

Miller, Yvonne / Kuschel, Annett und Hahlweg, Kurt

**Frühprävention von externalisierenden Störungen –
Grundprinzipien und elternzentrierte Ansätze zur Prävention von
expansiven kindlichen Verhaltensstörungen**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 51 (2002) 6, S. 441-453

urn:nbn:de:bsz-psydok-43792

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen 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:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Inhalt

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Berns, I.: Tiefenpsychologisch fundierte und psychoanalytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen aus der Sicht einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (Psychotherapy and/or psychoanalysis with children and adolescents: Aspects contributed by a German therapist treating children and adolescents)	39
Bonney, H.: Unsichtbare Väter: Kindliche Entwicklung und Familiendynamik nach heterologer Insemination (DI) (Invisible fathers: Child development and family dynamics after heterologues insemination (DI))	118
Borowski, D.: Tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter aus der Sicht des Gutachters (Depth psychologically founded psychotherapy with children and adolescents from the point of the reviewer)	49
Branik, E.: Störungen des Sozialverhaltens – Therapeutische Möglichkeiten und Grenzen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (Conduct disorders – Therapeutical possibilities and limits of inpatient treatment in child and adolescent psychiatry)	533
Bräutigam, B.; Schnitker, A.: „Es paßt nichts mehr rein“ – Kasuistik einer eßgestörten kurdischen Jugendlichen vor dem familiären Hintergrund politischer Verfolgung (“There isn’t room for anything more” – The casuistry of a Kurdish adolescent before the family background of political persecution)	559
Fagg, M.: Beverly Lewis House – Bericht über den Aufbau einer Zufluchtseinrichtung für von Mißbrauchserfahrungen betroffene Frauen mit Lernschwierigkeiten (Beverly Lewis House – Setting up a safe house for women with learning disabilities who have experienced abuse)	653
Frölich, J.; Döpfner, M.; Biegert, H.; Lehmkuhl, G.: Praxis des pädagogischen Umgangs von Lehrern mit hyperkinetisch-aufmerksamkeitsgestörten Kindern im Schulunterricht (Teacher training in the management of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder)	494
Gensecke, J.; Bauer, A.; Scheder-Bieschin, F.; Lehmkuhl, U.: Drogenkonsum und psychische Störungen bei Jugendlichen mit Straßenkarrieren (Drug usage and psychiatric disorders in street youths)	385
Meng, H.; Bilke, O.; Braun-Scharm, H.; Zarotti, G.; Bürgin, D.: Zur Indikation einer stationären jugendpsychiatrischen Behandlung (About the indication for in-patient adolescent psychiatric treatment)	546
Meng, H.; Bürgin, D.: Soll eine Jugendpsychiatrische Klinik offen geführt werden? – Erste Auswertung von sieben Jahren Erfahrung (Should a psychiatric inpatient treatment of adolescents take place in an open ward? Data from seven years of experience)	373
Pfleiderer, B.: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (Depth psychologically founded psychotherapy for children and adolescents) . . .	31

Originalarbeiten / Original Articles

Boeger, A.; Mülders, S.; Mohn, A.: Aspekte des Körperbildes bei körperbehinderten Jugendlichen (Body image of physically handicapped adolescents)	165
Bohlen, G.: Die Erhebung der Selbstwirksamkeit in einer dyadischen Konfliktgesprächssituation zwischen Mutter und Kind an einer Erziehungsberatungsstelle (Measurement	

of self-efficacy in a controversial debating of a mother-child-dyad at a child guidance centre)	341
Brettel, H.; Poustka, F.: Häufungen abnormer psychosozialer Umstände bei jugendlichen Straftätern mit Beeinträchtigungen der Schuldfähigkeit (Accumulation of associated abnormal psychosocial situations in young delinquents with attenuation of penal responsibility)	523
Buddeberg-Fischer, B.; Klaghofer, R.: Entwicklung des Körpererlebens in der Adoleszenz (Development of body image in adolescence)	697
Di Gallo, A.; Amsler, F.; Bürgin, D.: Behandlungsabbrüche in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz in Basel: eine Evaluation im Rahmen der Qualitätssicherung (Dropping-out at a child psychiatry outpatient clinic in Basel: An evaluation for quality control)	92
Distler, S.: Behandlungsmotivation, Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität aus der Sicht der Eltern an einer kinderpsychiatrischen Einrichtung – ein Beitrag zur Qualitätssicherung (Treatment motivation, treatment satisfaction, and the assessment of life quality in the view of parents in child psychiatry – A contribution to quality assurance) . . .	711
Flechtner, H.; Möller, K.; Kranendonk, S.; Luther, S.; Lehmkuhl, G.: Zur subjektiven Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen: Entwicklung und Validierung eines neuen Erhebungsinstruments (The subjective quality of life of children and adolescents with psychic disturbances: Development and validation of a new assessment tool)	77
Frölich, J.; Döpfner, M.; Berner, W.; Lehmkuhl, G.: Behandlungseffekte kombinierter kognitiver Verhaltenstherapie mit Elternt raining bei hyperkinetischen Kindern (Combined cognitive behavioral treatment with parent management training in ADHD)	476
Haffner, J.; Esther, C.; Münch, H.; Parzer, P.; Raue, B.; Steen, R.; Klett, M.; Resch, F.: Verhaltensauffälligkeiten im Einschulungsalter aus elterlicher Perspektive – Ergebnisse zu Prävalenz und Risikofaktoren in einer epidemiologischen Studie (Parent-reported problems of six year old pre-school children – Prevalence and risk factors in an epidemiological study)	675
Huss, M.; Völger, M.; Pfeiffer, E.; Lehmkuhl, U.: Diagnosis Related Groups (DRG) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Ergebnisse einer prospektiven Studie (Diagnosis related groups (DRG) in child and adolescent psychiatry: A prospective pilot study)	239
Kaltenborn, E.-K.: „Ich versuchte, so ungezogen wie möglich zu sein“ – Fallgeschichten mit autobiographischen Niederschriften: die Beziehung zum umgangsberechtigten Elternteil während der Kindheit in der Rückerinnerung von jungen Erwachsenen (“I tried to be as naughty as possible.” Case histories based on autobiographical narratives: the relationship with the non-residential parent during childhood remembered by young adults)	254
Ochs, M.; Seemann, H.; Franck, G.; Verres, R.; Schweitzer, J.: Familiäre Körperkonzepte und Krankheitsattributionen bei primären Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter (Family body concepts and family illness attributions in primary headache in childhood and adolescence)	209
Roth, M.: Geschlechtsunterschiede im Körperbild Jugendlicher und deren Bedeutung für das Selbstwertgefühl (Gender differences in the adolescent’s body image and their relevance for general selfesteem)	150
Rudolph, H.; Petermann, F.; Laß-Lentzsch, A.; Warnken, A.; Hampel, P.: Streßverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen mit Krebs (Coping in children and adolescents with cancer)	329
Salbach, H.; Huss, M.; Lehmkuhl, U.: Impulsivität bei Kindern mit Hyperkinetischem Syndrom (Impulsivity in ADHD children)	466

Schepker, R.: Jugendpsychiatrische Suchtstationen – notwendig und sinnvoll? Behandlungsverläufe von jugendpsychiatrischer Behandlung und Rehabilitationsbehandlung für jugendliche Drogenabhängige (Is there a need for a separate juvenile drug treatment system? Course of treatment in an adolescent psychiatry and a rehabilitation unit with adolescent drug addicts)	721
Schleiffer, R.; Müller, S.: Die Bindungsrepräsentation von Jugendlichen in Heimerziehung (Attachment representation of adolescents in residential care)	747
Siniatchik, M.; Gerber, W.-D.: Die Rolle der Familie in der Entstehung neurophysiologischer Auffälligkeiten bei Kindern mit Migräne (The role of the family in the development of neurophysiological abnormalities in children suffering from migraine)	194
Waligora, K.: Der Einfluß sozialer Unterstützung durch Eltern und Peers auf körperliche Beschwerden bei Schülerinnen und Schülern (The influence of parental and peer-support on physical complaints in a student population)	178
Zerahn-Hartung, C.; Strehlow, U.; Haffner, J.; Pfüller, U.; Parzer, P.; Resch, F.: Normverschiebung bei Rechtschreibleistung und sprachfreier Intelligenz (Change of test norms for spelling achievement and for nonverbal intelligence)	281

Übersichtsarbeiten / Review Articles

Degener, T.: Juristische Entwicklungsschritte – Vom Tabu zur sexuellen Selbstbestimmung für behinderte Menschen? (Steps of legal development – From taboo to sexual determination for people with developmental disabilities?)	598
Döpfner, M.; Lehmkuhl, G.: Evidenzbasierte Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) (Evidence based therapy of children and adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD))	419
Fegert, J. M.: Veränderung durch Forschung – Die multiplen Aufträge und Ziele eines Praxisforschungsmodellprojekts zur Thematik der sexuellen Selbstbestimmung und sexuellen Gewalt in Institutionen für Menschen mit geistiger Behinderung (Action research in benefit of children and adolescents and adult persons with learning difficulties. Different aims of a practical research project on sexual abuse and sexual self determination in care giving institutions)	626
Günter, M.: Reifung, Ablösung und soziale Integration. Einige entwicklungspsychologische Aspekte des Kindersports (Maturation, separation, and social integration. Children's sport from a developmental psychology perspective)	298
Häußler, G.: Das Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) aus psychoanalytischer Sicht (The Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) from a psychoanalytic point of view)	454
Huck, W.; Thorn, P.: Kinder und Familien im Zeitalter der Fortpflanzungstechnologie – neue Fragestellungen im Rahmen der kinderpsychiatrischen Arbeit (Children and families in the age of assisted human reproduction – New challenges within the field of child psychiatry)	103
Miller, Y.; Kuschel, A.; Hahlweg, K.: Frühprävention von externalisierenden Störungen – Grundprinzipien und elternzentrierte Ansätze zur Prävention von expansiven kindlichen Verhaltensstörungen (Early prevention of conduct disorders – Basic principles and parent-based prevention trials of externalizing behavior disorders)	441
Retzlaff, R.: Behandlungstechniken in der systemischen Familientherapie mit Kindern (Working with children in systemic family therapy)	792

Ribi, K.; Landolt, M.; Vollrath, M.: Väter chronisch kranker Kinder (Fathers of chronically ill children)	357
Rüger, R.: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Depth psychologically founded psychotherapy)	12
Schick, A.; Ott, I.: Gewaltprävention an Schulen – Ansätze und Ergebnisse (Violence prevention at schools: Programs and results)	766
Thomas, H.; Wawrock, S.; Klein, S.; Jeschke, K.; Martinsohn-Schittkowski, W.; Sühlfleisch, U.; Wölkerling, U.; Ziegenhain, U.; Völger, M.; Fegert, J. M.; Lehmkuhl, U.: Umgang mit sexueller Selbstbestimmung und sexueller Gewalt in Wohneinrichtungen für junge Menschen mit geistiger Behinderung – Bericht aus einem laufenden Bundesmodellprojekt (Dealing with sexual self-determination and sexual violence in residential-institutions for young people with mental retardation – Report form an on-going study process)	636
Walter, J.: Vom Tabu zur Selbstverwirklichung – Akzeptanzprobleme und Lernprozesse in der Arbeit mit behinderten Menschen (From taboo to self realization – Problems of acceptance and learning processes in working with people with disabilities)	587
Zemp, A.: Sexualisierte Gewalt gegen Menschen mit Behinderung in Institutionen (Sexualised violence against people with development disabilities in institutions)	610

Buchbesprechungen

Andresen, B.; Mass, R.: Schizotypie – Psychometrische Entwicklungen und biopsychologische Forschungsansätze (O. Bilke)	317
Barthelmes, J.; Sander, E.: Erst die Freunde, dann die Medien. Medien als Begleiter in Pubertät und Adoleszenz (C. von Bülow-Faerber)	408
Bornhäuser, A.: Alkoholabhängigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Versorgungskonzepte der modernen Suchtkrankenhilfe (R. Ebner)	741
Buddeberg-Fischer, B.: Früherkennung und Prävention von Eßstörungen. Eßverhalten und Körpererleben bei Jugendlichen (I. Seiffge-Krenke)	406
Cierpka, M.; Krebeck, S.; Retzlaff, R.: Arzt, Patient und Familie (L. Goldbeck)	318
Dutschmann, A.: Das Aggressions-Bewältigungs-Programm, Bd. 1-3 (D. Gröschke)	67
Eickhoff, E. W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 43 (M. Hirsch)	315
Frank, R.; Mangold, B. (Hg.): Psychosomatische Grundversorgung bei Kindern und Jugendlichen. Kooperationsmodelle zwischen Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie (J. Wilken)	411
Gabriel, T.: Forschung zur Heimerziehung. Eine vergleichende Bilanzierung in Großbritannien und Deutschland (L. Unzner)	740
Gauda, G.: Theorie und Praxis des therapeutischen Puppenspiels. Lebendige Psychologie C. G. Jungs (B. Gussone)	410
Gloger-Tippelt, G. (Hg.): Bindung im Erwachsenenalter. Ein Handbuch für Forschung und Praxis (K. Brüggemann)	132
Greenspan, S. I.; Wieder, S.: Mein Kind lernt anders. Ein Handbuch zur Begleitung förderbedürftiger Kinder (L. Unzner)	514
Günder, R.: Praxis und Methoden der Heimerziehung. Entwicklungen, Veränderungen und Perspektiven der stationären Erziehungshilfe (L. Unzner)	138
Heineman Pieper, M. H.; Pieper, W. J.: Smart Love. Erziehen mit Herz und Verstand (D. Irlich)	516
Henn, F.; Sartorius, N.; Helmchen, H.; Lauter, H. (Hg.): Contemporary Psychiatry (J. Koch)	230
Heubrock, D.; Petermann, F.: Aufmerksamkeitsdiagnostik (D. Irlich)	669

Heubrock, D.; Petermann, F.: Lehrbuch der Klinischen Kinderneuropsychologie. Grundlagen, Syndrome, Diagnostik und Intervention (<i>K. Sarimski</i>)	66
Hoops, S.; Permien, H.; Rieker, P.: Zwischen null Toleranz und null Autorität. Strategien von Familien und Jugendhilfe im Umgang mit Kinderdelinquenz (<i>C. von Bülow-Faerber</i>)	226
Keenan, M.; Kerr, K. P.; Dillenburg, K. (Hg.): Parent's Education as Autism Therapists. Applied Behavior Analysis in Context (<i>H. E. Kehr</i>)	225
Kilb, R.: Jugendhilfeplanung – ein kreatives Missverständnis? (<i>L. Unzner</i>)	130
Krucker, W.: Diagnose und Therapie in der klinischen Kinderpsychologie: Ein Handbuch für die Praxis (<i>L. Unzner</i>)	131
Lamprecht, F.: Praxis der Traumatherapie – Was kann EMDR leisten? (<i>P. Diederichs</i>)	135
Lauth, G.; Brack, U.; Linderkamp, F. (Hg.): Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Praxishandbuch (<i>D. Gröschke</i>)	228
Lenz, A.: Partizipation von Kindern in Beratung (<i>M. Seckinger</i>)	811
Lutz, R.; Stickelmann, B. (Hg.): Weglaufen und ohne Obdach. Kinder und Jugendliche in besonderen Lebenslagen (<i>I. Seiffge-Krenke</i>)	407
Menzen, K.-H.: Grundlagen der Kunsttherapie (<i>D. Gröschke</i>)	671
Milch, W. E.; Wirth, H.-J. (Hg.): Psychosomatik und Kleinkindforschung (<i>L. Unzner</i>)	668
Muntean, W. (Hg.): Gesundheitserziehung bei Kindern und Jugendlichen. Medizinische Grundlagen (<i>E. Sticker</i>)	136
Nissen, G. (Hg.): Persönlichkeitsstörungen. Ursachen – Erkennung – Behandlung (<i>W. Schweizer</i>)	229
Noterdaeme, M.; Freisleder, F. J.; Schnöbel, E. (Hg.): Tiefgreifende und spezifische Entwicklungsstörungen (<i>M. Mickley</i>)	667
Petermann, F.; Döpfner, M.; Schmidt, M. H.: Aggressiv-dissoziale Störungen (<i>G. Roloff</i>)	814
Petersen, D.; Thiel, E.: Tonarten, Spielarten, Eigenarten. Kreative Elemente in der Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen (<i>C. Brückner</i>)	667
Petzold, H. (Hg.): Wille und Wollen. Psychologische Modelle und Konzepte (<i>D. Gröschke</i>)	319
Poustka, F.; van Gooor-Lambo, G. (Hg.): Fallbuch Kinder- und Jugendpsychiatrie. Erfassung und Bewertung belastender Lebensumstände nach Kapitel V (F) der ICD 10 (<i>D. Gröschke</i>)	69
Pretis, M.: Frühförderung planen, durchführen, evaluieren (<i>H. Bichler</i>)	512
Rich, D.: Lernspiele für den EQ. So fördern Sie die emotionale Intelligenz Ihres Kindes (<i>A. Held</i>)	575
Sarimski, K.: Frühgeburt als Herausforderung. Psychologische Beratung als Bewältigungshilfe (<i>M. Naggl</i>)	127
Sarimski, K.: Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung (<i>D. Irblich</i>)	572
Schacht, I.: Baustelle des Selbst. Psychisches Wachstum und Kreativität in der analytischen Kinderpsychotherapie (<i>B. Gussone</i>)	576
Steinhausen, H.-C.: Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie, 4. neu bearb. Aufl. (<i>E. Sticker</i>)	128
Sturzbecher, D. (Hg.): Spielbasierte Befragungstechniken. Interaktionsdiagnostische Verfahren für Begutachtung, Beratung und Forschung (<i>D. Irblich</i>)	739
Szagan, G.: Wie Sprache entsteht. Spracherwerb bei Kindern mit beeinträchtigtem und normalem Hören (<i>L. Unzner</i>)	738
Timmermann, F.: Psychoanalytische Indikationsgespräche mit Adoleszenten. Eine sozialwissenschaftliche Untersuchung (<i>W. Bauers</i>)	578
von Gontard, A.: Einnässen im Kindesalter. Erscheinungsformen – Diagnostik – Therapie (<i>H. Hollmann</i>)	509

von Tetzchner, S.; Martinsen, H.: Einführung in die Unterstützende Kommunikation (<i>D. Gröschke</i>)	68
Walter, M.: Jugendkriminalität. Eine systematische Darstellung, 2. Aufl. (<i>G. Roloff</i>)	815
Weinberger, S.: Kindern spielend helfen. Eine personenzentrierte Lern- und Praxisanleitung (<i>D. Gröschke</i>)	572
Weiß, H. (Hg.): Frühförderung mit Kindern und Familien in Armutslagen (<i>E. Seus-Seberich</i>)	510
Wittmann, A. J.; Holling, H.: Hochbegabtenberatung in der Praxis. Ein Leitfaden für Psychologen, Lehrer und ehrenamtliche Berater (<i>H. Mackenberg</i>)	574

Neuere Testverfahren

Cierpka, M.: FAUSTLOS – Ein Curriculum zur Prävention von aggressivem und gewaltbereitem Verhalten bei Kindern der Klassen 1 bis 3 (<i>K. Waligora</i>)	580
Grimm, H.; Doil, H.: Elternfragebogen für die Früherkennung von Risikokindern (ELFRA) (<i>K. Waligora</i>)	321
Melfsen, S.; Florin, I.; Warnke, A.: Sozialphobie und –angstinventar für Kinder (SPAIK) (<i>K. Waligora</i>)	817
Petermann, F.; Stein, J. A.: Entwicklungsdiagnostik mit dem ET 6-6 (<i>K. Waligora</i>)	71

Editorial / Editorial	1, 147, 417, 585
Autoren und Autorinnen / Authors	59, 126, 224, 331, 399, 507, 571, 665, 736, 811
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	59, 400
Tagungskalender / Congress Dates	74, 141, 232, 324, 413, 518, 582, 673, 744, 819
Mitteilungen / Announcements	144, 328, 521, 745, 821

Frühprävention von externalisierenden Störungen – Grundprinzipien und elternzentrierte Ansätze zur Prävention von expansiven kindlichen Verhaltensstörungen

Yvonne Miller, Annett Kuschel und Kurt Hahlweg

Summary

Early prevention of conduct disorders – Basic principles and parent-based prevention trials of externalizing behavior disorders

Conduct disorder is an area of mental disorder, in which prevention seems to be advisable for different reasons. First, relevant factors that help identifying a population at risk are well-known. Second, a number of research efforts showed negative developmental trajectories for children with early conduct disorder, and third, we have effective treatment programs that facilitate deriving prevention strategies. This paper first describes results which clarify the need for prevention. Then basic principles and contents of effective prevention programs for conduct disorder are described. Finally, four behaviorally oriented examples from the numerous existing universal, selected and indicated prevention programs are illustrated and discussed.

Zusammenfassung

Externalisierende Störungen können als ein Bereich angesehen werden, in dem sich präventive Maßnahmen aus verschiedenen Gründen anbieten. Zum einen sind einige bedeutsame Risikofaktoren bekannt, aufgrund derer eine gefährdete Population identifiziert werden kann. Zum anderen existieren deutliche Hinweise auf einen negativen Entwicklungsverlauf von Kindern mit frühen expansiven Verhaltensauffälligkeiten und drittens gibt es bereits wirksame Behandlungsverfahren, aus denen präventive Ansätze abgeleitet werden können. In diesem Artikel werden zunächst einige Befunde zu externalisierenden Störungen angeführt, aus denen sich die Notwendigkeit für Prävention ableiten läßt. Anschließend werden einige Grundprinzipien für präventive Maßnahmen und die zentralen inhaltlichen Elemente wirksamer Programme zur Prävention von externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten dargestellt. Aus den zahlreichen elternzentrierten Programmen zur universellen, selektiven und indizierten Prävention werden vier vorwiegend verhaltenstherapeutisch orientierte Programme vorgestellt und diskutiert.

1 Einleitung

Es existieren viele Programme und Ansätze zur Behandlung von externalisierenden Störungen und daraus abgeleitet auch einige wirksame Präventionsansätze (Durlak 1998; LeMarquand et al. 2001). Man unterscheidet im allgemeinen drei Kategorien von Präventionsmaßnahmen: *universelle*, *selektive* und *indizierte* Präventionsmaßnahmen (Munoz et al. 1996). Ziel aller präventiven Interventionen ist es, die Anzahl neuer Fälle voll ausgeprägter Störungsbilder zu vermindern. *Universelle Prävention* wird unabhängig von vorhandenen Risikofaktoren auf eine gesamte Bevölkerungsgruppe angewendet, *selektive und indizierte präventive Interventionen* richten sich gezielt an Individuen oder Bevölkerungsgruppen, die im Vergleich zum Durchschnitt der Bevölkerung ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Störungen haben oder schon Symptome einer Störung aufweisen.

Die meisten Ansätze zur Prävention von externalisierenden Störungen sind im Bereich der indizierten Prävention anzusiedeln. Häufig werden Kinder ausgewählt, die in ungünstigen Lebensbedingungen aufwachsen oder bei denen sich bereits Hinweise für eine negative Entwicklung in Richtung einer externalisierenden Verhaltensstörung finden (z.B. Schweinhart et al. 1993; Webster-Stratton 1998). Viele Ansätze fokussieren dabei auf Kinder im frühen Schulalter. Der Schwerpunkt dieses Artikels soll jedoch auf Frühprävention von externalisierenden Störungen liegen und sich vornehmlich auf Interventionen beziehen, die sich an Kinder vor dem Schuleintritt bzw. an deren Familien richten. Es werden keine schulzentrierten, sondern familienzentrierte Ansätze vorgestellt, wobei Maßnahmen der indizierten und universellen Prävention betrachtet werden.

2 Grundlagen und Risikofaktoren

2.1 Prävalenz und Verlauf externalisierenden Störungen im Kindesalter

Bei der Einteilung psychischer Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter lassen sich zwei große Gruppen von Störungen unterscheiden. *Kategoriale Klassifikationssysteme* psychischer Störungen (ICD-10, DSM-IV) grenzen Verhaltensstörungen von emotionalen Störungen ab. Zu den Verhaltensstörungen oder externalisierenden Störungen (disruptive behavior disorders) zählen die hyperkinetischen Störungen, die Störung des Sozialverhaltens sowie die Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten. Zu einer ganz ähnlichen Unterscheidung kommen *dimensionale Klassifikationsansätze*, die vor allem auf die Arbeiten von Achenbach (1991) zurückgehen und aus umfangreichen empirischen Untersuchungen mit Hilfe multivariater statistischer Analysen gewonnen wurden. Es zeigen sich zwei übergeordnete Störungsdimensionen, die internalisierenden Auffälligkeiten, zu denen sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden und ängstlich-depressives Verhalten zählen, sowie externalisierende Auffälligkeiten, die aggressive und dissoziale Verhaltensprobleme abbilden.

Hauptsymptome externalisierender Störungen: Die hyperkinetische Störung ist durch die Kernsymptome Aufmerksamkeitsstörungen, Impulsivität und Hyperak-

tivität gekennzeichnet. Aufmerksamkeitsstörungen äußern sich z. B. darin, daß Kinder den Aufgaben (z. B. Hausaufgaben) vorzeitig abbrechen oder Tätigkeiten nicht beenden und häufig das Interesse an einer Aufgabe verlieren, weil sie zu einer anderen hin abgelenkt sind. Impulsivität beschreibt das plötzliche Handeln ohne zu überlegen oder auch die Unfähigkeit abzuwarten oder Bedürfnisse aufzuschieben. Hyperaktivität bezeichnet eine überschießende motorische Aktivität, exzessive Ruhelosigkeit, die besonders in Situationen auftritt, die relative Ruhe verlangen. Die Störung des Sozialverhaltens umfaßt massives aggressives und antisoziales Verhalten, wozu auch körperliche Verletzung und die Mißachtung der Rechte anderer gehören. Das Hauptmerkmal der Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten ist ein Muster von wiederkehrenden, trotzigem, ungehorsamen und feindseligen Verhaltensweisen, das sich über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erstreckt.

Häufigkeit externalisierender Störungen: Insgesamt variiert die Auftretensrate für externalisierende Störungen in internationalen Studien zwischen 0 % und 22,5 % (Lahey et al. 1999), wobei diese Schwankungen auf wesentliche methodische Unterschiede (z. B. die Verwendung unterschiedlicher Instrumente, die Zusammensetzung der Stichproben, verschiedene Erfassungszeiträume und Falldefinitionen) zurückzuführen sind. Für den deutschen Sprachraum liegen zu den einzelnen Störungen folgende Prävalenzraten vor: In einer Studie von Brühl et al. (1999) wurde für sechs- bis zehnjährige Kinder für die Hyperaktivitätsstörung eine Prävalenzrate von 6,0 % ermittelt. In der Bremer Jugendstudie (Petermann et al. 1999) erfüllten 4,7 % der 12- bis 17-jährigen die Kriterien der Störung des Sozialverhaltens; 2,5 % erhielten die Diagnose einer Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten. In dimensional epidemiologischen Studien fallen die Prävalenzraten in der Regel etwas höher aus. So zeigen nach Lehmkuhl et al. (1998) 11,3 % der vier- bis zehnjährigen Kinder externalisierende Auffälligkeiten. In einer eigenen Untersuchung (Kuschel 2001) wurde für drei- bis sechsjährige Braunschweiger Kindergartenkinder eine Prävalenzrate von 19,3 % für die übergeordnete Skala Externalisierende Auffälligkeiten ermittelt.

Verlauf externalisierender Störungen: Externalisierende Störungen sind über den Entwicklungsverlauf hinweg sehr stabil, d. h. viele der betroffenen Kinder zeigen Auffälligkeiten von der Kindheit bis in das Jugend- und Erwachsenenalter hinein (Fergusson 1998; Loeber et al. 2000). Daß die Symptomatik bereits zwischen dem Kindergarten- und Schulalter stabil ist, belegt eine Studie von Campbell und Ewing (1990): 68 % der Kinder, die im Alter von drei Jahren expansiv auffällig waren, zeigten diese Auffälligkeiten auch noch mit sechs bzw. neun Jahren. In der Literatur werden insgesamt drei Entwicklungstypen aggressiven bzw. dissozialen Verhaltens beschrieben (Loeber u. Stouthamer-Loeber 1998; Moffitt 1993). Der *über den Lebenslauf stabile Entwicklungstyp* zeichnet sich durch ein stabiles aggressives Verhalten von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter hinein aus, wobei die Schwere der Verhaltensweisen zunimmt. Ein Teil der Kinder weist einen Störungsbeginn während oder vor der Vorschulzeit auf, meist in Form oppositionellen Trotzverhaltens bzw. hyperkinetischer Auffälligkeiten. Beim *zeitlich begrenzten Entwicklungstyp* werden aggressive Verhaltensweisen während der Grundschulzeit aufgegeben oder bestehen nur während eines kurzen Zeitraums im Jugendalter. Der *späte Entwick-*

lungstyp wird charakterisiert durch ein erstmaliges Auftreten aggressiven oder gewalttätigen Verhaltens im frühen Erwachsenenalter.

Nach Loeber (1990) und Dumas (1992) tragen folgende Konstellationen zur Stabilität externalisierender Störungen bei:

- Hohe Frequenz: je häufiger das Problemverhalten, desto stabiler ist es.
- Hohe Intensität: je ausgeprägter das Problemverhalten, desto eher wird es beibehalten.
- Große Vielfalt: je variantenreicher das Problemverhalten, desto beständiger ist es.
- Vielzahl der betroffenen Bereiche: je vielfältiger die Zahl der betroffenen Situationen, desto wahrscheinlicher wird das Problemverhalten aufrecht erhalten.
- Früher Störungsbeginn: je früher das Problemverhalten auftritt, um so größer ist die Wahrscheinlichkeit, daß sich ein stabiles dissoziales Verhalten im Jugendalter entwickelt.

2.2 Risikofaktoren für die Entwicklung externalisierender Störungen im Kindesalter

Frühe biologische und psychosoziale Risikofaktoren spielen auch bei der Entstehung und Aufrechterhaltung externalisierender Störungen im Kindesalter eine wichtige Rolle. Loeber und Stouthamer-Loeber (1998) beschreiben dazu in Abhängigkeit vom Alter der Kinder unterschiedliche Risikofaktoren, die sich folgenden Bereichen zuordnen lassen:

1. biologische und genetische Faktoren sowie frühe Entwicklungsrisiken,
2. frühe Verhaltensfaktoren, Eltern-Kind-Interaktionen und familiäre Faktoren,
3. Schulleistungsprobleme, Defizite in der Informationsverarbeitung und Einfluß der Gleichaltrigenbeziehung.

Für die Frühprävention externalisierender Störungen im Kindesalter ist vor allem der zweite Bereich von entscheidender Bedeutung, weshalb in diesem Abschnitt die Risikofaktoren Temperament des Kindes und die Eltern-Kind-Bindung kurz beschrieben werden.

Bereits im Säuglingsalter gibt es erhebliche interindividuelle Differenzen hinsichtlich des Temperaments. So gibt es Kinder, die Schwierigkeiten haben, einen regelmäßigen Schlaf-Wach-Rhythmus zu entwickeln, die leicht irritierbar, unruhig und ablenkbar sind, häufig weinen und sich nur schwer an Unbekanntes anpassen können. Chess und Thomas (1984) haben diese Art früher Probleme unter dem Begriff „schwieriges Temperament“ zusammengefaßt. Eltern berichten häufiger von frühen problematischen und aggressiven Verhaltensweisen, wenn die Kinder ein schwieriges Temperament aufweisen (z.B. Kingston u. Prior, 1995; Samson et al. 1993). Ebenso ermittelten Chess und Thomas (1984) in einer Längsschnittstudie, daß „schwierige Kinder“ einem erhöhten Risiko ausgesetzt waren, antisoziales Verhalten zu entwickeln.

Ein weiterer Faktor, der die Entwicklung von Kindern mitbestimmt, ist das Bindungsmuster zwischen Eltern und Kindern, vornehmlich zwischen Mutter und Kind. Nach Ainsworth (Ainsworth et al. 1978) bzw. nach einer Ergänzung durch Main und Solomon (1990), werden vier Bindungstypen unterschieden: der unsi-

cher-vermeidende Typ (A), der sicher gebundene Typ (B), der unsicher-ambivalente Typ (C) und der desorganisierte-desorientierte Typ (D). Das elterliche Verhalten beeinflusst die Bindungsbeziehungen der Kinder in starkem Maße. Es finden sich zum Beispiel deutlich mehr unsicher gebundene und desorientierte Bindungstypen unter Kindern von depressiven Eltern und unter mißhandelten Kindern (Carlson et al. 1989; Radke-Yarrow et al. 1985). Sicher gebundene Kinder zeigen insgesamt einen günstigeren Entwicklungsverlauf: sie sind leistungsstärker, kontaktfreudiger, besser angepaßt, sozial kompetenter, haben mehr Selbstvertrauen und zeigen weniger aggressive Verhaltensweisen bei Konflikten.

Als soziale Risikofaktoren für die Entwicklung externalisierender Auffälligkeiten werden in der Literatur (zusammenfassend Petermann et al. 1998) ein niedriger sozioökonomischer Status sowie ein aversives Wohnumfeld (z. B. Wohngegenden mit hohem Kriminalitätsanteil) genannt. Besonders das Vorliegen eines niedrigen sozioökonomischen Status in Verbindung mit negativen familiären Faktoren (z. B. große Anzahl an Geschwistern, Arbeitslosigkeit eines Elternteils, alleinerziehende Eltern) steht mit einem frühen Beginn der Störung des Sozialverhaltens in Verbindung.

3 Prävention

3.1 Grundprinzipien von Prävention und Anforderungen an Präventionsmaßnahmen

In Anbetracht der Prävalenz, der bekannten Risikofaktoren und des Verlaufs von externalisierenden Störungen empfehlen sich präventive Maßnahmen, um die Auftretenshäufigkeit zu reduzieren und um Folgeprobleme zu verhindern. Eine weitere Tatsache, die auf die Notwendigkeit von Prävention hinweist, ist, daß nur ein geringer Teil der betroffenen Kinder und Familien tatsächlich effektive Unterstützung erhält. Cunningham et al. (1995) führen an, daß sozial benachteiligte oder isolierte Familien und alleinerziehende oder depressive Eltern, deren Kinder das höchste Risiko für eine negative Entwicklung aufweisen, die vorhandenen Therapieangebote am seltensten in Anspruch nehmen und am wenigsten davon profitieren. Damit präventive Maßnahmen das Ziel erreichen, die Auftretenshäufigkeit von externalisierenden Störungen und der Folgeprobleme in der Gesellschaft zu verringern, sollten sie einige Kriterien erfüllen (Kuschel et al. 2000; Sanders 1995). Es können dabei formale und inhaltliche Kriterien unterschieden werden (vgl. Tab. 1).

Ein Präventionsprogramm sollte zum einen auf dem aktuellsten Stand der wissenschaftlichen Forschung basieren und als wirksam nachgewiesene Interventionen beinhalten. Zum anderen ist die dauerhafte Sicherung der Qualität notwendig. Die Vorgehensweise der Evaluation und Qualitätskontrolle sollte klar operationalisiert und die Ergebnisse replizierbar sein. Präventionsprogramme müssen zudem leicht erreichbar und niedrigschwellig sein, um sozial und ökonomisch schwach gestellte Familien oder Multi-Problem-Familien zu erreichen, die sonst keinen Zugang zu entsprechenden Stellen im Gesundheitswesen haben oder sie nicht in Anspruch nehmen. Weiterhin sollte ein Präventionsprogramm ein günstiges Kosten-Nutzen-

Tab. 1: Formale und inhaltliche Kriterien für Präventionsprogramme

Formale Kriterien

1. Wissenschaftlich begründete Wirksamkeit
2. Erreichen vieler Eltern, u. a. durch eine niedrige Zugangsschwelle
3. Günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis
4. Kulturelle Angemessenheit

Inhaltliche Kriterien

1. Hilfe zur Selbsthilfe und Förderung von Problemlösefähigkeiten
 2. Nutzen elterlicher Ressourcen und Stärken der elterlichen Verantwortung
 3. Beachten der für die Entwicklung externalisierender Verhaltensstörungen bekannten Risikofaktoren
 4. Beachten des kindlichen Entwicklungsprozesses und der Eltern-Kind-Bindung
-

Verhältnis aufweisen. Alle Forschungsbemühungen im Bereich von Entwicklung und Evaluation präventiver Strategien sind nur dann sinnvoll, wenn eine breite Umsetzung finanzierbar und organisierbar ist. In Zusammenhang mit der wissenschaftlichen Validität ist besonders die Disseminationsforschung wichtig, da für erfolgreiche Präventionsmaßnahmen gut ausgebildete und kompetente Berater und Therapeuten nötig sind, damit die jeweiligen Zielgruppen erreicht werden und entsprechend profitieren. Ein effektives Konzept sollte außerdem für unterschiedliche ethnische Gruppen anwendbar sein und kulturelle Unterschiede beachten.

Ein entscheidendes inhaltliches Kriterium ist das Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe. Präventionsprogramme sollten Eltern in ihrer Elternrolle stärken, ihre Erziehungskompetenz erhöhen und die Fähigkeit der Familie fördern, Schwierigkeiten in Zukunft selber lösen zu können. Nur dann sind die Bedingungen für eine Generalisierung und Stabilisierung der Erfolge erfüllt. Durch ressourcenorientierte Interventionen und durch einen Schwerpunkt auf Prinzipien der Selbstregulation wird es möglich, die elterliche Kompetenz und auch die Selbstwirksamkeitsüberzeugungen der Eltern zu erhöhen. Weiterhin sollten Präventionsansätze für externalisierende Störungen die bekannten Risikofaktoren beachten und eine Anpassung der Interventionen in Abhängigkeit von der Ausprägung dieser Faktoren ermöglichen. Da eine positive Beziehung zwischen Eltern und Kindern und eine sichere Bindung eine entscheidende Basis für die positive Entwicklung von Kindern darstellen, sollten Präventionsprogrammen dieses Faktum ebenso berücksichtigen wie den jeweiligen Entwicklungsstand der Kinder. Auch hier müssen Programme eine entsprechende Variabilität aufweisen, ohne daß es zu einem Verlust von Wirksamkeit und wissenschaftlicher Überprüfbarkeit kommt.

3.2 Wirksame Interventionen für die Frühprävention von externalisierenden Störungen

Betrachtet man die Inhalte verschiedener elternzentrierter Präventions- und auch Interventionsansätze für externalisierende Verhaltensauffälligkeiten, lassen sich die

darin enthaltenen Interventionsstrategien in fünf Bereiche untergliedern (vgl. Sanders 1999; Sanders u. Dadds 1993; Webster-Stratton u. Hancock 1998):

1. Förderung einer positiven Eltern-Kind-Beziehung,
2. Förderung der kindlichen Entwicklung und prosozialer Verhaltensweisen,
3. effektiver Umgang mit kindlichem Problemverhalten,
4. Stärkung der Eltern als Erziehungsteam und als Individuen mit eigenen Bedürfnissen,
5. Zusammenarbeit mit an der Erziehung beteiligten Personen oder Institutionen.

Schon für das Säuglingsalter gibt es Ansätze, die auf die Interaktionen zwischen Eltern und Kindern abzielen. Papoušek (1997) beschreibt am Beispiel der Arbeit der Münchner Sprechstunde für Schreibabys eine Beratung von Eltern auf mehreren Ebenen mit dem Schwerpunkt Eltern-Kind-Interaktion. Ziel der Interventionen ist es, die Eltern für Zeichen der frühkindlichen Kommunikation zu sensibilisieren und ihnen beizubringen, kontingent und in angemessener Weise auf die Signale des Kindes zu reagieren und so eine positive Beziehung und eine sichere Bindung zu fördern.

Im Kleinkindalter gewinnt das Spiel als Interaktionsfläche zwischen Eltern und Kindern an Bedeutung. Neben der Erfahrung von Wärme, Verbundenheit und Sicherheit können Kinder durch das Spiel andere wichtige Fertigkeiten wie das Ausdrücken von Wünschen und Gefühlen, das Ausprobieren eigener Ideen, Kreativität, das Lösen von Problemen oder auch das Teilen mit anderen lernen. Das Spiel ist auch eine Möglichkeit, angemessenes und prosoziales Verhalten zu verstärken. Hier umfassen die meisten elternzentrierten Interventionsansätze verschiedene Erziehungsstrategien wie Loben, Aufmerksamkeit schenken, gezielte Belohnungen oder Verstärkersysteme (Sanders u. Dadds 1993; Webster-Stratton u. Hancock 1998).

Obwohl diese positiven Erziehungsstrategien die Basis von Erziehung bilden, sind sie nicht allein ausreichend dafür, daß sich Kinder positiv entwickeln und keine externalisierenden oder auch andere Störungen ausbilden (Kendziora u. O'Leary 1993). Es ist zwar eine notwendige Bedingung, daß Eltern einen Entwicklungsraum schaffen, jedoch keine hinreichende. Da jeder Raum begrenzt ist, ist es auch für Kinder eine zentrale Erfahrung, die Grenzen ihres Bewegungs- und Entwicklungsraums zu erleben. Nach Chamberlain und Patterson (1995) ist das Kleinkind- und teilweise auch das Kindergartenalter für das Erlernen von Regeln und den Umgang mit Grenzen ein sensibles Alter und kann bei ungünstigen Verläufen der Anfang des coersiven Interaktionsprozesses zwischen Eltern und Kinder werden. Daher ist das Setzen und *Durchsetzen* von Regeln und Grenzen ein zentraler Bestandteil nahezu aller elternzentrierter Interventionsansätze.

Auch in präventiven Programmen lernen Eltern realistische Erwartungen an das Kind zu stellen, klare Anweisungen zu geben, Kinder für kooperatives Verhalten zu verstärken und bei Nichtbefolgen oder Fehlverhalten mit Konsequenzen zu reagieren. Entscheidend ist ein kontingentes Verhalten der Eltern: Aufmerksamkeit, elterliche Wärme und Verstärkung für angemessenes und prosoziales Verhalten und klare Anweisungen und Konsequenzen bei Fehlverhalten oder aggressivem oder oppositionellem Verhalten (Chamberlain u. Patterson 1995).

Neben dem Vermitteln praktischer Erziehungsstrategien ist eine wichtige Funktion elternzentrierter Interventionen die Stärkung der Eltern durch eine Erhöhung der sozialen Unterstützung. Soziale Unterstützung können Eltern in Zwei-Eltern-Familien zunächst durch den Partner erhalten. Ziel ist dabei, die Kommunikation der Partner über Erziehung allgemein, über Erziehungsziele, Familienregeln und über den Umgang mit Problemverhalten zu intensivieren. Soziale Unterstützung erhalten Eltern jedoch auch durch Personen außerhalb der Familie. Erfolgt die Intervention als Elternttraining in der Gruppe, bietet dies eine Vielzahl von Möglichkeiten der sozialen Unterstützung. Es sollte insgesamt ein Bewußtsein dafür geschaffen werden, daß Erziehung keine leichte Aufgabe ist und daß jeder darin Unterstützung braucht. Weiterhin ist es sinnvoll, Eltern im Zuge von universeller Prävention darin zu bestärken, im Laufe der weiteren Entwicklung der Kinder professionelle Hilfe aufzusuchen, wenn dies nötig werden sollte und eine gute Zusammenarbeit mit anderen an der Erziehung beteiligten Personen und Institutionen anzustreben, da auch dies die Eltern entlastet und gleichzeitig die Entwicklung des Kindes fördert.

3.3 Beispiele für Programme zur Prävention von externalisierenden Verhaltensstörungen

Es gibt eine Reihe von elternzentrierten, verhaltenstherapeutischen Präventionsprogrammen, für die wissenschaftliche Effektivitätsstudien vorliegen. Im folgenden werden einige wenige kurz beschrieben und Vor- und Nachteile der Ansätze aufgezeigt. Ausgewählt wurde ein länger andauerndes, intensives Programm, das auf mehreren Ebenen ansetzt (Miller 1994), ein sehr niedrigschwellig konzipiertes Programm von Cunningham und Mitarbeitern und das einflußreiche Programm PARTNERS von Webster-Stratton (1988). Zudem wird das Programm Triple P (Positive Parenting Program) vorgestellt, da es ein umfassendes und kosteneffizientes Konzept zur Prävention von Verhaltensproblemen darstellt.

Zielgruppe des multisystemischen primären Interventionsprogramms nach Klein und Miller (Miller 1994) sind jüngere Geschwister im Alter zwischen 2½ und 4½ Jahren von Kindern und Jugendlichen, die bereits durch die externalisierende Verhaltensprobleme aufgefallen sind. Das Interventionsmodell besteht aus fünf Komponenten: (1) Elternttraining in der Gruppe, (2) Kinderspielgruppe, (3) Eltern-Kind-Interaktionstraining, (4) Hausbesuche, (5) Lese-Programm.

Das Elternttraining basiert auf gut überprüften und weit verbreiteten Interventionsprogrammen von Forehand und McMahon (1981) und Patterson (1982). Es nutzt verschiedene Medien und Methoden wie Videofilme, Modelllernen und praktische Übungen, um Eltern die verschiedenen relevanten Inhalte zu vermitteln. Das Eltern-Kind-Interaktionstraining dient dazu, in einem halbstrukturierten Umfeld ein Übungsfeld zu schaffen, in dem Eltern die im Elternttraining gelernten Erziehungsstrategien unter Supervision der Trainer praktisch einüben können. Der letzte Baustein, das Lese-Programm, soll dazu dienen, positive Interaktionen zwischen Eltern und Kindern zu fördern, die Fertigkeiten der Kinder in diesem Bereich zu erhöhen und Eltern mit dem Gebrauch von Bibliotheken und anderen Bildungseinrichtungen vertraut zu machen. Das gesamte Programm ist auf neun Monate

angelegt. Der Nachteil dieses Programms besteht zunächst darin, daß keine kontrollierten Effektivitätsstudien, sondern nur klinische Fallberichte vorliegen. Zudem ist der Ansatz zum einen durch die Dauer der Intervention, aber auch durch die verschiedenen Bausteine und die Kombination von kindzentrierten und elternzentrierten Interventionen aufwendig und damit teuer. Positiv ist jedoch das Leseprogramm, durch das Eltern mit der Nutzung öffentlicher Einrichtungen vertraut werden. Es wäre möglich, daß dies die Schwelle für die Inanspruchnahme anderer Einrichtungen wie z.B. Beratungsstellen erniedrigt.

Cunningham et al. (1995) beschreiben als indizierte Präventionsmaßnahme ein Gruppentraining für Eltern, das auf breiter Basis eingesetzt werden kann. Die Inhalte unterscheiden sich nicht von einem parallelen Einzeltraining des Autors. Beide Trainings dauern 11-12 Wochen und bestehen aus dem Training von Problemlösefähigkeiten, kontingenten elterlichen Reaktionen auf prosoziales Verhalten, „Wenn-dann“-Strategien zur Förderung der Kooperation von Kinder und aus Strategien zum Umgang mit schwierigen Erziehungssituationen wie das Ignorieren von milderen Problemen bis hin zu Auszeitverfahren. Das Gruppentraining findet mit bis zu 30 Eltern statt, die in bestimmten Teilen des Programms in Kleingruppen von 5-7 Personen zusammenarbeiten. Die Kleingruppen bleiben über die Dauer des Trainings die gleichen, innerhalb jeder Sitzung übernimmt jedoch ein anderes Elternteil die Leitung innerhalb der Kleingruppe. Ein deutlicher Vorteil dieses Programms liegt in der Kosteneffektivität. Die Autoren berichten, daß das Gruppenprogramm sechsmal kosteneffektiver ist als das inhaltlich vergleichbare Einzeltraining. Zudem berichten Eltern aus dem Gruppentraining im Vergleich zu Eltern aus dem Einzeltraining größere Verbesserungen im Verhalten ihrer Kinder und stabilere Erfolge sechs Monate nach Beendigung des Elterntrainings. Eine mögliche Erklärung hierfür könnte die soziale Unterstützung durch die anderen Eltern in der Gruppe sein. Weiterhin berichten Cunningham et al. (1995), daß Immigrantenfamilien und Familien von Kindern mit auffälligem Verhalten signifikant häufiger an einem Gruppentraining teilnahmen. Dies unterstreicht, wie bedeutsam die Niedrigschwelligkeit von Präventionsangeboten ist.

Auch Webster-Stratton (1998) entwickelte aus ihrem erfolgreichen Elterntaining für Eltern von klinisch auffälligen Kindern ein Programm, das als selektive Präventionsmaßnahme eingesetzt werden kann. Das Programm PARTNERS lehrt Eltern positive Disziplinierungsstrategien, Wege um die soziale Kompetenz und prosoziales Verhalten von Kindern zu fördern und Problemlösestrategien. Das Training wird als Gruppentraining über 8-9 Wochen mit jeweils einer zweistündigen Sitzung pro Woche durchgeführt und enthält wie die anderen Programme Gruppendiskussionen, Rollenspiele und Videobeispiele. Es wurde in einer Präventionsstudie mit 394 Müttern von vierjährigen Kindern auf seine Effektivität überprüft, wobei das Elternprogramm allerdings mit einem Erzieherprogramm kombiniert wurde. Es zeigten sich sowohl im Verhalten der Kinder als auch im Elternverhalten signifikante Verbesserungen direkt nach dem Training und in der 1-Jahres-Nachuntersuchung (Webster-Stratton 1998). Auch dieses Programm hat den Vorteil der Kosteneffektivität, da es als Gruppenprogramm durchgeführt wird und nur wenige Wochen dauert. Weiterhin wurde unter anderem bei der Erstellung des Videomaterials auf die Möglichkeit

der kulturellen Anpassung geachtet, indem Familien mit verschiedenen sozioökonomischen und ethnischen Hintergründen gezeigt wurden.

Ein weiterer Präventionsansatz ist das Positive Erziehungsprogramm „Triple P“ (Positive Parenting Program, Sanders 1999). Dieses Programm kombiniert universelle, selektive und indizierte Präventionsmaßnahmen in einem Gesamtkonzept, das aus fünf Ebenen besteht. Das Ziel der Maßnahmen auf Ebene 1 besteht darin, eine möglichst große Anzahl an Eltern mit Informationen über Erziehung zu erreichen. Durch Broschüren, Informationsblätter zu typischen Erziehungsthemen, Broschüren, Videos und anderen Selbsthilfematerialien, aber auch durch gezielte und geplante Medienkampagnen werden Eltern niedrigschwellig und alltagsnah Hilfen gegeben (Sanders et al. 2000b). Auf vier weiteren Ebenen werden die Unterstützungsangebote immer spezifischer und intensiver. Das Grundprinzip der Modelle ist das Prinzip der Suffizienz: Jede Familie soll das Ausmaß an Unterstützung erhalten, das sie braucht. Es sollte sich jedoch dabei nur um die minimal nötige Hilfe handeln, wodurch Ressourcen der Familie gestärkt werden und eine kosteneffiziente Unterstützung vieler Familie möglich wird.

Auf der vierten von fünf Ebenen existiert ein Elternttraining, das inhaltlich auf die bekannten Elemente zurückgreift und das sowohl als Selbsthilfeprogramm mit Videounterstützung, als Einzeltraining und als Gruppenprogramm durchgeführt werden kann. Als präventive Maßnahmen sind die Ebenen 1-3 und auch das Gruppentraining für Eltern auf Ebene 4 vorgesehen, bei Interventionen der Ebene 5 handelt es sich um therapeutische Maßnahmen.

Für alle drei Varianten des Elternttrainings liegen Effektivitätsnachweise vor (Sanders et al. 2000a; Sanders 1999). Das Gruppentraining wurde in einer Studie mit 1673 Familien in West-Australien untersucht. Effekte zeigten sich in einer Reduktion von kindlichen Verhaltensauffälligkeiten, dysfunktionalem Erziehungsverhalten und anderen relevanten Faktoren wie u. a. in einer Reduktion von elterlichem Streß. In einer kontrollierten Studie mit 305 Familien mit dreijährigen Kindern verglichen Sanders et al. (2000a) außerdem das Selbsthilfettraining, das Einzeltraining und ein erweitertes Elternttraining mit zusätzlichen Modulen (u. a. soziale Unterstützung, Kommunikation) mit einer Wartekontrollgruppe. Ein Jahr nach dem Training wies das Verhalten der Kinder in allen drei Gruppen signifikante Verbesserungen im Vergleich zur Kontrollgruppe auf. Weiterhin wurde deutlich, daß der erweiterte Ansatz den beiden anderen Trainingsvarianten überlegen war, das Einzeltraining wiederum war wirksamer als das Selbsthilfeprogramm.

Betrachtet man das Triple P Gruppentraining für Eltern im Vergleich mit anderen Konzepten, fällt als Vorteil auf, daß die Dauer des Programms kurz ist. In vier Gruppensitzung und anschließend vier telefonischen Sitzungen werden Eltern verschiedene Erziehungsstrategien zur Förderung der kindlichen Entwicklung, einer positiven Eltern-Kind-Beziehung und zum Umgang mit Problemverhalten vorgestellt und die Eltern dabei unterstützt, diese zu Hause auszuprobieren, um ihre individuellen Erziehungsziele zu erreichen. Ein Schwerpunkt des Trainings liegt auf dem Aspekt des Selbstmanagements und der sozialen Unterstützung. Dies gewährleistet die Generalisierung des Gelernten und die Stabilität der Erfolge. Ein Nachteil des Programms ist, daß keine Elemente enthalten sind, die explizit auf die Zusammen-

arbeit mit an der Erziehung beteiligten Institutionen oder auf die Inanspruchnahme von Bildungs- oder Beratungsangeboten hinwirken.

Alle vorgestellten Programme, die hier als Beispiele aus den zahlreichen verhaltenstherapeutische Elterninterventionen ausgewählt wurden, eignen sich zur Frühprävention von externalisierenden Störungen. Das Programm von Miller (1994) scheint aufgrund der hohen Kostenintensität nur als indizierte Prävention geeignet, wobei die anderen Programme von Cunningham et al. (1995), Webster-Stratton (1998) und Sanders (1999) auch als selektive oder universelle Präventionsmaßnahmen einsetzbar sind. Aufgrund der Wirksamkeitsnachweise kann in allen Fällen davon ausgegangen werden, daß problematische Verhaltensweisen des Kindes, ungünstiges Erziehungsverhalten der Eltern und damit die Gefahr eines coerciven Interaktionsprozesses zwischen Eltern und Kindern und so auch das Risiko eines negativen Entwicklungsverlaufs reduziert werden kann.

4 Schlußfolgerungen

Maßnahmen zur Frühprävention externalisierender Störungen scheinen aus verschiedenen Gründen indiziert und es liegen bereits einige wirksame Programme vor. Es ist gesichert, daß durch elternzentrierte Ansätze Risikofaktoren und Faktoren, die einen coerciven Interaktionsprozeß aufrechterhalten, reduziert werden und so eine positive Entwicklung des Kindes gefördert werden kann. Entscheidend für eine Reduktion der Prävalenz von expansiven Auffälligkeiten ist jedoch neben der Wirksamkeit auch die Kosteneffektivität und die Verbreitung der Programme. Bei Überlegungen zum Vorgehen im Bereich Prävention und bei der Auswahl von Programmen sollten verschiedene Kriterien beachtet werden, um sicherzustellen, daß möglichst viele Eltern erreicht und sie in der Ausübung ihrer Elternrolle effektiv und nachhaltig unterstützt werden.

Literatur

- Achenbach, T.M. (1991): Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Ainsworth, M.D.S.; Belhar, M.C.; Waters, E.; Wall, S.N. (1978): Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Brühl, B., Döpfner, M.; Lehmkuhl, G. (2000): Der Fremdbeurteilungsbogen für hyperkinetische Störungen (FBB – HKS) – Prävalenz hyperkinetischer Störungen im Elternurteil und psychometrische Kriterien. *Kindheit und Entwicklung* 9: 116-126.
- Campbell, S.B.; Ewing, L.J. (1990): Follow-up of hard to manage preschoolers: Adjustment at age 9 and predictors of continuing symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 31: 871-889.
- Carlson, V.; Cicchetti, D.; Barnett, D.; Braunwald, K. (1989): Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology* 25: 525-531.
- Chamberlain, P.; Patterson, G.R. (1995): Discipline and child compliance. In: Bornstein, M.H. (Hg.): *Handbook of parenting: Applied and practical parenting*, Vol. 4. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, S. 205-225.

- Chess, S.; Thomas, A. (1984): Origins and evolution of behavior disorders: From infancy to early adult life. New York: Brunner/Mazel.
- Cunningham, C.E.; Bremner, R.; Boyle, M. (1995): Large group community-based parenting programs for families of preschoolers at risk for disruptive behavior disorders: Utilization, cost effectiveness and outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 36(7): 1141-1159.
- Dumas, J.E. (1992): Conduct disorders. In: Turner, S.M.; Calhoun, K.S.; Adams, H.E. (Hg.): *Handbook of clinical behavior therapy*. New York: Wiley, S. 285-316.
- Durlak, J.A. (1998): Primary prevention mental health programs for children and adolescents are effective. *Journal of Mental Health* 7(5): 463-469.
- Fergusson, D.M. (1998): Stability and change in externalising behaviours. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 248: 4-13.
- Forehand, R.; McMahon, R.J. (1981): *Helping the noncompliant child: A clinician's guide to parent training*. New York: Guilford.
- Kendziora, K.T.; O'Leary, S.G. (1993): Dysfunctional parenting as a focus for prevention and treatment of child behavior problems. *Advances in Clinical Child Psychology* 15: 175-206.
- Kingston, L.; Prior, M. (1995): The development of patterns of stable, transient, and school-age aggressive behavior in young children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 34: 348-358.
- Kuschel, A. (2001): *Psychische Auffälligkeiten bei Braunschweiger Kindergartenkindern*. Dissertation, Technische Universität Braunschweig.
- Kuschel, A.; Miller, Y.; Köppe, E.; Lübke, A.; Hahlweg, K.; Sanders, M.R. (1999): Prävention von oppositionellen und aggressiven Verhaltensstörungen bei Kindern: Triple P – ein Programm zu einer positiven Erziehung. *Kindheit und Entwicklung* 9: 20-29.
- Lahey, B.B.; Miller, T.L.; Gordon, R.A.; Riley, A.W. (1999): Developmental epidemiology of disruptive behavior disorders. In: Quay, H.C.; Hogan, A.E. (Hg.): *Handbook of disruptive behavior disorders*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, S. 23-48.
- Lehmkuhl, G.; Döpfner, M.; Plück, J.; Berner, W.; Fegert, J.; Huss, M.; Lenz, K.; Schmeck, K.; Lehmkuhl, U.; Poustka, F. (1998): Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten und somatischer Beschwerden bei vier- bis zehnjährigen Kindern in Deutschland im Urteil der Eltern – ein Vergleich normorientierter und kriterienorientierter Modelle. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 26: 83-96.
- LeMarquand, D.; Tremblay, R.E.; Vitaro, F. (2001): The prevention of conduct disorder: A review of successful and unsuccessful experiments. In: Hill, J.; Maughan, B. (Hg.): *Conduct disorders in childhood and adolescence*. Cambridge: Cambridge University Press, S. 449-477.
- Loeber, R. (1990): Development and risk factors of juvenile antisocial behavior and delinquency. *Clinical Psychology Review* 10: 1-41.
- Loeber, R.; Stouthamer-Loeber, M. (1998): Development of juvenile aggression and violence. Some common misconceptions and controversies. *American Psychologist* 53: 242-259.
- Loeber, R.; Burke, J.D.; Lahey, B.B.; Winters, A.; Zera, M. (2000): Oppositional defiant and conduct disorders: A review of the past 10 years, part 1. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 39: 1468-1484.
- Main, M.; Solomon, J. (1990): Procedures für identifying infants as disorganized / disoriented during the Ainsworth strange situation. In: Greenberg, T.M.; Cicchetti, D.; Cummings, E.M. (Hg.): *Attachment in the preschool years*. Chicago, IL: University of Chicago Press, S. 221-260.
- Miller, L. (1994): Primary prevention of conduct disorder. *Psychiatric Quarterly* 65(4): 273-285.
- Moffitt, T.E. (1993): "Life-course persistent" vs. "adolescent-limited" antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review* 100: 674-701.
- Muñoz, R.F.; Mrazek, P.J.; Haggerty, R.J. (1996): Institute of Medicine report on prevention of mental disorders. *American Psychologist* 51: 1116-1122.
- Papoušek, M. (1997): Entwicklungsdynamik und Prävention früher Störungen der Eltern-Kind-Beziehungen. *Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie* 27: 5-30.
- Patterson, G.R. (1982): *Coercive family process*. Eugene: Castalia.

- Petermann, F.; Kusch, M.; Niebank, K. (1998): Entwicklungspsychopathologie. Ein Lehrbuch. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Petermann, F.; Essau, C.A.; Turbanisch, U.; Conradt, J.; Groen, G. (1999): Komorbidität, Risikofaktoren und Verlauf aggressiven Verhaltens: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Kindheit und Entwicklung* 8: 49-58.
- Radke-Yarrow, M.; Cummings, D.; Kuczynski, L.; Chapman, M. (1985): Patterns of attachment in two- and three-year-olds in normal families and families with parental depression. *Child Development* 56: 884-893.
- Samson, A.; Smart, D.; Prior, M.; Oberklaid, F. (1993): Precursors of hyperactivity and aggression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 32: 1207-1216.
- Sanders, M.R. (1995): Families and mental health. In: Sanders, M.R. (Hg.): *Healthy families: Healthy nation*. Brisbane: Australian Academic Press, S. 9-33.
- Sanders, M.R. (1999): The Triple P-Positive Parenting Program: Towards an empirically validated multi-level parenting and family support strategy for the prevention and treatment of child behavior and emotional problems. *Child and Family Psychology Review* 2: 71-90.
- Sanders, M.R.; Dadds, M.R. (1993): *Behavioral family intervention*. Needham Heights: Allyn & Bacon.
- Sanders, M.R.; Markie-Dadds, C.; Tully, L.A.; Bor, W. (2000a): The Triple P-Positive Parenting Program: A comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68: 624-640.
- Sanders, M.R.; Montgomery, D.T.; Brechman-Toussaint, M.L. (2000b): The mass media and the prevention of child behavior problems: The evaluation of a television series to promote positive outcomes for parents and their children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 41: 939-948.
- Schweinhart, L.L.; Barnes, H.V.; Weikart, D.P. (1993): *Significant benefits. The High/Scope Perry School Study through age 27*. Ypsilanti, MI: High/Scope Press.
- Tremblay, R.E.; Pihl, R.O.; Vitaro, F.; Dobkin, P.L. (1994): Predicting early onset of male antisocial behavior from preschool behavior. *Archives of General Psychiatry* 51: 732-739.
- Webster-Stratton, C. (1998): Preventing conduct problems in Head Start children: Strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66: 715-730.
- Webster-Stratton, C.; Hancock, L. (1998): Training for parents of young children with conduct problems: Content, methods, and therapeutic processes. In: Briesmeister, J.M.; Schaefer, C.E. (Hg.): *Handbook of parent training*. New York: Wiley, S. 98-152.

Anschrift für die Verfasser/-innen: Dr. Yvonne Miller, Spielmannstr. 12 A, 38106 Braunschweig;
E-Mail: y.miller@tu-bs.de.