). Obwohl sich die ICD-10 und das DSM-IV sehr aneinander angeglichen haben und bei vielen Störungsbildern sogar identische Diagnosekriterien vorliegen, zeichnet sich das DSM-IV besonders dadurch aus, daß es umfangreicher ist und auch kulturelle Aspekte, Alters- und Geschlechtsmerkmale, Prävalenzen, Verlauf und familiäre Häufung ausführlich einbezieht. Im DSM-IV werden kindliche Störungen in der Kategorie: «Störungen, die gewöhnlich zuerst im Kleinkindalter, der Kindheit oder der Adoleszenz diagnostiziert

werden» verzeichnet. Die hier darzustellenden Störungsbilder werden in Anlehnung an das DSM-IV beschrieben und lassen sich in *Verhaltensstörungen* und *Störungen des Entwicklungsverlaufes* untergliedern.

2. Klassifikation

2.1 Klassifikation von Verhaltensstörungen

Personen mit Verhaltensstörungen erkennt man daran, daß sie wiederholt auftretende, stabile Verhaltensmuster zeigen, die die Rechte eines anderen beschneiden oder die eigene Entwicklung einschränken. Im Gegensatz zu Personen mit einer Entwicklungsstörung, bei denen eine Handlungskompetenz erst aufgebaut werden muß, und im Gegensatz zu Personen mit sozialer Kompetenz, die über viele Handlungsalternativen verfügen, zeichnen sich Personen mit einer Verhaltensstörung entweder

- durch fehlende Handlungsalternativen und/oder
- durch übermäßig stark ausgebildete, jedoch unangemessene Handlungsalternativen aus.

Im DSM-IV werden die im DSM-III-R als «expansiv» bezeichneten Verhaltensstörungen, wie Aufmerksamkeitsstörungen und Aggression, nun unter der Gruppenbezeichnung «Störungen der Aufmerksamkeit, der Aktivität und des Sozialverhaltens» zusammengefaßt. Diesen Störungen, die durch unterkontrolliertes Verhalten gekennzeichnet sind, lassen sich Störungen mit überkontrolliertem Verhalten (z.B. Angststörungen) gegenüberstellen. Weitere Verhaltensstörungen sind den «Fütter- und Eßstörungen im Säuglings- oder Kleinkindalter», den «Ticstörungen» (z. B. die Tourette-Störung, eine Störung multipler Tics) oder den «Störungen der Ausscheidung» zuzuordnen (vgl. Tab. 1).

- *Aufmerksamkeitsstörungen.* Im deutschen Sprachraum spricht man bei Aufmerksamkeitsstörungen, die sich in der Motorik, in Lernstörungen und neuropsychologischen Funktionsstörungen äußern, auch von dem «Hyperkinetischen Syndrom» (vgl. Döpfner, 1998). Die Störung zeichnet sich durch eine entwicklungsunangemessene Aufmerksamkeitsstörung, Impulsivität, Hyperaktivität und eine erhöhte Erregbarkeit aus. Ein Großteil der Kinder mit

Tabelle 1: Übersicht über ausgewählte Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter gem. DSM-IV (American Psychiatric Association, 1996; ICD-9-CM Code; ICD-10 Code)

(1) <i>Störungen der Aufmerksamkeit, der Aktivität und des Sozialverhaltens</i>
– Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (314.xx;-) Mischtypus (314.01; F90.0) Vorwiegend Unaufmerksamer Typus (314.00; F98.8) Vorwiegend Hyperaktiver-Impulsiver Typus (314.01; F90.1)
– Störung des Sozialverhaltens (u. a. Aggressives Verhalten) (312.8; F91.8)
– Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten (313.81; F91.3)
(2) <i>Fütter- und Eßstörung im Säuglings- oder Kleinkindalter</i>
– Fütterstörung im Säuglings- oder Kleinkindalter (307.59; F98.2)
(3) <i>Störungen der Ausscheidung</i>
– Enkopresis (787.6 bzw. 307.7; F98.1)
– Enuresis (307.6; F98.0)
(4) <i>Ticstörungen</i>
– Tourette-Störung (307.23; F95.2)
(5) <i>Andere Störungen im Kleinkindalter, in der Kindheit oder der Adoleszenz</i>
– Störung mit Trennungsangst (309.21; F93.0)
– Selektiver Mutismus (313.23; F94.0) (DSM-III-R: Elektiver Mutismus)
(6) <i>Nicht kindheitsspezifische Angststörungen</i>
– Soziale Phobie (300.23; F40.1)
– Generalisierte Angststörung (300.02; F41.1)

Aufmerksamkeitsdefiziten weist Lernstörungen und entsprechende Entwicklungsverzögerungen auf.

- *Aggression* bildet aus der Gruppe der Störungen des Sozialverhaltens, unter denen die Umwelt subjektiv am stärksten zu leiden scheint, die am eindeutigsten erkennbare Verhaltensstörung. Von Aggression spricht man gemäß der diagnostischen Kriterien des DSM-IV, wenn das problematische Verhalten mindestens über einen Zeitraum von sechs Monaten stabil auftritt. Aggression ist durch verbales und non-verbales Verhalten gekennzeichnet. Es kann gegen Menschen oder Tiere gerichtet sein oder die Zerstörung von Eigentum sowie Betrug, Diebstahl oder schwere Regelverstöße umfassen. Das DSM-IV unterscheidet Störungen des Sozialverhaltens mit Beginn in der Kindheit (vor dem 10. Lebensjahr) und mit Beginn in der Adoleszenz (ab dem 10. Lebensjahr). Das Phänomen der Jugenddelinquenz soll dabei von kindlicher Aggression abgegrenzt werden. Typische Delikte, die bei Kindern und Jugendlichen mit Delinquenz umschrieben werden, sind Vandalismus, Brandstiftung, Streunen, Diebstahl, Raub, Einbruch, ständiges Schulschwänzen, Drogen- und Alkoholmißbrauch und Prostitution (vgl. Petermann & Petermann, 1996a). In neueren Studien lassen sich hoch aggressive Kinder vor allem durch folgende Merkmale beschreiben (vgl. Petermann & Petermann, 1997):

- es bestehen keine stabilen Freundschaften zu Gleichaltrigen,
- egoistisch motivierte Handlungen dominieren,
- Schuld- und Reuegefühle fehlen,
- Bereiche positiven Sozialverhaltens sind nicht ausgeprägt (soziale Unterstützung, Kooperation und angemessene Selbstbehauptung),
- eine verzerrte Wahrnehmung sozialer Interaktionen,
- mangelhafte Selbstkontrolle im Sinne der Fähigkeit, eigene aggressive Impulse zu verzögern und zu überdenken sowie
- unzureichendes Eindringen und Einfühlen in andere.

Hinzu kommen Überlappungen zu Aufmerksamkeitsstörungen, was vermutlich in erster Li-

nie durch die unzureichend ausgebildete Fähigkeit bedingt ist, motorische Ruhe und Entspannung zu realisieren. Differentialdiagnostisch lassen sich Aufmerksamkeitsstörungen von Aggression vor allem aufgrund der unterschiedlichen Intentionen abgrenzen, die dem Verhalten zugrunde liegen. So versteht man unter «Aggression» eine zielgerichtet schädigende Verhaltensweise, die das Ziel verfolgt, eigene Interessen egoistisch durchzusetzen. Aufmerksamkeitsgestörte Kinder leiden dagegen oft unter dem Unvermögen, ihr Verhalten gezielt zu steuern. Von dem gezielt schädigendem Verhalten aggressiver Kinder kann man auch Trotzanfälligkeiten (vor allem in der frühen Kindheit) abgrenzen, die durch oppositionelles Verhalten gegenüber Eltern oder anderen Bezugspersonen gekennzeichnet sind, diese jedoch nicht schädigen sollen.

- *Angststörungen*. Vergleichsweise «heimliche» Auffälligkeiten, unter denen das betroffene Kind und seine Familie mehr zu leiden haben als die weitere Umgebung, sind dagegen Angststörungen. Im DSM-IV wird nur die Trennungsangst als spezifische Angst in der Kindheit oder Adoleszenz aufgeführt, während die Störung mit Kontaktvermeidung und die Störung mit Überängstlichkeit als kindheitsspezifische Ängste aufgegeben und den Störungen: «Soziale Phobie» und «Generalisierte Angststörung», die auch für Erwachsene gelten, zugeordnet wurden. Grund hierfür ist, daß für beide Angststörungen keine andersartigen, nur für das Kindesalter geltenden Ausprägungen auffindbar sind, so daß die Unterscheidung zu Störungen im Erwachsenenalter sinnlos scheint.

Gemäß DSM-IV spricht man von einer *Störung mit Trennungsangst*, wenn ein Kind (unter 18 Jahren) mindestens vier Wochen unter folgenden Symptomen leidet: übermäßigem Kummer bei einer möglichen oder tatsächlichen Trennung von einer wichtigen Bezugsperson; der Verweigerung des Schulbesuchs sowie Klagen über körperliche Beschwerden bei einer bevorstehenden Trennung.

Bei *Störungen mit Überängstlichkeit (Generalisierte Angststörung)* machen sich Kinder über zukünftige Ereignisse große Sorgen. Bei solchen Ängsten kann man keine angstauslösenden Ereignisse festmachen, sondern es stehen generalisierte Ängste, die auch nicht auf eine Tren-

nung bezogen sind, im Mittelpunkt. Als zusätzliche psychosomatische Beschwerden können Atemnot, Übelkeit oder Einschlafstörungen auftreten. Störungen mit Überängstlichkeit lassen sich vorwiegend als soziale Ängste auffassen, die durch Leistungsängste und eine mangelnde soziale Sicherheit geprägt sind (vgl. Petermann & Petermann, 1996b).

Die zu diesem Bereich gehörenden *Störungen mit Kontaktvermeidung (Soziale Phobie)* können auch als soziale Unsicherheit umschrieben werden (Petermann & Petermann, 1996b). Sozial unsichere Kinder sind bei ihnen nicht vertrauten Personen scheu, schüchtern und sozial zurückgezogen; sie verweigern die Aufforderung, mit Freunden zu interagieren. Bei massiver sozialer Angst sind diese Kinder zudem «selektiv mutistisch» oder sie «stottern», sind passiv und ohne Selbstvertrauen. Es bestehen Übergänge zur Störung mit Trennungsangst, und eine differentialdiagnostische Unterscheidung von schweren Formen der Kontaktvermeidung und leichten Fällen der Autistischen Störungen kann unter Umständen problematisch sein. Eine Klärung der Entwicklungsgeschichte des Kindes ist in solchen Fällen unabdingbar.

- **Selektiver Mutismus.** Diese Störung ist durch eine Vielzahl gut erkennbarer Symptome gekennzeichnet: Vordergründig handelt es sich um eine Sprach- und Sprechstörung, die in der Kommunikation mit einigen Partnern des Kin-

des zu einer völligen «Verstummung» führt. Mit anderen Partnern, in der Regel den engeren Familienmitgliedern, erfolgt ein altersgemäßer Austausch. Die Sprechverweigerung ist zwar auf viele soziale Situationen bezogen, dennoch verstehen diese Kinder Gesprochenes und besitzen ausreichende Sprachfertigkeiten. Mutistische Kinder äußern sich meist nur mit einem Kopfnicken und kurzen, monotonen Äußerungen. Manchmal treten durch den mangelnden Sprachgebrauch Sprachentwicklungsverzögerungen auf. Es sind zudem weitere Verhaltensauffälligkeiten festzustellen: Die Kinder sind übermäßig schüchtern, sozial isoliert, abgekapselt, anhänglich und verweigern oft den Schulbesuch. Bei nachhaltigen Anforderungen treten vor allem im häuslichen Bereich totale Verweigerung und/oder Wutausbrüche auf.

2.2 Klassifikation von Entwicklungsstörungen

Man unterscheidet die geistige Behinderung von tiefgreifenden Entwicklungsstörungen und speziellen Entwicklungsstörungen, wie Lernstörungen, Störungen motorischer Fertigkeiten und Kommunikationsstörungen, wie Tabelle 2 illustriert. Besonders bekannt ist die Autistische Störung, die man bis zur Revision des DSM-III als frühkindlichen Autismus bezeichnete. Da sich diese umfassende Störung definitions-

Tabelle 2: Übersicht über ausgewählte Entwicklungsstörungen im Kindes- und Jugendalter gem. DSM-IV (American Psychiatric Association, 1996; ICD-9-CM Code; ICD-10 Code)

- | |
|--|
| (1) <i>Geistige Behinderung</i> |
| – Schwere geistige Behinderung (318.1; F72.9) |
| (2) <i>Tiefgreifende Entwicklungsstörungen</i> |
| – Autistische Störung (299.00; F84.0) |
| – Rett-Störung (299.80; F84.2) |
| – Asperger-Störung (299.80; F84.5) |
| (3) <i>Lernstörungen</i> |
| – Lesestörung (315.00; F81.0) |
| – Rechenstörung (315.1; F81.2) |
| – Störung des schriftlichen Ausdrucks (315.2; F81.8) |
| (4) <i>Störung der motorischen Fertigkeiten</i> |
| – Entwicklungsbezogene Koordinationsstörungen (315.4; F82) |
| (5) <i>Kommunikationsstörungen</i> |
| – Expressive Sprachstörung (315.31; F80.1) |
| – Stottern (307.0; F98.5) |

gemäß in den ersten drei Lebensjahren manifestiert, wurde der Begriff zugunsten der «Autistischen Störung» fallengelassen.

Die *Autistische Störung* ist nach DSM-IV durch Beeinträchtigungen (1) der sozialen Interaktion, (2) des Einsatzes verbalen und nonverbalen Verhaltens und (3) des Spielverhaltens gekennzeichnet, von denen zumindest in einem Bereich, Auffälligkeiten vor Ende des dritten Lebensjahres vorliegen (vgl. Tab. 3).

Einige Experten gehen heute von einer Spektrumsstörung Autismus aus (vgl. Cohen, Donellan & Paul, 1987). Das Spektrum reicht von Kindern, mit einer zusätzlichen geistigen Behinderung, bis zu normalintelligenten Kindern mit leichten autistischen Zügen.

Sehr viel häufiger als die Autistische Störung sind spezielle Entwicklungsstörungen, wie die Sprach- und Sprechstörungen, Störungen schulischer und motorischer Fertigkeiten, die nicht Thema dieses Beitrags sind. Solche Störungsbilder werden traditionell in Handbüchern der Pädagogischen Psychologie oder der Heilpädagogik abgehandelt.

2.3 Verhaltens- versus Entwicklungsstörungen

In der Praxis wird immer wieder deutlich, wie stark sich Verhaltens- und Entwicklungsstörungen überlappen. Aufgrund praktischer und theoretischer Hinweise wird es zukünftig zunehmend erforderlich, eine genaue Spezifizierung der entwicklungs- und lernbedingten Anteile von Entwicklungs- oder Verhaltensstörungen anzugeben. Da jedoch im klinischen Erschei-

nungsbild oft Ursache und Folgen schwer zu trennen sind, ist für den Bereich der Störungen im Vorschulalter folgendes Vorgehen zu empfehlen:

- Eine Verhaltensstörung ist generell wahrscheinlich, wenn das chronologische Alter mit dem Entwicklungsalter übereinstimmt. Nach einer solchen Prüfung sollten die verschiedenen Vorgehensweisen der Verhaltensanalyse (s. unten) durchgeführt werden.
- Eine Entwicklungsstörung ist immer dann wahrscheinlich, wenn chronologisches und Entwicklungsalter allgemein oder in spezifischen Entwicklungsbereichen nicht übereinstimmen. Dementsprechend prüft man nach einer globalen Feststellung des Entwicklungsstandes spezifische Entwicklungsbereiche (vgl. Steinhausen, 1993).
- In vielen Fällen wird eine spezifische Entwicklungsstörung mit einer Verhaltensstörung verbunden auftreten. Hier wird zu prüfen sein, inwiefern aus vorliegenden Entwicklungsstörungen Verhaltensstörungen resultieren (kann eine Aufmerksamkeitsstörung Folge eines kognitiven Entwicklungsdefizits sein und in spezifischen Anforderungssituationen beobachtet werden). Bei vorliegenden Verhaltensstörungen wird es jedoch auch notwendig sein, die prognostischen Auswirkungen auf zukünftige Entwicklungsschritte zu überprüfen. So kann zum Beispiel eine Aufmerksamkeitsstörung (bei altersgerechter Entwicklung) zu zukünftigen sozialen oder kognitiven Entwicklungsrückständen führen (wenn eine anfänglich situationsspezifische Aufmerksamkeitsstörung sich immer mehr im schulischen Bereich auswirkt).

Tabelle 3: Charakteristische Auffälligkeiten autistischer Kinder

- Beeinträchtigungen im Gebrauch nonverbaler Verhaltensweisen wie Blickkontakt, Gesichtsausdruck, Körperhaltung, Gestik;
- kein Sprechen oder charakteristische Auffälligkeiten im Sprachgebrauch (z. B. Echolalie);
- Unfähigkeit, Beziehungen zu Gleichaltrigen aufzubauen;
- mangelndes Bewußtsein für die Existenz oder Gefühle anderer;
- kein Interesse, anderen etwas zu zeigen oder Erfolge mit ihnen zu teilen;
- kein oder beeinträchtigtes Nachahmungsverhalten;
- abnormes, stereotypes und nicht phantasievolles Spielverhalten;
- beharrliches, oft nicht funktionales Beschäftigen mit Teilen von Objekten (z. B. Beschnüffeln oder Beriechen, Herumdrehen) und
- stereotype Körperbewegungen.

3. Diagnostik

Verhaltensstörungen kann man auf mehreren Ebenen feststellen. Wichtige Informationen beziehen sich auf die Einschätzungen, die das Kind, die Eltern und andere Bezugspersonen (z. B. Kindergärtnerin, Lehrer) abgeben. Da Verhaltensstörungen nicht auf alle Bereiche des Zusammenlebens generalisieren, es also z. B. nicht «das» aggressive Kind gibt, müssen diagnostische Informationen situationsbezogen erhoben werden. Dies bedeutet, daß die Handlungszusammenhänge konkret in der Interaktionssequenz analysiert werden.

Hierfür bieten sich an: Elternexplorationen, die die Entwicklung des Kindes und die aktuellen Bedingungen erhellen; verhaltensbezogene Daten (z. B. mit Hilfe von Videoanalysen typischer Problemsituationen) und situationsbezogene Testverfahren, die die Einschätzung des Kindes erfragen (Überblick s. Tab. 5).

- **Aggression.** Zunächst wird man die Eltern ausführlich explorieren, um die Bereiche abzuklären, die in Tabelle 4 aufgeführt sind. In einem nächsten Schritt wird man über mehrere Zeitpunkte (z. B. eine Woche täglich) in der Schule oder einer stationären Einrichtung z. B. das aggressive Verhalten beobachten. Besonders interessant ist es dabei, wie das Kind mit Anforderungssituationen (verbalen Angriffen, Mißerfolgen) umgeht. Ein solches Vorgehen ermöglicht der *Beobachtungsbogen für aggressives*

Verhalten (BAV; Petermann & Petermann, 1997). Es handelt sich bei diesem Verfahren um eine therapiebezogene Interaktionsdiagnostik, die als teilnehmende Beobachtung oder Videoanalyse durchgeführt wird und relevante Dimensionen aggressiven Verhaltens erfaßt (z. B. verbal/nonverbal, offen/verdeckt, aktiv/passiv). Es wäre zudem wünschenswert, den Klassenlehrer um systematische Urteile zu bitten, die auf das konkrete Unterrichtsgeschehen bezogen sind. Die *Beurteilungshilfen für Lehrer* (BFL; Janowski, Fittkau & Rauer, 1981) ermöglichen es, anhand situationspezifischer und im Schulalltag beobachtbarer Schülerverhaltensweisen, Aussagen über 16 lernzielorientierte Verhaltensmerkmale zu treffen. Es werden zusätzlich spezifische Fördermöglichkeiten angeboten.

In einem dritten Schritt wird man mit situationsbezogenen Testverfahren versuchen, die Bedingungen (Elternhaus, Schule etc.) genau herauszufinden, unter denen eine spezifische Form von Aggression auftritt (hinterhältiges Verhalten). Für eine solche Erhebung eignet sich der *Erfassungsbogen für aggressives Verhalten in konkreten Situationen* (EAS; Petermann & Petermann, 1996c). Hier wird das kindspezifische Reaktionsprofil beim Umgang mit Konfliktsituationen erhoben.

- **Angststörungen.** Für die Diagnostik von Angststörungen bietet sich der *Beobachtungsbogen für sozial unsicheres Verhalten* (BSU; Petermann & Petermann, 1996b) an, der eine systematische

Tabelle 4: Elternexploration zur Erfassung von Verhaltensstörungen (vgl. Petermann & Petermann, 1997, S. 45–55)

Wichtige Bereiche der Exploration
1. Körperliche Entwicklung des Kindes
2. Entwicklung sozialer Beziehungen (Kindergarten, Schule, Familienverband)
3. Verhaltensanalyse des familiären Geschehens
4. Feststellung positiver Ressourcen beim Kind bzw. der Familie
5. Informationen bezüglich des schulischen Verhaltens
6. Einschätzungen über die Beziehungen zu Geschwistern und Gleichaltrigen
7. Informationen über familiäre Aktivitäten (z. B. in der Freizeit)
8. Daten zur Eltern-Kind-Beziehung (Unterstützung, Anerkennung, Grenzsetzung)
9. Soziale Belastbarkeit des Kindes (therapiespezifische Daten)

Tabelle 5: Übersicht über einige spezifische Erhebungsverfahren zur Diagnostik von Verhaltensstörungen

<p>(1) <i>Aufmerksamkeitsstörungen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Test d2 Aufmerksamkeits-Belastungs-Test (Brickenkamp, 1994) - Fragebogen zum Hyperkinetischen Syndrom und Therapieleitfaden HKS (Klein, 1993) <p>(2) <i>Aggression</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Beobachtungsbogen für aggressives Verhalten BAV (Petermann & Petermann, 1997) - Beurteilungshilfen für Lehrer (Janowski et al., 1981) - Erfassungsbogen für aggressives Verhalten in konkreten Situationen EAS (Petermann & Petermann, 1996c) <p>(3) <i>Angststörungen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Beobachtungsbogen für sozial unsicheres Verhalten BSU (Petermann & Petermann, 1996b) - Angstfragebogen für Schüler AFS (Wieczerkowski et al., 1980)
--

Verhaltensanalyse in zwölf Kategorien (u. a. Sprachäußerungen, Körpersprache, Sozialkontakt) möglich macht. Sowohl für Einzel- als auch für Gruppenuntersuchungen kann der *Angstfragebogen für Schüler* (AFS; Wieczerkowski et al., 1980) eingesetzt werden. Der AFS ist ein mehrfaktorieller Fragebogen, der das Ausmaß von Prüfungsangst, manifester Angst und Schulunlust erfasst. Zusätzlich liegen Einschätzskalen für die Fremdbeurteilung durch die Lehrer vor.

- *Aufmerksamkeitsstörungen.* Diese können ökonomisch und zuverlässig mit dem *Aufmerksamkeits-Belastungs-Test d2* (Brickenkamp, 1994) erhoben werden. Bei diesem Durchstreichtest werden Tempo und Sorgfalt bei der Unterscheidung ähnlicher visueller Reize gemessen. Der *Fragebogen zum Hyperkinetischen Syndrom* (HKS; Klein, 1993) ermöglicht es, hyperkinetische Kinder nicht nur zu diagnostizieren, sondern daneben eine auf das Störungsbild abgestimmte Therapie zu planen und durchzuführen.

Die hier beschriebenen und in Tabelle 5 aufgeführten gängigen Verfahren zur Diagnostik von Verhaltensstörungen verdeutlichen eine Wende, die zu einem weitgehenden Verzicht auf die klassischen Ansätze der Persönlichkeitsdiagnostik beiträgt.

Ähnliche Tendenzen zeichnen sich auch in der *Entwicklungsdiagnostik* ab (s. Tab. 6 mit Auswahl spezifischer Erhebungsverfahren). Am Beispiel der Diagnostik autistischer Störungen soll dies erläutert werden.

- *Autismus.* Neuere Forschungsergebnisse legen es nahe, die Beeinträchtigungen verschiedener Entwicklungsbereiche bei autistischen Kindern in Verbindung miteinander zu untersuchen. Es wird dabei das Ziel verfolgt, Profile der kommunikativen und kognitiv-sozialen Fähigkeiten zu erstellen (vgl. Kusch & Petermann, 1990). Da sich autistische Kinder vor allem in der Qualität ihres sozialen Verhaltens, wie der Initiierung von Kommunikation und ihrer Reaktion auf Aufmerksamkeitslenkung signifikant von

Tabelle 6: Übersicht über einige spezifische Erhebungsverfahren zur Diagnostik von Entwicklungsstörungen

<p>(1) <i>Autismus</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Childhood Autism Rating Scale CARS (Schopler et al., 1988) - Entwicklungs- und Verhaltensprofil P.E.P. (Schopler & Reichler, 1981) - Autism Diagnostic Observation Schedule ADOS (Lord et al., 1989) <p>(2) <i>Lese- und Schreibstörung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnostischer Rechtschreibtest für 1./2./3./4./5. Klassen DRT-1-5 (Müller, 1990) - Diagnostischer Lesetest zur Frühdiagnose von Lesestörungen DLF-1-2 (Müller, 1984) <p>(3) <i>Sprachstörungen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aktiver Wortschatztest für 3-6-jährige Kinder AWST 3-6 (Kiese & Kozielski, 1996) - Heidelberger Sprachentwicklungstest HSET (Grimm & Schöler, 1991)
--

sehr jungen normalen oder geistig behinderten Kindern unterscheiden, wird eine Videoanalyse zur Interaktionsdiagnostik eingesetzt. Neue Studien belegen, daß eine sorgfältige videogestützte Analyse der natürlichen Mutter-Kind-Interaktion die typischen sozial-kommunikativen Auffälligkeiten dieser Kinder schon vor dem vierten Lebensjahr aufdecken kann und diese Kinder so einer frühen Förderung zugänglich gemacht werden können (Cordes, 1995). Zur Durchführung einer Interaktionsdiagnostik im Kindes- und Jugendalter kann man die spezifischen Verhaltensaspekte der *Childhood Autism Rating Scale* (CARS) von Schopler, Reichler und Renner (1988, deutsch: Steinhausen, 1993) heranziehen. Dieses Verfahren verwendet Daten aus einer strukturierten Verhaltensbeobachtung und erlaubt, anhand von 15 Ratingskalen, autistische und geistig behinderte Kinder zu differenzieren sowie mittelgradig beeinträchtigte Autisten und kommunikationsgestörte Kinder ohne Autismus zu unterscheiden. Zur differenzierten Beurteilung des Autismus sind weiterhin Entwicklungs- und Intelligenzprofile von zentraler Bedeutung. Das *Entwicklungs- und Verhaltensprofil P.E.P.* von Schopler und Reichler (1981) ist ein speziell für autistische Kinder konzipiertes Testverfahren, das die Fähigkeiten in den verschiedenen Entwicklungsbereichen sowie psychopathologische Auffälligkeiten erhebt. Der *Autism Diagnostic Observation Schedule* (ADOS; Lord et al., 1989) ist ein differenziertes Beobachtungssystem, das Module für nicht-sprechende, wenig-sprechende und Kinder, mit altersgemäßer Sprachfähigkeit enthält und für verschiedene Altersstufen anwendbar ist.

- **Lese- und Schreibstörungen.** Bei dem *Diagnostischen Rechtschreibtest* (Müller, 1990) handelt es sich um ein differenziertes System, das sowohl zur Früherkennung von Rechtschreibschwächen (ab 1. Klasse) als auch zur Bestimmung der Schulleistung (3. bis 5. Klassen) eingesetzt werden kann. Neben einer quantitativen Einstufung der Rechtschreibleistung, erlauben qualitative Analysen die Bestimmung der Fehler-schwerpunkte, was als Grundlage für gezielte Förderung dient. Um differenziert und sehr umfassend sprachliche Fähigkeiten von Kindern zwischen dem dritten und neunten Lebensjahr zu erheben, kann der *Heidelberger Sprachentwicklungstest* (HSET, Grimm & Schöler,

1991) eingesetzt werden. Der Test besteht aus 13 Untertests, die neben dem beobachtbaren Sprachverhalten, Aussagen über die dem Verhalten zugrundeliegenden Wissensvoraussetzungen (z.B. Bildung von Ableitungsmorphemen) und Verarbeitungsmechanismen (z.B. Enkodierung, Rekodierung) treffen.

4. Literatur

- American Psychiatric Association. (1996). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen – DSM-IV* (Deutsche Bearbeitung und Einleitung: Saß, H., Wittchen, H. U., Zaudig, M.). Göttingen: Hogrefe.
- Brickenkamp, R. (1994). *Test d2 Aufmerksamkeits-Belastungs-Test* (8. erw. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Cohen, D. J., Donnellan, A. M. & Paul, R. (Eds.). (1987). *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*. New York: Wiley.
- Cordes, R. (1995). *Soziale Interaktion autistischer Kleinkinder*. Videogestützte Analyse der Kommunikation zwischen Mutter und Kind. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Döpfner, M. (1998). Hyperkinetische Störungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (3. korr. Aufl., S. 165–217). Göttingen: Hogrefe.
- Grimm, H. & Schöler, H. (1991). *Heidelberger Sprachentwicklungstest (HSET)* (2. verbesserte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Janowski, A., Fittkau, B. & Rauer, W. (1981). *Beurteilungshilfen für Lehrer*. Braunschweig: Westermann.
- Kiese, C. & Kozielski, P. M. (1996). *Aktiver Wortschatztest für 3–6jährige Kinder (AWST 3–6)* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Klein, L. (1993). *HKS. Diagnostik und Therapie beim Hyperkinetischen Syndrom*. Fragebogen zum Hyperkinetischen Syndrom und Therapieleitfaden. Weinheim: Beltz.
- Kusch, M. & Petermann, F. (1990). Sozialverhalten autistischer Kinder. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 38, 206–224.
- Kusch, M. & Petermann, F. (1998). Konzepte und Ergebnisse der Entwicklungspsychopathologie. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (3. korr. Aufl., S. 53–93). Göttingen: Hogrefe.
- Lord, C., Rutter, M., Goode, S., Heemsbergen, J., Jordan, H., Mahwood, L. & Schopler, E. (1989). Autism Diagnostic Observation Schedule: A standardized observation of communicative and social behavior. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 19, 186–212.
- Müller, R. (1984). *Diagnostischer Lesetest zur Frühdiagnose von Lesestörungen (DLF 1–2)*. Weinheim: Beltz.
- Müller, R. (1990). *Diagnostischer Rechtschreibtest für 1. Klassen (DRT 1)*. Weinheim: Beltz.
- Petermann, F., Lehmkuhl, G., Petermann, U. & Döpfner, M. (1995). Klassifikation psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter nach DSM-IV – Ein Vergleich mit DSM-III-R und ICD-10. *Kindheit und Entwicklung*, 14, 171–182.

- Petermann, F. & Petermann, U. (1996a). *Training mit Jugendlichen: Förderung von Arbeits- und Sozialverhalten* (5. überarbeitete Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Petermann, U. & Petermann, F. (1996b). *Training mit sozial unsicheren Kindern* (6. erw. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Petermann, F. & Petermann, U. (1996c). *Erfassungsbogen für aggressives Verhalten in konkreten Situationen (EAS-J; EAS-M)* (3. korrigierte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F. & Petermann, U. (1997). *Training mit aggressiven Kindern* (8. erw. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Remschmidt H. & Schmidt, M. (Hrsg.). (1994). *Multi-axiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO*. (3. rev. Auflage). Bern: Huber.
- Schopler, E. & Reichler, R.J. (1981). *Entwicklungs- und Verhaltensprofil. P.E.P.* Dortmund: Verlag modernes lernen.
- Schopler, E., Reichler, R.J. & Renner, B.R. (1988). *The Childhood Autism Rating Scale (CARS)*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Steinhausen, H.-Ch. (1993). *Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter* (2. Aufl.). München: Urban & Schwarzenberg.
- Warnke, A. (1998). Umschriebene Lese-Rechtschreibstörung. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (3. korrigierte Aufl., S. 287-323). Göttingen: Hogrefe.
- Wieczerkowski, W., Nickel, H., Janowski, A., Fittkau, B. & Rauer, W. (1980). *Angstfragebogen für Schüler (AFS)* (6. Aufl.). Braunschweig: Westermann.

39.2 Verhaltens- und Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen: Intervention

Franz Petermann

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	961	6.2 Konkretes Vorgehen	971
2. Aggression	962	7. Familienbezogene Intervention	972
2.1 Grundlagen und Ziele	962	7.1 Grundlagen und Ziele	972
2.2 Konkretes Vorgehen	963	7.2 Konkretes Vorgehen	973
3. Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen	964	7.2.1 Parent-Management-Training der Arbeitsgruppe um G. R. Patterson	973
3.1 Grundlagen und Ziele	964	7.2.2 Funktionale Familientherapie der Arbeitsgruppe um I. F. Alexander	974
3.2 Konkretes Vorgehen	965	8. Pharmakotherapie	974
4. Soziale Unsicherheit und Angststörungen ...	966	8.1 Grundlagen und Ziele	974
4.1 Grundlagen und Ziele	966	8.2 Konkretes Vorgehen	976
4.2 Konkretes Vorgehen	967	8.2.1 Pharmakologische Hyperaktivitätsbehandlung	976
5. Autismus	968	8.2.2 Pharmakologische Autismusbehandlung ...	977
5.1 Grundlagen und Ziele	968	9. Generalisierung der Ergebnisse	978
5.2 Konkretes Vorgehen	969	10. Literatur	979
6. Prävention und Mediatorenansatz	971		
6.1 Grundlagen und Ziele	971		

1. Einleitung

Neueren Studien aus den USA zufolge leiden heute etwa 12 bis 17 Prozent der Kinder und Jugendlichen an emotionalen oder Verhaltensstörungen (Kazdin, 1991). Ähnliche Ergebnisse werden auch für den deutschsprachigen Raum berichtet. In einer großangelegten prospektiven Längsschnittstudie von Esser et al. (1992) wiesen 16 bis 18 Prozent der 8- bis 18jährigen psychische Störungen auf, von denen etwa ein Viertel (das entspricht etwa 200 000 Kindern in den alten Bundesländern) dringend behandlungsbedürftig waren. Viele der Störungen wiesen einen chronischen Verlauf auf, dauerten also bis ins Erwachsenenalter an. Nach Tuma (1989) erhalten aber nur 1 Prozent der Behand-

lungsbedürftigen stationäre, 5 Prozent ambulante, jedoch 80 Prozent nie eine professionelle Hilfe! Die therapeutischen Angebote umfassen zumeist medizinische, pharmakologische, psychologische und ernährungsbezogene Maßnahmen. Von diesen sind nur wenige empirisch gut abgesichert; Wirksamkeitsnachweise erbringen vor allem pharmakologische und kognitiv-verhaltenstherapeutische Vorgehensweisen (Schmidt & Brink, 1995). Weisz, Weiss, Han, Granger und Morton fanden in ihrer neuen Metaanalyse von 150 Therapievergleichsstudien, deutlich höhere Effektstärken für verhaltenstherapeutische verglichen mit nicht-behavioralen (wie klientenzentrierten und psychodynamischen) Therapieformen (Weisz, Weiss, Han, Granger & Morton, 1995). Besonders durch die

systematische Desensibilisierung, operante Methoden sowie das Modellernen und Methodenkombinationen konnten positive Effekte erzielt werden. Unter den nicht-behavioralen Therapieformen weisen personenzentrierte Ansätze die vergleichsweise höhere Wirksamkeit auf, wobei die Effektstärke insgesamt aber als gering einzuschätzen ist (vgl. Döpfner, 1997). Trotz dieser Befunde werden heute noch immer eine Vielzahl nicht überprüfter oder aber nur gering wirksamer Therapieformen in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen angewandt. Folgeschwer sind jedoch auch andere Zustände: So fallen der Störungsausbruch und der Behandlungsbeginn vielfach weit auseinander: Die meisten Autistischen Störungen beginnen z. B. vor dem zweiten Lebensjahr, werden jedoch erst zwischen dem vierten und fünften Lebensjahr identifiziert. Die frühe Behandlung antisozialen Verhaltens bei Grundschulkindern kann eine Chronifizierung und die Entwicklung schwerer aggressiver Störungen im Jugendalter verhindern (Tolan, Guerra & Kendall, 1995). Prävention und Früherkennung psychischer Entwicklungsrisiken spielen im deutschsprachigen Raum dennoch leider noch immer eine untergeordnete Rolle.

Bei der Behandlung von Verhaltens- und Entwicklungsstörungen haben sich seit Mitte der achtziger Jahre einschneidende Veränderungen ergeben. Psychologische Fördermaßnahmen beziehen sich immer häufiger sowohl auf das auffällige Kind selbst als auch auf die Familie und seine weitere soziale Umgebung (Kindergarten, Schule). Will man eine breit angelegte Maßnahme durchführen und gezielt vorhersagbare Effekte erzielen, benötigt man nach Patterson, Reid und Dishion (1990) Therapie- bzw. Trainingspakete, aufgrund derer das Kind und seine Familie in verschiedenen Bereichen neues Verhalten lernen können. Solche Pakete beinhalten differenziert ausgearbeitete Bausteine, die auf den Entwicklungsstand des Kindes abgestellt werden. Diese Sichtweise hat den isolierten Einsatz von Einzelverfahren, wie Problemlöse- oder Selbstkontrollansätze, weitgehend verdrängt. Neu ist auch, daß klinische Störungen bei Kindern und Jugendlichen in ihrem Entwicklungsverlauf und in Abhängigkeit von den Entwicklungsaufgaben betrachtet werden (Kusch & Petermann, 1998). Die Entwicklungspsychopathologie beschäftigt sich so z. B. mit

der entwicklungsbedingten Verschiebung von Hyperaktivität zur Aggression und späteren Delinquenz (Warschburger & Petermann, 1997). Auch Studien über das gemeinsame Auftreten verschiedener Störungen, sog. Komorbiditätsstudien, gewinnen zunehmend an Bedeutung. Empirische Analysen zeigen z. B., daß bei den Autistischen Störungen 70 Prozent der Betroffenen zusätzlich geistig behindert sind und im Jugendalter bei einem Drittel Epilepsie auftritt (vgl. Kusch & Petermann, 1991). Etwa 36 Prozent der ängstlichen Kinder weisen mindestens zwei verschiedene Angststörungen auf, etwa 15 Prozent sind zusätzlich depressiv (Essau & Petermann, 1998). In solchen Fällen sind die erwähnten komplexen Behandlungspakete für eine erfolgreiche Förderung notwendig.

Im weiteren werden wir lediglich zu einigen ausgewählten Störungen die Grundlagen, Ziele und konkreten Vorgehensweisen einer psychologischen Behandlung ausführen. Wir beschränken uns auf drei Verhaltensstörungen (Aggression, Hyperaktivität/Unaufmerksamkeit, Soziale Unsicherheit) und eine Entwicklungsstörung (Autismus). Daran schließen sich Überlegungen zu folgenden Themen an: Prävention und Mediatorenansatz, familienbezogene Interventionen, Pharmakotherapie und Generalisierung der Ergebnisse.

2. Aggression

2.1 Grundlagen und Ziele

Bei aggressiven Kinder ist in der Regel eine verzerrte und unangemessene Informationsverarbeitung beobachtbar, die gerade die Interpretation sozialer Situationen beeinträchtigt (vgl. Petermann & Petermann, 1997; Petermann & Warschburger, 1998). Typisch für die soziale Wahrnehmung dieser Kinder ist, daß sie über weniger alternative Lösungen für interpersonelle Probleme verfügen, sich stärker auf Ziele konzentrieren als auf Mittel und Wege, diese zu erreichen und unsensibel für Konfliktsituationen sind. Ihre Selbst- und Fremdwahrnehmung ist oft verzerrt und sie weisen deutliche Defizite im Umgang mit Problemen und Frustrationen, auf (Petermann & Warschburger, 1998). Zentrale Aufgabe bei der Planung einer «Aggressionsbehandlung» ist es daher, aggressiven Kin-

dern neue soziale Fertigkeiten zu vermitteln, die Aggression als Mittel der zwischenmenschlichen Kontaktgestaltung überflüssig machen und eine Verbesserung ihrer sozialen Wahrnehmung beinhalten.

2.2 Konkretes Vorgehen

Viele Studien belegen, wie schwer es ist, langfristige, stabile Verhaltensänderungen bei aggressiven Kindern zu erreichen, was u. a. auch mit der mangelnden Therapiebereitschaft, dem oft späten Therapiebeginn und der Vielzahl der betroffenen Lebensbereiche zusammenhängt (vgl. Petermann & Warschburger, 1998). Komplexe, verhaltenstherapeutische Programme, die möglichst frühzeitig beginnen, können dabei die besten Erfolge erlangen (Petermann & Petermann, 1997, 1996a). Im folgenden sollen diese Verfahren daher im Vordergrund stehen.

Ein interessantes Vorgehen entwickelten Feindler und Ecton (1986), mit dem aggressive Kinder lernen sollten, mit negativen Gefühlen (Ärger, Wut) umzugehen. Bei dem Ärger-Kontroll-Training gehen die Autoren davon aus, daß Aggression erheblich von Ärger und Wut beeinflusst wird. Konsequenterweise versuchen sie, diese Gefühle im Vorfeld eines aggressiven Konfliktes zu kanalisieren. Der «Ärger/Wut-Aggression-Automatismus» kann nach Feindler und Ecton (1986) durch drei Schritte durchbrochen werden: Erstens, indem aggressive Kinder alternatives Verhalten suchen und wahrnehmen, zweitens einüben und über die Zeit festigen und drittens auch unter erschwerten Bedingungen (Ärger/Wut) realisieren.

Diese Schritte werden mit Hilfe von Rollenspielen umgesetzt, wobei aggressive Kinder die Situation, die bislang mit Aggression verknüpft war, neu zu bewerten lernen.

Ein komplexes Kindertraining legt die Arbeitsgruppe von A. P. Goldstein vor. Die Autoren gehen davon aus, daß aggressives Verhalten einer charakteristischen Verhaltensfolge entspricht: zunächst wird dabei ein Ereignis vom Kind als aversiv interpretiert, dies führt zu einer erhöhten affektiven Erregung; da dem aggressiven Kind die verschiedenen kommunikativen und prosozialen Fertigkeiten im Umgang mit solchen Ereignissen fehlen, kommt es zum aggressiven Verhalten. Goldstein und Keller (1987) nennen sechs Sequenzen, die darüber entscheiden, ob es zum aggressiven Verhalten kommt oder nicht. Auf jede dieser Sequenzen sind konkrete Vorgehensweisen abgestimmt (vgl. Tab. 1).

Neben dem schon beschriebenen Ärger-Kontroll-Training (Feindler & Ecton, 1986) können Entspannungsverfahren, vor allem zum Vermindern motorischer Unruhe und des Erregungsniveaus aggressiver Kinder, eingesetzt werden. Goldstein und Keller (1987) empfehlen hier die Methode der progressiven Muskelentspannung nach Jacobson. Petermann und Petermann (1997) entwickelten speziell für jüngere Kinder eine bildgetragene Kurzentspannung, in die Grundübungen des autogenen Trainings eingebettet sind («Kapitän-Nemo-Geschichten»).

Camp und Bash (1985) und Kendall und Braswell (1985) empfehlen, die Problemlösefertigkeiten aggressiver Kinder zu verbessern. Ein solches Training möchte die dem unangemes-

Tabelle 1: Sequenzen der Verhaltensmodifikation (Goldstein & Keller, 1987)

Sequenzabfolge	Konkretes Vorgehen
(1) Übersteigter Ärger bei Alltagserlebnissen	(1) Ärger-Kontroll-Training
(2) Erhöhte affektive Erregung	(2) Entspannungstraining
(3) Gestörte Kommunikation	(3) Kommunikationstraining/Verhaltensabsprachen
(4) Unzureichende Kontrolle von Kontingenzen	(4) Kontingenz-Management-Training
(5) Mangelnde prosoziale Fertigkeiten	(5) Training prosozialer Fertigkeiten
(6) Defizite in der Einschätzung prosozialen Verhaltens	(6) Training prosozialer Einschätzungen

senen Verhalten zugrunde liegenden kognitiven Informationsverarbeitungsprozesse modifizieren, d. h. Wahrnehmungsabläufe, Attributionsleistungen, Selbstgespräche, Erwartungen, Problemlösestrategien u. ä. der Kinder verändern. Ziel ist es, den Kindern alternatives Verhalten in Problemsituationen zu ermöglichen. Zu diesem Zweck wird darauf Bezug genommen, wie ein Kind ein Ereignis in einer Situation wahrnimmt und bewertet. Dem Kind werden Methoden nahegebracht, mit denen es die Probleme schrittweise lösen kann; so werden beispielsweise Selbstinstruktionen und Selbstmanagement eingesetzt. Das Training enthält strukturierende Anforderungen in Spielform und kognitive Aufgaben, die allmählich den Alltagsproblemen des Kindes angeglichen werden. Der Therapeut übernimmt im Training eine aktive Rolle, indem er dem Kind Selbstinstruktionsstrategien vormacht. Verschiedene verhaltenstherapeutische Verfahren werden eingesetzt, um dem Kind eine Übernahme und Internalisierung der Problemlösestrategien zu ermöglichen (z. B. Modellernen, Rollenspielverfahren, Hausaufgaben).

Petermann und Petermann (1997) verbinden einzelne wirksame Trainingsstrategien und Trainings zu einem Paket. Dieses Trainingspaket geht über eine kindbezogene Strategie hinaus und kombiniert ein Einzel- und Gruppentraining für aggressive Kinder mit einer systematischen Elternarbeit. Folgende Ziele sollen durch das Training erreicht werden:

- Verändern der Wahrnehmungsgewohnheiten durch eine differenzierte Selbst- und Fremdbeobachtung,
- Einüben angemessener Selbstbehauptung als positive Alternative zu Aggression sowie Kooperation und Hilfeleistung als Alternativverhalten,
- Verringern der Gewohnheitsstärke für aggressives Verhalten aufgrund neuer Problemlösungen, die das Kind im Rollenspiel erfahren hat,
- Verstärken der Hemmungspotentiale durch Einfühlungsvermögen, das gegenüber dem Opfer einer aggressiven Handlung gezeigt wird
- Aufbau von Selbstkontrolle, und
- Neubewerten möglicher Folgen durch die Reflexion des Verlaufs eines Rollenspiels und der Erfahrung mit neuerworbenem Verhalten im Alltag.

Das Training wurde für 7- bis maximal 13jährige Kinder entwickelt und wird über einen Zeitraum von ungefähr sechs Monaten bei wöchentlich stattfindenden Sitzungen durchgeführt. Für aggressive/delinquente Jugendliche liegt ein entsprechend weiterentwickeltes Programm vor (Petermann & Petermann, 1996a). Die Kontrolle der therapeutischen Wirksamkeit belegt stabile kurz- und längerfristige Effekte (Petermann, 1987), die sich sowohl in einer Reduktion aggressiven Verhaltens als auch in einem Anstieg prosozialer Fertigkeiten zeigen. Während bei jüngeren Kindern vor allem die Mitarbeit der Eltern für den Erfolg des Trainings wichtig ist, hängt dieser mit steigendem Alter der Kinder stärker davon ab, ob es gelingt, das soziale Umfeld – vor allem Gleichaltrige – in das Training mit einzubeziehen.

Die Effektivität von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren und Problemlösetrainings ist bisher in einer Reihe von Therapiestudien nachgewiesen worden (Kendall & Braswell, 1985; Lochman, 1992). Auch langfristig kann aggressives Verhalten vermindert werden (vgl. Übersicht von Döpfner, 1997). Es werden positive Effekte hinsichtlich der Selbstkontrolle, dem Verhalten in der Schule und im Elternhaus sowie der Selbstachtung berichtet. Kinder und Jugendliche, die solche Trainings durchliefen neigten später weniger zum Substanzmißbrauch oder delinquentem Verhalten (Etscheidt, 1991; Lochman, 1992). Allerdings eignen sich diese Verfahren nach einer Meta-Analyse von Durlak, Fuhrman und Lampman (1991) vor allem für Kinder ab dem elften Lebensjahr. Jüngere Kinder profitieren insgesamt weniger von kognitiv-behavioralen Verfahren.

3. Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen

3.1 Grundlagen und Ziele

Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen stellen neuen Ergebnissen der entwicklungsorientierten Psychopathologieforschung zufolge eine nicht nur vorübergehende Beeinträchtigung, sondern vielmehr ein oft lebenslang andauerndes Problem dar (Kusch & Petermann, 1998). Chronische Beeinträchtigungen

sind einer Überblicksarbeit von Naumann (1996) zufolge bis in die späte Adoleszenz zu beobachten. Während etwa 26 Prozent ehemals hyperaktiver Kinder im Jugendalter antisoziales und aggressives Verhalten entwickeln (Naumann, 1996), wird sogar bei 60 Prozent im Verlauf ihrer Jugend eine Verhaltensstörung diagnostiziert (Barkley, Fischer, Edelbrock & Smallish, 1990). Zu den Langzeitfolgen der kindlichen Hyperaktivität zählen auch der signifikant erhöhte Alkohol- und Drogenmißbrauch, innere Rastlosigkeit und Unruhe, häufiger Arbeitsplatzwechsel, Verkehrsunfälle und Eheprobleme sowie eine erhöhte Suizidgefahr (Henker & Wahlen, 1989). Prognostisch ungünstig wirkt sich die Kombination von Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen sowie Aggression und/oder Lernstörungen aus, die aber bei etwa 50 Prozent der Kinder beobachtet wird (Barkley, Fischer, Edelbrock & Smallish, 1990).

Um eine Intervention zu planen, muß man zunächst die Zusammenhänge zwischen Aggression, Hyperaktivität und Lernstörungen klären und die genaue Störungsentwicklung betrachten. Liegt die ungünstige und für delinquentes Verhalten im Jugendalter prädisponierende Kombination von Aggression und Hyperaktivität vor, sind zunächst die im letzten Kapitel beschriebenen Interventionsmethoden für aggressive Kinder angezeigt.

3.2 Konkretes Vorgehen

In der Therapie aufmerksamkeitsgestörter Kinder haben sich vor allem verhaltenstherapeutische Techniken, Selbstinstruktionstrainings, Entspannungsverfahren und die medikamentöse Therapie (s. Abschnitt 8) bewährt. In Anbetracht der großen Anzahl beeinträchtigter Funktionsbereiche werden heute multimodale Vorgehensweisen, wie Kombinationen von Pharmakotherapie, Verhaltenstherapie und Eltern- und Schulberatung als notwendig erachtet (Döpfner, Lehmkuhl & Roth, 1996).

Das *Selbstinstruktionstraining* ist eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Intervention, die in den siebziger Jahren entwickelt wurde (Meichenbaum & Asarnow, 1979). Ziel dieser Interventionsformen ist es, die Selbstkontrollfähigkeiten und reflexiven Problemlösestrategien des

Kindes zu verbessern, um so seine Verhaltenssteuerung zu erhöhen. Das Kind soll lernen, seine Aufmerksamkeit zu zentrieren, Impulse zu kontrollieren und Handlungspläne zur Aufgabenbewältigung zu entwickeln. Am Modell des «laut denkenden» Therapeuten lernt das Kind, wie dieser Probleme schrittweise löst. Folgende Schritte der Aufgabenbewältigung werden dabei von der Modellperson hervorgehoben, damit das Kind sie als innere Verbalisationen übernimmt:

- Die Bedeutung einer Problemdefinition (*Was geht hier vor?*).
- Die Ausrichtung der Aufmerksamkeit auf Problemaspekte (*Womit habe ich Probleme?*).
- Das Überlegen und Abwägen verschiedener Lösungsmöglichkeiten (*Was kann ich tun?*).
- Die Richtigkeit der Lösung und Korrektur von Fehlern (*Was ist mir gelungen, was nicht? Was muß ich noch tun?*).
- Die Bestätigung für den eigenen Erfolg (*Das habe ich gut gemacht!*).

Leider konnte bislang die klinische Wirksamkeit von Selbstinstruktionsverfahren empirisch nicht überzeugend nachgewiesen werden. Die kognitiven Leistungen konnten nicht erhöht, Schulleistungen nicht verbessert und hyperaktives Verhalten oft nur kurzfristig reduziert werden (Döpfner, 1998). Nach der Metaanalyse von Saile (1996) sind Erfolge vor allem in Bereichen, die den trainierten Inhalten sehr nahe liegen, zu verzeichnen. Stabile Verbesserungen in Denk- und Problemlöseaufgaben treten auf, wenn die Umgebung des Kindes (Elternhaus, Schule) instruiert ist und die Umsetzung der Trainingsziele in den Alltag unterstützt. Selbstinstruktionsstrategien scheinen dann effektiv zu sein, wenn die Techniken nicht nur bei einfachen Denk- und Problemlöseaufgaben geübt, sondern schrittweise auch auf eine Vielzahl sozialer, schulerelevanter und für das Kind bedeutsamer Problemsituationen übertragen werden (Saile, 1996).

Für den deutschen Sprachraum legen Döpfner et al. (1998) ein umfassendes Trainingspaket vor, das auch andere Elemente (vgl. Eltern-Kind-Training) einbezieht. Das Training besteht aus drei Komponenten, deren Methoden in Tabelle 2 dargestellt werden.

Für Kinder im Vorschulalter, einem Alter, in dem die Störung sehr oft beginnt, liegt ein kind-

spezifisches Behandlungskonzept von Döpfner und Sattel (1992) vor (vgl. zusammenfassend Döpfner, 1998). Das Behandlungskonzept zur Steigerung von Spiel- und Beschäftigungsintensität und Ausdauer unterteilt sich in fünf Phasen: Die Grundlage bildet die Gestaltung einer positiven und tragfähigen Beziehung zum Kind. Um Ansatzpunkte für die Intervention zu bestimmen, wird das Kind in der zweiten Phase in unterschiedlich strukturierten Spielsituationen beobachtet. Auf Basis dieser Beobachtungen wird dann mittels verhaltenstherapeutischer Techniken und Elementen des Selbstinstruktionstrainings gezielt konzentriertes Beschäftigungsverhalten aufgebaut, das in der vierten Phase stabilisiert und in der fünften Phase auf zunehmend schwierigere Alltagsituationen übertragen wird. Einzelfallanalysen konnten die Wirksamkeit einzelner Behandlungskomponenten belegen (Döpfner & Sattel, 1992).

Um stabile, auf verschiedene Situationen generalisierte Effekte zu erreichen, müssen Trainingsprogramme mit hyperaktiven Kindern länger andauern, ein Elterntaining umfassen und an verschiedenen für das Kind bedeutsamen Situationen anknüpfen. Es muß sich dabei um natürlich auftretende Anforderungen handeln (vgl. Henker & Wahlen, 1989; Saile, 1996). Die vorliegenden Therapiestudien weisen leider viele Mängel auf. So beziehen bislang

nur wenige Therapiestudien Trainingspakete ein, die den individuellen Bedürfnissen unterschiedlich entwickelter bzw. alter Kinder entsprechen. Hyperaktive und unaufmerksame Kinder zeigen bei der Therapie die verschiedensten Probleme, von denen nicht alle primär mit ihrer Störung zusammenhängen, sondern mit den Anforderungen, die kognitive Trainings an Kinder stellen. Häufig müssen erst die Fertigkeiten aufgebaut werden, die notwendig sind, um von Selbstkontrollansätzen zu profitieren. Oft handelt es sich um soziale Fertigmängel, die sich aus der einleitend dargestellten Komorbidität zwischen Aggression und Hyperaktivität ergeben. Hier werden in jüngster Zeit die Möglichkeiten der Pharmakotherapie diskutiert (Döpfner et al., 1996; Schmidt & Brink, 1995), auf die wir im Abschnitt 8 ausführlich eingehen werden.

4. Soziale Unsicherheit und Angststörungen

4.1 Grundlagen und Ziele

Angststörungen in der Kindheit und Jugend umfassen solche, bei denen sich die Angst auf spezifische Situationen erstreckt (= Störungen mit Trennungsangst und Kontaktvermeidung)

Tabelle 2: Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten, THOP (Döpfner et al., 1988)

Zielgruppe

- Kinder im Alter von drei bis zwölf Jahren mit hyperkinetischen Störungen oder mit oppositionellen Verhaltensstörungen

Komponenten

- Eltern-Kind-Programm mit familienzentrierten Interventionen (die sich hauptsächlich an die Eltern richten) und mit kindzentrierten Interventionen (die sich hauptsächlich an das Kind richten)
- Interventionen im Kindergarten/in der Schule
- Kombination mit pharmakologischer Behandlung bei hyperkinetischen Störungen möglich

Eltern-Kind-Programm

20 Bausteine, die entsprechend der individuellen Problematik miteinander kombiniert werden und die in sechs Themenkomplexe zusammengefaßt sind:

- Problemdefinition, Entwicklung eines Störungskonzeptes und Behandlungsplanung
- Förderung positiver Eltern-Kind-Interaktionen und Eltern-Kind-Beziehungen
- Pädagogisch-therapeutische Interventionen zur Verminderung von impulsivem und oppositionellem Verhalten
- Tokensysteme, Response-Cost und Auszeit
- Interventionen bei spezifischen Verhaltensproblemen (z. B. Spieltraining, Hausaufgabentraining, Selbstinstruktionstraining, Selbstmanagement-Ansatz)
- Stabilisierung der Effekte

sowie solche, bei denen sich die Angst auf ganz unterschiedliche Situationen bezieht, wie die Störung mit Überängstlichkeit. Wir beschränken uns hier vorwiegend auf Störungen mit Überängstlichkeit, da bei ihnen auch die übrigen spezifischen Angstformen mitbeteiligt sind und sie die größten Anforderungen an die therapeutischen Bemühungen stellen. Kinder mit dieser Störung werden auch als sozial unsicher bezeichnet, da sie oft besonders in sozialen und Leistungssituationen überängstlich reagieren. Es ist aus diagnostischen und therapeutischen Gründen wichtig zwischen Kindern mit sozialen Ängsten, die aus einem Mangel an sozialen Fertigkeiten entstehen, und ängstlichen Kindern mit guten sozialen Fertigkeiten, bei denen lediglich Lerndefizite vorliegen, zu unterscheiden (Odem & Deklyen, 1989; Petermann & Petermann, 1996b). Bei der ersten Form handelt es sich um eine Entwicklungs- und bei der zweiten um eine Verhaltensstörung.

Im weiteren beschränken wir uns auf die Verhaltensstörung, also auf unsichere Kinder, die entsprechende Fertigkeiten entwickelt haben und auch den Wunsch nach Sozialkontakt besteht, aber Ängste aufgrund einer Reihe unangenehmer, schmerzlicher Erfahrungen mit Gleichaltrigen entwickelt haben. In der Folge können dann soziale Defizite auftreten, die wiederum zu einer starken sozialen Isolierung führen können. Soziale Defizite, Isolierung und Ängste sind in manchen Fällen mit Schulängsten gekoppelt, da schulische Situationen, wie Aufgerufenwerden oder Prüfungen, durch

die öffentliche Bewertung zu angstausslösenden sozialen Situationen werden. Dies kann in Lernprobleme und Leistungsdefizite münden. Die meisten psychologischen Maßnahmen für sozial unsichere Kindern bestehen daher aus komplexen sozialen Fertigkeitstrainings (vgl. Petermann & Petermann, 1996b). Die Kinder sollen durch das Training generelle Prinzipien der sozialen Interaktion lernen, anhand derer sie sich in einer Vielzahl von Situationen sozial akzeptabel verhalten können (Asher & Hymel, 1986).

4.2 Konkretes Vorgehen

Stabile Veränderungen können auch in diesem Bereich nur über Trainingspakete erzielt werden, wie eine Analyse von Michelson und Mannarino (1986) belegt. Ein solches Vorgehen verändert Interaktionsabläufe, indem neue Verhaltensweisen in Rollenspielen eingeübt und wiederholt sowie die Umsetzung in den Alltag bekräftigt werden. Die Trainingspakete schließen die Arbeit in der Gleichaltrigen-Gruppe und im Elternhaus ein; durch ihre Breite sind sie nicht nur am Symptom orientiert, sondern können auch flexibel den Problemen des Kindes gerecht werden. Petermann und Petermann (1996b) haben ein Trainingspaket entwickelt, das eine Vielzahl von Zielen in einer Kombination aus Einzel- und Gruppentraining verwirklicht (s. Tab. 3). Das Training ist für sozial unsichere Vor- und Grundschulkindern konzipiert und kann sowohl präventiv als auch

Tabelle 3: Ziele des Einzel- und Gruppentrainings mit sozial unsicheren Kindern (Petermann & Petermann, 1996b)

Einzeltraining	Gruppentraining
<ul style="list-style-type: none"> • Bewußtmachen von sozialer Angst und Unsicherheit • Sensibilisierung der Wahrnehmung für Interaktionsabläufe • Reflexion von Erwartungen an das Verhalten anderer • Reflexion eigener sozialer Ängste/sozialer Unsicherheit • Entwickeln von Kriterien zur Beurteilung von Sozialverhalten • Entwickeln von Verhaltensalternativen 	<ul style="list-style-type: none"> • Positive Gefühle und Freude zeigen • Durchsetzen eigener Ansprüche und erkennen der Ansprüche anderer • Kontakt aufnehmen können; Kritik annehmen und angemessen verarbeiten • Sich angemessen selbstbehaupten • Umgang mit sozialer Hervorhebung • Negative Gefühle zeigen und Kritik äußern

therapeutisch eingesetzt werden. Langzeitstudien über zwei Jahre belegen die Stabilität der Effekte (vgl. Petermann & Walter, 1989); dies trifft auch auf mehrfach beeinträchtigte Kinder (z. B. Sprachbehinderte) zu.

Asher und Hymel (1986) verwenden sogenannte Coachingstrategien, die aus drei Schritten bestehen. Zunächst instruiert ein Trainer (Lehrer) ein Kind, wie es z. B. mit anderen kooperieren kann; danach übt das Kind in einer Spielsitzung mit einem Klassenkameraden das Verhalten ein. In einer dritten Sitzung wird in einer natürlichen Situation mit Gleichaltrigen das Verhalten praktiziert; der Trainer (Lehrer) bespricht und beurteilt, wie das Verhalten umgesetzt wurde. Neben Kooperation ließen Asher und Hymel (1986) Partizipation, Kommunikation und Suche nach Hilfestellung in der Schulklasse auf diese Weise einüben. Sie wählten dazu Kinder aus, die aufgrund ihres soziometrischen Status und ihres gezeigten Verhaltens am stärksten von ihren Klassenkameraden abgelehnt wurden. Das Prinzip der sozialen Coachingstrategien basiert auf drei Elementen des sozialen Lernens:

- Durch verbale Instruktionen werden Verhaltensstrategien vermittelt und durch Rollenspiele umgesetzt,
- es wird die Möglichkeit angeboten, mit Gleichaltrigen in einem *Gruppentraining* die neu erworbenen Fertigkeiten zu üben, und
- es besteht der Auftrag, diese Fertigkeiten im Alltag einzusetzen, wobei die Erfahrung mit dem Trainer (Lehrer) ausgewertet werden.

Allerdings ist dieses Training mit fünf 30minütigen Übungssitzungen nur relativ kurz, vor allem bei der Behandlung massiv auffälliger Kinder. Bei dem Vorgehen von Odem und Deklyen (1989) werden Erwachsene als Verstärker eingesetzt, die loben und einem Kind besondere Aufmerksamkeit schenken, wenn es einen sozialen Austausch vollzogen hat. Die Erwachsenen konzentrieren sich dabei auf bestimmte soziale Aspekte, wie Blickkontakt, Lächeln usw. und bekräftigen dieses Verhalten gezielt. Es ist dabei notwendig, die Ausübung des Verhaltens in Sequenzen zu untergliedern; so kann man systematisch zu Beginn, während oder am Ende einer sozialen Interaktion verstärken. Ebenso nehmen in dem

Vorgehen von Odem und Deklyen (1989) Gleichaltrige als Mediatoren eine wichtige Rolle ein. Dazu werden sozial kompetente Kinder angehalten, das Sozialverhalten ihrer unsicheren Mitschüler zu fördern oder sie sollen ihr Verhalten auf die unsicheren Kinder ausrichten und oft mit ihnen interagieren.

5. Autismus

5.1 Grundlagen und Ziele

Die Behandlung Autistischer Störungen gestaltet sich u. a. deshalb schwierig, da 70 bis 80 Prozent aller autistischen Kinder zusätzlich geistig behindert sind, d. h. neben autismspezifischen Veränderungen auch die Entwicklung insgesamt verzögert ist. Eine neurologische Störung des Zentralnervensystems ist bei fast allen autistischen Kindern wahrscheinlich, was sich auch am frühen Beginn der Störung, meist schon vor dem zweiten Lebensjahr, zeigt. Für die Behandlung autistischer Kinder bedeutet dies:

- Es müssen Konzepte für den Umgang mit autistischen Kindern vorliegen, die die typischen qualitativen Veränderungen in der Entwicklung berücksichtigen (vgl. Kusch & Petermann, 1991).
- Die Förderung muß so früh und intensiv wie möglich einsetzen, um Beeinträchtigungen zu kompensieren (Rogers, 1996).

Vor allem die mangelnde Generalisationsfähigkeit der Kinder macht eine Förderung besonders schwer. Obwohl viele Studien belegen, daß autistische Kinder von einer Verhaltenstherapie profitieren, bleibt das neugelernte Verhalten fast immer von bestimmten Aspekten der Lernsituation abhängig (Koegel & Koegel, 1987). Man spricht in diesem Zusammenhang von einer mangelnden *Dekontextualisierung*, d. h. der Unfähigkeit, Neuerworbenes unabhängig von dem sozialen Kontext einzusetzen (vgl. Kusch & Petermann, 1991). Für die therapeutische Arbeit mit autistischen Kindern ergeben sich daraus drei Konsequenzen:

- (1) Da das Verhalten autistischer Kinder nicht über verschiedene Reizgegebenheiten generalisiert (= Reizgeneralisierung), muß die therapeu-

tische Situation so konzipiert sein, daß das Kind Neuerworbenes unabhängig vom Kontext anzuwenden lernt. Reize, von denen Neuerworbenes häufig abhängt, sind der Therapeut, sein Interaktionsstil, die Verstärkung selbst und die therapeutische Situation. Manche autistischen Kinder zeigen neuerworbenes Verhalten nur dann, wenn der Therapeut anwesend ist; andere nur, wenn sie sich in einem bestimmten Raum befinden oder eine spezielle Handlung erfolgt.

(2) Autistische Kinder scheinen ihre neuerworbenen Reaktionen nicht auf andere Verhaltensweisen zu übertragen (= Reaktionsgeneralisierung). Jedes Verhalten muß daher getrennt gefördert werden. Lernt ein autistisches Kind z. B., eine Person anzuschauen, dann bedeutet dies nicht unbedingt auch, daß es zugleich lernt, den Kopf in die Richtung der Person zu wenden. Wenn das Kind aber Verhaltensweisen in einem für es sinnvollen Kontext lernt, diese Verhaltensweisen für das Kind verständlich sind und die Reaktionen spontan erfolgen, gelingen auch autistischen Kindern vielfältige Reaktionen und Neuerworbenes kann auf verschiedene Verhaltensbereiche übertragen werden (vgl. Duchan, 1987).

(3) Um längerandauernde therapeutische Effekte zu erzielen, müssen schrittweise möglichst viele Umwelten des Kindes mit einbezogen wer-

den. Eltern, Lehrern, Geschwistern müssen gezielt im Umgang mit dem Kind angeleitet und unterstützt werden. Die Arbeit in der natürlichen Umgebung des Kindes ist besonders geeignet, korrekte Reaktionen hervorzurufen. Es wird dadurch die Wahrscheinlichkeit der spontanen Generalisierung auf ähnliches Verhalten und ähnliche Situationen erhöht. Der Reizgebundenheit der Kinder wird begegnet, indem man natürliche Materialien und Verstärker von Personen aus dem Alltag des Kindes einsetzt (Koegel & Koegel, 1987).

5.2 Konkretes Vorgehen

Koegel et al. (1987) stellten ein Training zur Förderung der natürlichen Sprache autistischer Kinder vor (s. Tab. 4). Die Autoren verglichen dabei verschiedene Techniken. In Einzelfallstudien wurden zunächst die traditionellen Lerntechniken eingesetzt und später durch das natürliche Sprachtraining ersetzt. Die beiden Kinder, die an der Studie teilnahmen, waren zu Beginn 4,5 und 5,8 Jahre alt. Beide Kinder waren sprachunfähig und zeigten lediglich lautliche Äußerungen. Auch in den übrigen autissmuspezifischen Störungsbereichen lagen bei beiden Kindern beträchtliche Behinderungen vor. In der sozialen Entwicklung befanden sie sich auf dem Niveau 1,6- bzw. 2,8jähriger.

Tabelle 4: Gegenüberstellung einer traditionellen und natürlichen Förderung autistischer Kinder (Koegel et al., 1987)

Merkmale	Traditionelle Bedingung	Natürliche Bedingung
Reiz	(a) Vom Therapeut gewählt (b) Der Reiz wird wiederholt, bis das Kriterium (z. B. korrekte Antwort) erreicht ist. (c) Reiz ist phonologisch leicht zu produzieren und steht nicht in einem funktionalen Bezug (z. B. zu einem Wunsch des Kindes.)	(a) Vom Kind gewählt (b) Nach jedem Probedurchgang wird der Reiz variiert. (c) Der Reiz ist ein altersgerechtes Objekt, das in der natürlichen Umwelt des Kindes auftritt (z. B. ein Ball, eine Banane).
Hilfestellung	Manuell (z. B. Lippenberührungen).	Therapeut wiederholt die Bezeichnung des Objektes.
Interaktion	Der Therapeut hält das Objekt aufrecht; er besitzt keinen Bezug zur Interaktion.	Therapeut und Kind spielen mit dem Objekt. Das Objekt besitzt einen funktionalen Bezug zur Interaktion.
Reaktion	Korrekte Reaktion oder schrittweise Annäherung	Lockere Annäherung; jeder Versuch, eine Reaktion zu zeigen, wird betont.
Konsequenz	Eßbare zusammen mit sozialen Verstärkern.	Natürliche Verstärker, wie z. B. die Möglichkeit, mit dem Objekt zu spielen, und natürliche Verstärker.

Die jeweils zweistündige Behandlung wurde zweimal wöchentlich in einem kleinen Raum durchgeführt. Zunächst wurde bei beiden Kindern traditionell verfahren, daran anschließend wurden natürliche Bedingungen der Behandlung zugrunde gelegt. Es zeigte sich, daß die Kinder unter natürlichen Bedingungen mehr Äußerungen imitierten als unter traditionellen Bedingungen. Eine Generalisierung auf spontane Äußerungen erfolgte nur unter natürlichen Bedingungen; ebenso verhielt es sich mit der Generalisierung auf Situationen außerhalb der therapeutischen Situation. Die Behandlungsdauer hatte ebenfalls einen interessanten Einfluß: unter der traditionellen Bedingung konnte selbst nach 19 Monaten kein Anstieg der Lerneffekte erzielt werden, während die natürlichen Bedingungen relativ schnell zu therapeutischen Effekten führten. So konnte die Studie von Koegel et al. (1987) eindeutig bestätigen, daß eine stärkere Orientierung verhaltenstherapeutischer Verfahren an natürlichen, entwicklungsbezogenen Vorgehensweisen in der Autismusbehandlung angemessener ist als traditionelle verhaltenstherapeutische Verfahren.

Das wohl bekannteste verhaltenstherapeutische Programm in der Arbeit mit autistischen Menschen TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children*) wird seit den siebziger Jahren im amerikanischen Bundesstaat North-Carolina von der Forschungsgruppe um Schopler und Mesibov durchgeführt (Schopler & Olley, 1981). Wesentlich in dem sich ständig weiterentwickelnden Programm ist die spezifisch auf das Kind abgestimmte Therapieplanung, die auf einer umfassenden Diagnostik beruht sowie die Orientierung an den Entwicklungszielen des Kindes und die Durchführung der Förderung durch spezialisierte Fachleute und die Eltern. Im Rahmen dieses Programms werden autistische Kinder einerseits schulisch durch spezielle Förderprogramme in Sonderklassen zum anderen durch die speziell trainierten Eltern zu Hause gezielt in ihrer Entwicklung gefördert.

Anlaß zu Optimismus geben die großen Erfolge des «Young Autism Project», einem ähnlich arbeitenden, speziellen Frühförderprogramm für autistische Kinder, das von Lovaas und seinen Mitarbeitern an der UCLA in Los Angeles entwickelt wurde (Lovaas, 1987). In diesem Pro-

jekt werden autistische Kinder unter vier Jahren mit Hilfe eines intensiven verhaltenstherapeutischen Programms über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren behandelt. Folgende Elemente werden als wirkungsvoll angesehen:

- Der Beginn vor dem vierten Lebensjahr,
- der systematische Einsatz verhaltenstherapeutischer Techniken,
- die hohe Intensität von mindestens 40 Stunden wöchentlich,
- die individuell auf das Kind abgestimmte Therapieplanung,
- die regelmäßige Zieldiskussion und Supervision durch ein Spezialisten-Team,
- die Durchführung in der natürlichen Umgebung des Kindes in Anwesenheit eines Elternteils sowie
- der aktive Einbezug der Eltern durch ein intensives Elterntraining.

Parallel zum Aufbau von entwicklungsangemessenen Fähigkeiten wird stereotypes, selbststimulierendes oder aggressives Verhalten abgebaut. Lovaas belegte die Wirksamkeit dieses Programms indem er eine Gruppe autistischer Kinder in zwei parallelierte Gruppen unterteilte (Lovaas, 1987). Während die Experimentialgruppe intensiv, also mehr als 40 Stunden wöchentlich, behandelt wurde, erhielt die Kontrollgruppe lediglich 10 Stunden gleichen Trainingsinhalts. Die erzielten Effekte der therapeutischen Bemühungen sprechen eindeutig für eine möglichst frühzeitig beginnende, intensive, verhaltenstherapeutische Förderung autistischer Kinder: 47 Prozent der Kinder mit intensiver Einzeltherapie erreichten während der mehrjährigen Behandlung ein normales kognitives und soziales Funktionsniveau, das auch bei Nachfolgeuntersuchungen im durchschnittlichen Alter der Kinder von 13 Jahren Bestand hatte (McEachlin, Smith, & Lovaas, 1993)! Dagegen profitierten lediglich 2 Prozent der Kinder der Kontrollgruppe in dieser Weise von der «Minimalbehandlung»! In Deutschland führt das «Bremer Projekt» ein Frühförderprogramm durch, das auf den therapeutischen Grundlagen des «Young Autism Project» von Lovaas basiert (Cordes & Dzikowski, 1991).

6. Prävention und Mediatorenansatz

6.1 Grundlagen und Ziele

Der Mediatorenansatz umfaßt psychologische Interventionen, die sich nicht direkt an die unterstützungsbedürftigen Kinder, sondern an deren soziale Umwelt richten (Perrez, 1988). Im Rahmen der primären Prävention psychischer Störungen werden vor allem Familien mit Risikokindern gefördert. Risiken können dabei sowohl auf Seiten des Kindes, der Eltern oder der sozialen Situation vorliegen. Die Eltern erwerben im Rahmen des Mediatorenansatzes grundlegende Erziehungskompetenzen, die sie in die Lage versetzen, auch zukünftige Problemsituationen selbstständig zu bewältigen. Störungen können so im Vorfeld verhindert werden (Weissbourd & Kagan, 1989) und Frühförderung wird kostengünstig und familiennah möglich. Price, Cowen, Lorion und Ramos-McKay (1989) belegen, daß von 14 effektiven Präventionsprogrammen fünf Mediatoren einsetzten. Solche Programme verhindern dabei nicht nur Störungen, sondern beeinflussen die familiäre Situation und die Entwicklung des Kindes über längere Zeit hinweg positiv. Neben Eltern können auch Lehrer, Gleichaltrige oder Geschwister als Mediatoren eingesetzt werden (vgl. Odem & Deklyen, 1989, in Abschnitt 4.2 dieses Beitrages).

6.2 Konkretes Vorgehen

Die Bezugspersonen lernen durch das Mediatorentraining,

- kindliches Verhalten vorurteilsfreier wahrzunehmen,
- durch gezieltes Verstärken kindliches Verhalten zu unterstützen,
- kindliche Verhaltensdefizite durch gezielte Hilfestellungen abzubauen und
- Problemverhalten als lösbare Aufgabe einzuschätzen.

Neben der Sensibilisierung für kindliches Verhalten werden neue Strategien durch Verhaltensübungen, z. B. in Form von Rollenspielen, ergänzt.

Anhand einer Studie von Lowry und Whitman (1989) soll ein Elterntraining zur primären Prävention von Entwicklungsverzögerungen bei Kleinstkindern vorgestellt werden (s. Kasten 1). In einem Frühförderungsprogramm wurden Mütter über Verstärkungsprinzipien informiert und in ihrem Einsatz geschult. Die Prinzipien wurden an einer konkreten Spielsituation eingeübt, wobei ein Trainer ausschließlich das Interaktionsverhalten der Mutter über gezielte Strategien (verbale Instruktion, Modellernen, Feedback, Generalisationsübungen) optimierte.

Forehand und Long (1988) arbeiteten mit Eltern als Mediatoren, um Kinder zu einer besseren Mitarbeit zu motivieren, die sich durchgängig verweigerten. Da ein solches Verweigerungsverhalten ein Vorbote von aggressivem Verhalten sein kann (vgl. Petermann & Petermann, 1997), hat auch dieses Vorgehen einen eindeutig präventiven Charakter. Zunächst werden mit den Eltern zusammen die problematischen Situationen bestimmt; für die ausgewählten Problemsituationen wurde mit einem Elternteil neues Verhalten eingeübt. In den Trainingssituationen bekamen die Mutter/der Vater verdeckt, d. h. über Kopfhörer, Informationen, wie sie/er sich verhalten soll. Das Training bestand aus zwei Phasen: Zunächst wurden effektive Verstärkungsstrategien und dann Techniken (z. B. Time-out-Verfahren) erlernt, wie man das Verweigerungsverhalten reduzieren kann. Vielversprechend ist auch das seit einigen Jahren vorwiegend in den Niederlanden, zunehmend aber auch in Deutschland angewandte «Video-Home-Training» (Gens & Heimbürger, 1994), das sowohl für Risikokinder als auch speziell belasteten Eltern angeboten wird. Trainer zeichnen hier natürliche Interaktionssequenzen in den Familien auf und analysieren diese gemeinsam mit den Eltern. Gezielt werden die Eltern für kindliche Signale sensibilisiert. Positive Interaktionsansätze werden herausgearbeitet und sollen wiederholt werden. Die Eltern erwerben so zunehmend die Kompetenz, gelungene Interaktionen mit ihrem Kind aufzubauen und zu erweitern. Erste Ergebnisse deuten an, daß dieses früh einsetzende Training spätere Verhaltensauffälligkeiten verhindern und somit präventiv eingesetzt werden kann.

Kasten 1

Ein Frühförderprogramm zur Generalisierung der Erziehungsfertigkeiten (Lowry & Whitman, 1989)

Fragestellung

Aneignung von Erziehungsfertigkeiten durch ein Interventionsprogramm und Überprüfung der Generalisierung des Verhaltens.

Methode

- *Stichprobe:* Es wurden fünf Mütter mit 15 bis 34 Monate alten, entwicklungsverzögerten Kindern trainiert.
- *Untersuchungsmethode:* Die Beobachtungs- und Trainingssitzungen fanden bei den Teilnehmerinnen zu Hause statt und wurden mit Video aufgezeichnet. Das Verhalten der Mutter wurde wie folgt kategorisiert: (1) Aktivitätsbezogene Hilfestellungen, (2) andere angemessene Hilfestellungen, (3) Belohnungen, (4) reaktionskontingente Belohnungen, (5) Bestrafung und (6) andere Verbalisationen. Das Verhalten des Kindes wurde in angemessene und unangemessene spielzeugbezogene Aktivitäten bzw. keine Interaktion mit dem Material oder der Mutter untergliedert.
- *Intervention:* Es wurden fünf Einzelfallanalysen anhand eines multiplen Baselinedesigns (vgl. Petermann, 1996) durchgeführt. Nach ei-

ner 15minütigen Baselinebeobachtung wurde die Mutter im angemessenen Einsatz von Verstärkung und Hilfestellung geschult. Anfänglich modellierte der Trainer das Verhalten. Dann sollte die Mutter, unter verbalem Feedback des Trainers, das Verhalten an denselben Spielmaterialien mit ihrem Kind einüben. Nachdem solche Sitzungen mehrmals stattfanden, schlossen sich drei Generalisierungstreffen (à 20 Minuten) an. Der Trainer zeigte hierzu der Mutter an einer völlig neuartigen Spielsituation, wie man Belohnungen und Hilfestellungen einsetzen kann.

Ergebnisse

Die Einzelfallanalysen belegten bei allen Müttern einen deutlichen Anstieg des Einsatzes von positivem Feedback und Hilfestellung gegenüber der Baselinephase. Obwohl mit den Müttern nur der Umgang mit einem bestimmten Spielzeug eingeübt wurde, konnte das neuerworbene Verhalten auch bei Interaktionen eingesetzt werden, die mit anderen Spielmaterialien erfolgten. Das Generalisationstraining führte in den meisten Fällen nochmals zu einem Anstieg des angemessenen Verhaltens der Mütter.

7. Familienbezogene Intervention

7.1 Grundlagen und Ziele

Wir haben in dieser Übersicht schon mehrfach erwähnt, daß komplexe Therapie- bzw. Trainingspakete besonders erfolgreich in der Behandlung von Verhaltens- und Entwicklungsstörungen sind. In einem solchen Paket nimmt die familienbezogene Intervention einen zentralen Stellenwert ein; ja, von vielen Anhän-

gern der Familientherapie wird eine familienbezogene Maßnahme alleine als völlig ausreichend, eine (zusätzliche) kindbezogene hingegen als überflüssig, wenn nicht gar schädlich angesehen. Die damit aufgeworfenen Fragen werden sich erst dann sinnvoll besprechen lassen, wenn die Effektivität familientherapeutischer Maßnahmen besser geklärt ist. Derzeit steckt deren Evaluation noch in den Anfängen (vgl. Heekerens, 1993, 1997). Wir begrenzen uns daher auf zwei Ansätze der familienbezogenen Intervention, zu denen ausreichend Belege über deren Effektivität vorliegen:

- das Parent-Management-Training der Arbeitsgruppe um G. R. Patterson und
- die funktionale Familientherapie der Arbeitsgruppe um I. F. Alexander.
- direkte Verstärkung aggressiven Verhaltens,
- häufiges Kommandieren des Kindes,
- ungerechtfertigte und harte Bestrafung und
- fehlendes Beachten angemessenen Verhaltens.

Die Ziele dieser familienbezogenen Intervention beziehen sich im wesentlichen darauf, die Bedingungen des familiären Umfeldes so zu verändern, daß Trainings/Therapieeffekte, die man mit dem Kind kurzfristig erreichen konnte, auch längerfristig Bestand haben. Eine familienbezogene Intervention, als begleitendes oder zentrales Vorgehen im Rahmen der Behandlung eines Kindes, ist allein schon deshalb angezeigt, da ein Großteil der Ursachen kindlicher Verhaltens- und Entwicklungsstörungen nur aus dem familiären Kontext erklärbar ist bzw. aus den familiären Bedingungen resultiert oder durch diese aufrechterhalten wird.

Verschiedene Aspekte der familienbezogenen Arbeit sind nicht neu. So wurde in den vorliegenden Ausführungen schon mehrmals darauf hingewiesen, daß Lehrer oder Familienmitglieder als «Therapiehelfer» (Co-Trainer oder Co-Therapeuten) in Techniken der Verhaltenstherapie unterwiesen werden. Übungen mit dem Kind sollen so auf den Alltag übertragen werden, um die erzielten Erfolge über die Zeit und in verschiedenen Alltagsbereichen zu stabilisieren. Im Gegensatz dazu möchte eine familienbezogene Intervention unmittelbar komplexe Beziehungen in der Familie verändern, indem sie die wechselseitigen Einflüsse der Familienmitglieder aufdeckt.

7.2 Konkretes Vorgehen

7.2.1 Parent-Management-Training der Arbeitsgruppe um G.R. Patterson

Diese Arbeitsgruppe möchte beide Elternteile darin schulen, mit ihrem aggressiven Kind anders umzugehen. Das Training geht davon aus, daß sich das aggressive Verhalten eines Kindes unangemessen entwickelt hat und durch die unangemessene Eltern-Kind-Interaktion aufrechterhalten wird (vgl. Patterson et al., 1990). Besonders kennzeichnend im Umgang mit aggressiven Kindern sind nach Patterson die folgenden Interaktionsstile:

Die Autorengruppe um G. R. Patterson fand in Familien mit aggressiven Kindern «erpresserische» Interaktionsmuster, die Aggression begünstigen. Die Eltern verstärken das aggressive Verhalten ihres Kindes «ungewollt», wenn sie es mit (Gegen)-Druck beantworten. Durch dieses Elternverhalten wird zwar die kindliche Aggression momentan beendet, jedoch längerfristig die Wahrscheinlichkeit aggressiven Verhaltens erhöht. Der momentane Erfolg wirkt auch auf die Eltern verstärkend und damit spielt sich eine Interaktion ein, in der Kind und Eltern zum aggressiven Verhalten genötigt werden. Das Elternttraining von Patterson et al. (1990) versucht, dieses wechselseitig aggressive Verhalten durch unterstützendes (prosoziales) Verhalten zu ersetzen. Hierzu üben die Eltern verschiedene Verhaltensweisen ein:

- Einführen von Regeln, an die sich das Kind zu halten hat,
- Bereitstellen von positiven Verstärkern für angemessenes Kindverhalten,
- Anwenden milderer, angemessener Strafen und
- Fördern von Kompromißbereitschaft.

Die Eltern werden zunächst in systematischer Verhaltensbeobachtung geschult, und anschließend sollen sie direkt in der Interaktion mit dem Kind die eingeübten Verhaltensweisen anwenden. Zum Elternttraining werden vor allem Prinzipien des sozialen Lernens, wie das Rollenspiel und Modellernen, herangezogen. Beträchtlichen Umfang nimmt das Einüben von Techniken der positiven Verstärkung von milden Strafformen (z. B. Verstärkerentzug), von Diskussionsformen und des Umganges mit Kontingenzen ein. Den Eltern wird die Möglichkeit geboten, auch zwischen den Trainingssitzungen durch Telefonkontakte auftretende Probleme zu klären. Das Vorgehen ist vor allem für Eltern geeignet, deren schwierige Kinder drei bis zwölf Jahren alt sind. Das Parent-Management-Training von Patterson et al. (1990) wurde in den achtziger Jahren entwickelt und zeigte sich in allen empirischen Studien seit

1982 einer traditionellen Familientherapie weit überlegen; dies sowohl hinsichtlich der kurz als auch langfristigen Effekte. Im einzelnen liegen zu dem Vorgehen sehr detaillierte Ergebnisse vor. So zeigen sich Effekte sowohl in der Eltern- und Lehrerbeurteilung als auch der direkten Verhaltensbeobachtung in der Schule und zu Hause. Die Effekte sind dabei schon während des Trainings deutlich erkennbar (vgl. Kazdin, 1988); sie sind ein Jahr nach Trainingsende noch beobachtbar und konnten selbst nach 4,5 bis 10,5 Jahren belegt werden (vgl. Patterson et al., 1990). Neben dem aggressiven Verhalten der Kinder lindert das Parent-Management-Training auch psychische Probleme der Eltern (Depression), besitzt positive Auswirkungen auf andere Familienmitglieder und verändert auch andere Auffälligkeiten beim Problemkind.

7.2.2 Funktionale Familientherapie der Arbeitsgruppe um I. F. Alexander

Dieses Vorgehen basiert auf einer lern- und kommunikationstheoretischen Sichtweise von Familienproblemen. Die Arbeitsgruppe geht von der Annahme aus, daß das offensichtliche Problemverhalten eines Kindes den einzigen Weg darstellt, die interpersonalen Funktionen (Nähe, Distanz, Unterstützung) zwischen den Familienmitgliedern aufrechtzuerhalten (Morris, Alexander & Wandron, 1988). So kann die soziale Unsicherheit des Kindes in einem Familiensystem die Funktion besitzen, den Wunsch der Mutter nach Nähe zu ihrem Kind zu befriedigen. Ziel der funktionalen Familientherapie ist eine Veränderung der Interaktions- und Kommunikationsmuster in der Familie, um angemessenere Beziehungen zu fördern. So kann die soziale Unsicherheit bei einem Kind dadurch abgebaut werden, daß sich die Beziehung der Eltern verbessert und auf diese Weise die Mutter dem Kind mehr Freiraum und Verantwortung läßt. Nicht in jedem Fall geht man das offensichtliche Verhalten an, um therapeutisch auf eine Familie einzuwirken. Bei der Planung einer Intervention stehen die komplexen familiären Verknüpfungen im Mittelpunkt, wobei die spezifischen Behandlungsstrategien aus lerntheoretischen Studien zur Familieninteraktion und deren Beeinflussbarkeit abgeleitet wurden (vgl. Patterson et al., 1990).

Die funktionale Familientherapie erfordert es, daß die gesamte Familie die Funktionen erkennt, die ein Verhaltensproblem innerhalb der Familie aufrechterhalten. Der Therapeut hebt dabei die Wechselwirkungen und Kontingenzen zwischen den Familienmitgliedern in ihrem täglichen Umgang miteinander hervor. Er berücksichtigt jedoch immer das Problem besonders, das den Anlaß zur Therapie bildet. Wenn die Familie alternative Wege in der Betrachtung des Problems gefunden hat, wird ein konstruktiver Umgang mit ihm möglich. Ein verbesserter Austausch zwischen den Familienmitgliedern und eine häufigere wechselseitige positive Verstärkung sind grundlegende Ziele; weiterhin werden

- klarere Kommunikationsmuster in der Familie angestrebt,
- das Äußern von Bedürfnissen gefordert,
- konstruktive Gespräche gefördert und
- Alternativen und Lösungen für Verhaltensprobleme erarbeitet.

Empirische Studien belegen, daß der Erfolg einer funktionalen Familientherapie von der Strukturiertheit des Vorgehens und der Beziehung des Therapeuten abhängt, die er zu den Familienmitgliedern aufbaut (vgl. Morris et al., 1988). In einem Therapievergleich zeigt sich das Vorgehen klientenzentrierten und psychodynamischen Verfahren als überlegen (vgl. Kazdin, 1988).

8. Pharmakotherapie

8.1 Grundlagen und Ziele

Der Einsatz von Pharmakotherapie zur Behandlung von Verhaltensstörungen wurde lange Zeit vor allem wegen der oft nur kurzfristigen, individuell oft verschiedenen Wirkweisen ohne vorhersagbare Langzeiteffekte, kritisiert (vgl. Henker & Wahlen, 1989). Folgende gravierende Nachteile der pharmakologischen Behandlung von Kindern werden genannt:

- die massive Suchtgefahr, bzw. das Streben, Verhaltensprobleme mit Medikamenten lösen zu wollen;
- die gravierenden Probleme der Therapiearbeit (bis zu Zweidrittel der Kinder neh-

men Medikamente nur unregelmäßig ein, vgl. Henker & Wahlen, 1989; Perez & Burckhardt, 1987) und

- das häufigere Auftreten paradoxer Effekte als bei Erwachsenen.

Eine medikamentöse Behandlung von Kindern und Jugendlichen sollte daher sorgfältig geplant und immer verbunden mit einer psychotherapeutischen Maßnahme (z. B. einer Kinder-verhaltenstherapie) eingesetzt werden. Eine solche Kombination verhaltenstherapeutischer Maßnahmen mit der Pharmakotherapie kann die therapeutische Wirksamkeit maximieren. Nach Schmidt und Brink (1995) dient die zusätzliche Pharmakotherapie in vielen Fällen der Vorbereitung einer Verhaltenstherapie, ihrer Unterstützung oder der Stabilisierung ihrer Effekte (s. Tab. 5). So kann beispielsweise ein besonders ausgeprägter Trennungsangst leidendes Kind durch eine medikamentöse Behandlung zur Angst- und Spannungsreduktion auf den Einsatz systematischer Desensibilisierung und Selbstkontrolltechniken vorbereitet werden. Um die Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Programme bei autistischen Kindern zu unterstützen, können Medikamente zur Verminderung stark autoaggressiven oder stereotypen Verhaltens eingesetzt werden. Langfristig können Therapieerfolge bei hyperaktiven Kindern stabilisiert werden, indem das Ausmaß der Selbstkontrolle und -wirksamkeit durch die Kombination kognitiver Verfahren mit der Stimulantientherapie erhöht wird.

Die meisten Erfahrungen in der Pharmakotherapie liegen bei der Behandlung hyper-

aktiver und autistischer Kinder vor, auf die wir uns im weiteren deshalb auch beschränken wollen.

Besonders bei hyperaktiven Kindern wird in einer Übersicht von Döpfner, Lehmkuhl und Roth (1996) von großen Behandlungserfolgen berichtet. Bei aggressiven und sozial unsicheren Kindern zeigen einzelnen Studien bisher oft widersprüchliche und kurzfristige Effekte (vgl. Campbell & Spencer, 1988; Essau & Petermann, 1998). Behandlungserfolge werden bei Kindern berichtet, die sowohl aggressiv als auch hyperaktiv sind und bei denen psychologische Maßnahmen ohne Erfolg angewandt wurden (vgl. Speltz, Varley, Peterson & Beilke, 1988). Der Einsatz pharmakologischer Wirkstoffe sollte verstärkt in einem neurologisch-psychologischen Begründungszusammenhang betrachtet werden. Die Behandlung mit chemischen Wirkstoffen erscheint nur dort angebracht, wo – ausgehend von einer spezifischen neurologischen Hypothese – identifizierbare psychische Effekte erzielt werden können. Für den Bereich der Hyperaktivität und des Autismus gibt Tabelle 6 neurologische Hypothesen, chemische Wirkstoffe und psychische Effekte an.

Bei der Hyperaktivität vermutet man eine Übertragungsstörung von neurologischen Informationen an Synapsen (= Fehlregulation des Neurotransmitter-Systems), wobei diese Übertragung über bestimmte Substanzen, sogenannte biogene Amine, erfolgt. Man glaubt durch eine (Über)-Stimulation dieser Schaltstellen auch die Schulleistungen und das Sozialverhalten hyperaktiver Kinder verbessern zu können. Eine ähnliche Annahme liegt auch der pharmakolo-

Tabelle 5: Übersicht über die Wirkmechanismen kombinierter Verhaltens- und Pharmakotherapie (mod. nach Schmidt & Brink, 1995)

Vorbereitung von Verhaltenstherapie	Unterstützung von Verhaltenstherapie	Stabilisierung verhaltenstherapeutischer Effekte
<ul style="list-style-type: none"> • Verminderung der Verhaltensintensität 	<ul style="list-style-type: none"> • Verminderung der Verhaltensintensität 	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Verhaltenssteuerung und Selbstkontrolle
<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Verhaltenssteuerung und Selbstkontrolle 	<ul style="list-style-type: none"> • Verminderung der Verhaltensfrequenz 	<ul style="list-style-type: none"> • Verminderung der Verhaltensfrequenz/Rückfallprophylaxe
<ul style="list-style-type: none"> • Angst- oder Spannungsreduktion 	<ul style="list-style-type: none"> • Angst- oder Spannungsreduktion 	<ul style="list-style-type: none"> • Stärkung der Selbstwirksamkeit

gischen Behandlung autistischer Kinder zugrunde, wobei man zwei Ziele unterscheiden muß:

- die Reduktion der primären, autismspezifischen Symptomatik, die vor allem in einer Förderung des sozialen und sprachlichen Bereiches besteht; und
- die Behandlung der sekundären Symptomatik, wie z.B. der Epilepsien, Stereotypien und Autoaggression.

Man geht auch hier von einer neurologischen Übertragungsstörung aus, die durch biogene Amine (eine erhöhte dopaminerge Funktion) entsteht. Durch Neuroleptika, vor allem Haloperidol, erwartet man entscheidende Effekte auf die Primär- und Sekundärsymptomatik des Autismus.

8.2 Konkretes Vorgehen

8.2.1 Pharmakologische Hyperaktivitätsbehandlung

Schon seit den sechziger Jahren ist bekannt, daß Psychostimulantien, also das Zentralnervensystem aktivierende Substanzen, eine paradoxe Wirkung auf Verhaltensstörungen besitzen. *Paradox* nennt man den Effekt deshalb, weil Stimulantien (z.B. hauptsächlich Methylphenidat, Handelsname: Ritalin) entgegen ihrer eigentlichen Wirkung bei hyperaktiven Kindern einen beruhigenden Effekt ausüben. Neueren Studien zufolge sprechen etwa 70 bis 90 Prozent der Jugendlichen auf die Behandlung mit Stimulantien positiv an, wobei vor allem die Kernsymptome wie motorische Unru-

he und Aufmerksamkeitsstörungen vermindert werden konnten. Rapport et al. (1994) berichten sogar über eine Normalisierung der Aufmerksamkeit und des Verhaltens in der Schule bei 78 Prozent der behandelten Kinder. Bei Kindern unter fünf Jahren liegt die Responder-Rate bei etwa 50 Prozent. Eine umfassende Übersicht über die Ergebnisse finden sich bei Barkley (1990) sowie Döpfner, Lehmkuhl und Roth (1996). Über das Ausmaß der Nebenwirkungen gibt es kontroverse Annahmen: Während Perez und Burkhard (1987) nachdrücklich vor den Nebenwirkungen, wie Schlafstörungen, Appetitverlust und Kopfschmerzen, die vor allem bei Dauermedikation und hohen Dosen auftreten können, warnen, sind diese nach Döpfner et al. (1996) eher als gering zu beurteilen. Das Vorliegen einer Tic-Störung, die durch die Stimulantiengabe verschlimmert werden kann, sollte eine Kontraindikation darstellen. Bedenkenswert in diesem Zusammenhang ist auch ein Ergebnis von Brown, Borden, Wynne, Spunt und Clingerman (1987), nach dem man bei einer Pharmakotherapie von einer viel geringeren Therapiebereitschaft des Kindes ausgehen muß als man sie bei psychologischen Maßnahmen aufgrund des intensiven persönlichen Kontaktes zwischen Therapeut und Kind erwarten kann.

Als positive Effekte der Pharmakotherapie werden vor allem die Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit, die Verminderung der Impulsivität aber auch die Verbesserung schulischer Leistungen und die Verminderung hyperkinetischen und impulsiven Verhaltens sowie die verbesserte soziale Interaktionen genannt (Henker & Wahlen, 1989; Rapport, Denney, DuPaul & Gardner, 1994).

Vergleichsstudien zwischen Pharmakotherapie und psychologischen Maßnahmen bei Hyper-

Tabelle 6: Grundlagen und Ziele der Pharmakotherapie bei hyperaktiven und autistischen Kindern

	Hyperaktivität	Autismus
Neurologische Hypothese	Fehlregulation des monoaminen Neurotransmitter-Systems	Erhöhte dopaminerge Funktion
Chemische Wirkstoffe	Psychostimulantien (Methylphenidat, Dextroamphetamine)	Neuroleptika (Haloperidol)
Psychologische Effekte	Verminderung hyperkinetischen Verhaltens in Schule und Familie; Verbesserungen in Schulleistungen und Sozialverhalten	Primäre Symptomatik (Entwicklungsstörung) und sekundäre Symptome (Epilepsie, Stereotypien, Autoaggression)

aktivität zeigen, daß die Schulleistung nicht verbessert werden, aber günstige Voraussetzungen für verbesserte Lernleistung geschaffen werden, indem sich Ausdauer und Genauigkeit erhöhen (vgl. Douglas, 1989). Stimulantien beeinflussen einige grundlegende kognitive Prozesse, wie die Aufmerksamkeit und Gedächtnisleistung, sie verändern jedoch weder kurz- noch langfristig die Motivation und Einstellung zum Lernen und können fehlende Fertigkeiten nicht kompensieren (Henker & Wahlen, 1989). So ist die Pharmakotherapie bei hyperaktiven Kindern zwar wirksam, problematisch ist aber, daß die erzielten Effekte eher kurzfristig sind; so z. B. 30 Minuten bis maximal 5 Stunden nach der Gabe einer geringen Dosis Methylphenidat.

Daher werden heute von der multimodalen Behandlung also der Kombination der Stimulantien – mit der Verhaltenstherapie große Behandlungserfolge erwartet. In mehreren Studien konnte aber eine gegenüber der ausschließlichen Stimulantientherapie nur geringfügig erhöhte Wirksamkeit multimodaler Intervention nachgewiesen werden (Gittelman-Klein & Abikoff, 1989; Ialongo et al., 1993). Betrachtet man die Langzeitwirksamkeit, zeichnet sich allerdings eine Überlegenheit einer multimodalen Intervention ab. Döpfner (1998) schlägt vor, in Zukunft verschiedene Therapiestrategien sukzessiv, dem Einzelfall entsprechend einzusetzen, um so die therapeutische Wirksamkeit zu maximieren. Je nachdem, wie stark das Problemverhalten des Kindes generalisiert ist, ob es auch in der Familie auftritt und wie rasch eine Symptomminderung erzielt werden muß, um z. B. den Schulbesuch nicht zu gefährden, sollen Selbstinstruktionstraining, Stimulantientherapie und/oder Elternt raining differenziell eingesetzt werden. Eine primäre Stimulantientherapie ist nach Döpfner et al. (1996) indiziert, wenn eine massive, situationsübergreifende Symptomatik vorliegt und die Umstände eine möglichst rasche Symptomverminderung erfordern. Stabile Verhaltensänderungen sind aber nur dann zu bewirken, wenn zusätzlich neues Verhalten beim Kind aufgebaut, fehlende Fertigkeiten trainiert und die Umgebungsbedingungen im Elternhaus und der Schule verändert werden. Bei Vorschulkindern sollen Elternt rainings, Interventionen im Kindergarten und Spieltrainings im Vordergrund der Behandlung stehen (Döpfner

et al., 1996). Eine medikamentöse Therapie sollte nur erwogen werden, wenn sich diese Verfahren als nicht wirksam erweisen.

8.2.2 Pharmakologische Autismusbehandlung

25 Prozent aller autistischen Kinder sowie 75 Prozent der autistischen Jugendlichen werden einer Übersichtsarbeit von Kusch und Petermann (1991) zufolge pharmakologisch behandelt, wobei die verschiedenartigsten Medikamente zur Anwendung kommen. Aufgrund der Komplexität der Störung, der großen individuellen Unterschiede der Kinder und ihrer multiplen neurologischen Beeinträchtigung gibt es nur ausgesprochen wenig Medikamente, die erfolgreich in der Behandlung autistischer Kinder eingesetzt werden können. Einen Überblick über den neuesten Erkenntnisstand bietet die Arbeit von McDougle, Price und Volkmar (1994). Während die Behandlung mit Sedativa, Stimulantien, Antidepressiva und bestimmten Vitaminen nicht wirksam, paradox oder nur bei sehr wenigen Kindern wirksam ist, scheint vor allem die Behandlung mit Neuroleptika und Serotoninblockern (wie Clomipramine und Fluvoxamin) vielversprechend (vgl. Lewis, 1996; McDougle, Price & Volkmar, 1994).

Oft können nur einzelne Symptome und nur bei Untergruppen von autistischen Kindern wirksam behandelt werden. So kann mit Serotoninblockern vor allem das zwanghafte und stereotype Verhalten der Kinder vermindert werden. Autistische Erwachsene, die mit dem selektiven Serotoninblocker Fluvoxamine behandelt wurden, zeigten einer neuen Studie zufolge weniger aggressives, impulsives und stereotypes Verhalten (Sheman, 1995). Die Hoffnung, durch die Behandlung mit Opiatantagonisten wie Naltrexon erfolgreich das selbstverletzende Verhalten der Kinder reduzieren zu können, hat sich neueren Befunden zu folge nicht bestätigt (Lewis, 1996). Neuroleptika zeichnen sich dadurch aus, daß sie zugleich auf mehrere «psychotische» Symptome einwirken, ohne allerdings deren Ursachen zu beeinflussen (vgl. Holm & Varley, 1989; Kusch & Petermann, 1991). So verändert das Neuroleptika Haloperidol zwei wichtige Symptome Autistischer Störungen, nämlich die Zurückgezogenheit und

Stereotypien. Eine Kombination von Haloperidol und einem verhaltenstherapeutischen Training zur Behandlung der Echolalie, der Kommunikationsstörung und der reduzierten sprachlichen Aktivität autistischer Kinder war effektiver als Verhaltenstherapie oder Pharmakotherapie jeweils alleine (vgl. Campbell & Spencer, 1988). Bei Langzeitmedikation mit Haloperidol treten positive Effekte in der Leistung im Intelligenztest ein. Allerdings muß man, um negative Effekte wie Dyskinesien bei einer Langzeitbehandlung zu vermeiden, die Dosierung gering halten.

Experimentelle Studien zur Indikation von Neuroleptika zeigen, daß autistische Kinder mit Symptomen wie Hyperaktivität, Aggression, geringer Frustrationstoleranz und kurzer Aufmerksamkeitsspanne besonders gut auf Haloperidol ansprechen (vgl. Kusch & Petermann, 1991). Am günstigsten sind kombinierte Behandlungen aus medikamentöser und Verhaltenstherapie, wie Campbell und Spencer (1988) herausfanden. Leider sind kontrollierte Studien zu Wirksamkeit von Psychopharmaka und ihrer Interaktion mit therapeutischen Maßnahmen für die Behandlung autistischer Kinder rar!

9. Generalisierung der Ergebnisse

- *Probleme der Autismusbehandlung.* Bereits im Abschnitt Autismus gingen wir auf die grundlegenden Generalisierungsprobleme ein. Bei den besonders großen Schwierigkeiten im Rahmen der Autismusbehandlung wurden die Begriffe Reizgeneralisierung (= Übertragung auf andere, therapiefremde Situationen) und die Stabilität der Ergebnisse diskutiert. Die Wirksamkeit einer Behandlung läßt sich danach beurteilen, in welchem Umfang sich ein neuerworbenes Verhalten in verschiedenen Umweltbedingungen und Verhaltenszusammenhängen zeigt und ob es stabil bleibt. Koegel und Koegel (1987) empfehlen u. a. zwei Wege, wie man die Generalisierung erhöhen kann:

- *Sequentielle Modifikation.* In diesem Fall wird gezielt an den Verhaltensweisen angesetzt, bei denen bislang keine Generalisierung erfolgte. Geübt wird dann in möglichst allen Umwelt-

bereichen des Kindes und so lange, bis es zur spontanen Generalisierung kommt. Bei einem solchen Vorgehen werden wichtige Bezugspersonen des autistischen Kindes als Co-Trainer eingesetzt.

- *Training in der natürlichen Umgebung.* Es wird angenommen, daß die natürliche Umwelt des Kindes geeignet ist, korrekte Reaktionen hervorzurufen und dadurch die Wahrscheinlichkeit der spontanen Generalisierung auf ähnliches Verhalten und ähnliche Situationen erhöht wird. Der Reizgebundenheit des autistischen Kindes wird dadurch begegnet, daß man natürliche Verstärker verwendet, die die unmittelbaren Bezugspersonen des Kindes einsetzen.

- *Schritte zur verbesserten Generalisierung.* Selbstverständlich liegen bei jedem kindlichen Problemverhalten spezifische Gründe vor, warum die Generalisierung der Ergebnisse erschwert ist. Goldstein und Keller (1987) geben diesbezüglich praktische Hilfen für psychologische Maßnahmen mit aggressiven Kindern. Goetz und Sailor (1988) gelang es darüber hinaus, allgemeine Richtlinien anzugeben (s. Tab. 7).

Goetz und Sailor (1988) entwickeln auch konkrete Schritte, wie man Kinder dazu motiviert, neues Verhalten zu erlernen, einzusetzen und längerfristig beizubehalten. Sie gehen aufgrund von entwicklungspsychologischen Annahmen davon aus, daß dann Fertigkeiten generalisieren, wenn sie für das Kind erkennbar nützlich sind. Die zu erlernende Verhaltensweise sollte erwünscht sein und in einem sozialen Kontext erworben werden, der sich aus einer Interaktion zwischen Personen bildet. Eine Fertigkeit ist in einem aktuellen Kontext zu vermitteln, der diese Fertigkeit vom Kind verlangt (z. B. Kochen in der Küche). Das Kind muß die Fertigkeit häufig benötigen; sie sollte entwicklungs- und altersentsprechend sein sowie das Kind unabhängiger machen. Die Fertigkeit muß adaptierbar sein, d. h. konkret genug, um als solche erkannt zu werden, allgemein genug, um an unterschiedliche Anforderungen angepaßt werden zu können.

Tabelle 7: Schritte zur verbesserten Generalisierung

- Unterstützung von Verhaltensweisen, die in der natürlichen Umgebung erforderlich und erwünscht sind sowie gefördert werden;
- Lockeres Training unter verschiedenen Bedingungen;
- Einbezug verschiedener Bezugspersonen und der dazugehörenden Umgebung (Schule, Elternhaus);
- Ausblenden von therapeutisch induzierten Konsequenzen zugunsten natürlicherweise auftretender Konsequenzen;
- Verstärkung von Selbstbewertungen, die angemessenes Verhalten zur Folge haben;
- Unterstützung neuer angemessener Verhaltensweisen und
- Einbezug von Gleichaltrigen als realistische Modelle.

10. Literatur

- Asher, S. R. & Hymel, S. (1986). Coaching in social skills for children who lack friends in school. *Social Works in Education*, 8, 205–218.
- Barkley, R. A. (1990). *Attention deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment*. Hove, East Sussex: Guilford.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, C. S. & Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: an 8-year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 546–557.
- Brown, R. T., Borden, K. A., Wynne, M. E., Spunt, A. L. & Clingerman, S. R. (1987). Compliance with pharmacological and cognitive treatments for attention deficit disorders. *Journal of Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 521–526.
- Camp, B. W. & Bash, M. A. S. (1985). *Think aloud: Increasing social and cognitive skills – A problem solving program for children*. Champaign, IL: Research Press.
- Campbell, M., Anderson, L. T. & Green, W. H. (1983). Behavior disordered and aggressive children: New advances in pharmacotherapy. *Journal of Development Behavioral Pediatrics*, 4, 265–271.
- Campbell, M. & Spencer, E. M. (1988). Psychopharmacology in child and adolescent psychiatry: A review of the past five years. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 269–279.
- Cordes, H. & Dzikowski, S. (1991). *Frühförderung autistischer Kinder*. Bremen: Hilfe für das autistische Kind.
- Döpfner, M. (1997). Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen – Konzepte, Ergebnisse und Perspektiven der Therapieforschung. In F. Petermann (Hrsg.), *Kinderverhaltenstherapie, Grundlagen und Anwendungen* (S. 331–366). Baltmannsweiler: Schneider.
- Döpfner, M. (1998). Hyperkinetische Störungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (3. korrigierte Aufl., S. 165–217). Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G. & Roth, N. (1996). Kombinationstherapien. *Kindheit und Entwicklung*, 5, 118–123.
- Döpfner, M. & Sattel, H. (1992). Verhaltenstherapeutische Interventionen bei hyperkinetischen Störungen im Vorschulalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 19, 254–262.
- Döpfner, M., Schürmann, S. & Frölich, J. (1998). *Das Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP)* (2. korrigierte Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Douglas, V. I. (1988). Cognitive deficits in children with attention deficit disorder with hyperactivity. In L. M. Bloomingdale & J. A. Sergeant (Eds.), *Hyperactive children. The social ecology of identification and treatment* (pp. 283–318). New York: Academic Press.
- Duchan, J. F. (1987). Special education for the handicapped: How to interact with those who are different. In P. Knobloch (Ed.), *Book on special education* (pp. 127–149). New York: Wiley.
- Durlak, J. A., Fuhrman, T. & Lampman, C. (1991). Effectiveness of cognitive-behavior therapy for maladjusting children: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 110, 204–214.
- Essau, C. A. & Petermann, U. (1998). Angststörungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (3. korrigierte Aufl., S. 219–240). Göttingen: Hogrefe.
- Esser, G., Schmidt, M. H., Blanz, B., Fätkenheuer, B., Fritz, A., Koppe, T., Laucht, M., Rensch, B. & Rothenberger, W. (1992). Prävalenz und Verlauf psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 20, 232–242.
- Etscheidt, S. (1991). Reducing aggressive behavior and improving self-control: a cognitive-behavioral training program for behaviorally disordered adolescents. *Behavioral Disorders*, 16, 107–115.
- Feindler, E. & Ecton, R. (1986). *Anger control training*. New York: Pergamon.
- Forehand, R. & Long, N. (1988). Outpatient treatment of the acting out child: Procedures, long term follow-up data and clinical problems. *Advances of Behavior Research and Therapy*, 10, 129–177.
- Gadow, K. D. (1985). Relative efficacy of pharmacological, behavioral and combination treatments for enhancing academic performance. *Clinical Psychology Review*, 5, 513–533.
- Gens, H. & Heimbürger, U. (1994). *Video-Home-Training Reader 1: Grundlagen zu Theorie und Praxis*. Düsseldorf: SPIN Deutschland.

- Gittelman-Klein, R. & Abikoff, H. (1989). The role of psychostimulants and psychosocial treatments in hyperkinesis. In T. Saagvolden & T. Archer (Eds.), *Attention deficit disorder* (pp. 167–180). Hillsdale: Erlbaum.
- Goetz, L. & Sailor, W. (1988). New Directions: Communication development in persons with severe disabilities. *Topics in Language Disorders*, 8, 41–54.
- Goldstein, A.P. & Keller, H. (1987). *Aggressive behavior. Assessment and intervention*. New York: Pergamon.
- Heckerens, H.P. (1993). Behavioral-systemische Ansätze bei der Behandlung von Verhaltensstörungen. In F. & U. Petermann (Hrsg.), *Angst und Aggression bei Kindern und Jugendlichen* (S. 77–90). München: Quintessenz.
- Heckerens, H.P. (1997). Elterntraining und Familientherapie – Gemeinsamkeiten trotz Unterschiedlichkeit. *Kindheit und Entwicklung*, 6, 84–89.
- Henker, B. & Wahlen, C.K. (1989). Hyperactivity and attention deficits. *American Psychologist*, 44, 216–223.
- Holm, V.A. & Varley, C.K. (1989). Pharmacological treatment of autistic children. In: G. Dawson (Ed.), *Autism. Nature, diagnosis and treatment* (pp. 386–404). New York: Guilford Press.
- Ialongo, N.S., Horn, W.F., Pascoe, J.M., Greenberg, G., Packard, T., Lopez, M., Wagner, A. & Puttler, L. (1993). The effect of a multimodal intervention with attention-deficit hyperactivity disorder in children: A 9-month follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 182–189.
- Kazdin, A.E. (1988). *Effective child psychotherapy*. New York: Pergamon.
- Kazdin, A.E. (1991). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 785–798.
- Kendall, P.C. & Braswell, L. (1985). *Cognitive-behavioral therapy for impulsive children*. New York: Guilford Press.
- Koegel, R.L. & Koegel, K.L. (1987). Generalization issues in the treatment of autism. *Seminars in Speech Language*, 8, 241–256.
- Koegel, R.L., O'Dell, M.C. & Koegel, K.L. (1987). A natural language teaching paradigm for nonverbal autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 17, 187–200.
- Kusch, M. & Petermann, F. (1991). *Entwicklung autistischer Störungen* (2. erw. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Kusch, M. & Petermann, F. (1998). Tiefgreifende Entwicklungsstörungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (3. korr. Aufl., S. 325–350). Göttingen: Hogrefe.
- Lewis, M.H. (1996). Psychopharmacology of autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 26, 2, 231–235.
- Lochman, J.E. (1992). Cognitiv-behavioral intervention with aggressive boys: Three-year follow-up and prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 426–432.
- Lovaas, O.I. (1987). Behavioral treatment and non-educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 3–9.
- Lowry, M.A. & Whitman, T.L. (1989). Generalization of parent skills: An early intervention program. *Child and Family Therapy*, 2, 45–65.
- McDougle, C.J., Price, L.H. & Volkmar, F.R. (1994). Recent advances in the pharmacotherapy of autism and related conditions. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 3, 71–89.
- McEachin, J.J., Smith, T. & Lovaas, O.I. (1993). Long-term outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment. *American Journal on Mental Retardation*, 97, 359–372.
- Meichenbaum, D.H. & Asarnow, J. (1979). Cognitive-behavioral modification and metacognitive development: Implications for the classroom. In P. Kendall & S. Hoolon (Eds.), *Cognitive-behavioral interventions: Theory, research and procedures* (pp. 11–35). New York: Academic Press.
- Michelson, L. & Mannarino, A. (1986). Social skills trainings with children: Research and clinical application. In P.S. Strain, M.J. Guralnik & H.M. Walker (Eds.), *Children's social behavior* (pp. 373–406). New York: Academic Press.
- Morris, S.B., Alexander, I.F. & Wandron, H. (1988). Functional family therapy: Issues in clinical practice. In R.H. Falloon (Ed.), *Handbook of behavioral family therapy* (pp. 107–127). London: Hutchinson.
- Naumann, K. (1996). Verlaufsuntersuchungen und kovariierende Störungsbilder. *Kindheit und Entwicklung*, 5, 118–123.
- Odem, S.L. & Deklyen, M. (1989). Social withdrawal and depression in childhood. In G. Adams (Ed.), *Children's behavior disorders* (pp. 127–151). Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Patterson, G.R., Reid, I.B. & Dishion, T.J. (1990). *Anti-social boys*. Eugene, O.R.: Castalia.
- Perrez, M. (1988). Psychologische Intervention über Mediatoren. Einführung in den Themenschwerpunkt. *Heilpädagogische Forschung*, 14, 133–134.
- Perrez, M. & Burckhardt, R. (1987). Gebrauch und Mißbrauch von Psychopharmaka bei Kindern. In A. Kormann (Hrsg.), *Beurteilen und Fördern in der Erziehung* (S. 263–284). Salzburg: Otto Müller.
- Petermann, F. (1987). Behavioral assessment and reduction of children's aggression. *Journal of Human behavior and Learning*, 4, 48–54.
- Petermann, F. (Hrsg.). (1996). *Einzelfallanalyse* (3. Aufl.). München: Oldenbourg.
- Petermann, F. (Hrsg.). (1997). *Kinderverhaltenstherapie, Grundlagen und Anwendungen*. Baltmannsweiler: Schneider.
- Petermann, F. & Petermann, U. (1996a). *Training mit Jugendlichen. Förderung von Arbeits- und Sozialverhalten* (5. völlig veränd. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Petermann, U. & Petermann, F. (1996b). *Training mit sozial unsicheren Kindern* (6. erw. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Petermann, F. & Petermann, U. (1997). *Training mit aggressiven Kindern* (8. erg. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Petermann, F. & Walter, H.J. (1989). Wirkungsanalyse eines Verhaltenstrainings mit sozial unsicheren mehrfach beeinträchtigten Kindern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 38, 118–125.
- Petermann, F. & Warschburger, P. (1998). Aggression. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (3. korr. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Price, R.H., Cowen, E.L., Lorion, R.P. & Ramos-McKay, J. (1989). The search of effective prevention programs. What we learned along the way. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 49–58.

- Rappaport, M.D., Denney, C., DuPaul, G. & Gardner, M.J. (1994). Attention deficit disorder and methylphenidate: Normalization rates, clinical effectiveness, and response prediction in 76 children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 882–893.
- Rogers, S. (1996). Early intervention in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 26, 2, 243–246.
- Saile, H. (1996). Zur Indikation von psychologischer Behandlung bei Kindern mit Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen. *Kindheit und Entwicklung*, 5, 112–117.
- Schmidt, M.H. & Brink, A. (1995). Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie. *Kindheit und Entwicklung*, 4, 236–239.
- Schopler, E. & Olley, J.G. (1981). Comprehensive educational services for autistic children: The TEACCH model. In C. Reynolds & T. Guthins (Eds.), *Handbook for school psychology* (pp. 113–156). New York: Wiley.
- Sheman, C. (1995). Fluvoxamine improves adult autism's core effects. *Clinical Psychiatry News*, 8, 13–15.
- Shore, D.L., Silva, P.A. & Adler, C.J. (1987). Factors associated with reading plus spelling retardation and specific spelling retardation. *Development in Medicine Child Neurology*, 29, 72–84.
- Speltz, M.L., Varley, C.K., Peterson, K. & Beilke, R.L. (1988). Effects of Dextroamphetamine und contingency management on a preschooler with ADHD and oppositional defiant disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 175–178.
- Tolan, P., Guerra, N. & Kendall, P. (1995). A developmental-ecological perspective on antisocial behavior in children and adolescents: Toward a unified risk and intervention framework. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 579–584.
- Tuma, J.M. (1989). Mental health services for children. The state of the art. *American Psychologist*, 44, 188–199.
- Warschburger, P. & Petermann, F. (1997). Kinderverhaltenstherapie: Neue Trends am Beispiel der aggressiven Störung. In F. Petermann (Hrsg.), *Kinderverhaltenstherapie, Grundlagen und Anwendungen* (S. 86–126). Baltmannsweiler: Schneider.
- Weissbourd, B. & Kagan, S.L. (1989). Family support programs: Catalysts for change. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 20–31.
- Weisz, J.R., Weiss, B., Han, S.S., Granger, D.A. & Morton, T. (1995). Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: A meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological Bulletin*, 117, 450–468.