

<http://hdl.handle.net/20.500.11780/3694>

Erstveröffentlichung bei Vandenhoeck & Ruprecht (<http://www.v-r.de/de/>)

Autor(en): Petermann, Franz; Lehmkuhl, Gerd

Titel: ADHS und Störung des Sozialverhaltens: Trends in Diagnostik und Therapie

Erscheinungsjahr: 2012

In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 2012, 61 (7), 512-523

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nichtkommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt

Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID)
Universitätsring 15
54296 Trier
Telefon: +49 (0)651 201-2877
Fax: +49 (0)651 201-2071
info@zpid.de

ÜBERSICHTSARBEITEN

ADHS und Störung des Sozialverhaltens: Trends in Diagnostik und Therapie

Franz Petermann und Gerd Lehmkuhl

Summary

ADHD and Conduct Disorder: Trends in Diagnosis and Therapy

Since 2010 trends outlined in diagnosis and therapy in the German speaking countries in the area of externalizing disorders (ADHD, conduct disorder) are presented. In particular, publications of children and adolescent psychiatry and clinical psychology have been examined. It turns out that in the German-speaking countries, the concern with conduct disorder (including psychopathy) increased compared with the discussion of the significance of ADHD. This development reflects the important therapeutic challenge of conduct disorders.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 61/2012, 512-523

Keywords

ADHD – conduct disorder – parent training – expansive behavior disorder – psychopathy

Zusammenfassung

Im Bereich der externalisierenden Störungen (ADHS, Störung des Sozialverhaltens) werden für den deutschsprachigen Bereich Trends seit 2010 in Forschung und Praxis skizziert. Vor allem wurden Publikationen aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Klinischen Kinderpsychologie gesichtet. Es zeigt sich, dass im deutschen Sprachraum die Beschäftigung mit der Störung des Sozialverhaltens (inkl. Psychopathie) insgesamt gegenüber der Diskussion um die ADHS an Bedeutung zugenommen hat. Diese Entwicklung spiegelt die wichtige therapeutische Herausforderung von Störungen des Sozialverhaltens wider.

Schlagwörter

ADHS – Störung des Sozialverhaltens – Elternt raining – expansive Störungen – Psychopathie

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 61: 512 – 523 (2012), ISSN 0032-7034
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2012

1 Hintergrund

Die Störung des Sozialverhaltens und ADHS sind dadurch gekennzeichnet, dass sie besonders stabil auftreten, teilweise ineinander übergehen und in der Regel das soziale Umfeld eines Kindes deutlich in Mitleidenschaft ziehen. Die Erscheinungsform innerhalb der beiden Diagnoseklassen (ADHS, Störung des Sozialverhaltens) variieren (z. B. abhängig vom Alter des Patienten) erheblich. Insbesondere ist bei Kindern mit einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens das Risiko für das spätere Auftreten einer antisozialen Persönlichkeitsstörung deutlich erhöht. Dabei tragen Hyperaktivität und Aggressivität unabhängig voneinander zum Auftreten eines delinquenten Verhaltens in der Adoleszenz bei (Pliszka, 2009).

Witthöft, Koglin und Petermann (2010) konnten in ihrer Metaanalyse eine hohe Komorbidität von aggressivem Verhalten (SSV und/oder SOT) und ADHS bestätigen. Danach ist die Wahrscheinlichkeit, dass aggressives Verhalten und ADHS bei Kindern und Jugendlichen komorbid auftreten, mit einem OR von 21.0 (95 %-KI 17.1-25.7) sehr hoch. Da anhand eng umschriebener Auswahlkriterien ein relativ enges 95 %-Konfidenzintervall für das komorbide Auftreten berechnet werden konnte, kann das mittlere OR als eine genaue Schätzung des gemeinsamen Auftretens von aggressivem Verhalten und ADHS angesehen werden. Dabei ist es möglich, die Maßzahl des OR in zwei Richtungen des Zusammenhangs zu interpretieren: Kinder mit einer ADHS haben gegenüber Personen ohne ADHS ein 21-fach höheres Risiko, aggressives Verhalten zu entwickeln. Kinder mit aggressivem Verhalten haben gegenüber Personen ohne aggressives Verhalten ein 21-fach höheres Risiko eine ADHS zu entwickeln. Aber auch bei einer isolierten ADHS muss immer das Risiko für aggressives Verhalten beachtet werden. Insbesondere besteht beim frühen Auftreten einer ADHS eine große Gefahr, dass ein Kind zusätzlich aggressives Verhalten zeigt. Da die dominierende Störung bei der Subgruppe F90.1 die Störung des Sozialverhaltens darstellt, ist es für die praktische Bedeutung zentral, diese Störung als Subtyp der Störung des Sozialverhaltens mit ungünstiger Prognose aufzufassen (Desman u. Petermann, 2005).

Mit speziellen Maßnahmen wie Eltern- und Psychoedukationsprogrammen konnte gezeigt werden, dass es auch aus Kosteneffektivitätsgründen sinnvoll und notwendig ist, entsprechende evidenzbasierte Interventionen frühzeitig anzubieten (Puckering, 2009). Die Forschungsaktivitäten zu beiden Störungsbildern haben im deutschen Sprachraum in den letzten Jahren erheblich zugenommen (vgl. etwa Bachmann u. Vloet, 2011; Petermann u. Lehmkuhl, 2011); dies schließt auch Präventionsansätze mit ein (u. a. Petermann u. Lehmkuhl, 2010; Petermann u. Petermann, 2010, 2011).

Im Folgenden sollen die Aktivitäten in Forschung und Praxis für die Jahre 2010 und 2011 im Sinne einer bibliometrischen Analyse zusammengefasst werden. Schwerpunktmäßig werden hierbei Artikel aus den Fachzeitschriften der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Klinischen Kinderpsychologie berücksichtigt, punktuell Publikationen aus den angrenzenden Gebieten wie der Psychiatrie und Neuropsychologie mit einbezogen. Im Mittelpunkt stehen Aussagen zur Diagnostik und Therapie

der ADHS und Störung des Sozialverhaltens. Auf Arbeiten zu ätiologischen und Risikofaktoren der ADHS und Störung des Sozialverhaltens soll in diesem Kontext nur kurz verwiesen werden. Betroffen sind u. a.

- soziale Informationsverarbeitung (Helmsen u. Petermann, 2010),
- Temperament und soziale Reaktivität (Poustka et al., 2011),
- kognitive und emotionale Empathie (Schwenck et al., 2011),
- soziale und monetäre Belohnungen und Inhibitionsfähigkeit (Vloet, Konrad, Herpertz-Dahlmann, Kohls, 2011) und
- Bedeutung von Ängstlichkeit (Vloet, Herpertz-Dahlmann, Kohls, 2011).

2 Diagnostik der ADHS

Die diagnostischen Zugänge zur ADHS wurden zunehmend differenzierter und methodisch anspruchsvoller: Interessante Perspektiven eröffnet die neuropsychologische Diagnostik, die von der Züricher Arbeitsgruppe um Drechsler (2011) und der Frankfurter Arbeitsgruppe am Center for Research on Individual Development and Adaptive Education at Risk (IDeA, Gawrilow, Schmitt, Rauch, 2011) präferiert werden. Eine Übersicht der internationalen Ansätze stellten Petermann und Tous-saint (2009) zusammen, wobei der interaktional computergestützten Diagnostik eine besondere Bedeutung zukommt. Prinzipiell könnten aus der Abklärung neurokognitiver Grundlagen der ADHS (vgl. Folta u. Mähler, 2011) auch Hinweise für entsprechend orientierte Diagnosestellungen resultieren. Auch die Überlegung, dass alle externalisierenden Störungen sich im Vorfeld als Emotionsregulationsstörungen äußern können (Grimmer, Hohmann, Banaschewski, Holtmann, 2010; Helmsen u. Petermann, 2010; Petermann u. Kullik, 2011), verstärkte die Bedeutung von emotions- und neuropsychologischen Aspekten im diagnostischen Prozess. Andererseits geht das Modell von Burke, Loeber, Lahey und Rathouz (2005) davon aus, dass ADHS und Störung des Sozialverhaltens das Auftreten späterer Angststörungen und depressiver Episoden mit weitreichenden Folgen für das Funktionsniveau begünstigen. Den Auswirkungen dieser verschiedenen Entwicklungswege für die diagnostischen und therapeutischen Ansätze sollte in Zukunft eine besondere Beachtung geschenkt werden.

Witthöft et al. (2010) weisen aufgrund der hohen Komorbidität von ADHS und der Störung des Sozialverhaltens darauf hin, dass diese Tatsache auch im diagnostischen Prozess zu berücksichtigen ist. Bei dem komorbiden Auftreten aggressiven Verhaltens im Jugendalter kann die ADHS stark von der aggressiven Symptomatik im Erscheinungsbild überlagert sein (Tischler, Karpinski, Petermann, 2011), so dass an notwendige psychopharmakologische Maßnahmen nicht gedacht wird. Das Fehlen der motorischen Unruhe und das markante aggressive Verhalten im Jugendalter mit entsprechenden Beeinträchtigungen können dazu führen, dass fälschlicherweise eine isolierte aggressive Verhaltensstörung ohne ADHS diagnostiziert wird. Generell sen-

sibilisiert differenziertes Wissen über ätiologische Faktoren und psychopathologische Entwicklungsmodelle (als Übersicht Scheithauer u. Petermann, 2010; Schmid, Fegert, Petermann, 2010) für komorbid auftretende Störungen und führt somit zu einer validen Diagnosestellung.

Derzeit bestehen immer noch offene Fragen bezüglich der Diagnostik der ADHS. In einigen Studien wird auf eine potenzielle Überdiagnose bzw. fehlerhafte Berücksichtigung der Diagnosekriterien hingewiesen (Bruchmüller u. Schneider, 2012).

3 Diagnostik der Störung des Sozialverhaltens

Unter der Störung des Sozialverhaltens wird eine Vielzahl von Symptomen zusammengefasst, die als aggressiv und/oder dissozial gelten. Auch für die klinische Diagnostik spielt die von Moffit (1993) eingeführte Taxonomie in zwei Typen dissozialen Verhaltens eine wichtige Rolle. Der Life-Course-Persistent-Typus und der Adolescent-Limited-Typus unterscheiden sich in Ursprung, Beeinträchtigung und Verlauf. Der erste Typus ist durch einen frühen Beginn der Störung des Sozialverhaltens und einen stabilen Verlauf gekennzeichnet. Zudem betont Moffit (1993) den Einfluss ererbter und/oder erworbener neuropsychologischer Beeinträchtigungen, die eine Grundlage der Störung des Sozialverhaltens darstellen und sich u. a. in kognitiven Defiziten äußern können (vgl. eine Übersicht von Witthöft, Koglin, Petermann, 2011).

Immer häufiger werden extreme Formen aggressiv-dissozialen Verhaltens diskutiert. Hier sind folgende Themen im deutschen Sprachraum aktuell bearbeitet worden:

- Amokläufer und Intensivtäter (Lehmkuhl et al., 2010)
- Inhaftierte Jugendliche (Sevecke, Lehmkuhl, Krischer, 2010)
- Psychopathie und antisoziale Persönlichkeitsstörungen (Krischer et al., 2010; Sevecke, Lehmkuhl, Petermann, Krischer, 2011).

Diese Aktivitäten decken sich weitgehend mit den Bestrebungen, im DSM-V bei der Störung des Sozialverhaltens eine Spezifizierung dahingehend vorzunehmen, dass zukünftig ein Subtypus mit psychopathischen Persönlichkeitszügen berücksichtigt wird (vgl. auch Stadler, 2012). Eine Störung des Sozialverhaltens Callous Unemotional Traits (CU-Traits) liegt vor, wenn zwei der folgenden Kriterien in zwei Lebensbereichen (über 12 Monate) erfüllt sind:

- Mangel an Reue oder Schuldgefühlen,
- Mangel an Empathie,
- Gleichgültigkeit gegenüber der eigenen Leistung und
- oberflächliche oder defizitäre Emotionalität.

Für Stadler (2012) kommt der differenziellen Berücksichtigung von neurobiologischen und psychobiologischen Risikofaktoren auch im Hinblick auf die Evaluation von therapeutischen Behandlungsansätzen eine besondere Bedeutung zu: „Die

Entwicklung spezifischer Behandlungsmethoden für Patienten mit Störungen des Sozialverhaltens, insbesondere für Kinder und Jugendliche mit primär proaktiv-kalter Aggression bzw. erhöhten CU-Traits stellt dabei eine besondere Herausforderung dar“ (S. 15).

4 Therapieansätze

Im Folgenden sollen psychotherapeutische Ansätze zur Behandlung der ADHS und der Störung des Sozialverhaltens differenziert für beide Störungsbilder und – sofern möglich – gemeinsam betrachtet werden. Unterschieden werden hierbei vier Interventionsstrategien bei ADHS und Störung des Sozialverhaltens: Elterntrainings, Soziale Kompetenztrainings, Neuropsychologische Ansätze und Intensivtherapie.

Die meisten Therapiemethoden sind als manualgestützte Interventionen verfügbar, wobei in einer Nutzerbefragung von Döpfner, Kinnen und Petermann (2010) solche Manuale sich zunehmender Beliebtheit erfreuen.

4.1 Elterntrainings

Eine Begründung für Elterntrainings ergibt sich daraus, dass Eltern (Mütter) mit emotionalen Problemen (z. B. depressiv gestimmte Mütter) besondere Erziehungsprobleme besitzen und in der Folge mit aggressivem Verhalten ihrer Kinder zu kämpfen haben (z. B. Kötter, Stemmler, Bühler, Lösel, 2010; Schlack et al., 2010). Die Elternkompetenz, so eine Übersicht von Petermann, Petermann und Franz (2010), lässt sich im Umgang mit verhaltensauffälligen Kindern durch die vier folgende Komponenten steigern:

- eine positive Interaktion mit dem Kind (u. a. positive Aufmerksamkeit für angemessenes Verhalten, dem Interesse des Kindes folgen, angemessene Freizeitaktivitäten anbieten),
- Gespräche über Emotionen,
- konsistentes Handeln bei Fehlverhalten und
- das alltagsnahe Einüben von Erziehungsfertigkeiten (unter Einbezug des Kindes).

Videounterstützte Elterntrainings auf der Basis der Sozialen Lerntheorie werden immer wieder gefordert (z. B. Waskewitz, Petermann, Petermann, Büttner, 2010) und international liegen, vor allem für jüngere Kinder, sehr gut evaluierte Programme vor (z. B. Incredible Years nach Webster-Stratton u. Herman, 2010), die jedoch häufig aus Kostengründen nicht angeboten werden können (vgl. Bachmann, Lehmkuhl, Petermann, Scott, 2010). Die Wirksamkeit dieser Programme im Rahmen der Behandlung von Kindern (ab dem Alter von zwei Jahren) ergibt sich aus der eingesetzten Kombination folgender Behandlungsmethoden: Gruppendiskussion, Rollenspiele, strukturierte Hausaufgaben und Videotape-Modelling. Als Alternative

zu solch intensiven Elterntrainings sind im deutschen Sprachraum (neben Triple P, vgl. Hartung, Lups, Hahlweg, 2010) für Vorschulkinder vor allem Programme zur Förderung der sozial-emotionalen Kompetenz verbreitet, die bei Risikokindern mit externalisierenden Problemen besondere Wirkung zeigen (vgl. Schreyer-Mehlkop, Petermann, Siener, Petermann, 2011; Wadepohl, Koglin, Vonderlin, Petermann, 2011; Wiedebusch u. Petermann, 2011).

4.2 Soziale Kompetenztrainings

In der Übersicht von Blomquist und Schnell (2005) wird vor allem folgenden vier Komponenten eines sozialen Kompetenztrainings Wirksamkeit bescheinigt: Training der sozialen Problemlösefähigkeiten, Einüben von Sozialverhalten und Kommunikationsfertigkeiten, Training der sozialen Perspektivübernahme und Ärger-Management-Training.

Soziale Kompetenztrainings in Manualform umfassen in der Regel alle die eben genannten Komponenten. Schmitman gen. Pothmann, Petermann, Petermann und Zakis (2011) verdeutlichen bei ADHS-Kindern (zwischen 7 und 11 Jahren), wie durch den Aufbau sozialer Kompetenzen die psychosoziale Belastetheit der Kinder erheblich reduziert werden konnte.

Bei der Behandlung der Störung des Sozialverhaltens weisen Soziale Kompetenztrainings eine umfassendere Tradition auf, wobei deren Verbreitung sowohl in der Psychiatrie (vgl. Bachmann et al., 2010) als auch in der Jugendhilfe (vgl. Büttner, Rücker, Petermann, Petermann, 2011a) zu finden ist. Selbstverständlich müssen solche kind-zentrierten Ansätze durch Elterntrainings und/oder familienbezogene Interventionen ergänzt werden (vgl. auch die Ausführungen zur Intensivtherapie).

Die Elternprogramme für Kinder mit Sozialstörungen sollten nach den NICE-Guidelines folgende Komponenten enthalten (Puckering, 2009):

- Ein strukturiertes Curriculum, das über Prinzipien des sozialen Lernens informiert;
- Stärkung von Interaktionsverhalten;
- eine ausreichende Anzahl von Sitzungen (optimal zwischen 8 und 12);
- die Eltern befähigen, ihre eigenen Probleme zu erkennen;
- zur besseren Generalisierung des Verhaltens sollten sowohl Rollenspiele als auch Hausaufgaben für die Zeit zwischen den Sitzungen erfolgen. Es sollte für eine produktive Patient-Eltern-Allianz gesorgt werden sowie für mühelos zu lernende und anzuwendende Interventionen, die laufend supervidiert und weiterentwickelt werden sollten.
- Es sollte darauf geachtet werden, dass das Therapieprogramm eingehalten wird und alle notwendigen Materialien benutzt werden, um eine konsistente Implementierung des Programms zu gewährleisten.
- Die Programmautoren sollten dafür sorgen, dass eine möglichst breite Anwendung möglich ist, auch für Eltern, die Schwierigkeiten haben, daran teilzunehmen.

4.3 Neuropsychologische Ansätze

Diese Methoden beziehen sich vor allem auf die Behandlung von Patienten mit ADHS. Hierbei weist das Neurofeedback schon eine längere Tradition auf, die durch positive kurz- und langfristige Effekte überzeugt (vgl. Drechsler, 2011). Gevensleben, Moll und Heinrich (2010) konnten in ihrer Kontrollgruppenstudie kurz- und langfristig Verbesserungen in der ADHS-Symptomatik, den psychosozialen Beeinträchtigungen und auf der Basis neurophysiologischer Effektmaße belegen. Dabei versuchen Neurofeedback-Methoden den kortikalen Erregungszustand zu erhöhen durch Zunahme der Beta-Aktivität oder als Training der langsamen Hirnpotenziale (sog. SCP-Training) und erreichen mittlere bis hohe Effektstärken (Holtmann et al., 2009).

Noch eine Außenseiterrolle nimmt das neuropsychologische Gruppentraining ATTENTIONER ein, das zumindest in klinischen Studien (ohne Kontrollgruppe) die kurz- und langfristige Wirksamkeit belegen konnte (vgl. Tischler et al., 2011).

4.4 Intensivtherapie

Sowohl im Bereich der Störung des Sozialverhaltens (Grasman u. Stadler, 2011) als auch bei ADHS (Gerber-von Müller et al., 2009; Toussaint et al., 2011) zeigen zweiwöchige tagesklinische, verhaltenstherapeutische Intensivtrainings (mit 6 bis 10 Kindern) überraschende kurz- und langfristige Erfolge (vgl. Bachmann u. Vloet, 2011). Eine Intensivierung anderer Art stellt die Multisystemische Therapie (MST) für aggressiv-dissoziales Verhalten dar, die seit mehr als 15 Jahren von der Arbeitsgruppe von Henggeler (vgl. Henggeler, Sheidow, Lee, 2007) angeboten wird. Der Ansatz versucht auf einem verhaltenstherapeutisch-systemischen Ansatz hochfrequent und intensiv Jugendliche und ihre Eltern über Monate (meist 4 bis 6) zu betreuen. Implementationsstudien aus der Schweiz (Rhiner, Graf, Dammann, Fürstenau, 2011) prüften die Umsetzbarkeit. Unter einer gesundheitsökonomischen Sichtweise verdeutlicht diese Arbeitsgruppe, dass in der Schweiz durch den MST-Ansatz gegenüber herkömmlichen Jugendhilfe- bzw. kinder- und jugendpsychosozialen Maßnahmen ein Einsparpotenzial von 40 bis 64 % besteht (vgl. Rehberg, Fürstenau, Rhiner, 2011). Insgesamt kommt in der aktuellen Diskussion der Kombination von Jugendhilfe- und verhaltenstherapeutischen Maßnahmen eine große Bedeutung zu (vgl. Büttner, Rücker, Petermann, Petermann, 2011a, b, c; Rücker, Petermann, Büttner, Petermann, 2010a, b, c).

5 Schlussfolgerungen für die klinische Praxis

Im Bereich der Diagnostik kommt der Differenzierung von schwerwiegenderen Formen der Störung des Sozialverhaltens (z. B. antisoziale Persönlichkeitsstörungen, Psychopathie) eine immer größere Bedeutung zu. Die intensivtherapeutischen Ansätze bei der ADHS und der Störung des Sozialverhaltens (inkl. des MST-Ansatzes)

bieten neue, innovative Interventionsmodelle, die in der klinischen Praxis eine breitere Anwendung gewinnen sollten.

Nahezu unbemerkt professionalisiert sich die Jugendhilfe – in der Regel durch die Kombination von traditionellen Ansätzen aus der Jugendhilfe mit Therapieangeboten, die in ambulante, teil- und vollstationäre Jugendhilfemaßnahmen integrierbar sind. Diese Entwicklungen sind zu begrüßen, da man in der teil- und vollstationären Jugendhilfe mit 60 bis 80 % auffälligen Kindern rechnen muss, die die ICD-10-Kriterien erfüllen (vgl. Büttner et al., 2011a). So zeigte die Kombination von Psychotherapie und teilstationären Jugendhilfemaßnahmen, dass deutlich weniger Familien/Kinder Anschlusshilfen (im Sinne des KJHG) benötigten (Büttner et al., 2011b).

Die aktuelle, z. T. heftig und kontrovers geführte öffentliche Diskussion über das Konzept der ADHS und deren insbesondere psychopharmakologische Behandlung (u. a. Hoffmann u. Schmelcher, 2012), verlangen wissenschaftlich fundierte, empirisch abgesicherte diagnostische und therapeutische Leitlinien. Früherkennung und Prävention werden in Zukunft intensiver vorangebracht werden müssen. Auch eine inzwischen fast unüberschaubare Fülle von Selbsthilfemanualen, Ratgebern, Trainings-, Coaching- und Förderprogrammen sollte auf ihre Effizienz hin überprüft werden, insbesondere dahingehend, ob sich Effekte im weiteren Verlauf stabilisieren und in den Alltag übertragen lassen (Lehmkuhl, 2011).

Literatur

- Bachmann, C. J., Lehmkuhl, G., Petermann, F., Scott, S. (2010). Evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen für Kinder und Jugendliche mit aggressivem Verhalten. *Kindheit und Entwicklung*, 19, 245-254.
- Bachmann, C. J., Vloet, T. D. (2011). Neues zu Störungen des Sozialverhaltens. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 39, 5-7.
- Bloomquist, M. L., Schnell, S. V. (2005). *Helping children with aggression and conduct problems: Best practices for intervention*. New York: Guilford.
- Bruchmüller, K., Schneider, S. (2012). Fehldiagnose Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom? Empirische Befunde zur Frage der Überdiagnostizierung. *Psychotherapeut*, 57, 77-89.
- Büttner, P., Rücker, S., Petermann, U., Petermann, F. (2011a). Kinder psychisch kranker Eltern in teilstationärer Jugendhilfe. *Kindheit und Entwicklung*, 20, 154-163.
- Büttner, P., Rücker, S., Petermann, U., Petermann, F. (2011b). Anschlusshilfen als Parameter für die Wirksamkeit teilstationärer Jugendhilfe-Maßnahmen. Eine Vergleichsstudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 39, 313-321.
- Büttner, P., Rücker, S., Petermann, U., Petermann, F. (2011c). Jugendhilfe und Therapie: Effekte aus kombinierten Maßnahmen in der Gegenüberstellung mit Hilfen ohne Therapieangebot. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 60, 224-238.
- Burke, J. D., Loeber, R., Lahey, B. B., Rathouz, P. J. (2005). Developmental transitions among affective and behavioral disorders in adolescent boys. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 1200-1210.

- Desman, C., Petermann, F. (2005). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS): Wie valide sind die Subtypen? *Kindheit und Entwicklung*, 14, 244-254.
- Döpfner, M., Kinnen, C., Petermann, F. (2010). Vor- und Nachteile von Therapiemanualen. *Kindheit und Entwicklung*, 19, 129-138.
- Drechsler, R. (2011). Ist Neurofeedbacktraining eine wirksame Therapiemethode zur Behandlung von ADHS? Ein Überblick über aktuelle Befunde. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 22, 131-146.
- Folta, K., Mähler, C. (2011). Schnelle Augenbewegungen und visuelle Fixation bei Kindern mit ADHS. *Kindheit und Entwicklung*, 20, 21-30.
- Gevensleben, H., Moll, G. H., Heinrich, H. (2010). Neurofeedback-Training bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 38, 409-420.
- Gawrilow, C., Schmitt, K., Rauch, W. (2011). Kognitive Kontrolle und Selbstregulation bei Kindern mit ADHS. *Kindheit und Entwicklung*, 20, 41-48.
- Gerber-von Müller, G., Petermann, U., Petermann, F., Niederberger, U., Stephani, U., Siniatchkin, M., Gerber, W.-D. (2009). Das ADHS-Summercamp – Entwicklung und Evaluation eines multimodalen Programms. *Kindheit und Entwicklung*, 18, 162-172.
- Grasmann, D., Stadler, C. (2011). VIA-Intensivtherapeutischer Behandlungsansatz bei Störungen des Sozialverhaltens. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 39, 23-31.
- Grimmer, Y., Hohmann, S., Banaschewski, T., Holtmann, M. (2010). Früh beginnende bipolare Störungen, ADHS oder Störung der Affektregulation? *Kindheit und Entwicklung*, 19, 192-201.
- Hartung, D., Lups, F., Hahlweg, K. (2010). Veränderungsmechanismen in Elterntrainings am Beispiel von Workplace Triple P. *Kindheit und Entwicklung*, 19, 102-108.
- Helmsen, J., Petermann, F. (2010). Emotionsregulationsstrategien und aggressives Verhalten im Kindergartenalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 59, 775-791.
- Henggeler, S. W., Sheidow, A. J., Lee, T. (2007). Multisystemic treatment of serious clinical problems in youths and their families. In D. W. Springer, A. R. Roberts (Hrsg.), *Handbook of forensic mental health for victims and offenders: Assessment, treatment, and research* (S. 315-346). New York: Springer.
- Hoffmann, C., Schmelcher, A. (2012). Wo die wilden Kerle wohnten. *Frankfurter Sonntagszeitung*, 12.2.2012, 2-3.
- Holtmann, M., Grasmann, D., Cionek-Szpak, E., Hger, V., Panzner, N., Beyer, A., Poustka, F., Stadler, C. (2009). Spezifische Wirksamkeit von Neurofeedback auf die Impulsivität bei ADHS. *Kindheit und Entwicklung*, 18, 95-104.
- Kötter, C., Stemmler, M., Bühler, A., Lösel, F. (2010). Mütterliche Depressivität, Erziehung und kindliche Erlebens- und Verhaltensprobleme. *Kindheit und Entwicklung*, 19, 109-118.
- Krischer, M., Sevecke, K., Petermann, F., Herpertz-Dahlmann, B., Lehmkuhl, G. (2010). Erfassung und Klassifikation von Persönlichkeitspathologie im Jugendalter. Welchen Beitrag können aktuelle Forschungserkenntnisse zum Verständnis dieses Konstruktes leisten? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 38, 321-328.
- Lehmkuhl, G., Blanz, B., Hebebrand, J., Herpertz-Dahlmann, A., Warnke, A. (2010). Jugendliche Gewalttäter und Amoklauf. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 38, 75-76.
- Lehmkuhl, G. (2011). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen im Jugendalter – Symptomatik, Auswirkungen und Verlauf. In KKH-Allianz (Hrsg.), *Weißbuch Prävention 2010/2011* (S. 166-167). Heidelberg: Springer.

- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course persistent antisocial: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674-701.
- Petermann, F., Kullik, A. (2011). Frühe Emotionsdysregulation: Ein Indikator für psychische Störungen im Kindesalter? *Kindheit und Entwicklung*, 20, 186-196.
- Petermann, F., Lehmkuhl, G. (2010). Prävention von Aggression und Gewalt. *Kindheit und Entwicklung*, 19, 239-344.
- Petermann, F., Lehmkuhl, G. (2011). Zur Diskussion gestellt. ADHS und Störung des Sozialverhaltens. Trends im deutschsprachigen Raum. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 39, 421-426.
- Petermann, F., Petermann, U. (2010). Aggression. *Kindheit und Entwicklung*, 19, 205-208.
- Petermann F., Petermann, U. (2011). Prävention. *Kindheit und Entwicklung*, 20, 197-200.
- Petermann, U., Petermann, F., Franz, M. (2010). Erziehungskompetenz und Elterntraining. *Kindheit und Entwicklung*, 19, 67-71.
- Petermann, F., Toussaint, A. (2009). Neuropsychologische Diagnostik bei Kindern mit ADHS. *Kindheit und Entwicklung*, 18, 83-94.
- Pliszka, S. R. (2009). *Treating ADHS and comorbid disorders*. New York: Guilford Press.
- Poustka, L., Bender, F., Bock, M., Bölte, S., Möhler, E., Banaschewski, T., Goth, K. (2011). Temperament und soziale Reaktivität bei Autismus-Spektrum-Störungen und ADHS. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 39, 133-141.
- Puckering, C. (2009). NICE Guidelines on Parenting Programmes for Children with Conduct Disorder. *Child and Adolescent Mental Health*, 2, 58-61.
- Rehberg, W., Fürstenau, U., Rhiner, B. (2011). Multisystemische Therapie (MST) für Jugendliche mit schweren Störungen des Sozialverhaltens. Ökonomische Evaluation der Implementierung im deutschsprachigen Raum. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 39, 41-45.
- Rhiner, B., Graf, T., Dammann, G., Fürstenau, U. (2011). Multisystemische Therapie (MST) für Jugendliche mit schweren Störungen des Sozialverhaltens. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 39, 33-39.
- Rücker, S., Petermann, U., Büttner, P., Petermann, F. (2010a). Differenzierte Wirksamkeit der Jugendhilfe: Traditionelle und zerbrochene Familien im Vergleich. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 59, 253-265.
- Rücker, S., Petermann, U., Büttner, P., Petermann, F. (2010b). Ambulante und teilstationäre Jugendhilfe-Maßnahmen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 38, 429-437.
- Rücker, S., Petermann, U., Büttner, P., Petermann, F. (2010c). Ambulante und teilstationäre Jugendhilfe-Maßnahmen. Aussagen zur langfristigen Wirksamkeit. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 38, 429-437.
- Scheithauer, H., Petermann, F. (2010). Entwicklungsmodelle aggressiv-dissozialen Verhaltens und ihr Nutzen für Prävention und Behandlung. *Kindheit und Entwicklung*, 19, 209-217.
- Schlack, R., Hölling, H., Erhart, M., Petermann, F., Ravens-Sieberger, U. (2010). Elterliche Psychopathologie, Aggression und Depression bei Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 19, 228-238.
- Schmid, M., Fegert, J. M., Petermann, F. (2010). Traumaentwicklungsstörung: Pro und Contra. *Kindheit und Entwicklung*, 19, 47-63.

- Schmitman gen. Pothmann, M., Petermann, U., Petermann, F., Zakis, D. (2011). Training sozialer Fertigkeiten für Kinder mit ADHS. Ergebnisse einer Pilotstudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 39, 277-285.
- Schreyer-Mehlkop, I., Petermann, F., Siener, C., Petermann, U. (2011). Ressourcenorientierte Diagnostik des Sozialverhaltens in der Schule. *Kindheit und Entwicklung*, 20, 201-208.
- Schwenck, C., Schmitt, D., Sievers, S., Romanos, M., Warnke, A., Schneider, W. (2011). Kognitive und emotionale Empathie bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS und Störung des Sozialverhaltens. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 39, 265-276.
- Sevecke, K., Lehmkuhl, G., Krischer, M. K. (2010). Psychopathy-, Temperaments- und Charakterdimensionen bei inhaftierten Mädchen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 38, 91-101.
- Sevecke, K., Lehmkuhl, G., Petermann, F., Krischer, M. K. (2011). Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter: Widersprüche und Perspektiven. *Kindheit und Entwicklung*, 20, 256-264.
- Stadler, C. (2012). Störungen des Sozialverhaltens. Sind neue Erklärungsansätze eine Grundlage für eine evidenzbasierte Klassifikation und Behandlung? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 40, 7-19.
- Tischler, L., Karpinski, N., Petermann, F. (2011). Evaluation des neuropsychologischen Gruppenprogramms ATTENTIONER zur Aufmerksamkeitstherapie bei Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 22, 75-85.
- Toussaint, A., Petermann, F., Schmidt, S., Petermann, U., Gerber-von Müller, G., Sinatchkin, M., Gerber, W.-D. (2011). Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Maßnahmen auf die Aufmerksamkeits- und Exekutivfunktionen bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 59, 25-36.
- Vloet, T. D., Herpertz-Dahlmann, B., Kohls, G. (2011). Die Bedeutung von Ängstlichkeit für die Phänotypisierung dissozialer Störungen des Kindes- und Jugendalters. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 39, 47-57.
- Vloet, T. D., Konrad, K., Herpertz-Dahlmann, B., Kohls, G. (2011). Der Einfluss sozialer und monetärer Belohnungen auf die Inhibitionsfähigkeit von Jungen mit hyperkinetischer Störung des Sozialverhaltens. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 39, 341-349.
- Wadepohl, H., Koglin, U., Vonderlin, E., Petermann, F. (2011). Förderung sozial-emotionaler Kompetenz im Kindergarten. *Kindheit und Entwicklung*, 20, 219-228.
- Waskewitz, S., Petermann, F., Petermann, U., Büttner, P. (2010). Videogestützte Elterntrainings mit aggressiven Kindern. *Kindheit und Entwicklung*, 19, 255-263.
- Webster-Stratton, C., Herman, K.C. (2010). Disseminating incredible years series early-intervention programs: Integrating and sustaining services between school and home. *Psychology in the Schools*, 47, 36-54.
- Wiedebusch, S., Petermann, F. (2011). Förderung sozial-emotionaler Kompetenz in der frühen Kindheit. *Kindheit und Entwicklung*, 20, 209-218.
- Witthöft, J., Koglin, U., Petermann, F. (2010). Zur Komorbidität von aggressivem Verhalten und ADHS. *Kindheit und Entwicklung*, 19, 218-227.
- Witthöft, J., Koglin, U., Petermann, F. (2011). Neuropsychologische Korrelate aggressiv-dissozialen Verhaltens. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 59, 11-23.

Korrespondenzanschrift: Prof. Dr. Franz Petermann, Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen, Grazer Straße 6, 28359 Bremen; E-Mail: udevries@uni-bremen.de

Franz Petermann, Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen; Gerd Lehmkuhl, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln.