

publiziert bei:	 AWMF online Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

Leitlinienreport der evidenz- und konsensbasierten Leitlinie (S3)
AWMF-Registernummer 028-020

**Störungen des Sozialverhaltens:
Empfehlungen zur Versorgung und Behandlung**

Herausgebende AWMF-Fachgesellschaft:

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

Beteiligte Fachgesellschaften und Verbände

- BAG Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V.
- BKJ Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten e.V.
- BKJPP Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V.
- BVKJ Verhaltenstherapie im Kindes- und Jugendalter e.V.
- BVVP Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten
- DGKJ Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin
- DGKJP Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
- DGPs Deutsche Gesellschaft für Psychologie, Fachgruppe Klinische und Psychotherapie
- DGSF Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie
- DVJJ Deutsche Vereinigung für Jugendgerichte und Jugendgerichtshilfen e.V.
- SGKJPP Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
- VAKJP Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten

Steuerungsgruppe:

- Prof. Dr. Dr. Christina Stadler
- Prof. Dr. Tobias Banaschewski
- Prof. Dr. Jörg M. Fegert
- Prof. Dr. Manfred Döpfner
- PD Dr. Anja Görtz-Dorten
- Prof. Dr. Paul Plener (ab 2016)

Weitere Beteiligte:

Dr. Marc Alroggen (DGKJP), Dr. Alexander Häge (DGKJP), Dr. Thea Rau (DGKJP), Dr. Filip Caby (DGSF)

Koordinatorin der Leitlinie:

Prof. Dr. Dr. Christina Stadler

Wir danken für die Mitarbeit an der Leitlinie: Steffen Barra, Christin Dietrich, Lea Klüwe, Eva Loose, Ebongo Tshomba, Ann-Kathrin Treier, Sarah Ulrich, Jolanda Amrein und Peter Rehmann

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung	4
II. Methodisches Vorgehen	6
1. Leitliniengruppe und beteiligte Fachgesellschaften	6
2. Definitionen von Schlüsselfragen	6
3. Suche nach relevanten Leitlinien	9
4. Systematische und ergänzende Literaturrecherchen	10
4.1. Vorbereitende Arbeiten	11
4.2. Erste systematische Recherche	11
4.3. Zweite systematische Recherche	15
4.4. Ergänzende Literaturrecherche	22
5. Bewertung der Qualität der Evidenz und Ableitung von Empfehlungsgraden	22
5.1. Bewertung der Evidenz	22
5.2. Darstellung der Evidenz und Überführung von Evidenzgraden in Empfehlungen	23
6. Methodisches Vorgehen zur Beurteilung deutschsprachiger diagnostischer Verfahren und therapeutischer Programme	26
7. Konsertierungsprozess und Umgang mit Interessenkonflikten	28
8. Externe Begutachtung und Verabschiedung	30
8.1. Pilottestung	30
8.2. Externe Begutachtung	30
8.3. Verabschiedung durch die Vorstände der Fachgesellschaften	30
9. Redaktionelle Unabhängigkeit	31
10. Verbreitung und Implementierung	31
10.1. Konzept zur Verbreitung und Implementierung, unterstützende Materialien	31
10.2. Diskussion möglicher organisatorischer und/oder finanzieller Barrieren gegenüber der Anwendung der Leitlinienempfehlungen	32
10.3. Messgrößen für das Monitoring: Qualitätsziele, Qualitätsindikatoren	32
11. Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren	32
11.1. Datum der letzten inhaltlichen Überarbeitung und Status	32
11.2. Aktualisierungsverfahren	33
11.3. Schlussbemerkung und offene Fragen	33
III. Anhang	34

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

1.	Anhang: Übersicht Interessenkonflikte	34
2.	Anhang: Deutschsprachige Präventions- und Therapieprogramme zur Behandlung von SSV-Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen	36
2.1.	Eltern-, kindergarten-, und schulzentrierte und multimodale Präventions- und Therapieprogramme.....	37
2.2.	Primär patientenzentrierte Präventions- und Therapieprogramme.....	42
3.	Anhang 3: Sondervoten	45
4.	Anhang 4: Evidenztabelle	47
4.1.	Schulbasierte Prävention und Interventionen	47
4.2.	Elterntaining (Eltern-zentrierte und Eltern-Kind zentrierte Behandlung).....	50
4.3.	Interventionen für Kinder und Jugendliche (patientenzentrierte).....	60
4.4.	Multimodale Interventionen	67
4.5.	Interventionen im aufsuchenden Kontext (Hometreatment)	73
4.6.	Callous-unemotional traits	79
5.	Anhang 5: Zusammenfassung der Metaanalysen und Reviews	85
5.1.	Metaanalysen	85
5.2.	Reviews.....	100
6.	Anhang 6: Methodentabelle.....	112
6.1.	Methodentabelle: Allgemeine Behandlungsprinzipien	112
6.2.	Methodentabelle: Empfehlungen zur Diagnostik.....	122
6.3.	Methodentabelle: Empfehlungen zu Elterntainings	131
6.4.	Methodentabelle: Empfehlungen zu patientenzentrierten Interventionen	139
6.5.	Methodentabelle: Empfehlungen zu multimodalen Interventionen	149
7.	Anhang: Vorarbeiten Arbeitsgruppe Ulm.....	152
IV. Literatur und Weblinks		158

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

I. Einleitung

Die vorliegende Leitlinie verfolgt das Ziel, Empfehlungen für die Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens (SSV) im ambulanten, stationären und teilstationären klinischen Rahmen zu definieren. Da in der Regel eine Vielzahl von Institutionen in die Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens involviert sind, schließt die LL darüber hinaus Empfehlungen für den (vor)schulischen Bereich und Empfehlungen für die Gestaltung optimaler Versorgungswege mit ein.

Zur Anwendergruppe der Leitlinie zählen Assistenz- und Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, klinische Psychologen, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, sowie weitere Personen, die professionell an der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens sowie Kindern und Jugendlichen mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens beteiligt sind.

Insgesamt besteht die interdisziplinäre evidenz- und konsensbasierte (S3) Leitlinie „Störungen des Sozialverhaltens“ (SSV) (AWMF-Registernummer 028-020) aus 1) dem vorliegenden Leitlinienreport, 2) der Kurzfassung, die die Empfehlungen beinhaltet und 3) der Langfassung, die neben den Empfehlungen auch Kommentare, Sondervoten und die Herleitung der Evidenz beinhaltet.

Die Erstellung dieser Leitlinie orientierte sich an den Anforderungen des Deutschen Instruments zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), *DELBI. Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung. Domäne 3 „Methodologische Exaktheit der Leitlinien-Entwicklung“*. 2008.) und den Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen und Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (<http://www.awmf.org>). Dieser Bericht enthält Informationen zur Zusammensetzung der Leitliniengruppe, zur externen Begutachtung und Verabschiedung, zur redaktionellen Unabhängigkeit, zur Verbreitung und Implementierung sowie zur geplanten Aktualisierung der Leitlinie. Im Folgenden sind die wichtigsten Schritte aufgezählt, die in den folgenden Abschnitten beschrieben sind:

1. Zusammenfinden einer Leitliniengruppe, die alle Personengruppen repräsentieren soll, die ein Interesse an der Leitlinie haben sowie beteiligte Fachgesellschaften
2. Erstellung und Abstimmung von Schlüsselfragen (auf der Basis der von NICE definierten Schlüsselfragen), welche die Leitlinie beantworten soll
3. Bewertung vorliegender aktueller Leitlinien nach den DELBI Kriterien
4. Durchführung systematischer sowie ergänzender Literaturrecherchen (für die beiden Bereiche Psychotherapie und Pharmakotherapie)
5. Bewertung und Darstellung relevanter Studien, die nach der Veröffentlichung der englischen und holländischen Leitlinie erschienen sind, in thematisch geordneten Evidenztabelle (PICO-Tabellen, Link zum Ordner auf Anfrage beim Leitliniensekretariat).
6. Gegenüberstellung existierender Leitlinien (englischen, holländischen und deutschen S1 AWMF Leitlinie zu CD/SSV) und der neuen S3 LL Empfehlungen (Methodentabellen).

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

7. Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse zur Beantwortung der Recherchefragen (basierend auf aktuellen englischen/holländischen Leitlinien) unter Einbeziehung neuer Literatur.
8. Erstellung und Abstimmung von Empfehlungen zur Beantwortung der Schlüsselfragen. Dabei wurden alle Ergebnisse und alle Empfehlungen mit Evidenz- und Empfehlungsgraden versehen, gemäß dem in Tabelle 2 dargestellten Schema.

publiziert bei:	 AWMF online Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

II. Methodisches Vorgehen

1. Leitliniengruppe und beteiligte Fachgesellschaften¹

Da die Gültigkeit der vorliegenden S1 Leitlinie für Störungen des Sozialverhaltens ablief, wurde Frau Professor Christina Stadler als Koordinatorin für die Entwicklung der S3 Leitlinie von Störungen des Sozialverhaltens von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) benannt und die Erarbeitung einer S3 Leitlinie angemeldet (AWMF-Register-Nr.: 028-020). In der Steuergruppe haben mitgewirkt:

Professor Christina Stadler (Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik Basel),
 Professor Jörg Fegert (Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik Ulm),
 Professor Tobias Banaschewski (Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik Mannheim),
 Professor Manfred Döpfner (Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik Köln),
 PD Dr. Anja Görtz-Dorten (Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik Köln) und ab 2016 zusätzlich
 Professor Paul Plener (Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik Ulm).

An der Erstellung dieser Leitlinie waren verschiedene Fachgesellschaften aus Deutschland und der Schweiz beteiligt (siehe Seite 1). Die Zusammenstellung der Entwicklergruppe verfolgte das Ziel, alle Personengruppen, die im Bereich der Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit einer Störung des Sozialverhaltens tätig sind, zu beteiligen.

2. Definitionen von Schlüsselfragen

In der ersten Fachgruppensitzung am 30.04.2013, zu der neben Vertretern der verschiedenen Fachgesellschaften auch Mitwirkende der NICE Guideline (Dr. Jenny Taylor) und Holland (Prof. Robert Vermeiren) eingeladen wurden, wurden Ziele der zu erarbeitenden AWMF Leitlinie für Störungen des Sozialverhaltens sowie Schlüsselfragen definiert, die in Anlehnung an die Bereiche in NICE (Organisation, Koordination und Bereitstellung von Maßnahmen; Sachkenntnis; Identifikation; Diagnose, Erhebung, Prävention und Intervention folgenden übergeordneten Themenbereichen zugeordnet sind. Insbesondere wurden auch Schlüsselfragen zur Behandlungsindikation und zum Behandlungssetting formuliert, die in NICE nicht berücksichtigt wurden. Hierbei erschien es der Steuergruppe zudem wichtig, ergänzend Schlüsselfragen zum Einsatz von Zwangsmaßnahmen zu formulieren.

A: Kommunikation, Maßnahmen zur Qualitätssicherung u. Koordination von Behandlungsangeboten

1. Was fördert die Zusammenarbeit mit Kindern, Jugendlichen, Heranwachsenden mit SSV und deren Sorgeberechtigten?
2. Sind spezifische sozio-kulturelle und ethnische Aspekte zu berücksichtigen?
3. Was ist hinsichtlich des Umgangs mit vertraulichen Informationen zu berücksichtigen (Welche Bedingungen rechtfertigen eine Verletzung der Schweigepflicht)?
4. Welche Maßnahmen sind bei Vorliegen psychosozialer Risikofaktoren umzusetzen?

¹ Die DGPPN, die ursprünglich als Fachgesellschaft mitwirken wollte, konnte aus Ressourcengründen nicht an der Erarbeitung der Leitlinie mitwirken.

publiziert bei:	 AWMF online Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

5. Was trägt zur Qualitätssicherung des Behandlungsangebots bei? Was garantiert eine hohe Sachkompetenz von Mitarbeitern?
6. Welche Maßnahmen sind geeignet, den Zugang zu Behandlungsangeboten zu erleichtern und damit den Anteil der Kinder und Jugendlichen, die eine Behandlung beanspruchen, zu erhöhen?
7. Wie ist die Zusammenarbeit zwischen Fachstellen zu gestalten? Was kann getan werden, um Behandlungsangebote optimal aufeinander abzustimmen und den Behandlungsbedürfnissen betroffener Kinder/Jugendlicher und deren Sorgeberechtigter gerecht zu werden?
8. Welche Maßnahmen sind geeignet zur Sicherstellung von Versorgungsangeboten bei Behandlungsende und beim Übergang ins Erwachsenenalter?

B: Behandlungsindikation und zum Behandlungssetting

1. Welche Maßnahmen sollen bei Behandlungsbeginn berücksichtigt werden?
2. Welche Behandlungsindikation besteht für eine ambulante, teilstationäre oder stationäre Behandlung?
3. Wann sind stationäre sozialpädagogische Maßnahmen indiziert?

C: Deeskalation und Einsatz von Zwangsmaßnahmen bei akut aggressiver Symptomatik (vor allem bei Selbst- und/oder Fremdgefährdung)

1. Welche Maßnahmen sind geeignet, um angemessen mit akut auftretenden aggressiven Verhaltensweisen umzugehen (Maßnahmen zur Deeskalation)?
2. Was ist bei der Umsetzung von Zwangsmaßnahmen zu berücksichtigen?

D: Identifikation und Diagnostik

1. Was sind effektive Methoden, die bei Verdacht auf Vorliegen einer SSV durchgeführt werden sollten?
2. Wann sollte eine ausführliche Abklärung angeordnet/empfohlen werden?
3. Welche Bereiche sind in einem ausführlichen diagnostischen Prozess zu berücksichtigen und wie ist ein effektiver diagnostischer Prozess zu beschreiben? Folgende Aspekte werden für die Bearbeitung dieser Frage als relevant erachtet:
 - Art und Inhalt der diagnostischen Untersuchung und der Beobachtung
 - Formale diagnostische Methoden/psychologische Testverfahren zur Erfassung der
 - wesentlichen Kriterien von SSV
 - Erfassung von Risikofaktoren
 - Erfassung von Bedürfnissen
 - Umfeld, in welcher Erfassung durchgeführt wird

E: Prävention und Intervention: (Eltern- und familienzentrierte Interventionen, patientenzentrierte, multimodale Interventionen)

Schlüsselfragen Eltern-und familienzentriert:

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

1. Sind Elterntrainings wirkungsvoll, um oppositionelles und aggressives Verhalten zu vermindern? Variiert die Wirksamkeit von Elterntrainings in Abhängigkeit des Alters behandlungsbedürftiger Kinder mit einer SSV (< 3 Jahre, 3-11 Jahre, > 11 Jahre)?
2. Wann ist eine Kombination eines Elterntrainings und einer patientenzentrierten Behandlung indiziert?
3. In welchem Therapieformat, mit welcher Intensität und mit welchen Therapiemethoden sollten Elterntrainings/elternzentrierte und eltern-kindzentrierte psychotherapeutische Interventionen durchgeführt werden?
4. Beeinflussen mangelnde prosoziale Emotionen oder besondere Belastungsfaktoren auf Seiten der Eltern die Wirksamkeit von Elterntrainings?
5. Liegen im deutschen Sprachraum evidenzbasierte elternzentrierte und eltern-kindzentrierte Behandlungsprogramme vor?

Schlüsselfragen patientenzentrierte Intervention:

1. Sind patientenzentrierte Interventionen bei Kindern im Alter von 4 bis 6 Jahren, bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 bis 14 Jahren und bei Jugendlichen ab dem Alter von 14 Jahren wirkungsvoll bei der Verminderung von aggressivem Verhalten gegenüber Erwachsenen und Gleichaltrigen?
2. In welchem Therapieformat (Einzel- versus Gruppentherapie), mit welcher Intensität und mit welchen therapeutischen Ansatzpunkten und mit welchen Therapiemethoden sollten patientenzentrierte psychotherapeutische Interventionen durchgeführt werden?
3. Beeinflussen mangelnde prosoziale Emotionen oder komorbide Störungen die Wirksamkeit von patientenzentrierten Interventionen?
4. Liegen im deutschen Sprachraum evidenzbasierte patientenzentrierte Therapieprogramme vor?

Schlüsselfrage(n) multimodale Interventionen:

1. Sind multimodale Interventionen bzw. Multi-Komponentenbehandlungen wirksam, um oppositionelles und aggressives Verhalten zu vermindern? Für welchen Altersbereich sind sie indiziert?
2. In welchem Therapieformat, mit welcher Intensität und mit welchen Therapiemethoden sollten multimodale Interventionen durchgeführt werden?

Schlüsselfragen zu Kindertagesstätten- und schulzentrierten Interventionen

1. Sind universelle präventive Interventionen in Kindertagesstätten und Schulen wirkungsvoll bei der Verminderung von oppositionellem und aggressivem Verhalten gegenüber Erwachsenen und Gleichaltrigen?
2. Sind erzieher- oder lehrerzentrierte therapeutische Interventionen in Kindertagesstätten und Schulen wirkungsvoll bei auffälligen Kindern oder Jugendlichen zur Verminderung von oppositionellem und aggressivem Verhalten gegenüber Erwachsenen und Gleichaltrigen?
3. Welches Therapieformat und welche Therapiemethoden sollten umgesetzt werden?
4. Liegen im deutschen Sprachraum evidenzbasierte erzieher- oder lehrerzentrierte therapeutische Therapieprogramme vor, die in Kindertagesstätten oder Schulen eingesetzt werden können?

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

Schlüsselfragen zu Pharmakologische Intervention:

1. Sind pharmakologische Interventionen wirksam, um oppositionelles und aggressives Verhalten zu vermindern? Für welchen Altersbereich sind sie indiziert?
2. Wie sind Nutzen und Risiken pharmakologischer Interventionen zur Verminderung von oppositionellem und aggressivem Verhalten einzuschätzen?

3. Suche nach relevanten Leitlinien

Von Dr. Marc Allroggen, Dr. Thea Rau und Peter Rehmann am Universitätsklinikum für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Ulm wurde eine erste systematische Recherche nach bestehenden themenrelevanten Leitlinien durchgeführt. Folgende Datenbanken wurden berücksichtigt: PsycINFO, EMBASE, MEDLINE, GIN. Die verwendeten Suchbegriffe und die Suchbegriffe finden sich im Anhang III.7.

Zur Sicherstellung der Aktualität der Evidenz begrenzte sich die Suche auf einen Publikationszeitraum von 2007 bis 2012. Zusammenfassend ergab diese Recherche, dass seit 2007 bis dato keine Leitlinien zu Störungen des Sozialverhaltens auf Deutsch oder Englisch vorlagen mit Ausnahme der S1 AWMF Leitlinie zu Störung des Sozialverhaltens. Eine systematische Recherche zur vorliegenden Leitlinien zu SSV (Allroggen et al., siehe Anhang III) identifizierte **folgende Leitlinien:**

- Abgelaufene S1 AWMF Leitlinie zu Störung des Sozialverhaltens (Dt. Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage 2007 - ISBN: 978-3-7691-0492-9, S. 265 – 275)
- NICE-Leitlinien für antisoziales Verhalten und Störungen des Sozialverhaltens bei Kindern und Jugendlichen veröffentlicht (NICE, 2013). Diese stellen aufgrund ihrer Orientierung an den AGREE-Kriterien (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Instrument [AGREE]; www.agreetrust.org) (AGREE Collaboration, 2003) umfangreiche, evidenzbasierte und qualitativ-hochwertige Leitlinien dar.
- Niederländische Leitlinien für Störungen des Sozialverhaltens (Richtlijn oppositioneel opstandige stoornis (ODD) en gedragsstoornis (CD) bij kinderen en jongeren ([https://www.nji.nl/nl/Richtlijn-Oppositieel-opstandige-stoornis-\(ODD\)-en-gedragsstoornis-\(CD\)-bij-kinderen-en-jongeren](https://www.nji.nl/nl/Richtlijn-Oppositieel-opstandige-stoornis-(ODD)-en-gedragsstoornis-(CD)-bij-kinderen-en-jongeren))

Folgende Ergänzungen zu den NICE Guidelines wurden weiterhin berücksichtigt:

- Violence and Aggression Short-term management in mental health, health and community settings (2015, Updated edition NICE Guideline NG10)
- National Collaborating Centre for Mental Health National Institute for Health and Care Excellence published by The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists (nice.org.uk/guidance/ng10)
- NICE pathways 2015. Treatment and care options for children and young people with antisocial behaviour and conduct disorder

Zusätzlich zu diesen beiden Leitlinien wurden **praktische Empfehlungen**, die für eine Bewertung nach

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

DELBI grundsätzlich geeignet sind und Übersichtsarbeiten, die ergänzend angefügt werden, sofern das methodische Vorgehen zur Literaturrecherche transparent war, berücksichtigt (siehe auch Anhang III.7).

Praktische Empfehlungen

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *Journal Am. Acad. Child Adolesc. psychiatry*, 46, 126-141.
- Knapp et al., 2012, Treatment of maladaptive aggression in youth: CERT guidelines I. Engagement, assessment, and management." *Pediatrics* 129(6): e1562-1576.
- Rosato, N. S., Corell, Ch., Pappadopulos, E. Chait, A., Crystal, S. & Jensen, P. S. (2012). Treatment of Maladaptive Aggression in Youth: CERT Guidelines II. Treatments and Ongoing Management. *Pediatrics*, 129(6):1577-1586.
- Forsbeck et al. in Schweden (Gathering and sharing evidence-based knowledge among professionals: The approach of Stockholm, Sweden. European Child and Adolescent Psychiatry. Conference: 14th International Congress of ESCAP European Society of Child and Adolescent Psychiatry Helsinki Finland (11.06.2011-15.06.2011).

Die Bewertung der englischen NICE Leitlinie erfolgte durch die Steuerungsgruppe mittels des Deutschen Instruments zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI; AWMF & ÄZQ, 2008). Die von NICE 2013 veröffentlichte Guideline „Antisocial Behavior and Conduct Disorder“ (www.nice.org.uk/guidance/cg158) weist für alle Domänen mit Ausnahme der Domäne Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitssystem (Domäne 7:0.444) auf eine gute bis sehr hohe methodische Qualität hin. Auf der ersten Statuskonferenz zur Entwicklung der deutschsprachigen Leitlinien am 30.04.2013 wurde folglich beschlossen, die NICE-Leitlinie als primäre Quellleitlinie zu nutzen. Die ebenfalls 2013 veröffentlichte niederländische Leitlinie ([https://www.nji.nl/nl/Richtlijn-Oppositieel-opstandige-stoornis-\(ODD\)-en-gedragstoornis-\(CD\)-bij-kinderen-en-jongeren](https://www.nji.nl/nl/Richtlijn-Oppositieel-opstandige-stoornis-(ODD)-en-gedragstoornis-(CD)-bij-kinderen-en-jongeren)) soll als sekundäre Quellleitlinie herangezogen werden, da diese ebenfalls auf einem qualitativ hochwertigen wissenschaftlichen Standard beruht. Die Übersetzung wurde von Herrn Dr. Caby übernommen.

4. Systematische und ergänzende Literaturrecherchen

Es wurden systematische Literaturrecherchen auf der Basis der gemeinsam formulierten Schlüsselfragen für den Bereich Prävention und Therapie durchgeführt. Analog dem Vorgehen der NICE-Arbeitsgruppe wurden aufgrund inhaltlicher Überschneidungen die Darstellung von Präventions- und Interventionsstudien zusammengefasst.

Aufgrund der engen Orientierung am Vorgehen der NICE-Leitliniengruppe, welche bereits die bis Juli 2012 vorliegende englischsprachige Evidenz ausführlich untersucht hatte, beschränkte sich die ergänzende Literatursuche auf den Zeitraum nach Fertigstellung der NICE Guidelines. Die erweiterte systematische Literaturrecherche umfasst englischsprachige quantitative und qualitative Reviews, sowie RCT- und Beobachtungsstudien für den Publikationszeitraum von 2012 bis September 2013 (siehe Tabelle). Um Aussagen für den deutschsprachigen Raum zu verbessern, wurden explizit auch deutschsprachig publizierte Untersuchungen, welche von NICE nicht berücksichtigt wurden, für den Zeitraum von 2000 bis 2013 eingeschlossen. Deutsche Publikationen vor 2000 wurden als nicht aus-

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

reichend aktuell erachtet. Systematische Reviews und Meta-Analysen in deutscher Sprache wurden ab 2007 bis 2013 gesucht. Analog zu den NICE-Guidelines wurden einerseits klassische (*mainstream*) Datenbanken, andererseits spezifische (*topic specific*) Datenbanken unabhängig voneinander untersucht. Als Zielpopulation wurden entsprechend der NICE Suchkriterien Kinder im Vorschulalter, mittlere Kindheit und Jugendalter definiert, die externale Verhaltensprobleme zeigen oder die Kriterien für eine SSV erfüllen oder ein hohes Risiko für die Entwicklung aggressiver Verhaltensstörungen aufweisen. Auf der Basis der systematischen Literaturrecherche konnten 275 Veröffentlichungen für diesen Zeitraum extrahiert werden. Von den 275 Studien wurden 200 ausgeschlossen, weil sie entweder für die Beantwortung der definierten Schlüsselfrage als nicht relevant einzustufen waren, eine unzureichende Methodik aufwiesen (mangelnde Präzision, Mängel im Design, indirekte Evidenz, kleines N, fehlende Angaben), nicht die definierte Zielpopulation oder Behandlungsintervention vorlag oder die gemessene Zielgröße keine Verhaltensprobleme, kein aggressives oder dissoziales Verhalten beinhaltete. Die einzelnen Schritte der systematischen Literaturrecherche sind im Folgenden detailliert dargestellt:

4.1. Vorbereitende Arbeiten

In einem ersten Schritt wurde der Frage nachgegangen, wie die definierten Schlüsselfragen durch die veraltete deutsche S1 Leitlinien, die NICE-Guidelines und die holländischen Leitlinien beantwortet wurden. Entsprechende Übersichtstabellen, bei denen die Empfehlungen aus den genannten Leitlinien gegenübergestellt sind, können im Sekretariat der Koordinatorin eingesehen werden.

Die für die vorliegenden Leitlinien berücksichtigte Literatur geht auf mehrere Literaturrecherchen und Recherchemethoden zurück. Dabei lassen sich neben den vorbereitenden Arbeiten zwei grosse Recherche-Wellen unterscheiden.

a) Im Zeitraum von 14.08. – 17.08.2012 hat ein Forschungsteam um Dr. Marc Allroggen (Dr. Thea Rau und Peter Rehmann) des Universitätsklinikums für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Ulm eine erste Literaturrecherche nach Leitlinien für Störung des Sozialverhaltens durchgeführt. Eine ausführliche Beschreibung des Vorgehens findet sich im Anhang des Leitlinienreports (III.7).

b) Dr. Filip Caby und Kollegen vom Marienkrankenhaus Papenburg haben am 13.02.2013 eine Recherche nach RCT-Studien zu Systemischer Therapie bei Störungen des Sozialverhaltens ab 2006 durchgeführt.

4.2. Erste systematische Recherche

Die erste Recherche-Welle der KJKP Basel fand vom 17.06. bis 02.07.2013 statt. Das Vorgehen war in drei aufeinanderfolgende Schritte gegliedert, die im Folgenden beschrieben werden. Basierend auf den Erkenntnissen der NICE Guidelines wurden aufgrund thematischer Überschneidungen analog zum Vorgehen in den NICE Guidelines die Fragen zu „prevention“ und „intervention“, sowie „case identification“, „diagnosis and assessment“ zusammengruppiert.

4.2.1. Sprachunabhängige Literaturrecherche

Zunächst unabhängig von englischer und deutscher Sprache wurden unten genannte Literaturdatenbanken mit den entsprechenden Schlüsselwörtern in Anlehnung an die von NICE definierten Themenbereiche (Treatment, Prevention, Access and Experience of Care, Assessment and Identification) auf Meta-Analysen, (systematische) Reviews und RCT-Studien durchsucht.

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

Zeitraum der Recherche: 17.06. – 20.06.2013

Publikationszeitraum: 2007-2013

Sprache: Alle

Datenbanken:

- Embase/Medline <http://embase.com/search/advanced>
- PsycINFO, PSYNDEXplus Literature and Audiovisual Media, PSYNDEXplus Tests (über Ovid) <http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.10.0b/ovidweb.cgi>
- Web Of Science http://apps.webofknowledge.com/WOS_AdvancedSearch_input.do?product=WOS&SID=W23R4qVgrfBUUhdxrul&search_mode=AdvancedSearch
- Cochrane Library <http://www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html>

Suchbegriffe:

Conduct disorder	AND	(Treatment OR Therapy)
Oppositional defiant disorder		Prevention
(Disruptive behaviour OR disruptive behaviour)		(Access OR Experience of care)
(Antisocial behaviour OR antisocial behaviour)		(Identification OR assessment)
Störung des Sozialverhaltens	UND	(Therapie OR Behandlung)
Oppositionelles Verhalten		(Prävention OR Vorsorge)
Antisoziales Verhalten		(Zugang OR Verfügbarkeit)
		(Erfassung OR Diagnostik)

Die Suchbegriffe wurden bewusst grob gehalten und als „Keywords“ gesucht, um möglichst viele Artikel zu berücksichtigen.

- Insgesamt ergab die Recherche eine Anzahl von >1300 Artikeln; deshalb wurde beschlossen, getrennt für englisch- und deutschsprachige Artikel mit unterschiedlichen Publikationszeiträumen zu suchen.

4.2.2. Englischsprachige Publikationen

Da die NICE-Leitlinienentwicklungsgruppe eine systematische Literaturrecherche der englischsprachigen Literatur bis Juni 2012 durchgeführt hatte, beschränkte sich die vorliegende Recherche auf Artikel im Publikationszeitraum von 2012 bis 2013.

Zeitraum der Recherche: 21.06. – 25.06.2013

Publikationszeitraum: 2012-2013

Sprache: Englisch

Datenbanken:

- Embase/Medline <http://embase.com/search/advanced>
- PsycINFO, PSYNDEXplus Literature and Audiovisual Media, PSYNDEXplus Tests (über Ovid) <http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.10.0b/ovidweb.cgi>
- Web Of Science http://apps.webofknowledge.com/WOS_AdvancedSearch_input.do?product=WOS&SID=W23R4qVgrfBUUhdxrul&search_mode=AdvancedSearch
- Cochrane Library <http://www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html>

Suchbegriffe:

Conduct disorder	AND	Treatment v Therapy
Oppositional defiant disorder		Prevention
(Disruptive behaviour OR disruptive behaviour)		(Access OR Experience of care)
(Antisocial behaviour OR antisocial behaviour)		(Identification OR assessment)

Die Suchbegriffe wurden bewusst grob gehalten und als „Keywords“ gesucht, um möglichst viele Artikel zu berücksichtigen.

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

Ergebnisse: Zusammengefasst lieferte die Literaturrecherche über alle Datenbanken hinweg folgende Anzahl an Publikationen für die vier übergeordneten Themenbereiche:

Treatment	127 RCTs 23 Meta-Analysen 112 Reviews
Prevention	16 RCTs 5 Meta-Analysen 21 Reviews
Access and Experience of Care	5 RCTs 1 Meta-Analyse 0 Reviews
Assessment and Identification	69 RCTs 7 Meta-Analysen 80 Reviews

Als Nächstes wurden alle Publikationen daraufhin geprüft, ob sie bereits in den NICE-Guidelines berücksichtigt worden waren, d.h. entweder zur Evidenzbasierung aufgenommen oder aufgrund von methodischen Mängeln ausgeschlossen worden waren.

Bei den RCT-Studien waren **4** Arbeiten bereits in den NICE-Guidelines aufgenommen, wobei eine Arbeit sowohl im „Access“ als auch im „Prevention“-Bereich aufgelistet war. **Eine** Meta-Analyse war bereits von NICE aufgenommen worden, sowie **ein** Review.

Da eine Vielzahl der Artikel zwei oder mehreren Bereichen zugeordnet werden konnte, wurde beschlossen, die Literatur übergeordnet zu betrachten und entsprechende Redundanzen wurden ausgeschlossen.

Somit blieben **147** RCTs, **155** Reviews und **28** Meta-Analysen übrig.

Diesen Ergebnissen wurden die überprüften Ergebnisse aus den vorangegangenen, nicht in Basel durchgeführten Recherchen hinzugefügt und wiederum Duplikate eliminiert.

Anschließend erfolgte zunächst durch ein Screening der Abstracts eine inhaltliche Prüfung hinsichtlich der tatsächlichen Relevanz der Artikel für die Leitlinienentwicklung für Störungen des Sozialverhaltens, sowie im Anschluss eine methodische Überprüfung, ob die als RCT-Studien gefundenen Artikel tatsächlich RCT-Designs aufweisen.

Die inhaltliche Relevanzprüfung erfolgte mittels folgender Ausschlusskriterien:

- unpassende Zielgruppe (z.B. Erwachsene, ausschliesslich andere Störungsbilder, Stark unterscheidende kultureller Kontext, z.B. Studien aus Kriegsgebieten in Afrika)
- kein Bezug zu Störung des Sozialverhaltens / Aggression
- keine störungsspezifischen Outcomes (z.B. nicht Aggression, Symptomreduktion oder kindliches Problemverhalten)

Zusammen mit den Ergebnissen aus den vorangegangenen, nicht in Basel durchgeführten Literaturrecherchen, sowie den bis dato von Hand gesuchten Artikeln von Experten (n=1), endete die erste Recherchewelle mit **20** englischsprachige RCTs, **7** Beobachtungsstudien, **7** Meta-Analysen und **23** Reviews, die anschließend bezüglich ihrer Evidenzqualität untersucht wurden.

4.2.3. Deutschsprachige Publikationen

Da in den NICE-Guidelines nur englischsprachige Artikel Anwendung fanden, wurden zunächst diejenigen deutschsprachigen Artikel aus den NICE-Guideline herausgesucht, die aufgrund der Sprachbarriere von vornerein ausgeschlossen worden waren (n=13). Davon entsprach die Untersuchungsgruppe zweier Artikel nicht der Zielgruppe der Leitlinien (ADHS und Hörgeschädigte), 4 Veröffentlichungen wurden als zu alt (vor 1980) erachtet und ein Artikel verglich zwei Erhebungsinstrumente miteinander, was für die vorliegenden Leitlinien als nicht relevant erachtet wurde, da keine Empfehlungen für bestimmte Erhebungsinstrumente ausgesprochen werden. Von den übrigen Artikeln (n=6) waren 2 RCTs und 4 Beobachtungsstudien.

Außerdem wurden aus dem Literaturverzeichnis der NICE-Guidelines diejenigen Artikel herausgesucht, die zwar englischsprachig waren, aber im deutschsprachigen Raum durchgeführt wurden (n=5), um mögliche Redundanzen aufgrund deutsch- und englischsprachiger Publikation des gleichen Artikels zu vermeiden.

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

Die anschließende Literaturrecherche schloss für RCT-Studien einen offenen Publikationszeitraum bis 2013 ein. Für Meta-Analysen/Reviews wurde der Publikationszeitraum auf 2007-2013 beschränkt, da Bachmann et al. (2008) bereits ausführlich Meta-Analysen und (systematische)Reviews bis August 2007 für ihren Übersichtsartikel zusammengetragen hatten.

Zeitraum der Recherche: 20.06. – 02.07.2013

Publikationszeitraum: offen-2013 (RCTs) bzw. 2007-2013 (Meta-Analysen / Reviews)

Sprache: Deutsch

Datenbanken:

- Embase/Medline <http://embase.com/search/advanced>
- PsycINFO, PSYINDEXplus Literature and Audiovisual Media, PSYINDEXplus Tests (über Ovid) <http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.10.0b/ovidweb.cgi>
- Web Of Science http://apps.webofknowledge.com/WOS_AdvancedSearch_input.do?product=WOS&SID=W23R4qVgrfBUUhdxrut&search_mode=AdvancedSearch
- Cochrane Library <http://www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html>

Suchbegriffe:

Conduct disorder	AND	Treatment v Therapy
Oppositional defiant disorder		Prevention
(Disruptive behaviour OR disruptive behaviour)		(Access OR Experience of care)
(Antisocial behaviour OR antisocial behaviour)		(Identification OR assessment)
Störung des Sozialverhaltens	UND	(Therapie ODER Behandlung)
Störung des Sozialverhaltens		(Prävention ODER Vorsorge)
Störung des Sozialverhaltens		(Zugang ODER Versorgung ODER Erfahrung)
Oppositionelles Verhalten		(Erfassung ODER Diagnostik)
Antisoziales Verhalten		
Aufsässiges Verhalten		
Aufsässiges Verhalten		
Aufsässiges Verhalten		
Aggressives Verhalten		
Aggression		
Dissoziales Verhalten		
Aggressiv-dissoziales Verhalten		

Die Suchbegriffe wurden bewusst grob gehalten und als „Keywords“ gesucht, um möglichst viele Artikel zu berücksichtigen.

Zunächst wurden die englischen Keywords analog zur Recherche nach englischsprachiger Literatur in den oben genannten Kombinationen in Anlehnung an die von NICE definierten Themenbereiche verwendet.

Dies lieferte über alle Datenbanken hinweg zunächst für

Treatment	10 RCTs
	0 Meta-Analysen
	8 Reviews
Prevention	1 RCT
	1 Meta-Analysen
	0 Reviews
Access and Experience of Care	1 RCT
	0 Meta-Analyse
	1 Reviews
Assessment and Identification	1 RCT
	0 Meta-Analysen
	0 Reviews

Aufgrund der geringen Trefferzahl für Meta-Analysen und Reviews wurde in einem nächsten Schritt unabhängig von den NICE-Themenbereichen gesucht, also nur die das Störungsbild beschreibenden Keywords eingegeben und separat für Meta-Analysen und Reviews in deutscher Sprache gefiltert.

Dieser Schritt ergab insgesamt **20** Treffer für Meta-Analysen und **36** Treffer für Reviews.

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

Wegen der Annahme einer geringen Fallzahl deutschsprachiger Studien allgemein, wurden auch bezüglich der deutschsprachigen Suchbegriffe zunächst nur die das Störungsbild beschreibenden Keywords mit einer „oder“-Verknüpfung eingegeben und unabhängig vom Studientyp gesucht. Separat für die Datenbanken ergaben sich folgende Trefferzahlen:

Web of Science: 2

Embase/Medline: 381

PsycINFO, PSYNDEXplus Literature and Audiovisual Media, PSYNDEXplus Tests (über Ovid): 4758

Da die hohen Trefferzahlen für die letzteren beiden Datenbanken weitere Einschränkungen verlangten, wurden die Suchbegriffe in Embase/Medline mit den Suchbegriffen für die jeweiligen Themenbereiche mit der „und“-Funktion verknüpft.

Daraus resultierten folgende Trefferzahlen, die umgehend auf ihre Relevanz überprüft wurden. Die Relevanzprüfung erfolgte mittels folgender Ausschlusskriterien:

- unpassende Zielgruppe (z.B. Erwachsene, ausschliesslich andere Störungsbilder, stark unterscheidende kultureller Kontext, z.B. Studien aus Kriegsgebieten in Afrika)
- kein Bezug zu Störung des Sozialverhaltens / Aggression
- keine störungsspezifischen Outcomes (z.B. nicht Aggression, Symptomreduktion oder kindliches Problemverhalten)

Außerdem wurde die relative Aktualität der Publikationen (nach 2000) als weiteres Relevanzkriterium erachtet.

Therapie v Behandlung: 150 Relevant: 4

Prävention v Vorsorge: 24 Relevant: 3

Zugang v Versorgung v Erfahrung: 48 Relevant: 1

Erfassung v Diagnostik: 9 Relevant: 1

Die sehr hohe Trefferzahl in den Ovid-Datenbanken wurde durch Filtern nach Studientyp und Publikationszeitraum ab 2000 reduziert, da Studien vor 2000 als nicht aktuell erachtet wurden. Dies lieferte folgende Trefferzahlen, welche wiederum unmittelbar auf ihre Relevanz überprüft wurden.

RCT: 27 Relevant: 2

Meta-Analyse: 24 Relevant: 1

Review: 245 Relevant: 24

Analog zur englischsprachigen Literaturrecherche wurden alle Publikationen themenbereichsübergreifend zusammengetragen, auf Duplikate überprüft und hinsichtlich ihrer Berücksichtigung in den NICE-Guidelines untersucht. Keine der gefundenen Veröffentlichungen wurde in den NICE-Guidelines berücksichtigt.

Anschließend erfolgte durch Screening der Abstracts eine erneute inhaltliche Prüfung der Artikel für die Leitlinienentwicklung für Störungen des Sozialverhaltens (Ausschlusskriterien waren z.B. nicht-relevante Zielgruppe, kein Zusammenhang mit störungsspezifischen Outcomes oder gänzliche Themenabweichungen), sowie im Anschluss eine methodische Überprüfung, ob die als RCT-Studien gefundenen Artikel tatsächlich RCT-Designs aufweisen. Da manche Studien sich sowohl in der Kategorie Reviews als auch in den Meta-Analysen wiederfanden, wurden diese beiden Kategorien zusammengefasst.

Zusammen mit den Ergebnissen aus den vorangegangenen, nicht in Basel durchgeführten Literaturrecherchen, sowie den bis dato von Hand gesuchten Artikeln von Experten (n=2), endete die erste Recherchewelle mit **3** deutschsprachigen RCTs, **12** Beobachtungsstudien, **33** Meta-Analysen bzw. Reviews, die anschließend bezüglich ihrer Evidenzqualität untersucht wurden. (Siehe Abbildung 1)

4.3. Zweite systematische Recherche

Nachdem die Ergebnisse der ersten Literaturrecherchewelle der Leitungsgruppe vorgestellt worden waren, wurde beschlossen, die Suche weiter zu systematisieren und eingeschränkter nach Interventions- und Präventionsmassnahmen für Störungen des Sozialverhaltens und aggressives Verhalten zu suchen. Das Vorgehen der zweiten Recherchewelle orientierte sich eng am Vorbild der NICE-Leitlinien.

Ziel: Gibt es seit 07/2012 neue, englischsprachige Literatur/Evidenz zur Therapiewirksamkeit, bzw. ab 2000 (2007 für Reviews/Meta-Analysen) entsprechende deutschsprachige Publikationen?

Zeitraum: *englischsprachige Literatur:* Juli 2012 – heute

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

deutschsprachige Literatur: 2000 – heute, wobei Meta-Analysen und system. Reviews ab August 2007 gesucht werden, da Bachmann et al. (2008) entsprechende vorangegangene Evidenz ausführlich für ihre Übersichtsarbeit zusammengetragen hatten

Basierend auf den Erkenntnissen der NICE Guidelines wurden aufgrund thematischer Überschneidungen analog zum Vorgehen in den NICE Guidelines die Fragen zu „prevention“ und „intervention“, sowie „case identification“, „diagnosis and assessment“ zusammengruppiert.

Die Evidenzlage untergliederte sich insgesamt auf drei zusammengefasste Bereiche:

1. Prävention / Intervention
2. Identifikation / Diagnose / Erfassung
3. Experience of Care

Obwohl sich die Literaturrecherche eng an der NICE-Arbeitsgruppe orientierte, war es aufgrund zeitlicher und personeller Kapazitäten nicht möglich, die NICE-Literaturrecherche genau zu replizieren. Stattdessen wurden in Bezug auf die Datenbanken die als am wichtigsten erachteten Quellen und zum Teil weitere, in den Suchmaschinen parallel anwendbare Datenbanken verwendet.

Gesamtübersicht verwendeter Datenbanken mit Subdatenbanken

Mainstream:

- über OvidSP (<http://ovidsp.tx.ovid.com/>)
- PsycINFO (1806 – September Week 4, 2013)
- Ovid MEDLINE[®] (1946 – September Week 3, 2013)
- Ovid MEDLINE[®] In-Process & Non-Indexed Citations (September 25, 2013)
- Embase 1996 to 2013 Week 38

Topic specific:

- Über Web of Science
(http://apps.webofknowledge.com/WOS_AdvancedSearch_input.do?product=WOS&SID=Q1GLy9kUaRCRvj1osBn&search_mode=AdvancedSearch)
- SSCI (Social Sciences Citation Index) 1900-present
- SCI-EXPANDED (Science Citation Index Expanded) 1900-present
- A&HCI (Arts & Humanities Citation Index) 1975-present
- CPCI-S (Conference Proceedings Citations Index- Science) 1990-present
- CPCI-SHH (Conference Proceedings Citation Index- Social Science & Humanities) 1990-present

Über ProQuest (<http://search.proquest.com/?accountid=14616=>)

- ERIC (Education Resources in Curriculum) (über Ovid SP)
- IBSS (International Bibliography of Social Sciences)
- SSA (Social Services Abstracts)
- Sociological Abstracts
- NCJRS (National Criminal Justice Reference Service)

Über Wiley – Cochrane Library (<http://onlinelibrary.wiley.com/cochranelibrary/search/>)

- CDSR (Cochrane Database of Systematic Reviews)
- CENTRAL (Cochrane Central Register of Controlled Trials)
- Cochrane Methodology Register
- Database of Abstracts of Reviews of Effects
- Health Technology Assessment Database
- NHS Economic Evaluation Database

Pro Datenbank wurden in Anlehnung an NICE entsprechende Suchstrategien mit Populationstermen, Interventionstermen und Filtertermen generiert und separate Suchdurchläufe ausgeführt (siehe jeweilige separate Datei pro Datenbank).

Die aus den Suchbegriffen und Filtern resultierenden Zitationen wurden in das Literaturverwaltungsprogramm EndNote exportiert, um anschliessend pro Studientyp über die jeweiligen Subdatenbanken Duplikate zu eliminieren und die Ergeb-

publiziert bei:	 AWMF online Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

nisse durch Screening der Überschriften auf ihre Relevanz zu prüfen. Da die Suche nach „Named Interventions“ über OvidSP nachgeschaltet worden war, gestaltete sich das Zusammentragen der Suchergebnisse als zweischrittiger Prozess:

a) Intervention/Prevention

Typ	Gesamtsumme (Exporte) aus allen Subdatenbanken	Ohne Duplikate	
Ovid (Psychosocial)			
Observ deutsch	937	870	
Observ englisch	3261	2779	
Qual rev deutsch	0	0	
Qual rev englisch	132	85	
Quant Rev deutsch	88	64	
Quant Rev englisch	1950	1434	
RCT deutsch	344	227	
RCT englisch	2937	2241	
ProQuest			
Observ deutsch	96	96	
Observ englisch	500	500	
Qual rev deutsch	0	0	
Qual rev englisch	21	21	
Quant Rev deutsch	0	7	
Quant Rev englisch	99	99	
RCT deutsch	6	5	
RCT englisch	366	363	
Web of Science			
Observ deutsch	-	-	
Observ englisch	-	-	
Qual rev deutsch	0	0	
Qual rev englisch	90	90	
Quant Rev deutsch	139	139	
Quant Rev englisch	1000	1000	
RCT deutsch	86	86	
RCT englisch	1000	998	
Wiley - Cochrane Library			
Cochrane Reviews	757	757	
Economic Evaluation	3	3	
Trials	218	216	

<u>Zusammenfassung</u>	<u>über alle Datenbanken</u>			
Typ	Gesamtsumme (Exporte)	Ohne Duplikate	<u>relevant</u>	
Observ deutsch	966	693		62

publiziert bei:	 AWMF online Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

Observ englisch	3279	3082	68
Qual rev deutsch	0	0	0
Qual rev englisch	196	168	26
Quant Rev deutsch	210	197	29
Quant Rev englisch*	3293	3151	103
RCT deutsch	318	294	3
RCT englisch**	3818	3154	103

*mit Cochrane Reviews und Economic Evaluation

** mit Cochrane Trials

b) Named intervention (OvidSP)

Typ	Gesamtsumme (Exporte) aus allen Subdatenbanken	Ohne Duplikate
Physical Interventions		
Observ deutsch	81	55
Observ englisch	2046	1366
Qual rev deutsch	0	0
Qual rev englisch	32	18
Quant Rev deutsch	10	7
Quant Rev englisch	341	233
RCT deutsch	41	30
RCT englisch	910	633
Alternative Interventions		
Observ deutsch	99	74
Observ englisch	1531	1048
Qual rev deutsch	0	0
Qual rev englisch	30	18
Quant Rev deutsch	12	11
Quant Rev englisch	294	225
RCT deutsch	44	34
RCT englisch	660	451
Pharma Interventions		
Observ deutsch	93	69
Observ englisch	1391	1009
Qual rev deutsch	0	0
Qual rev englisch	8	6
Quant Rev deutsch	21	15
Quant Rev englisch	342	261
RCT deutsch	107	91
RCT englisch	855	327

publiziert bei:	 AWMF online Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

Zusammenfassung

über alle Therapiearten

Typ	Gesamtsumme (Exporte)	Ohne Duplikate	relevant
Observ deutsch	198	175	12
Observ englisch	3423	3090	74
Qual rev deutsch	0	0	0
Qual rev englisch	42	36	7
Quant Rev deutsch	33	28	18
Quant Rev englisch	719	626	47
RCT deutsch	155	116	6
RCT englisch	1411	1441	15

c) relevante Interventionen insgesamt

Typ	Gesamtsumme (Exporte)	Ohne Duplikate
Observ deutsch	74	71
Observ englisch	142	133
Qual rev deutsch	0	0
Qual rev englisch	33	31
Quant Rev deutsch	42	35
Quant Rev englisch	150	135
RCT deutsch	11	11
RCT englisch	118	112

Reviews englisch zusammen	166	156
Reviews deutsch zusammen	35	35

Aufgrund teilweise überschneidender Ergebnisse zu quantitativen und qualitativen Reviews wurden diese wiederum in einer gemeinsamen Kategorie zusammengefasst.

Die Relevanzprüfung erfolgte mittels folgender Ausschlusskriterien:

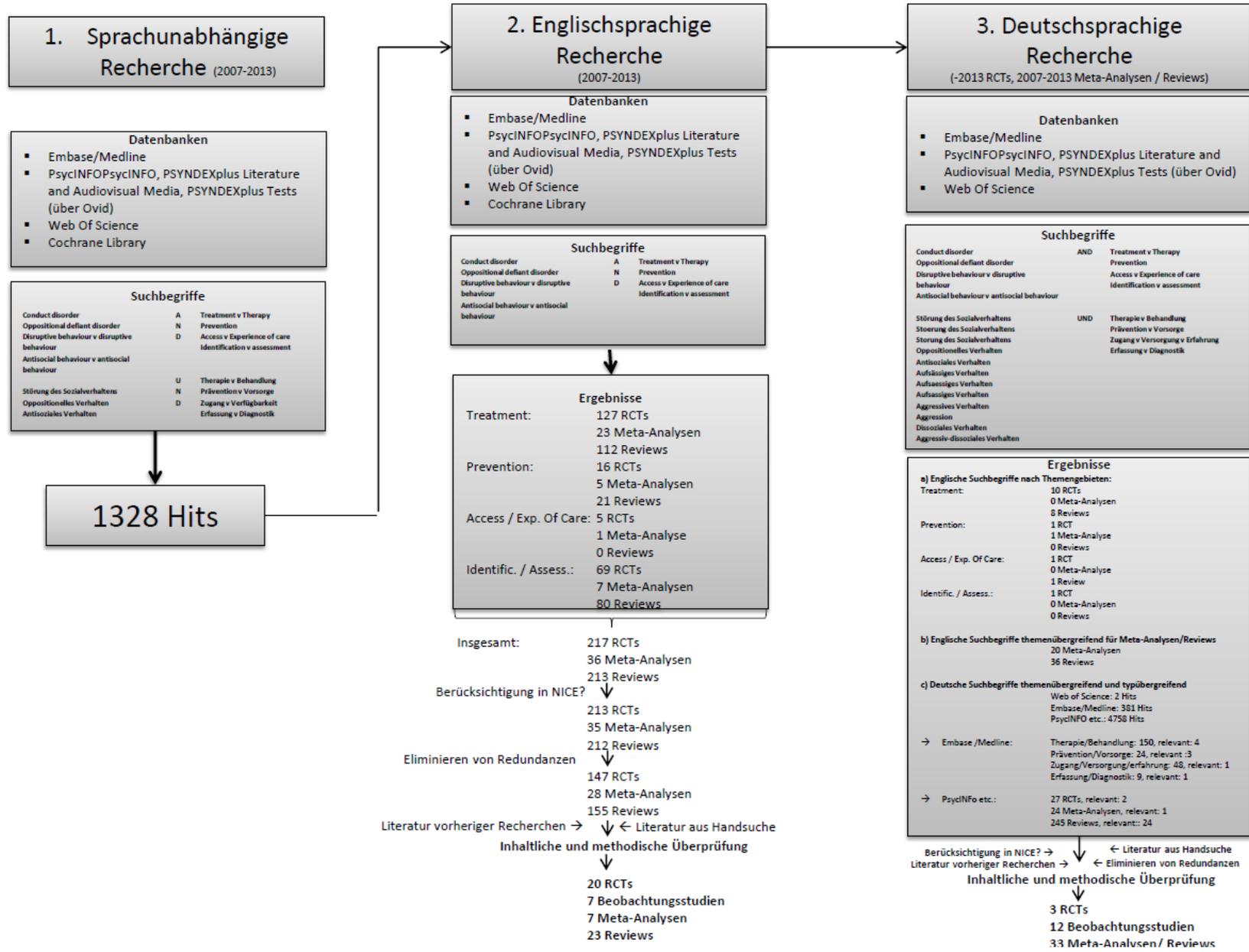
- unpassende Zielgruppe (z.B. Erwachsene, ausschliesslich andere Störungsbilder, stark unterscheidende kultureller Kontext, z.B. Studien aus Kriegsgebieten in Afrika)
- keine Therapie-/Interventionsstudie
- kein Bezug zu Störung des Sozialverhaltens / Aggression
- keine störungsspezifischen Outcomes (z.B. nicht Aggression, Symptomreduktion oder kindliches Problemverhalten)

Die als relevant erachtete Literatur wurde anschließend noch einmal daraufhin geprüft, ob sie bereits in den NICE-Guidelines verwendet bzw. aus bestimmten Gründen von den NICE-Guidelines ausgeschlossen worden war. Von den deutschsprachigen Publikationen waren **2** RCT-Studien und **4** Beobachtungsstudien aufgrund der Sprachbarriere von vornerein von NICE ausgeschlossen worden. In die Evidenzbasis der NICE-Leitlinien ist keine der gefundenen deutschen Studien eingeflossen.

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

Im Hinblick auf englischsprachige Paper fanden **4** RCT-Studien und **1** Beobachtungsstudie für die NICE-Evidenz Berücksichtigung, genau wie **3** Publikationen aus dem Bereich der Reviews/Meta-Analysen. Keine der recherchierten Artikel war zuvor von NICE ausgeschlossen worden.

In einem letzten Schritt wurden die Ergebnisse der beschriebenen Recherchen zusammengefasst. Da die Resultate der vorangegangenen Suchen bereits in die erste Recherchewelle integriert worden waren, wurden folglich die relevanten Publikationen aus der ersten und zweiten Recherchewelle zusammengeführt und Duplikate eliminiert. Eine deutschsprachige RCT-Studie, sowie 8 Beobachtungsstudien und 6 Übersichtsarbeiten waren in beiden Recherchewellen identifiziert worden. Bezüglich der englischsprachigen Literatur fanden sich Duplikate für 19 RCT-Studien, 7 Beobachtungsstudien und 13 Übersichtsarbeiten. Die Artikel aus der zweiten Recherchewelle wurden abschließend inhaltlich auf ihre Passung zu den Schlüsselfragen und methodisch bezüglich ihres tatsächlichen Studiendesign durch die Lektüre der ganzen Publikation überprüft.



publiziert bei:	 AWMF online Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

4.4. Ergänzende Literaturrecherche

Für den Zeitraum nach September 2013 wurden Metaanalysen und kontrollierte, in erster Linie RCT-Studien berücksichtigt, wenn diese eine sehr gute bis gute methodische Qualität aufwiesen (entsprechend der Beurteilung nach den SIGN Kriterien) und b) für die Bearbeitung der Schlüsselfragen relevant waren. Die unsystematische Literaturrecherche erstreckte sich bis Juni 2016².

5. Bewertung der Qualität der Evidenz und Ableitung von Empfehlungsgraden

5.1. Bewertung der Evidenz

Die Qualität aller eingeschlossenen Studien wurde anhand von Kriterien-Checklisten, die von der Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) entwickelt wurden (SIGN Scottish Intercollegiate Guidelines Network, *Management of attention deficit and hyperkinetic disorders in children and young people. A national clinical guideline.* 2009), von zwei Mitarbeitern der KJPK Basel beurteilt und die Ergebnisse mit Prof. Stadler und ggfs. der Steuergruppe diskutiert (alle Checklisten zur Beurteilung von RCT-Studien, Beobachtungsstudien und Metaanalysen können auf Anfrage an das Leitliniensekretariat eingesehen werden).

Die vom „Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)“ ausgearbeiteten Checklisten stehen im Internet frei zur Verfügung (<http://www.sign.ac.uk/methodology/checklists.html>). Diese Checklisten unterscheiden sich je nachdem, welches Studiendesign von der Untersuchung verwendet wurde: 1) checklist for randomized controlled trials, 2) checklist for cohort studies, 3) checklist for systematic reviews. Bei der Auswahl der passenden Checkliste orientierte sich die Arbeitsgruppe an dem von SIGN zur Verfügung gestellten Algorithmus zur Klassifizierung von Studiendesigns. Bei nicht randomisierten aber kontrollierten Studien wurde die RCT Checkliste verwendet, dabei jedoch die drei Fragen zur Randomisierung übersprungen.

Vor der Bewertung jeder Studie wurde geprüft, ob die Untersuchung relevant für mindestens eine der formulierten Schlüsselfragen ist. Im ersten Abschnitt der Bewertung geht es jeweils um Fragen der internen Validität, im zweiten um eine allgemeine qualitative Beurteilung der Studie. Folgende Einstufungen sind möglich:

- „high quality“ (++) , Mehrzahl der Kriterien erfüllt, kleines oder gar kein Bias-Risiko, es ist unwahrscheinlich, dass zukünftige Forschung zu anderen Ergebnissen kommen wird.
- „acceptable“ (+), die meisten Kriterien erfüllt, einige Mängel in der Studie könnten zu einem Bias führen, Ergebnisse könnten bei weiteren Untersuchungen anders ausfallen.
- „unacceptable – reject (0)“, entweder werden die meisten Kriterien nicht erfüllt oder das Studiendesign weist bei wichtigen Aspekten signifikante Mängel auf, es ist wahrscheinlich, dass andere Studien zu abweichenden Schlussfolgerungen kommen werden.

² Auf Anfrage beim Sekretariat der LL-Koordinatorin wird eine Übersicht aller eingeschlossenen Studien zur Verfügung gestellt (Jolanda.Amrein@upkbs.ch).

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

Allgemein spiegelt die Qualität der Evidenz das Vertrauen in den Effektschätzer wider (Sicherheit der Studienergebnisse) bzw. wie sehr zukünftige Studien zu abweichenden Ergebnissen kommen können. Die Qualität der Evidenz ist abhängig vom Studiendesign, der methodischen Qualität, der Konsistenz der Studienergebnisse, dem Verzerrungspotential (Risk of Bias) und der Präzision der Effektschätzer (Konfidenzintervall) – diese wurden mittels SIGN-Checklisten bewertet (<http://www.sign.ac.uk/checklists-and-notes.html>) – sowie des Vorliegens eines Publikationsbias. Je nach methodischer Qualität der jeweiligen Studien wurde beispielsweise für eine klinische Fragestellung ein „Up-“ und „Downgrading“ vorgenommen. Ein „Downgrading“ erfolgte zum Beispiel, wenn zwar eine randomisierte kontrollierte Studie vorlag, diese aber von schlechter methodischer Qualität war, eine nicht repräsentative Stichprobe untersuchte oder die Anwendbarkeit der Methode fraglich erschien.

Tabelle 2: Graduierung der Evidenz

<p>Hohe Qualität: Es ist sehr unwahrscheinlich, dass weitere Forschung das Vertrauen in die Schätzung des Effekts verändern wird.</p> <p>Moderate Qualität: Weitere Forschung wird wahrscheinlich einen wichtigen Einfluss auf das Vertrauen in die Schätzung des Effekts haben und könnte die Schätzung ändern.</p> <p>Geringe Qualität: Weitere Forschung wird sehr wahrscheinlich einen wichtigen Einfluss auf das Vertrauen in die Schätzung des Effekts haben und wahrscheinlich die Schätzung ändern.</p> <p>Sehr geringe Qualität: Es herrscht eine große Unsicherheit bezüglich der Schätzung.</p>
--

5.2. Darstellung der Evidenz und Überführung von Evidenzgraden in Empfehlungen

Um den Forschungsstand aus der ergänzenden Literaturrecherche umfassend und systematisch darzustellen, wurden die Studien der ergänzenden Literaturrecherche für die Schlüsselfrage E (Prävention und Intervention) nach dem PICO-Schema (Patient/Population [P] – Intervention [I] – Comparison/Vergleichsintervention [C] – Outcome/Zielgröße [O]) (National Collaborating Centre for Methods and Tools, Defining your question: PICO and PS. Hamilton, ON: McMaster University. (Updated 12 September, 2017) Retrieved from <http://www.nccmt.ca/knowledge-repositories/search/138>. 2012.) tabellarisch in Evidenztabelle dargestellt und nach Kapiteln (patientenzentriert, familienbasiert, kita- und schulbezogen, multimodal) geordnet (siehe Beispiel Tabelle 3 und Anhang III.4, Evidenztabelle (Evidenz-Tabellen)).

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

Tabelle 3: Beispiel Evidenztabelle - Psychosoziale Interventionen

Studie	P	I	C	O	Aussagen zur klinischen Wirksamkeit	Fazit
Asscher, J. J., Deković, M., Manders, W. A., van der Laan, P. H., & Prins, P. J. (2013).	N=256 (mean age 16.2 years) 51% court-ordered, 39% referred by care or child social worker: 11 % self-referred	MST N=147	TAU: mostly individual treatment and family-based	Post assessment: YSR: d=.26 DSM Symptom Scale (parent rated) ODD: d=.36 CD: d=.30	Effective irrespective of age or ethnicity; MST effective for positive dimensions of parenting and associations with prosocial peers, but not for relationships with deviant peers. MST showed larger (and more positive) effects for adolescent cognitions for boys than for girls.	Qualität der Evidenz: hoch (SIGN Checkliste: ++) Multisystemische Behandlung (MST) effektiv unabhängig von Alter und Ethnizität, kleine Effekte Wirksamkeit von MST auch für den europ. Raum bestätigt, Wirksamkeit von MST nicht nur gegenüber Nicht-Behandlung bestätigt, sondern auch gegenüber anderer Intervention.

Wie im oben aufgeführten Beispiel sind Evidenzmaße für die zentralen Veränderungsindikatoren angegeben. In den meisten Fällen ist Cohen's d angegeben. Eine zusätzliche Berechnung erfolgte zumeist auf der Basis von Mittelwerten und Standardabweichungen. In einigen Fällen basiert die Berechnung von Cohens auf andere Teststatistiken (F, p oder t Werte) oder den Unterschied zwischen Prozentangaben. Die Ergebnisse der Metaanalysen und systematischen Reviews wurden ebenfalls tabellarisch zusammengefasst. Die Qualität der Studien ist ebenfalls in den Tabellen vermerkt, um die Evidenzgrade ableiten zu können. (siehe im Leitlinienreport Anhang III.4). Evidenztabelle liegen zu folgenden Interventionsbereichen vor:

1. Schulbasierte Interventionen
2. Eltern- und eltern-kindzentrierte Interventionen
3. Multimodale Interventionen
4. Aufsuchende Interventionen /Hometreatment
5. Studien, bei denen der Einfluss von kühl-unemotionalen Eigenschaften auf die Therapiewirksamkeit berücksichtigt wurde

Die Überleitung von Evidenzebenen in Empfehlungsgrade ist zusammenfassend in Abbildung 1 dargestellt. Für die Graduierung der Empfehlung sind neben den zu berücksichtigten Evidenzebenen auch ethische, rechtliche und ökonomische Erwägungen als relevant zu erachten.

publiziert bei:	 AWMF online Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

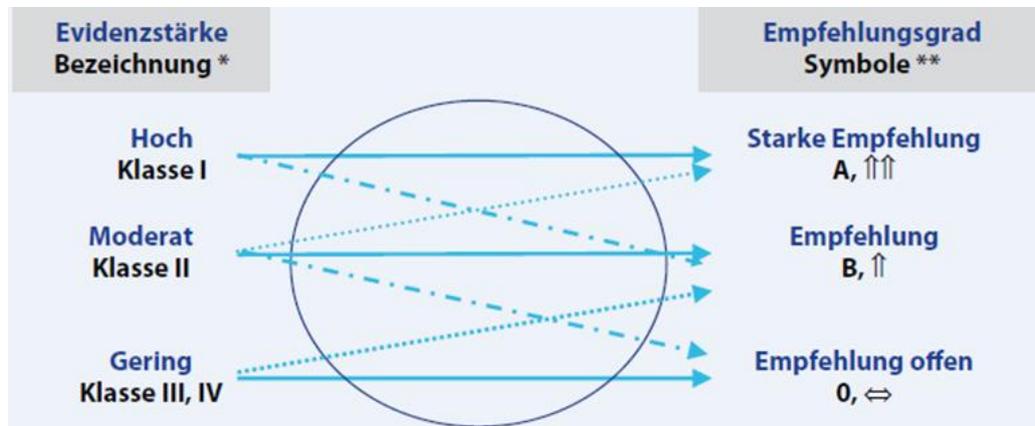
Tabelle 4: Graduierung von Empfehlungen (GoR) (nach AWMF, 2012) Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) – ständige Kommission Leitlinien, AWMF-Regelwerk „Leitlinien“. 1. Auflage. 2012. Verfügbar unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html>. 2012.)

Empfehlungsgrad	Symbol	Beschreibung	
A		Starke Empfehlung	„Soll“-Empfehlung: Zumindest eine randomisierte kontrollierte Studie von insgesamt guter Qualität und Konsistenz, die sich direkt auf die jeweilige Empfehlung bezieht und nicht extrapoliert wurde (Evidenzebenen Ia und Ib).
B		Empfehlung	„Sollte“-Empfehlung: Gut durchgeführte klinische Studien, aber keine randomisierten klinischen Studien, mit direktem Bezug zur Empfehlung (Evidenzebenen II oder III) oder Extrapolation von Evidenzebene I, falls der Bezug zur spezifischen Fragestellung fehlt.
O		Empfehlung offen	„Kann“-Empfehlung: Berichte von Expertenkreisen oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten (Evidenzkategorie IV) oder Extrapolation von Evidenzebene IIa, IIb oder III. Diese Einstufung zeigt an, dass direkt anwendbare klinische Studien von guter Qualität nicht vorhanden oder nicht verfügbar waren.
KKP*	--	Gute klinische Praxis*	„Klinischer Konsenspunkt (KKP)*“: Empfohlen als gute klinische Praxis („Good Clinical Practice Point“) im Konsens und aufgrund der klinischen Erfahrung der Mitglieder der Leitliniengruppe als ein Standard in der Behandlung, bei dem keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich oder angestrebt ist.

KKP*(„Klinischer Konsenspunkt“ bzw. Expertenkonsens): Empfohlen als gute klinische Praxis („Good Clinical Practice Point“) im Konsens und aufgrund der klinischen Erfahrung der Mitglieder der Leitliniengruppe als ein Standard in der Behandlung, bei dem keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich oder angestrebt ist. GoR: Grade of recommendation

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

Abbildung 1: Von der Evidenzbewertung zur Empfehlungsgraduierung nach GRADE-Verfahren



Anmerkung: AWMF-Ständige Kommission Leitlinien, 2012³

Bei der Festlegung der Empfehlungsstärke wurden jedoch nach GRADE vier weitere Aspekte berücksichtigt:

1. Balance zwischen Nutzen und Schaden: Je weniger deutlicher diese für den Nutzen ausfällt, desto eher kann eine schwache Empfehlung ausgesprochen werden.
2. Vertrauen in die identifizierte Effektmaße: Je anfälliger für Bias die externe Evidenz ist, desto eher wird eine schwache Empfehlung gegeben (Konsistenz der Studienergebnisse, Präzision des Effektschätzers).
3. Patientenpräferenzen: Je unsicherer das Wissen um Patientenpräferenzen ist, desto eher wird eine schwache Empfehlung gegeben.
4. Mittel- bzw. Ressourcenverbrauch: Je höher der Ressourcenverbrauch, desto eher wird eine schwache Empfehlung gegeben.

Für die Graduierung der Empfehlung sind darüber hinaus auch ethische, rechtliche und ökonomische Erwägungen als relevant zu erachten (siehe Abbildung 1).

6. Methodisches Vorgehen zur Beurteilung deutschsprachiger diagnostischer Verfahren und therapeutischer Programme

International wurden viele strukturierte diagnostische Verfahren (Breitbandverfahren, die aggressive Symptomatik in einzelnen Skalen und spezifische Verfahren, die ausschließlich Aspekte aggressiver Symptomatik erfassen) sowie Manuale zur Prävention und Therapie zur Verminderung aggressiven Verhaltens bei Kindern entwickelt. Um eine Übersicht behalten zu können, haben einige internationale Organisationen Bewertungskriterien veröffentlicht, an denen man sich orientieren kann (z. B. Center of Study on Prevention of Violence der Universität Colorado; US-Interagency working Group on Youth Programs).

³ Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) – ständige Kommission Leitlinien, AWMF-Regelwerk „Leitlinien“. 1. Auflage. 2012. Verfügbar unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html>. 2012.

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

Für die meisten standardisierten diagnostischen Verfahren im deutschen Sprachraum liegen psychometrische Analysen vor. Während Elterntrainings und schul-/kindergartenzentrierte Interventionen auch im deutschen Sprachraum gut untersucht wurden, hinkt die Wirksamkeitsforschung im Bereich der kindzentrierten sozialen Kompetenztrainings der Fülle der Manualentwicklungen jedoch eindeutig hinterher. Die Wirksamkeit patientenzentrierter verhaltenstherapeutischer Interventionen (alleine oder mit Elterntrainings kombiniert) zur Behandlung aggressiver Symptomatik ist im deutschen Sprachraum in nur wenigen kontrollierten Studien empirisch überprüft worden.

Ziel unserer Arbeitsgruppe war es, diagnostische und therapeutische Interventionen zu operationalisieren und damit zur Qualitätssicherung der Diagnostik und Therapie von Störungen des Sozialverhaltens bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland beizutragen und somit in der Praxis empirisch entwickelte, reliable und valide diagnostische Instrumente und anwendbare, adäquate und evidenzbasierte therapeutische Interventionen zur Verfügung zu stellen.

Im Anhang des Leitlinienreports (III.1: Deutschsprachige diagnostische Verfahren und therapeutische Programme) wird eine Übersicht über eine Auswahl ausschließlich deutschsprachiger strukturierter und standardisierter diagnostischer Verfahren (Breitbandverfahren, die aggressive Symptomatik in einzelnen Skalen und spezifische Verfahren, die ausschließlich Aspekte aggressiver Symptomatik erfassen) gegeben, bei denen zumindest basale psychometrische Analysen vorliegen. Hierzu wurden die identifizierten Analysen zu diesen Verfahren von einer Expertengruppe (Mitarbeiter der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Klinikum der Universität zu Köln und der KJPK Basel) beurteilt und die Ergebnisse mit der Steuergruppe diskutiert und nochmals bewertet.

Tabelle 1 (Anhang III.1) gibt eine Übersicht über die wichtigsten Breitbandverfahren einschließlich Skalen mit Bezug zu Störungen des Sozialverhaltens, den Altersbereich, in dem diese Verfahren zum Einsatz kommen können, die Skalen, die erfasst werden und die vorliegenden psychometrischen Gütekriterien und Normen. Anhang III.2 des Leitlinienreports gibt eine analog aufgebaute Übersicht über eine Auswahl störungsspezifischer Verfahren. Neben den Verfahren zur Erfassung der aggressiven Symptomatik sind hier auch Verfahren zur Erfassung symptomaufrechterhaltender Prozesse aufgelistet.

Um ergänzend die Information zu vorliegenden deutschsprachigen therapeutischen Programmen zu erweitern, werden Elterntrainings, patientenzentrierte Interventionen, Interventionen im Kindergarten / in der Schule separat in Anhang III.1 aufgelistet, die in manualisierter Form vorliegen und für die, in wissenschaftlichen Studien zumindest einige empirische Hinweise auf eine Wirksamkeit vorliegen. Hierzu wurden ebenfalls identifizierte Analysen zu diesen Trainings von einer Expertengruppe (Mitarbeiter der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Klinikum der Universität zu Köln und der KJPK Basel) beurteilt und die Ergebnisse mit der Steuergruppe diskutiert und nochmals bewertet.

Es wurden auch Studien gesichtet, die eine geringere methodische Qualität aufweisen. Zusätzlich wurden die Autoren deutschsprachiger Therapieprogramme angeschrieben und gebeten, Studien zur Wirksamkeit der Interventionen mitzuteilen.

Es gibt Elterntrainings, die spezifisch für Eltern von Kindern mit oppositionell-aggressiven Verhalten entwickelt und evaluiert worden sind und Elterntrainings, in denen generelle Erziehungsstrategien vermittelt werden. In jüngster Zeit wurden auch angeleitete Selbsthilfeprogramme für Eltern von Kindern und Jugendlichen mit expansiven Verhaltensproblemen entwickelt, die im Wesentlichen auf

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

dem Konzept von Elterntrainings basieren. Im Anhang III.1 finden sich tabellarisch Informationen zu folgenden Trainings: 1. Übersicht über allgemeine und spezifische Elterntrainings. 2) Übersicht über kindergarten- und schulzentrierte und 3) Übersicht über patientenzentrierte Trainings. Mehrere Präventions- und Therapiemanuale liegen für diese Interventionsformen vor.

7. Konsertierungsprozess und Umgang mit Interessenkonflikten

Die zweitägige Konsentierungstagung fand am 14. und 15. September 2016 in Ulm statt. Die Tagung wurde von Frau Dr. Muche-Borowski moderiert.

Um das Risiko der Beeinflussung von Leitlinieninhalten durch Interessenkonflikte zu minimieren, wurden mehrere Maßnahmen ergriffen: Alle Leitlinienbeteiligte haben Angaben zu den Interessen vor der Konsenskonferenz schriftlich anhand des AWMF-Formblattes dargelegt. Die Steuergruppe machte einen Vorschlag zum Umgang mit Interessenkonflikten, die im Rahmen der Konsenskonferenz zu Beginn diskutiert wurde. Demzufolge haben sich die Mitglieder der Steuergruppe der Stimme bei allen Abstimmungen enthalten. Auf weitere verpflichtende Maßnahmen wurde unter Berücksichtigung der protektiven Faktoren (systematische Evidenzaufbereitung, die pluralistische Zusammensetzung der Leitliniengruppe sowie die strukturierte Konsensfindung) verzichtet, da die Interessenkonflikte insgesamt gering in Bezug auf das Gruppenurteil eingeschätzt wurden. Unter der Moderation der AWMF haben einzelne Autoren, die sich bei Einzelthemen befangen sahen, der Stimme bei der jeweiligen Abstimmung enthalten.

Bei der Konsensuskonferenz war jede Fachgesellschaft mit einer Stimme, die durch den offiziellen Mandatsträger oder dessen Stellvertreter abgegeben wurde, stimmberechtigt. Mitglieder der Steuergruppe hatten kein Stimmrecht. Tabelle 6 zeigt die an der Tagung beteiligten Fachgesellschaften und die (in Klammer genannten) Mandatsträger. Eltern- oder Patientenvertretungen konnten nicht eingeladen werden, da es für Störungen des Sozialverhaltens keine entsprechenden Organisationen gibt. Die Tagung wurde von Frau Dr. Dr. Muche-Borowski (AWMF) moderiert. Alle Empfehlungen sowie die aufgearbeitete empirische Evidenz (Checklisten, PICO-Tabellen, Methodentabellen) wurde vier Wochen vor der Tagung an die Fachgesellschaften verschickt, mit der Aufforderung, ggfs. Kommentare zu Empfehlungen, denen der jeweilige Fachverband nicht zustimmen kann, im Vorfeld der Koordinatorin zukommen zu lassen. An der Tagung wurde die Kurzversion als Tischvorlage ausgehändigt und über Beamer präsentiert.

Tabelle 6

Beteiligte Fachgesellschaften und Verbände (in Klammer: für den Konsensprozess delegierte Mandatsträger)	
BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (Marianne Klein)
BKJ	Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten e.V. (Christina Jung)
BKJPP	Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (Reinhard Martens)
BVKJ	Verhaltenstherapie im Kindes- und Jugendalter e.V. (Marc Schmid)

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

BVVP	Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (Ariane Sartorius)
DGKJ	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (Oliver Fricke)
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (Michael Kölch)
DGPs	Deutsche Gesellschaft für Psychologie, Fachgruppe Klinische und Psychotherapie (Nina Heinrichs)
DGSF	Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (Filip Caby)
DVJJ	Deutsche Vereinigung für Jugendgerichte und Jugendgerichtshilfen e.V. (Marc Alroggen)
SGKJPP	Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –Psychotherapie (Klaus Schmeck)
VAKJP	Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (Katrin Luise Lärer)

Unter neutraler Moderation von Dr. Muche-Borowski (AWMF) wurde im nominalen Gruppenprozess jede einzelne Empfehlung diskutiert und abgestimmt. Das Vorgehen war folgendermassen strukturiert:

1. Darstellung der Hintergrundinformation (Evidenz, Qualität der Evidenz, etc.)
2. Geleitete Diskussion über die vorgeschlagene Empfehlung, Empfehlungsstärke, bzw. Expertenkonsens
3. Registrierung der Stellungnahmen und Alternativvorschläge aller Teilnehmer im Umlaufverfahren und Zusammenfassung von Kommentaren durch den Moderator
4. Vorabstimmung über Diskussion der einzelnen Kommentare – Erstellung einer Rangfolge
5. Debattieren / Diskussion der Diskussionspunkte
6. Endgültige Abstimmung über jede Empfehlung und alle Alternativen
7. Wiederholung des Ablaufs für jede einzelne Empfehlung bzw. Kernaussage der Leitlinie
8. Feststellung der Konsensstärke (angegeben in %) ⁴

Empfehlungen, die aus Zeitgründen nicht mehr bearbeitet werden konnte bzw. bei Empfehlungen, bei denen nach der Diskussion noch eine abschließende Entscheidung erforderlich war, wurden im Anschluss an die Konsensuskonferenz im Delphi-Verfahren konsentiert. Dies betraf Empfehlungen zur Notfallmedikation und einzelne Empfehlungen zur elternzentrierten Behandlung und eine Empfehlung zur Diagnostik wurden nach der Tagung im Delphi-Verfahren konsentiert.

Alle Schritte der Abstimmung sind sorgfältig dokumentiert, Änderungen wurden im Korrekturmodus festgehalten und auf Anfrage im Sekretariat der Koordinatorin ist das Dokument mit den dokumentierten Änderungen und Abstimmungsergebnissen einsehbar.

4

Starker Konsens	> 95% der Stimmberechtigten
Konsens	> 75 – 95% der Stimmberechtigten
Mehrheitliche Zustimmung	> 50 – 75% der Stimmberechtigten
Dissens / kein Konsens	< 50% der Stimmberechtigten

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

8. Externe Begutachtung und Verabschiedung

8.1. Pilottestung

Eine Pilotstudie hinsichtlich der Brauchbarkeit, Praktikabilität und Akzeptanz innerhalb der Anwenderzielgruppe konnte vor Veröffentlichung nicht mehr erfolgen. Eine empirische Überprüfung der Implementierung ist wünschenswert und in Planung, somit können Hinweise für eine Optimierung bei Aktualisierung der Leitlinie gesammelt werden. Leser sind aufgefordert, sich bei Frau Prof. Christina Stadler zu melden, wenn sie Anmerkungen oder Korrekturen vorschlagen wollen. Sollte es zu schwerwiegender Kritik kommen, wird eine zeitige Korrektur durchgeführt, statt bis zum ersten Update damit zu warten. Dieses Procedere sollte die Durchführung einer Pilotstudie ersetzen.

8.2. Externe Begutachtung

Die vorläufige Version der Leitlinie wurde auf dem XXXVI. DGKJP Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie e. V. in Ulm, 22.03. - 25.03.2017 vorgestellt und diskutiert. Die Zusammenfassung der Leitlinie soll außerdem im Deutschen Ärzteblatt und in der Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie veröffentlicht und somit auch durch ein Peer Review Verfahren extern begutachtet werden. Es erfolgte zudem eine erste Begutachtung durch Frau Professor Christine Freitag am 18.09.2017. Änderungsvorschläge wurden in der Steuergruppe diskutiert und weitgehend in der finalen Version berücksichtigt.⁵

8.3. Verabschiedung durch die Vorstände der Fachgesellschaften

Nach Abschluss der strukturierten Konsensfindung und einer redaktionellen Endüberarbeitung durch die Steuerungsgruppe wurde die gesamte Leitlinie im E-Mail-Umlaufverfahren an die Vorstände der beteiligten Fachgesellschaften versendet. Die beteiligten Fachgesellschaften haben der Leitlinie ohne Vorbehalt und lediglich mit einigen wenigen Änderungen (siehe Sondervoten im Anhang) zugestimmt:

BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V.	Dr. Marianne Klein
BKJ	Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -therapeuten e.V.	Christina Jung
BKJPP	Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V.	Dr. Gundolf Berg
BVKJ	Verhaltenstherapie im Kindes- und Jugendalter e.V.	Armin Wölbeling
BVVP	Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten	Ariadne Sartorius
DGKJ	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.	Dr. Gudrun Noleppa

⁵ Das Dokument mit den Kommentaren der externen Beurteilung sowie die Anpassungen können im Sekretariat der Leitlinienkoordinatorin eingesehen werden (Jolanda.Amrein@upkbs.ch)

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	Prof. Michael Kölch
DGPs	Deutsche Gesellschaft für Psychologie, Fachgruppe Klinische und Psychotherapie	Prof. Conny Herbert Antoni
DGSF	Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie	Dr. Filip Caby
DVJJ	Deutsche Vereinigung für Jugendgerichte und Jugendgerichtshilfen e.V.	Dr. Ulrike Zähringer
SGKJP	Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –Psychotherapie	Prof. Alain Di Gallo, Dr. Hélène Beutler
VAKJP	Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten	Jörn W. Gleiniger

9. Redaktionelle Unabhängigkeit

Die Erstellung der Leitlinie und die Finanzierung der Kosten der Konsensuskonferenz wurden durch die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP) mit insgesamt 4.000 Euro gefördert. Eine zusätzliche finanzielle Unterstützung erfolgte durch Mittel des Forschungsfonds der Universitär Psychiatrischen Klinik Basel, mit der eine wissenschaftliche Mitarbeiterin für neun Monate angestellt werden konnte.

Die finanziellen Zuwendungen hatten keinerlei Einfluss auf die inhaltliche Arbeit an der Leitlinie. Weitere Kosten wurden durch Eigenmittel der beteiligten Kliniken bestritten. Die Verfassung der Leitlinie erfolgte ehrenamtlich durch die jeweiligen genannten Autoren in finanzieller Unabhängigkeit von den genannten Organisationen. Auch die Expertenarbeit erfolgte unentgeltlich. Die Reisekosten der Experten wurden privat bzw. durch die Arbeitgeber der einzelnen Experten oder durch die zugehörige Fachgesellschaft finanziert. Die Reisekosten der Vertreter der Konsensuskonferenz wurden von den entsendenden Organisationen getragen. Der Umgang mit Interessenkonflikten ist in Kapitel 7 beschrieben. Eine Auflistung der dokumentierten Interessenkonflikte findet sich im Anhang des Leitlinienreports III.2.

10. Verbreitung und Implementierung

10.1. Konzept zur Verbreitung und Implementierung, unterstützende Materialien

Die verabschiedete Langfassung der Leitlinie wird auf der Webseite der AWMF (www.awmf.org), sowie auf den Homepages der beteiligten Fachgesellschaften, der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (DGKJP; www.dgkjp.de), sowie der Homepage der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit, der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitätskliniken Ulm und Basel zum kostenlosen Download zur Verfügung gestellt. Alle beteiligten Verbände, Fachgesellschaften und Organisationen werden gebeten, ihre Mitglieder auf das Erscheinen der Leitlinie aufmerksam zu machen. Zusätzlich wird eine Pressemitteilung die Öffentlichkeit auf das Erscheinen der Leitlinie hinweisen.

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

In der Langfassung ist aktuelles Hintergrundwissen zum Störungsbild aufgearbeitet, vorliegende Interventionsverfahren wurden kategorisiert und beschrieben. Zentral ist die detaillierte Beschreibung der Evidenz, die auch in Tabellenform (Evidenztabelle) zur Verfügung steht (Anhang III.4). Die in der vorliegenden Leitlinie abgeleiteten Behandlungsempfehlungen sind zudem in einem entsprechenden Flowchart abgebildet.

10.2. Diskussion möglicher organisatorischer und/oder finanzieller Barrieren gegenüber der Anwendung der Leitlinienempfehlungen

Detaillierte gesundheitsökonomische Analysen über potenzielle Auswirkungen auf den Ressourcenverbrauch, die durch die Implementierung der Leitlinie entstehen können, konnten nicht geleistet werden. Finanzielle Mittel für die systematische Analyse möglicher organisatorischer und/oder finanzieller Barrieren gegenüber der Anwendung der Leitlinienempfehlungen fehlen. Die Aufgabe ist daher im Rahmen der Leitlinien-Erstellung nicht leistbar und müsste daher als eigenständiges Drittmittel-Projekt durchgeführt werden. Im Bereich der Diagnostik entstehen durch die Leitlinienempfehlungen keine wesentlichen zusätzlichen Kosten.

Störungen des Sozialverhaltens sind mit sehr hohen gesundheitsökonomischen Folgekosten verbunden (Rivenbark et al. (2018)). Eine frühzeitige Umsetzung der empfohlenen evidenzbasierten Interventionsverfahren kann deshalb wesentlich zu einer rationelleren Ressourcenverwendung und sogar Kosteneinsparung beitragen, wie es beispielsweise für die multisystemische Behandlung gut belegt ist (Rehberg et al., 2011, Dopp et al., 2014). Gerade bei Störungen des Sozialverhaltens ist es von entscheidender Bedeutung, dass vorliegende Barrieren gegenüber der Anwendung reduziert werden. Aus diesem Grund ist es ein wichtiges Anliegen der Steuergruppe, die Empfehlungen und die zugehörige Evidenzgrundlage möglichst übersichtlich und verständlich darzustellen. Die Inhalte der Leitlinie werden in Fachzeitschriften, Kongressen sowie psychotherapeutischen Ausbildungsinstituten veröffentlicht werden, um auch Anwender/innen zu erreichen, die medizinischen Leitlinien eher skeptisch gegenüber stehen.

10.3. Messgrößen für das Monitoring: Qualitätsziele, Qualitätsindikatoren

Das wichtigste Ziel der Leitlinienentwicklung ist, Empfehlungen für die optimale Behandlung für Betroffene, Angehörige und Behandler zu geben. Diese Empfehlungen sollen die Behandlungszufriedenheit dieser Personen und vor allem die Lebensqualität der Betroffenen verbessern. Um evaluieren zu können, ob diese Ziele erreicht werden, wären sogenannte Qualitätsindikatoren zu entwickeln, die erfassen, welche Auswirkungen eine Leitlinienimplementierung auf die Versorgung hat. Für diese Aufgabe fehlen allerdings die finanziellen Mittel. Sie ist daher nur im Rahmen eines eigenständigen Drittmittel-Projekts denkbar. Im Falle der vorliegenden Leitlinie könnte als messbares Kriterium die Anzahl an Downloads der Leitlinie dienen.

11. Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren

11.1. Datum der letzten inhaltlichen Überarbeitung und Status

Die letzte inhaltliche Überarbeitung erfolgte im Sommer 2016. Bis zu diesem Zeitpunkt wurden die für die definierten Schlüsselfragen wesentlichen Metaanalysen und Reviews gesichtet und berück-

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

sichtigt. Die vorliegende Leitlinie ist bis zu ihrer nächsten Aktualisierung (spätestens September 2021) gültig. Die Gültigkeit beträgt maximal 5 Jahre und bezieht sich auf den Stand (Sommer 2016). Eine Überarbeitung bis zu diesem Zeitpunkt ist vorgesehen. Sollten aufgrund eines neuen internationalen wissenschaftlichen Kenntnisstandes erhebliche Änderungen wichtiger Empfehlungen notwendig werden, könnte durch die Steuerungsgruppe ein Addendum hinzugefügt oder vorzeitig ein Aktualisierungsverfahren eingeleitet werden.

11.2. Aktualisierungsverfahren

Es ist entscheidend, dass die vorliegende Leitlinie in regelmäßigen Abständen aktualisiert wird, um neue Evidenz zu integrieren, die gegebenenfalls auch eine Veränderung der Empfehlungen erforderlich macht. Falls keine neuen Schlüsselfragen in einer nächsten Version beantwortet werden sollen, kann die Aktualisierung auf Basis der vorliegenden Leitlinie, ihrer Suchstrategien und -terme erfolgen. In diesem Fall kann nach Evidenz, ab dem Datum der letzten Suche, recherchiert werden. Kommentare und Hinweise für die Aktualisierung sind ausdrücklich erwünscht und können an die Steuerungsgruppe gesendet werden.

11.3. Schlussbemerkung und offene Fragen

Die vorliegende Leitlinie war bestrebt, zusätzlich zu den in NICE formulierten Schlüsselfragen weitere Aspekte zu berücksichtigen, insbesondere Schlüsselfragen zur Behandlungsindikation und zum Behandlungssetting und zum Einsatz von Zwangsmaßnahmen. Des Weiteren war die Steuerungsgruppe bestrebt, zu überprüfen, ob Studien hinsichtlich der Wirksamkeit von Interventionen in einem breiteren Altersrange vorlagen (z.B. Elternteraining für Kinder unter drei Jahren oder über dem 11. Lebensjahr). Dies war von NICE explizit als Forschungslücke definiert worden. Weitere Forschung ist notwendig, um die Wirksamkeit neuer Therapieverfahren, die beispielsweise aus der 3. Welle der Verhaltenstherapie hervorgegangen sind, tiefenpsychologisch oder psychoanalytische fundierte Verfahren, aber auch neuere Entwicklungen im Bereich biologisch fundierter Verfahren (z. B. Biofeedback oder spezifische neurokognitive Trainings) oder der Einsatz von e-mental health Methoden für die Behandlung von Störungen des Sozialverhaltens zu überprüfen. Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der vorliegenden Leitlinie lag hierzu keine ausreichende Evidenzgrundlage vor.

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

III. Anhang:

1. Anhang: Übersicht Interessenkonflikte

Titel	Vorname	Name	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit	Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- oder Schulungstätigkeit	Forschungsvorhaben Durchführung klinischer Studien	Eigentümerinteressen (Patent, Urheberrechtl. Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Einstufung bezügl. der Relevanz Konsequenz
Dr.	Marc	Allroggen	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied DGKJP	keine
Prof.	Tobias	Banaschewski	ja	ja	ja	ja	nein	Mitglied DGKJP, DGPPN, Eunethydis	Stimmenthaltung da kein Mandatsträger
Dr.	Filip	Caby	nein	nein	ja	nein	nein	Mitglied BAG KJP, BKJPP DGKJP, DGSF (Vorstandsmitglied)	Keine
Prof.	Manfred	Döpfner	ja	ja	ja	ja	nein	DGKJP, DGPs	Stimmenthaltung da kein Mandatsträger
Prof.	Jörg M.	Fegert	ja	nein	nein	nein	nein	DGKJP, APK	Stimmenthaltung da kein Mandatsträger
Prof.	Oliver	Fricke	nein	nein	ja	ja	nein	DGKJP, DGKJ	keine
PD Dr.	Anja	Görtz-Dorten	nein	nein	nein	nein	nein	BDP	Stimmenthaltung da Kein Mandatsträger

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

Dr.	Alexander	Häge	nein	nein	nein	nein	nein	DGKJP	keine
Prof.	Nina	Heinrichs	nein	nein	nein	ja	nein	DGPs, bvkj, ABCT, Psychotherapeutenkammer, Hochschullehrerverband, DGVM	keine
	Christina	Jung	nein	nein	nein	nein	nein	bkj	keine
Dr.	Marianne	Klein	nein	nein	nein	nein	nein	Vorstandsmitglied der BAG der leitenden Klinikärzte KJPP	Stimmhaltung da kein Mandatsträger
Prof.	Michael	Kölch	nein	nein	nein	ja	nein	DGKJP, BAG, AACAP, EFCAP, AGNP, ECNP	keine
Dr.	Katrin Luise	Läzer	nein	nein	nein	nein	nein	nein	keine
Dr.	Reinhard	Martens	nein	nein	nein	nein	nein	BKJPP, bvvp	keine
Prof.	Paul	Plener	nein	nein	nein	nein	nein	DGKJP	Stimmhaltung, da kein Mandatsträger
Dr.	Thea	Rau	nein	nein	nein	nein	nein	DGKJP	keine Mandatsträger, kein Mitglied der Konsensuskonferenz
	Ariadne	Sartorius	nein	nein	nein	nein	nein	bvvp Bundesverband	keine
Prof.	Klaus	Schmeck	nein	nein	nein	nein	nein	DGKJPP, SGKJPP	keine
Dr.	Marc	Schmid	nein	nein	nein	nein	nein	BAG JP, DeGPT, DGSF, DGKJPP	keine
Prof.	Christina	Stadler	nein	nein	ja	nein	nein	DGKJP, SGKJP	Stimmhaltung, da kein Mandatsträger

In die tabellarische Zusammenfassung wurden nur die Angaben übertragen, für die nach Diskussion und Bewertung der vollständig entsprechend Formblatt der AWMF offengelegten Sachverhalte in der Leitliniengruppe ein thematischer Bezug zur Leitlinie festgestellt wurde. Die vollständigen Erklärungen sind im Leitlinienskript

publiziert bei:	 AWMF online Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

2. Anhang: Deutschsprachige Präventions- und Therapieprogramme zur Behandlung von SSV-Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen⁶

Gelistet sind deutschsprachige Präventions- und Therapieprogramme zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit SSV-Symptomatik und / oder externaler Symptomatik, die Methoden anwenden, welche sich in deutschsprachigen oder internationalen kontrollierten Studien (randomisierte Kontrollgruppenstudien oder andere Formen von kontrollierten Studien, wie nicht-randomisierte Kontrollgruppenstudien, Eigenkontrollgruppenstudien) bei der Verminderung von SSV-Symptomen (bei eltern-, kindergarten-, schul- oder patientenzentrierten Interventionen) als wirkungsvoll erwiesen haben. Falls sich das Therapieprogramm in internationalen Studien bewährt hat, muss für den deutschen Sprachraum zumindest eine empirische Prüfung zumindest in einem Prä-Post-Design (ohne Kontrollgruppe) vorliegen. **Wirksamkeitsnachweis** für das Therapieprogramm in der deutschen Fassung wird in folgenden Stufen beurteilt:

Gering: Mindestens 1 Prä-Post-Studie mit signifikanten Veränderungen im Verlauf der Therapie bzgl. SSV-Symptomen, aggressivem Verhalten oder externaler Symptomatik oder höherwertige Studien zeigen geringe Effekte

Moderat: Mindestens 1 in einer Zeitschrift mit peer-review-System publizierte kontrollierte Studie (z.B. nicht randomisierte Kontrollgruppenstudie, Eigenkontrollgruppenstudie) mit signifikanten Effekten bzgl. SSV-Symptomen, aggressivem Verhalten oder externaler Symptomatik (bei eltern-, kindergarten-, schul- oder patientenzentrierten Interventionen)

Gut: Mindestens 1 in einer Zeitschrift mit peer-review-System publizierte randomisierte Kontrollgruppenstudie mit signifikanten Effekten bzgl. SSV-Symptomen, aggressivem Verhalten oder externaler Symptomatik (bei eltern-, kindergarten-, schul- oder patientenzentrierten Interventionen)

Sehr gut: Mehrere in einer Zeitschrift mit peer-review-System publizierte Kontrollgruppenstudien mit signifikanten Effekten bzgl. SSV-Symptomen, aggressivem Verhalten oder externaler Symptomatik (bei eltern-, kindergarten-, schul- oder patientenzentrierten Interventionen) in verschiedenen Stichproben oder Behandlungskontexten (z.B. ambulant/stationär) oder mit Stabilitätsbelegen; davon mindestens 1 randomisierte Kontrollgruppenstudie.

⁶ Wirksamkeit tiefenpsychologisch fundierter Interventionen

In einer deutschen Studie zur Wirksamkeit psychoanalytischer Behandlung von Kindern mit ADHS und teils komorbider Störung des Sozialverhaltens wurde eine 26monatige ambulante psychoanalytische Langzeitbehandlung nach Staufenberg (2011) mit einer verhaltenstherapeutischen und teilweise auch medikamentösen Therapie verglichen. In der verhaltenstherapeutischen Behandlungsbedingung wurde bei einem Teil der Patienten eine zehntägige kognitiv-behaviorale Therapie (nach Grasmann & Stadler, 2008) oder ein sechswöchiges Konzentrationstraining sowie teilweise auch medikamentöse Therapie zur Behandlung der ADHS durchgeführt (Laezer et al., 2014, 2015; Laezer, 2015). Hinsichtlich des oppositionell-aggressiven Verhaltens im klinischen Urteil, im Elternurteil und im Lehrerurteil ließen sich nach 38 Monaten keine Unterschiede zwischen beiden Behandlungsgruppen feststellen. In beiden Gruppen verminderte sich die Symptomatik in vergleichbarer Weise. Die Studie ist mit erheblichen methodischen Mängeln behaftet:

1. Es wurden keine Randomisierung vorgenommen und darüber hinaus hatten die Patienten beider Gruppen unterschiedliche Zugangswege: die verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten wurden in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgestellt, die psychoanalytisch behandelten Patienten in einer tiefenpsychologischen Behandlungseinrichtung. Teilweise sind erhebliche Prätestunterschiede festzustellen (mit stärker auffälligen Patienten in der VT-Gruppe).
2. Es wurde keine intention to treat-Analyse über n= 73 Patienten durchgeführt, sondern nur über n= 54 Kinder.
3. Die Verhaltenstherapie der ADHS / Störung des Sozialverhaltens war sehr kurz und nicht konform zur Leitlinien.
4. Die Wirksamkeitsanalysen über n= 54 hatten nur eine statistische power, um große Effekte zu identifizieren.

Daher kann die psychoanalytische Behandlung auf der Grundlage dieser Studien nicht als wirkungsvoll eingeschätzt werden. Die deutschsprachigen störungsspezifischen verhaltenstherapeutischen Programme sind entweder in randomisierten Studien geprüft oder sie basieren auf verhaltenstherapeutischen Prinzipien, die in internationalen methodisch hochwertigen Studien als erfolgreich belegt worden sind.

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin		S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3

2.1. Eltern-, kindergarten-, und schulzentrierte und multimodale Präventions- und Therapieprogramme

Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis für das Therapieprogramm / Literatur
<p>Döpfner, M., Schürmann, S. & Frölich, J. (2013). Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP). (5. Aufl.). Weinheim: Beltz</p> <p>Döpfner, M., Kinnen, C., & Halder, J. (2016). THOP-Gruppenprogramm für Eltern von Kindern mit ADHS-Symptomen und expansivem Problemverhalten. Manual. Weinheim: Beltz.</p> <p>Kinnen, C., Halder, J., & Döpfner, M. (2016). THOP-Gruppenprogramm für Eltern von Kindern mit ADHS-Symptomen und expansivem Problemverhalten. Arbeitsbuch für Eltern. Weinheim: Beltz</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Spezifisches Elterntaining inklusive schulzentrierten und patientenzentrierten Interventionen auf verhaltenstherapeutischer Basis • Modular aufgebautes Manual primär für Einzeltherapie; wird aber auch für Gruppentherapie eingesetzt. • THOP-Gruppenprogramm spezifisch für Elterngruppen entwickelt. • Altersbereich: Kinder von ca. 3 bis 12 Jahren 	<p>Wirksamkeitsnachweis Sehr gut: 7 Studien: 6 (teilweise randomisierte) Kontrollgruppenstudien, davon eine im teilstationären Setting, eine Prä-Post-Verlaufsstudie; Stabilisierung von Effekten im Langzeitverlauf (bis zu 8 Jahren)</p> <p>Berk, E., Plück, J. & Döpfner, M. (2008). Zufriedenheit der Eltern mit Elterngruppen auf der Grundlage des Therapieprogramms THOP in der klinischen Versorgung von Kindern mit ADHS-Symptomatik. (Studie 1) Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen-Zeitschrift für die psychosoziale Praxis, 4, 99-108.</p> <p>Döpfner M., Breuer D., Schürmann S., Wolff Metternich T., Rademacher C & Lehmkuhl G (2004). Effectiveness of an adaptive multimodal treatment in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder – global outcome. European Child & Adolescent Psychiatry 13 (Suppl. 1): I/117–I/129. (Studie 2)</p> <p>Doepfner, M., Ise, E., Breuer, D., Rademacher, C., Wolff Metternich-Kaizman, T., & Schürmann, S. (2016). Long-term course after adaptive multimodal treatment for children with ADHD: An eight year follow-up. Journal of Attention Disorders (epub ahead of print). doi: 10.1177/1087054716659138. (Studie 2)</p> <p>Döpfner, M., Ise, E., Wolff Metternich-Kaizman, T., Schürmann, S., Rademacher, C., & Breuer, D. (2015). Adaptive multimodal treatment for children with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder: An 18 month follow-up. Child Psychiatry & Human Development, 46, 44–56. doi: 10.1007/s10578-014-0452-8 (Studie 2)</p> <p>Dreisörner T. (2006). Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Gruppenprogramme bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). Kindheit und Entwicklung 15: 255–266. (Studie 3)</p> <p>Ise, E., Schröder, S., Breuer, D., & Döpfner, M. (2015). Parent-child inpatient treatment for children with behavioural and emotional disorders: a multilevel analysis of within-subjects effects. BMC Psychiatry 15: 288. doi: 10.1186/s12888-015-0675-7 (Studie 4)</p> <p>Jans et al. (2015). Does intensive multimodal treatment for maternal ADHD improve the efficacy of parent training for children with ADHD? A randomized controlled multicenter trial. Journal of Child Psychology & Psychiatry, 56, 1298 -1313. (Studie 5)</p> <p>Lauth G.W., Kausch T.W.E. & Schlottke P.F. (2005). Effekte von eltern- und kindzentrierten Interventionen bei Hyperkinetischen Störungen. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 34, 248–257. (Studie 6)</p> <p>Salbach H., Lenz K., Huss M., Vogel R., Felsing D. & Lehmkuhl U. (2005). Die Wirksamkeit eines Gruppentrainings für Eltern hyperkinetischer Kinder. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 33, 59–68. (Studie 7)</p>

publiziert bei:			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3

Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis für das Therapieprogramm / Literatur
<p>Döpfner, M., Schürmann, S. & Lehmkühl, G. (2017). Wackelpeter & Trotzkopf. Hilfen für Eltern bei hyperkinetischem und oppositionellem Verhalten (5. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Spezifisches Selbsthilfe-Manual auf verhaltenstherapeutischer Basis zur Selbsthilfe für Eltern und andere Bezugspersonen • Altersbereich: Kinder von 3 bis 12 Jahren • Studien teilweise mit Elternheften, die auf der Basis von Wackelpeter & Trotzkopf entwickelt wurden. 	<p>Wirksamkeitsnachweis Sehr gut: 5 Studien als angeleitete Selbsthilfe auf der Grundlage des Selbsthilfebuches oder von Elternheften, die darauf basieren (mit Telefonberatung) 2 Prä-Post-Studien; 3 RCT-Studien; Stabilisierung von Effekten im Follow-up (bis 1 Jahr)</p> <p>Dose, C., Hautmann, C., Buerger, M., Schuermann, S., Woitecki, K., & Doepfner, M. (2017). Telephone-assisted self-help for parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder who have residual functional impairment despite methylphenidate treatment: A randomized controlled trial. <i>Journal of Child Psychology and Psychiatry</i>, 58, 682-690. (Studie 4)</p> <p>Hautmann, C., Dose, C., Duda-Kirchhof, K., Greimel, L., Hellmich, M., Imort, S., Katzmann, J., Pinior, J., Scholz, K., Schürmann, S., Wolff Metternich-Kaizman, T., & Döpfner, M. (2018). Behavioral versus nonbehavioral guided self-help for parents of children with externalizing disorders in a randomized controlled trial. <i>Behavior Therapy</i> (epub). doi: https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.02.002 (Studie 5)</p> <p>Ise, E., Kierfeld, F., & Döpfner, M. (2015). One-year follow-up of guided self-help for parents of preschool children with externalizing behaviour. <i>The Journal of Primary Prevention</i>, 36, 33-40. doi: 10.1007/s10935-014-0374-z (Studie 2)</p> <p>Kierfeld, F. & Döpfner, M. (2006). Bibliothherapie als Behandlungsmöglichkeit bei Kindern mit externalen Verhaltensstörungen. <i>Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie</i>, 34, 377-386. (Studie 1)</p> <p>Kierfeld, F., Ise, E., Hanisch, C., Görtz-Dorten, A., & Döpfner, M. (2013). Effectiveness of telephone-assisted parent-administered behavioural family intervention for preschool children with externalizing problem behaviour: A randomized controlled trial. <i>European Child and Adolescent Psychiatry</i> 22, 553-565. (Studie 2)</p> <p>Mokros, L., Benien, N., Mütsch, A., Kinnen, C., Schürmann, S., Wolf Metternich-Kaizman, T., Breuer, D., Hautmann, C., Ravens-Sieberer, U., Klasen, F., & Döpfner, M. (2015). Angeleitete Selbsthilfe für Eltern von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung: Konzept, Inanspruchnahme und Effekte eines bundesweiten Angebotes – eine Beobachtungsstudie. <i>Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie</i>, 43, 275-288. (Studie 3)</p>
<p>Eisner, M., Jünger, R., & Greenberg, M. (2006). Gewaltprävention durch die Förderung sozialer und emotionaler Kompetenzen in der Schule. Das PATHS / PFAD Curriculum. In: <i>Praxis der Rechtspsychologie</i>. 16. Jg. Heft 1/2. S. 144-168.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Internationales universelles schulisches Präventionsprogramm zur Förderung sozialer, kognitiver und sprachlicher Kompetenzen zur Reduktion von nach außen und nach innen gerichtete Problemverhalten und Gewalt • Gruppenformat 	<p>Wirksamkeitsnachweis Gering: 2 RCT-Studien; überwiegend sehr begrenzte Effekte und keine Stabilisierung von Effekten im Follow-Up (bis zu 2 und 8 Jahren)</p> <p>Averdijk, M., Zirk-Sadowski, J., Ribeaud, D., & Eisner, M. (2016). Long-term effects of two childhood psychosocial interventions on adolescent delinquency, substance use, and antisocial behavior: A cluster randomized controlled trial. <i>Journal Of Experimental Criminology</i>, 12(1), 21-47. (Studie 2: keine Effekte)</p> <p>Eisner, M., & Ribeaud, D. (2008). Wie wirkt Frühprävention von Gewalt? Zentrale Ergebnisse des Zürcher Interventions- und</p>

publiziert bei:	 AWMF online Das Portal der wissenschaftlichen Medizin		S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens	
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis für das Therapieprogramm / Literatur
	<ul style="list-style-type: none"> Altersbereich: Kinder von 5 bis 11 Jahren 	<p>Präventionsprogramm an Schulen (zippis). Psychologie & Erziehung, 34(2), 18-25. (Studie 1)</p> <p>Malti, T., Ribeaud, D., & Eisner, M. P. (2011). The effectiveness of two universal preventive interventions in reducing children's externalizing behavior: A cluster randomized controlled trial. Journal Of Clinical Child & Adolescent Psychology, 40(5), 677-692. (Studie 2: geringe Effekte)</p>
<p>Honkanen-Schoberth, P., Jennes Rosenthal, L (2004). Starke Eltern Starke Kinder. Elternkurs des Deutschen Kinderschutzbundes. Mehr Freude – weniger Stress mit den Kindern. Handbuch für Elternkursleiterinnen und Elternkursleiter. Deutscher Kinderschutzbund (DKSB) Bundesverband e.V. Hannover (Hrsg.). Eigenverlag des Deutschen Kinderschutzbundes (DKSB) Bundesverband e.V.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Allgemeines Elterntraining Altersbereich: Kinder und Jugendliche von 0 bis 18 Jahren 	<p>Wirksamkeitsnachweis Gering: 2 Studien; 1 Kontrollgruppenstudie ohne Angabe von Therapieeffekten, 1 Kontrollgruppenstudie ohne Effekte</p> <p>Rauer, W. (2009). Elternkurs Starke Eltern - Starke Kinder®: Wirkungsanalysen bei Eltern und ihren Kindern in Verknüpfung mit Prozessanalysen in den Kursen - eine bundesweite Studie. Würzburg: Ergon. (Prä-Post Veränderungen, aber keine Therapieeffekte im SDQ)</p> <p>Tschöpe-Scheffler, S. (2004). Eine Forschungsstudie zum Elternkurs des Deutschen Kinderschutzbundes e.V. „Starke Eltern – Starke Kinder®“. Gruppendynamik und Organisationsberatung, 35, 51-66.</p>
<p>Humpert, W., & Dann, H.-D. (2012). KTM kompakt – Basistraining zur Störungsreduktion und Gewaltprävention in pädagogischen und helfenden Berufen auf der Grundlage des Konstanzer Trainingsmodells. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Huber.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Universelles Lehrer- und Erzieherprogramm zur Gewaltreduktion und -prävention Gruppenformat Altersbereich: Primär- und Sekundarstufen 	<p>Wirksamkeitsnachweis Gering: 2 Studien; 1 Kontrollgruppenstudie ohne peer-review, 1 Kontrollgruppenstudie ohne peer-review und ohne Angabe von Therapieeffekten</p> <p>Brosig, K. M. (2007). Verändertes Sozialverhalten im Unterricht : Das Konstanzer Trainingsmodell (KTM) - kompakt. Eine Evaluationsstudie. Göttingen: Cuvillier.</p> <p>Tennstädt, K.-Ch. / Dann, H.-D. (1987/1992): Das Konstanzer Trainingsmodell (KTM). Bd. 3: Evaluation des Trainingserfolgs im empirischen Vergleich. Bern: Huber.</p>
<p>Lauth, G. W., Heubeck, B. (2006). Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger Kinder (KES): Ein Präventionsprogramm. Göttingen: Hogrefe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Kurzes spezifisches Elterntraining Präventionsprogramm, Gruppenformat Altersbereich: Kinder von 5 bis 11 Jahren 	<p>Wirksamkeitsnachweis Gering: 3 Studien: 2 Prä-Post-Studien, 1 Kontrollgruppenstudie (ohne Effekte, nur Prä-Post-Veränderungen)</p> <p>Konrad, G. (2002). Entwicklung und Evaluation eines Gruppentrainings für Mütter von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Frankfurt: Peter Lang. (Studie 1)</p> <p>Lauth, G. W., Grimm, K. & Otte, T. A. (2007). Verhaltensübungen im Elterntraining. Eine Studie zur differenzierten Wirksamkeit im Elterntraining. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 36, 26-35 (Studie 2: Prä-Post-Veränderungen, aber keine Therapieeffekte im HSQ)</p> <p>Lauth, G.W., Otte, A.T. & Heubeck, B. (2009). Effectiveness of a competence training programme for parents of socially dis-</p>

publiziert bei:			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3

Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis für das Therapieprogramm / Literatur
		ruptive children. Emotional and Behavioral Difficulties, 14, 117-126 (Studie 3).
<p>Plück, J., Wieczorrek, E., Wolff Metternich, T. & Döpfner, M. (2006). Präventionsprogramm für Expansives Problemverhalten (PEP). Ein Manual für Eltern- und Erziehergruppen. Göttingen: Hogrefe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Spezifisches Elterngruppen- und paralleles Erziehergruppentraining auf verhaltenstherapeutischer Basis. • Präventionsprogramm für Kinder mit expansiven Verhaltensweisen • Altersbereich: Kinder im Alter von 3 bis 6 Jahren 	<p>Wirksamkeitsnachweis: Sehr gut: 3 Studien (1 randomisierte Kontrollgruppenstudie (mit parallelem Eltern- und Erziehertraining) und 2 Eigenkontrollgruppenstudien (getrennt Elternteraining, Erziehertraining). Stabilisierung von Effekten im Follow-up (bis 1 Jahr)</p> <p>Hanisch, C., Plück, J., Meyer, N., Brix, G., Freund-Braier, I., Hautmann, C. & Döpfner, M. (2006). Kurzzeiteffekte des indizierten Präventionsprogramms für Expansives Problemverhalten (PEP) auf das elterliche Erziehungsverhalten und auf das kindliche Problemverhalten Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 35(2), 117-126 (Studie 1)</p> <p>Hanisch, C., Freund-Braier, I., Hautmann, C., Jänen, N., Plück, J., Brix, G., Eichelberger, I. & Döpfner, M. (2010). Detecting effects of the indicated Prevention programme for Externalizing Problem behaviour (PEP) on child symptoms, parenting, and parental quality of life in a randomised controlled trial. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 38, 95-112 (Studie 1).</p> <p>Hanisch, C., Hautmann, C., Eichelberger, I., Plück, J., & Döpfner, M. (2010). Die klinische Signifikanz des Präventionsprogramms für Expansives Problemverhalten (PEP) im Langzeitverlauf Verhaltenstherapie 20, 265-274. (Studie 1).</p> <p>Hanisch, C., Hautmann, C., Plück, J., Eichelberger, I., & Döpfner, M. (2014). The prevention program for externalizing problem behavior (PEP) improves child behaviour by reducing negative parenting: analysis of mediating processes in a randomized controlled trial. Journal of Child Psychology and Psychiatry 55, 473-484. (Studie 1).</p> <p>Hautmann, C., Hanisch, C., Mayer, I., Plück, J. & Döpfner, M. (2008). Effectiveness of the prevention program for externalizing problem behaviour (PEP) in children with symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder - generalization to the real world. Journal of Neural Transmission, 115 (2), 363-370. (Studie 1).</p> <p>Hautmann, C., Eichelberger, I., Hanisch, C., Plück, J., Walter, D. & Döpfner, M. (2010). The severely impaired do profit most: Short-term and long-term predictors of therapeutic change for a parent management training under routine care conditions for children with externalizing problem behavior. European Child and Adolescent Psychiatry, 19, 419-430. (Studie 2).</p> <p>Hautmann, C., Hanisch, C., Ilka, M., Plück, J., Walter, D. & Döpfner, M. (2009). Does parent management training for children with externalizing problem behavior in routine care result in clinically significant changes? Psychotherapy Research, 19, 224-233. (Studie 2).</p> <p>Hautmann, C., Hoijtink, H., Eichelberger, I., Hanisch, C., Plück, J., Walter, D. & Döpfner, M. (2009). One-year follow-up of a parent management training for children with externalizing behavior problems in the real world. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 29, 379-396. (Studie 2).</p> <p>Hautmann, C., Hoijtink, H., Eichelberger, I., Görtz-Dorten, A., Hanisch, C., Plück, J., Walter, D., & Döpfner, M. (2013). Any</p>

publiziert bei:	 AWMF online Das Portal der wissenschaftlichen Medizin		S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens	
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis für das Therapieprogramm / Literatur
		<p>indication for bias due to participation? Comparison of the effects of a parent management training rated by participating and non-participating parents. <i>Clinical Psychology & Psychotherapy</i> 20, 384-393. (Studie 2)</p> <p>Plück, J., Eichelberger, I., Hautmann, C., Hanisch, C., Jaenen, N., & Doepfner, M. (2015). Effectiveness of a teacher based indicated prevention program for pre-school children with externalizing problem behaviour <i>Prevention Science</i>, 16, 233–241. (Studie 3)</p>
<p>Sanders, M. R., Markie-Dadds, C. & Turner, K.M.T. (2006). Trainermanual für das Triple P Einzeltraining. PAG Institut für Psychologie AG (Hrsg. dt. Aufl.). Münster: Verlag für Psychotherapie.</p> <p>Sanders, M. R. , Turner, K.M.T. (2006). Trainermanual für das Teen Triple P Gruppenprogramm. PAG Institut für Psychologie AG (Hrsg. dt. Aufl., 2. überarb. Aufl.). Münster: Verlag für Psychotherapie.</p> <p>Sanders, M. Turner, K.M.T., Markie-Dadds, C. (2009). Das Triple P –Elternarbeitsbuch. PAG Institut für Psychologie AG, (Hrsg. dt. Aufl., 4. Aufl.). Münster: Verlag für Psychotherapie.</p> <p>Turner, K.M.T., Markie-Dadds, C. & Sanders, M. R. (2007). Trainermanual für das Triple P Gruppenprogramm. PAG Institut für Psychologie AG (Hrsg. dt. Aufl., 2. Aufl.). Münster: Verlag für Psychotherapie.</p> <p>Turner, K.M.T., Sanders, M. R. & Markie-Dadds, C. (2006). Beratermanual für die Triple P-</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeines Elterntaining. Das Triple P-Elternarbeitsbuch ist ein Manual zur Selbsthilfe für Eltern • Mehrebenen-Modell (universelle, selektive, indizierte Prävention) • Einzel- und Gruppentraining • Altersbereich: Kinder bis 12 Jahre, Jugendliche (Teen Triple P) • Manuale sind nur im Rahmen der Fortbildung erhältlich. 	<p>Wirksamkeitsnachweis: Sehr gut: International: Meta-Analysen mit mehr als 100 Studien und signifikanten Effekten bei der Veränderung von expansiven Verhaltensauffälligkeiten. Im deutschen Sprachraum mehrerer RCT-Studien zur Wirksamkeit von Triple-P als universelles Präventionsprogramm mit Beleg von Langzeiteffekten</p> <p>Eichelberger, I., Plück, J., Hanisch, C., Hautmann, C., Jänen, N., & Döpfner, M. (2010). Effekte universeller Prävention mit dem Gruppenformat des Elterntrainings Triple P auf das kindliche Problemverhalten, das elterliche Erziehungsverhalten und die psychische Belastung der Eltern. <i>Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie</i>, 39, 24-32.</p> <p>Hahlweg, K., Heinrichs, N., Kuschel, A., Bertram, H. & Naumann, S. (2010). Long-term outcome of a randomized controlled universal prevention trial through a positive parenting program: is it worth the effort? <i>Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health</i>, 4:14</p> <p>Heinrichs, N., Hahlweg, K., Bertram, H., u.a. (2006). Die langfristige Wirksamkeit eines Elterntrainings zur universellen Prävention kindlicher Verhaltensstörungen, Ergebnisse aus Sicht der Mütter und Väter. <i>Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie</i>, 35, 82-95.</p> <p>Heinrichs, N., Krüger, S., Guse, U. (2006). Der Einfluss von Anreizen auf die Rekrutierung von Eltern und auf die Effektivität eines Elterntrainings. <i>Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie</i>, 35, 97-108.</p>

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin		S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens	
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis für das Therapieprogramm / Literatur
Kurzberatung. PAG Institut für Psychologie AG (Hrsg. dt. Aufl., 2. überarb. Aufl.). Münster: Verlag für Psychotherapie.		

2.2. Primär patientenzentrierte Präventions- und Therapieprogramme

Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis
Aebi, M., Perriard, R., Stiffler Scherrer, B. & Wettach, R. (2011). Kinder mit oppositionellem und aggressivem Verhalten. Das Baghira-Training. Göttingen: Hogrefe.	<ul style="list-style-type: none"> • Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppentraining zur Verbesserung der sozialen und kommunikativen Fertigkeiten, der emotionalen Kompetenzen, der Ärgerkontrolle sowie der Problem- und Konfliktlösefähigkeiten • Altersbereich: Kinder im Alter von 8 bis 13 Jahren 	Wirksamkeitsnachweis Moderat : eine Kontrollgruppenstudie Wettach, R. & Aebi, M. (2016). Wirksamkeit einer multimodalen Gruppenbehandlung für Kinder mit einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten in der klinischen Grundversorgung. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 44, 220-230.
Cierpka, M. (2001). FAUSTLOS. Ein Curriculum zur Prävention von aggressivem und gewaltbereitem Verhalten. Göttingen: Hogrefe. Cierpka, M. (Hrsg.) (2003). FAUSTLOS. Ein Curriculum zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen und zur Gewaltprävention für den Kindergarten. Göttingen: Hogrefe.	<ul style="list-style-type: none"> • Programm zur universellen Prävention von aggressivem und gewaltbareitem Verhalten • Gruppenformat • Altersbereich: Kindergarten, Grundschule, Sekundarstufe 	Wirksamkeitsnachweis Gering - Moderat : 3 Studien: 2 Kontrollgruppenstudien, 1 Kontrollgruppenstudie mit klassenweiser randomisierter Zuweisung. Keine Prä-Post-Effekte auf aggressives Verhalten (Studie 1), widersprüchliche Ergebnisse im Kindergartenalter (Studie 2), schwacher Effekt im Langzeitverlauf (Studie 3). Bowi, U., Ott, G. & Tress, W. (2008). Faustlos - Gewaltprävention in der Grundschule. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 57, 509-520. (Studie 3) Schick, A. & Cierpka, M. (2003). Faustlos: Evaluation eines Curriculums zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen und zur Gewaltprävention in der Grundschule. Kindheit und Entwicklung, 12, 100-110. (Studie 1) Schick, A. & Cierpka, M. (2005). Faustlos: Evaluation of a curriculum to prevent violence in elementary schools. Applied and Preventive Psychology, 11 (3), 157-165. (Studie 1) Schick, A. & Cierpka, M. (2006). Evaluation des Faustlos-Curriculums für den Kindergarten. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 6,459-474. (Studie 2)

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin		S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens	
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis
<p>Görtz-Dorten, A. & Döpfner, M. (2010). Therapieprogramm für Kinder mit aggressivem Verhalten (THAV). Göttingen: Hogrefe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Spezifisches verhaltenstherapeutisches soziales Kompetenztraining mit einem Schwerpunkt auf gleichaltrigenbezogene Aggressionen. Zusätzlich umfeldzentrierte Interventionen. • Modular aufgebautes Manual. • Altersbereich: Kinder von 6 bis 12 Jahren. 	<p>Wirksamkeitsnachweis Gut: 2 Studien: 1 RCT, 1 Eigenkontrollgruppenstudie</p> <p>Goertz-Dorten,A., Benesch,Ch., Hautmann,CH., Berk, E., Faber M., Lindenschmidt, T., Stadermann,R., Schuh. L. & Doepfner,M. (2017). Efficacy of an individualized social competence training for children with Oppositional Defiant Disorders / Conduct Disorders. <i>Psychotherapy Research</i>, 27(3), 326-337.</p> <p>Görtz-Dorten, A., Benesch, C., Berk-Pawlitzeck, E., Faber, M., Hautmann, C., Hellmich, M., Lindenschmidt, T., Schuh, L., Stadermann, R., & Döpfner, M. (2018). Efficacy of an individualized social competence training for children with Oppositional Defiant Disorders / Conduct Disorders - A randomized controlled trial with an active control group. <i>European Child & Adolescent Psychiatry</i> (online first) doi.org/10.1007/s00787-018-1144-x.</p>
<p>Görtz-Dorten, A. & Döpfner, M. (2016). Soziales computerunterstütztes Training für Kinder mit aggressivem Verhalten (ScouT). Göttingen: Hogrefe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Spezifisches verhaltenstherapeutisches computerbasiertes Problemlöse- und Kompetenztraining • Altersbereich: Kinder von 6 bis 12 Jahren. 	<p>Wirksamkeitsnachweis Gering: Noch kein peer-review</p> <p>Görtz-Dorten, A. & Döpfner, M. (2016). Soziales computerunterstütztes Training für Kinder mit aggressivem Verhalten (ScouT). Göttingen: Hogrefe.</p>
<p>Grassmann, D. & Stadler, C. (2009). Verhaltenstherapeutisches Intensivtraining zur Reduktion von Aggression. Wien: Springer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dreimonatiges Behandlungsprogramm, das ein zweiwöchiges tagesklinisches verhaltenstherapeutisch ausgerichtetes Intensivtraining in einer Gruppe von sechs Kindern und ein achtwöchiges ambulantes Elternteraining umfasst. • Altersbereich: Kinder von 8 bis 14 Jahren. 	<p>Wirksamkeitsnachweis Gut: 1 RCT</p> <p>Stadler, C., Grassmann, D., Clement, W., & Kröger, A. (2012). Störungen des Sozialverhaltens: Wirksamkeit des intensivtherapeutischen Behandlungsansatzes VIA. <i>Kindheit und Entwicklung</i>, 21, 103-113.</p>
<p>Petermann, F. & Petermann, U. (2012) Training mit aggressiven Kindern. 13., überarb. Aufl. Weinheim: Beltz.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Training mit aggressiven Kindern im Einzel- oder Gruppensetting. Fokus auf kindzentrierte Interventionen, zusätzlich Materialien zur Psychoedukation und differenzierte Hinweise zur begleitenden Elternarbeit • Altersbereich: Kinder von 6 bis 12 Jahren. 	<p>Wirksamkeitsnachweis Moderat: 4 Studien mit kleinen Stichproben: 1 nicht randomisierte Kontrollgruppenstudie (nur Effekte im Lehrerurteil, nicht im Elternurteil)</p> <p>Petermann, F., Petermann, U., Besier, T., Goldbeck, L., Büttner, P., Krause-Leipoldt, C. & Nitkowski, D. (2008). Zur Effektivität des Trainings mit aggressiven Kindern in Psychiatrie und Jugendhilfe. <i>Kindheit und Entwicklung</i>, 17, 182-189. (Studie 2, Prä-Post)</p> <p>Petermann, U., Nitkowski, D., Polchow, D., Pätel, J., Roos, S., Kanz, F. & Petermann, F. (2007). Langfristige Effekte des Trainings mit aggressiven Kindern. <i>Kindheit und Entwicklung</i>, 16, 143-151. (Prä-Post)</p>

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin		S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens	
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis
		<p>Petermann, U., Kamau, L., Nitkowski, D. & Petermann, F. (2013). Die Effektivität des Trainings mit aggressiven Kindern im Rahmen einer Hochschulambulanz. <i>Kindheit und Entwicklung</i>, 22, 174-180. (Prä-Post)</p> <p>Petermann, U., Krummrich, M., Meier, C., Petermann, F. & Nitkowski, D. (2010). Das Training mit aggressiven Kindern als schulbasiertes Präventionsprogramm. <i>Psychologie in Erziehung und Unterricht</i>, 57, 132-143. (Kontrollgruppe)</p>
<p>Rademacher, C. & Döpfner, M. (in Vorbereitung). SELBST-Therapieprogramm bei Eltern-Adoleszenten-Konflikten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verhaltenstherapeutisches Therapieprogramm zur Behandlung von Konflikten zwischen Eltern und Adoleszenten. Überwiegend richtet sich das Programm an Jugendliche mit aggressiv-dissozialen Verhaltensauffälligkeiten, aber auch mit anderen psychischen Störungen, in deren Gefolge heftige Eltern-Jugendlichen-Konflikte auftreten. • Altersbereich: Jugendliche von 12 bis 17 Jahren. 	<p>Wirksamkeitsnachweis Moderat: 1 Eigenkontrollgruppenstudie</p> <p>Rademacher, C., Hautmann, C., & Döpfner, M. (2016). Behandlung von Eltern-Jugendlichen-Konflikten nach dem Therapieprogramm für Jugendliche mit Selbstwert-, Leistungs- und Beziehungsstörungen (SELBST) – Konzeption und Ergebnisse einer Pilotstudie. <i>Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie</i>, 44, 1-12.</p>
<p>Roth, I. & Reichle, B. (2008). Prosoziales Verhalten lernen, „Ich bleibe cool“ (IBC). Weinheim: Beltz.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Präventionsprogramm zur Förderung prosozialer Verhaltensweisen und konstruktiver Konfliktlösestrategien sowie Abbau aggressiver Verhaltensweisen. • Gruppenformat • Altersbereich: erste Klasse. 	<p>Wirksamkeitsnachweise Gut: 1 RCT</p> <p>Roth, I., & Reichle, B. (2007). Beziehungsorientierte Intervention am Beispiel des 'Ich bleibe cool'-Trainings zur Förderung prosozialer Verhaltensweisen und konstruktiver Konfliktlösestrategien bei Kindern im Grundschulalter. <i>Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie</i>, 56, 463-482.</p>
<p>Weidner, J. (2008). Anti-Aggressivitäts-Training für Gewalttäter (ATT). 6. Aufl. Bonn/Bad-Godesberg: Forum.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppentraining für delinquente Jugendliche. Delikt- und defizitspezifische Behandlungsmaßnahme für aggressive Intensivtäter. • Dauer 5-6 Monate bei einer mehrstündigen Gruppensitzung pro Woche. • Altersbereich: Jugendliche von 14 bis 21 Jahren. 	<p>Wirksamkeitsnachweis Gering: Schädlicher Effekt: 1 RCT, keine Effekte</p> <p>Weichold, K. (2004). Evaluation eines Anti-Aggressions-Trainings bei antisozialen Jugendlichen., <i>Gruppendynamik & Organisation, Zeitschrift für Angewandte Sozialpsychologie</i> 1, 83-104.</p>

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

3. Anhang 3: Sondervoten

**bvvp: Ulrike Böker, Ariadne Sartorius - BKJ: Marion Schwarz, Christina Jung –
 VAKJP: Helene Timmermann, Katrin Luise Läger – BKJPP: Gundolf Berg, Reinhard Martens**

Herrn
 Prof. Dr. Dr. Tobias Banaschewski
 DGKJP
 Reinhardtstraße 27 B
 10117 Berlin

29. September 2017/ka

Sehr geehrter Herr Professor Banaschewski,

hiermit erklären wir gegenüber der dgkjp, die Mitgliedsgesellschaft der AWMF ist und federführend die Leitlinie der Störung des Sozialverhaltens entwickelt und koordiniert hat, unsere Zustimmung zu dem übersandten Dokument der Leitlinie mit dem Vorbehalt eines Sondervotums, welches 2 Ergänzungen zum Inhalt hat.

In einem weiteren Abstimmungsprozess zwischen den Verbänden, die das Sondervotum am 22.08.2017 eingereicht haben, und dem bkjpp haben wir festgestellt, dass wir die Anerkennung für die hervorragende wissenschaftliche Arbeit des Steuerungsgremiums, die zu dieser Leitlinie geführt hat, teilen.

Ebenso verbindet uns aber auch aus der Perspektive der ambulanten Versorgung die Verantwortung, in der klinischen Praxis bewährte Behandlungen, die auf wissenschaftlich fundierten Therapiekonzepten beruhen, im Sinne einer auf die individuellen Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen abzustimmenden Ergänzung der bisherigen Leitlinienempfehlungen als gute klinische Praxis weiterhin innerhalb dieses Sondervotums verankert zu wissen.

Dabei erscheint es uns in Ergänzung zu dem bereits formulierten Sondervotum wichtig darauf hinzuweisen, dass die Behandlungsstrategien, die für den stationären und teilstationären Bereich als gute und bewährte klinische Praxis konsentiert wurden, auch im Rahmen ambulanter Behandlungen als hilfreich festgeschrieben werden.

Somit lautet nun das gemeinsam von den Verbänden bvvp, BKJ und VAKJP und bkjpp unterstützte Sondervotum wie folgt:

1. Nach der Empfehlung 5.4.1.3

Bei Kindern und Jugendlichen, bei denen die genannten psychotherapeutischen Interventionen keine hinreichende Wirkung erzielt haben, bei denen hierfür keine Adhärenz vorliegt oder bei denen diese nicht durchführbar sind, sowie bei denen ein bedeutender Einfluss von auslösenden Faktoren auf die Entstehung der SSV (z.B. Traumata oder schwere Belastungssituationen) eruierbar ist, sollte die Indikation einer verhaltenstherapeutischen oder psychodynamischen Psychotherapie, die nicht nur störungsspezifisch ansetzt, geprüft werden.

publiziert bei:	 AWMF online Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

1. Als Ergänzung hinter den Satz 5.4.2.6: (Bei teilstationärer und stationärer Behandlung sollten die genannten patientenzentrierten Methoden eingebettet werden in milieutherapeutische Settings im multiprofessionellen Behandlungsteam. Systemische und psychodynamische Konzepte können hilfreich sein.)

Bei ambulanter Behandlung können (analog zur stationären und teilstationären Behandlung) ein Setting mit multiprofessionellem Behandlungsteam und die Berücksichtigung systemischer und/oder psychodynamischer Konzepte ebenfalls hilfreich sein.

Begründung:

Schon die unter 5.4.2.2. und 5.4.2.3. genannten zu berücksichtigenden Faktoren und anzuwendenden Methoden in unterschiedlichsten Kombinationen und Modifikationen erfordern eine umfassendere einzelfallbezogene Therapieplanung, die in einem individuell abzustimmenden psychotherapeutischen Vorgehen sich niederschlägt.

Bei fehlender Wirkung oder fehlender Adhärenz, bzw. bei Vorliegen auslösender und mitbedingender live-event-Faktoren ist die Möglichkeit einer individualisierten, über störungsspezifische Ansätze hinausgehende Psychotherapie zumindest in Betracht zu ziehen.

Bei den z.T. nur moderaten Effektstärken ist davon auszugehen, dass einzelne Subgruppen stark profitieren, andere wiederum weniger oder überhaupt nicht. Für diese sollte zumindest die Indikationsprüfung für eine Psychotherapie stattfinden, die neben störungsspezifischen Faktoren andere wichtige Gesichtspunkte aus dem Bereich von Bindung, Beziehung, Konfliktbearbeitung etc. einschließen.

Es ist eine von nahezu allen praktizierenden Psychotherapeuten gemachte Erfahrung, dass die in dem hier genannten Umfang der psychosozialen Interventionen bei vielen Betroffenen keine hinreichende Bearbeitung der Störungen von Bindung und Beziehung erreicht werden kann.

Für die ambulante Versorgung sollten zudem die gleichen konzeptionellen Behandlungsansätze einschließlich der Möglichkeit einer Arbeit im multiprofessionellen Behandlungsteam zur Anwendung kommen können, wie es für den teilstationären und stationären Sektor festgeschrieben wurde.

Mit freundlichen Grüßen



Gundolf Berg
 für die Verbände:
 bvvp: Ulrike Böker, Ariadne Sartorius
 BKJ: Marion Schwarz, Christina Jung
 VAKJP: Helene Timmermann, Katrin Luise Läser
 BKJPP: Gundolf Berg, Reinhard Martens

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

4. Anhang 4: Evidenztabellen ⁷

4.1. Schulbasierte Prävention und Interventionen

4.1.1. RCT/ kontrollierte Studien

Publikation	SC*	Population	Intervention	Comparison	Outcome (Effektstärken auf aggressives Verhalten)	Aussagen zur klinischen Wirksamkeit Moderatoreffekte	Fazit
Forster, M., Sundell, K., Morris, R. J., Karlberg, M., & Melin, L. (2010). A randomized controlled trial of a standardized behavior management intervention for students with externalizing behavior. <i>Journal of Emotional and Behavioral Disorders</i> , 1063426610387431.	++	N = 100 First- and second-grade students 86% boys	COMET (9 workshops/3 hours) Cognitive-behavioral group intervention Teacher training N=60	Control group implementing CHARLIE N=40	Observed student externalizing behavior F(1, 86)= 5.90, p<.05, d=.63 Teachers reprimands F(1, 86)= 5.85, p<.05, d=.46 Sign. main effect on time for the CTRS subscale of externalizing behavior: F(1,86) = 18.23, p<.001, d=.15 Follow-up (14 months): Sign. main effect on time for BREB teacher rating F(1,86)=1.00, p<.0,1, d= .68 Sign. main effect on time for teacher reprimands: F(1,86)=4.71, p<.05, d=.83 and teacher praise: F(1,86)=4.85, d=1.15	School based interventions are also effective	Qualität der Evidenz: hoch Kognitiv-behavioral ausgerichtete Gruppenprogramme im Schulsetting effektiv

⁷ *SC = Beurteilung nach SIGN Checkliste:

- „high quality“ (++) , Mehrzahl der beurteilten SIGN Kriterien erfüllt, kleines oder gar kein Bias-Risiko, es ist unwahrscheinlich, dass zukünftige Forschung zu anderen Ergebnissen kommen wird.
- „acceptable“ (+), die meisten Kriterien erfüllt, einige Mängel in der Studie könnten zu einem Bias führen, Ergebnisse könnten bei weiteren Untersuchungen anders ausfallen.
- „unacceptable – reject (0)“, entweder werden die meisten Kriterien nicht erfüllt oder das Studiendesign weist bei wichtigen Aspekten signifikante Mängel auf, es ist wahrscheinlich, dass andere Studien zu abweichenden Schlussfolgerungen kommen werden.

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

O'Leary-Barrett, M., Topper, L., Al-Khudairy, N., Pihl, R. O., Castellanos-Ryan, N., Mackie, C. J., & Conrod, P. J. (2013). Two-year impact of personality-targeted, teacher-delivered interventions on youth internalizing and externalizing problems: a cluster-randomized trial. <i>Journal of the Am. Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 52</i> (9), 911-92.	++	N = 1,024 (13-14 years) (1 SD above school-mean)	CBT- group interventions (2 personality targeted sessions) for 3 at risk-profiles (conduct disorder, depress., anxiety, 1 SD ab. school M), N=694	Waitlist control N=516	SDQ (conduct subscale) <i>no effect sizes mentioned</i>	Intervention group: 21% reduced likelihood of reporting severe conduct symptoms over 2 years	Qualität der Evidenz: gering
Plueck, J., Eichelberger, I., Hautmann, C., Hanisch, C., Jaenen, N., & Doepfner, M. (2014). Effectiveness of a teacher-based indicated prevention program for preschool children with externalizing problem behavior. <i>Prevention Science, 16</i> (2), 233-241.	+	N=144 (3-6 years)	PEP-TE	Within subject control group design Nicht randomisiert	C-TRF-EXT: d=.64; SCL-ODD: d=.67	SCL-ADHD d=.44; QAS d=.76 QBS d=.83	Qualität der Evidenz: hoch ET für Lehrer im Kindergarten zeigt mittlere Effekte
Schonert-Reichl, K. A., Oberle, E., Lawlor, M. S., Abbott, D., Thomson, K., Oberlander, T. F., & Diamond, A. (2015). Enhancing cognitive and social-emotional development through a simple-to-administer mindfulness-based school program for elementary school children: A randomized controlled trial. <i>Developmental psychology, 51</i> (1), 52.	++	N=99 (9-11 years) fourth and fifth grade children	MIND-up (SEL plus mindfulness and caring for others) <i>Conducted by teachers</i> N=48 Meta-analysis on SEL (Durlak et al., 2011): effect on well-being and	Social responsibility program (British Columbia's Ministry of education) N=51	D) Peer nominations of prosociality (assessed following Schonert-Reichl et al., 2012; Wentzel, Barry, & Caldwell, 2004) Peer-nominated aggressive behavior d=-.55 Starts fights d=-.71 Peer-rated popularity d=.44 reduction of 24% in peer-nominated aggressive behavior	A) Assessments of EF Flanker switch trials d=-.21, Incongruent flanker and reverse flanker trials d=-.31, Hearts and flowers task d=-.22, B) children's salivary cortisol change across the day d=.51 C) Child self-report Empathy d=.42 Perspective-taking	Qualität der Evidenz: hoch Ein von Lehrern durchgeführtes sozial-emotionales Programm mit Mindfulness wirksam

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

			academic success			d=.40 Optimism d=.48 Emotional control d=.59 School self-concept: d=.50, mindfulness d=.55, decreased depressive symptoms d=-.45, sSharing d=.42 Trustworthiness d=.76 Helpfulness d=.72 Taking other's views d=.87, E) Year-end teacher-rated math-grades: d=.38	
Stoltz, S., Deković, M., Londen, M., Orobio de Castro, B., & Prinzie, P. (2013). What works for whom, how and under what circumstances? Testing moderated mediation of intervention effects on externalizing behavior in children. <i>Social Development</i> , 22(2), 406-425.	+	N= 264 fourth grade classes (Mean age = 1.2 years)	Stay Cool Kids (CBT) Individual weekly sessions with the child (8)+ intervention at school N=191	No intervention control group N=73	TRA: Reactive aggression Child: d= .21 Teacher: d= .28 Proactive aggression Child: d= .22 Teacher: d= .30 (n.s.)	Child positive self-perception and maternal involvement significant mediators of the intervention efficacy (in boys and girls) .	Qualität der Evidenz: gering Kognitiv-behaviorale Intervention im Einzelsetting (Grundschule) kann wirksam sein (selektive Intervention, Risikokinder)

publiziert bei:	 AWMF online Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

4.2. Elterstraining (Eltern-zentrierte und Eltern-Kind zentrierte Behandlung)

4.2.1. RCT/ kontrollierte Studien

Publikation	SC*	Population	Intervention	Comparison	Outcome (Effektstärken auf aggressives Verhalten)	Aussagen zur klinischen Wirksamkeit Moderatoreffekte	Fazit
Abrahamse, M. E., Junger, M., Chavannes, E. L., Coelman, F. J., Boer, F., & Lindauer, R. J. (2012). Parent-child interaction therapy for preschool children with disruptive behaviour problems in the Netherlands. <i>Child and adolescent psychiatry and mental health</i> , 6(1), 24.	+	N= 95 Preschool children with behavioral problems	PCIT (10 to 20 Sessions) N=37	Non-clinical comparison group N=58 Nicht randomisiert	ECBI Pre: Intensity scale: d = 1.88 Problem scale: d=1.56 Post Intensity scale: d = 1.99 Problem scale: d=1.48	Reduction of disruptive behavior Large effect sizes for fathers' and mothers' reported problems between pre/ post No follow-up	Qualität der Evidenz: moderat PCIT zeigt hohe Effektstärken
Axberg, U., & Broberg, A. G. (2012). Evaluation of "The Incredible Years" in Sweden: The transferability of an American parent-training program to Sweden. <i>Scandinavian journal of psychology</i> , 53(3), 224-232.	++	N=62 (children 4-8 years) Diagnosed with ODD	IY N=38	Waitlist (WL) N=24	ECBI pre/post Intensity Scale: d=1.17 Problem Scale: d=1.26 SESBI-R pre/post Problem Scale: d=.27	The IY Basic program can be an effective method of treating children's DBP's in regular clinical work in Sweden.	Qualität der Evidenz: moderat Hohe Effekte von IY-PT
Bagner, D. M., Coxe, S., Hungerford, G. M., Garcia, D., Barroso, N. E., Hernandez, J., & Rosa-Olivares, J. (2015). Behavioral parent training in infancy: a window of opportunity for high-risk families. <i>Journal of abnormal child psychology</i> , 1-12.	++	N=60 (1 year)	Home treatment adaption of PCIT, N=29 5-7 sessions	SC (standard pediatric primary care), N=31	ITSEA: Aggression/defiance subscale d=.51	ITSEA internalizing d=.71 Klinisch: weniger Diagnosen bei post und follow-up (aber dieser Unterschied nicht sign.) Gruppenunterschiede minimal zum 6-	Qualität der Evidenz: moderat Aufsuchende Intervention zeigt mittlere Effektstärken in hoch-Risikofamilien

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

						Monats Mütterliche Kompetenzen signifikant besser, aber keine sign. Reduktion von elterlichem Stress	
Bjørknes, R., & Manger, T. (2013). Can parent training alter parent practice and reduce conduct problems in ethnic minority children? A randomized controlled trial. <i>Prevention science</i> , 14(1), 52-63.	++	N=96 (3-9 years) Moslem immigrants in Norway	PMT (18 session) N=50	Waitlist control N=46	ECBI problem scale: d= .27 (sig) CP composite (ECBI intensity + daily report scale) d=.32 (sig)	Effects are better when parents attend > 50% of the sessions; no effects on school setting, TRF: d=.07 (insig.) PT effektiv, Generalisierbarkeit auf das Schulsetting nicht bestätigt	Qualität der Evidenz: moderat Kleine Effektstärken von ET bei Eltern mit Migrationshintergrund
Breitenstein, S. M., Gross, D., Fogg, L., Ridge, A., Garvey, C., Julion, W., & Tucker, S. (2012). The Chicago Parent Program: Comparing 1-year outcomes for African American and Latino parents of young children. <i>Research in nursing & health</i> , 35(5), 475-489.	+	N =504 (children: 2-4 years) (291 afroamerican parents and 213 parents with latinamerican background)	PMT (Chicago Parent Program) N=267	Waitlist control N=237	ECBI Intensity Scale, p < .05, ECBI Problem Scale: n.s.	Latinamerican parents reported greater overall improvements in their children's behavior problems relative to African American parents at follow up F (1, 500)= 14.96, p < .01 (d _{calculated} =.35)	Qualität der Evidenz: moderat PMT auch wirksam bei Eltern mit Migrationshintergrund, kleine Effekte
Burke, K., Brennan, L., & Cann, W. (2012). Promoting protective factors for young adolescents: ABCD Parenting Young Adolescents Program randomized controlled trial. <i>Journal of adolescence</i> , 35(5), 1315-1328.	+	N= 180 (10-14 years) (ohne Verhaltensprobleme)	ABCD Parenting Young Adolescent (age 10-14) Program 6-session group, N=90	wait-list condition N=90	SDQ prosocial behaviors: p = .020 lower conduct problems p = .048 total difficulties: p = .041 Conduct Problems: d=.278	PT kann auch als universales Programm bei Jugendlichen effektiv sein, wenn es auf jugendspezifische Inhalte ausgerichtet ist.	Qualität der Evidenz: moderat Universelles ET effektiv, kleine Effekte

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

Chu, J. T. W., Bullen, P., Farruggia, S. P., Dittman, C. K., & Sanders, M. R. (2015). Parent and adolescent effects of a universal group program for the parenting of adolescents. <i>Prevention Science</i> , 16(4), 609-62.	++	N=72 (adolescents 12-15 years)	GTPP 4 x 2h over 8 weeks N=35	Control condition No intervention or support N=37	Short term Mother reported outcomes: FES: Conflict subscale d=.85 SDQ: total score d=.90, Adolescent reported outcomes: FES: Conflict subscale d=.76 PBC: d=.22 SDQ: total score d=.37 6-month-follow up Mother reported outcomes: FES: Conflict subscale d=.15 SDQ: total score d=.50 Adolescent reported outcomes: FES: Conflict subscale d=1.00 PBC: d=.82 SDQ: total score d=.92	Short term: Mother reported rating: FES: Cohesion subscale d=.99, Adolescent reported outcomes: FES: Cohesion subscale d=.93, 6-month-follow up: Mother reported outcomes: FES: Cohesion subscale d=1.05, Adolescent reported outcomes: FES: Cohesion subscale d=1.03, Adolescents whose parents attended GTPP reported significantly lower levels of problem behavior than adolescents in the CAU condition	Qualität der Evidenz: gering Kleine bis hohe Effekte von ET als universelles Programm
Day, C., Michelson, D., Thomson, S., Penney, C., & Draper, L. (2012). Evaluation of a peer led parenting intervention for disruptive behaviour problems in children: community based randomised controlled trial. <i>BMJ</i> , 344, e1107.	++	N=116 (2-11 years) index children	Peer led PMT (8 weeks, 2h)	waitlist control	ECBI intensity subscale: d=.38.	The peer led parenting intervention significantly reduced child behaviour problems and improved parenting competencies	Qualität der Evidenz: moderat Kleine Effekte von ET, wenn von Eltern geleitet
Duncombe, M. E., Havighurst, S. S., Kehoe, C. E., Holland, K. A., Frankling, E. J., & Stargatt, R. (2014). Comparing an Emotion-and a Behavior-Focused Parenting Program as Part of a	++	N=parents of 320 children at risk for conduct disorder (4-9 years)	2 Conditions: Tuning into Kids N=91	Waitlist Control N=113	(relative to controls) parent, teacher, and child measures of child disruptive behavior, ranging from d=.3 to d=.4.	Child age and parent psychological well-being moderated intervention response	Qualität der Evidenz: moderat ET kleine Effekte (auch bei ET mit Fokus auf Verbesse-

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

Multisystemic Intervention for Child Conduct Problems. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 1-15.			Positive Parenting Program N=116			emotion- and behavior-focused parenting programs were equally effective	rung emotional-behavioraler Strategien
Enebrink, P., Högström, J., Forster, M., & Ghaderi, A. (2012). Internet-based parent management training: A randomized controlled study. Behaviour research and therapy, 50(4), 240-249.	++	N= 104 children (3-12 years)	Internet-based PMT, 7 sessions N=58	Waitlist control N=46	ECBI Intensity scale: d=.42 Problem scale: d=.72 SDQ total: d=.62 conduct problems: d=.30	Use paper for footnote in guidelines: evidence for usefulness of internet parent training	Qualität der Evidenz: moderat Mittlere bis hohe Effekte eines internetbasierten ET für Eltern mit gutes Bildungsniveau)
Feldmann, M., Heinrichs, N., Hahlweg, K., & Bertram, H. (2007). Bibliotherapie zur Verbesserung elterlicher Erziehungskompetenz: Eine randomisierte Evaluationsstudie. Verhaltenstherapie, 17(1), 26-35.	+	N= 69 Eltern von Vorschulkindern (3-6 years) Universal prevention	10 Kapitel Elternratgeber Triple P im Selbststudium	Waitlist control	CBCL-EXT (Mütter): d=.70 CBCK-EXT (Väter): d=.42 SDQ total (Mütter): d=.78 SDQ total (Väter): d=.30	Je mehr Kapitel gelesen wurden desto bessere Effekte ergaben sich (bei den Müttern, nicht bei den Vätern)	Qualität der Evidenz: moderat Mittlere bis hohe Effekte eines internetbasierten ET (mit telefonischer Beratung) bei Eltern mit gutem Bildungsniveau, hoher sozioökonomischer Status
Gavița, O. A., David, D., Bujoreanu, S., Tiba, A., & Ionuțiu, D. R. (2012). The efficacy of a short cognitive-behavioral parent program in the treatment of externalizing behavior disorders in Romanian foster care children: Building parental emotion-regulation through unconditional self-and child-acceptance strategies. Children	+	N= 97 foster children in Romania (5 - 18 years) with externalizing behavior (>93 percentile of the CBCL) and their foster parents	CEBPT Cognitive-behavioral PT (with parental emotion-regulation component) (4 weekly sessions plus a	waitlist control N=41	CBCL-EXT: Main effect for groups d=.51 Main effect time d=1.65 Interaction group x time d=.79	No significant differences found at three month follow-up.	Qualität der Evidenz: moderat Hohe Effekte von Elterntraining in Pflegefamilien

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

and Youth Services Review, 34(7), 1290-1297.			three-month follow-up session, each of 4 hour), N=56				
Hanisch, C., Hautmann, C., Eichelberger, I., Plück, J., & Döpfner, M. (2010). Die klinische Signifikanz des Präventions-programms für Expansives Problem-verhalten (PEP) im Langzeitverlauf. Verhaltenstherapie, 20(4), 265-273.	+	N=93 children with problem behaviour EL/ERZ: N=38 ERZ: N=21	Präventions-programm für Expansives Problem-verhalten (PEP) in 38 families, teachers and parents (P+T) were trained	Non-treated Control group (N=34)	FBB-SSV & FBB-ADHD & CBCL 1 1/2 -5 => problem behaviour indicator No sign. group-by-time interaction effects.	Clinically sign. improvements, however in P+T group; children of the T group improved sign., whereas CG showed lower sign. clinical improvement. In CG only 2.6% improved sign. from pre to post. P+T group showed 42.9% improvement from pre to post.	Qualität der Evidenz: moderat Kombination von Eltern- und Erzieher-training wirksam ➔ Multi-Komponenten-behandlung
Hautmann, C., Stein, P., Eichelberger, I., Hanisch, C., Plück, J., Walter, D., & Döpfner, M. (2011). The severely impaired do profit most: differential effectiveness of a parent management training for children with externalizing behavior problems in a natural setting. Journal of child and family studies, 20(4), 424-435.	+	N= 270 families with children (3–10 years) 3 subgroups 1/2: high initial problems of CD 3: low CD problems	PEP	Within-subject control group design Nicht randomisiert	Subgroup 1,2,3 CBCL-AGG: 1:d=.34 (pre1/pre2) d=.46 (pre2/fu) 2:d=.87 (pre1/pre2) d=1.19 (pre2/fu) 3:d= -.16 (pre1/pre2) d=1.21 (pre2/fu) SCL-ODD: 1:d=.20 (pre1/pre2) d=.44 (pre2/fu) 2:d= .94 (pre1/pre2) d=1.38 (pre2/fu) 3:d= -.08 (pre1/pre2) d=.99 (pre2/fu)	One of more impaired groups exhibited strong decrease in problem DBP during treatment, while other 2 groups only showed moderate decreases. For attention problems and DBP, some of most impaired children gained most from PT	Qualität der Evidenz : moderat Indizierte Behandlung (PEP) zeigt auch bei hoch auffälliger Ausgangsproblematik hohe Effekte

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

<p>Hautmann, C., Eichelberger, I., Hanisch, C., Plück, J., Walter, D., & Döpfner, M. (2010). The severely impaired do profit most: Short-term and long-term predictors of therapeutic change for a parent management training under routine care conditions for children with externalizing problem behavior. <i>European child & adolescent psychiatry</i>, 19(5), 419-43.</p>	+	N= 270 families with children (3–10 years)	PEP	<p>Within-subject control group design</p> <p>Nicht randomisiert</p>	<p>Therapeutic change: EXP composite score externalizing problems inc. CBCL (externaliz. scale) and SCL-ODD: Pre/post: $\beta = -.35$, $R^2 = .12$ Pre/fu2: $\beta = -.55$, $R^2 = .31$</p> <p>EXP: Externalizing problem $d = -.44$ (post) $d = -.50$ (follow-up)</p> <p>PSE: $d = .42$ (post) $d = .71$ (follow-up)</p>	<p>SES or paternal psychopathology does not predict effects of the parent management intervention. Effectiveness was higher in parents with low self-efficacy rates</p>	<p>Qualität der Evidenz : moderat</p> <p>PMT wirksam unabhängig vom SES und elterlicher Psychopathologie, mittlere bis hohe Effekte</p>
<p>Hautmann, C., Stein, P., Hanisch, C., Eichelberger, I., Plück, J., Walter, D., & Döpfner, M. (2009). Does parent management training for children with externalizing problem behavior in routine care result in clinically significant changes?. <i>Psychotherapy research</i>, 19(2), 224-233.</p>	+	N= 270 families with children (3–10 years)	PEP	<p>Within-subject control group design</p> <p>Nicht randomisiert</p>	<p>Child behavior problems CBCL-EXT 19.0% SCL-ODD 15.4%</p>	<p>PEP effective in German setting of parent training programs</p>	<p>Qualität der Evidenz : moderat</p> <p>PEP effektiv, auch klinisch bedeutsam</p>
<p>Havighurst, S. S., Wilson, K. R., Harley, A. E., Kehoe, C., Efron, D., & Prior, M. R. (2013). "Tuning into Kids": Reducing Young Children's Behavior Problems Using an Emotion Coaching Parenting Program. <i>Child Psychiatry & Human Development</i>, 44(2), 247-264.</p>	++	N= 54 (children 4-5 years) Parents of children with externalizing problems (ECBI > 131) PT + Module mit Fokus auf	TIK (preschool kids) 2 h per week for 6 weeks N=31	TAU (paediatric counseling) during waitlist N=23	<p>Post assessment: ECBI behavior intensity: $d = 1.20$ behavior problem: $d = 1.05$</p> <p>follow up: behavior intensity $d = .74$ behavior problem $d = 1.00$</p> <p>teacher-reported follow-up ECBI intensity: $d = .56$, problem: $d = .46$.</p>	<p>parents also reported greater empathy and had improved observed emotion coaching skills; children had greater emotion knowledge</p>	<p>Qualität der Evidenz : moderat</p> <p>TIK hohe Effekte ➤ Therapiestrategien</p>

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

		elterlicher Emotionsregulation und Sensitivität					
Hurlburt, M. S., Nguyen, K., Reid, J., Webster-Stratton, C., & Zhang, J. (2013). Efficacy of the Incredible Years group parent program with families in Head Start who self-reported a history of child maltreatment. <i>Child Abuse & Neglect</i> , 37(8), 531-543.	++	N = 481 Families (children mean age 4.7)	IY N=335	TAU (n=146)	CII negative nonverbal affect: b = -.16, d = -.31 improvements in positive affect: b = .10, d = .20	Positive impact of IY for parents with a history of child maltreatment	Qualität der Evidenz : moderat PMT kann auch für Eltern mit eigener Vernachlässigung/ Missbrauchsgeschichte wirksam sein, kleine Effekte
Ise, E., Kierfeld, F., & Döpfner, M. (2015). One-year follow-up of guided self-help for parents of preschool children with externalizing behavior. <i>The journal of primary prevention</i> , 36(1), 33-40.	+	N = 36 (post-test & follow-up) Mean age 6.4 years	Self-administered parent training with minimal therapist contact	Waitinglist-Control N = 11	Pre/post effect size CBCL-externalizing: d = 1.21 Parent Practices Scale: d = -0.08 Post/follow-up effect size CBCL-externalizing: d = -0.02 Parent Practice Scale: d = 0.04	Results indicate, that gains achieved post-intervention were maintained for at least 1 year. The percentage of children with substantial behavior problems was reduced from pre-intervention to follow-up.	Qualität der Evidenz : gut Telefonbasierte angeleitete Selbsthilfe für Eltern von Vorschulkindern, hohe Effekt (prä-post) auch ein Jahr nach der Intervention.
Kierfeld, F., Ise, E., Hanisch, C., Görtz-Dorten, A., & Döpfner, M. (2013). Effectiveness of telephone-assisted parent-administered behavioural family intervention for preschool children with externalizing problem behaviour: a randomized controlled trial. <i>European child & adolescent psychiatry</i> , 22(9), 553-565.	++	German preschool children (3-6 years) CBCL EXT (>85%)	Wackelpeter und Trotzkop: 11 weeks Reading, implementation of units; weekly telephon.cont acts (max. 20min).N=26	Waitlist control N=22	CBCL-EXT: d (diff)=1.22 FBB-SSV: d(diff)=.89	CBCL-INT: d(diff) = 1.01 self-help measures can be effective	Qualität der Evidenz gut, ET als Selbsthilfeprogramm mit begleitender telefonische Assistenz durch Fachpersonen hohe Effekte (Einschränkung: nur bei Eltern mit ausreichendem Bildungsstand)

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

Kjøbli, J., & Ogden, T. (2012). A randomized effectiveness trial of brief parent training in primary care settings. <i>Prevention Science</i> , 13(6), 616-626.	+	N=137 (2-12 years)	PMTO (12 sess.) N=72	Comparison Group N=65	ECBI intensity post (T2): d=.42 . intensity follow up (T3): d=.47 problem post (T2): d= .34 problem follow up (T3): d= .31	Moderate Effekte bei ECBI, kleine Effekte CBCL	Qualität der Evidenz : moderat PMTO wirksam: kleine bis mittlere Effekte im Vorschulalter
Nitsch, E., Hannon, G., Rickard, E., Houghton, S., & Sharry, J. (2015). Positive parenting: a randomised controlled trial evaluation of the Parents Plus Adolescent Programme in schools. <i>Child and adolescent psychiatry and mental health</i> , 9(1), 1.	+	N=126 (children 10-16 years) The parent training program was delivered in school setting.	PPAP N=82	Wait-list control No intervention N=44	Group x Time interactions T2 SDQ: Total Score p<0.001 Conduct subscale p<0.001		Qualität der Evidenz moderat
Reid, G. J., Stewart, M., Vingilis, E., Dozois, D. J., Wetmore, S., Jordan, J., ... & Zaric, G. S. (2012). Randomized trial of distance-based treatment for young children with discipline problems seen in primary health care. <i>Family practice</i> , cms051.	++	Parents (N = 178) with concerns about their 2- to 5-year olds' discipline	Parenting Matters intervention (6 weekly sections); brief self-learning intervention (self-help booklet) zusätzlich zu TAU N=91	TAU N=87	ECBI no significant differences CBCL between groups: d=.15, p=..054	No evidence for effectiveness ECBI decreased significantly more in the Parenting Matters condition compared with Usual Care alone, based on a significant time by treatment group effect in intent-to-treat, growth curve analyses (P = .033) and in child psychopathology in general	Qualität der Evidenz : gut Kurzes behavioral ausgerichtetes Elterntraining (Selbststudium) mit telefonischem Kontakt wirksam, kleine Effekte

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

Sanders, M. R., Baker, S., & Turner, K. M. (2012). A randomized controlled trial evaluating the efficacy of Triple P Online with parents of children with early-onset conduct problems. Behaviour research and therapy, 50(11), 675-684.	++	N= 116 Parents with early-onset conduct problems children (2-9 years)	TPOL 8 module intensive online positive parenting program for parents N=60	Internet use-as-usual control group N=56	ECBI Intensity scale: d=.89 Problem scale: d=.71 SDQ d=.58	significantly lower rate (Problem scale) and frequency (Intensity scale) of behavior problems at post-intervention -significantly reduced behavioral and emotional problems at post-intervention	Qualität der Evidenz : hoch Internet-basiertes online Elterstraining ist wirksam bei Eltern mit gutem Bildungsniveau und hohem SES, hohe Effekte
Scott, S., & O'Connor, T. G. (2012). An experimental test of differential susceptibility to parenting among emotionally-dysregulated children in a randomized controlled trial for oppositional behavior. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 53(11), 1184-1193.	++	N=112 (4-6 years)	IY (12 weeks) Group 1: emotionally-dysregulated subset Group 2: Headstrong subset N=61	Control Telephone help line N=51	PACS Emotionally-Dysregulated subset: d=.82 Headstrong subset d = .20 (n.s.)	Nonsignificant effect for treatment in Headstrong subset but significant treatment effect in the Emotionally-Dysregulated subset Wirksamkeit von PT bei Kindern mit Problemen in der Emotions-regulation höher als bei Kindern, die durch eigensinniges Temperament gekennzeichnet sind.	Qualität der Evidenz : hoch Aussagen über differenziert Wirksamkeit von ET
Somech, L. Y., & Elizur, Y. (2012). Promoting self-regulation and cooperation in pre-kindergarten children with conduct problems: A randomized controlled trial. Journal of the American Academy of Child & Adoles-	++	N=209 (3-5 years)	PT Hitkashrut (Co-parent Training= fathers, parental self-regulation, cooperation with teachers) N=140, PT mit zusätzlichen	Minimal Support Control (two consultation sessions) N=69	SDQ ECBI: Post-test: d=.76 follow-up: d= .63	Sign. Intervention effect at post and follow up Hitkashrut zeigt mittlere bis starke Effekte hinsichtlich der Reduktion von Verhaltensprobleme als	Qualität der Evidenz hoch Aussagen über Therapiestrategien Strategien zur Verbesserung der elterl. Emotionsregulation empfehlenswert

publiziert bei:	 AWMF online Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

cent Psychiatry, 51(4), 412-422.			Komponenten (Einbeziehung des Vaters, elterl. Emotions-regulation, Kommunikation.			auch der Reduktion von CU Merkmalen.	
----------------------------------	--	--	---	--	--	--------------------------------------	--

4.2.2. Prä-/Post-Studien

Publikation	SC	Population	Intervention	Comparison	Outcome (Effektstärken auf aggressives Verhalten)	Aussagen zur klinischen Wirksamkeit Moderatoreffekte	Fazit
Axelrad, M. E., Butler, A. M., Dempsey, J., & Chapman, S. G. (2013). Treatment effectiveness of a brief behavioral intervention for preschool disruptive behavior. <i>Journal of clinical psychology in medical settings</i> , 20(3), 323-332.	+	N=120 (children 2-6.5 years)	BBI	None	Pre/Post ECBI (parent-rated): Intensity Scale: d=1.41 Problem Scale: d=1.43 BASC-2 (parent-rated): Aggression: d=.76 Ext- behavior: d=.94 BASC-2 (teacher-rated): Aggression: d=.51 Ext- behavior: .56	Significant decreases in child disruptive behavior and parent stress were found from pre-to-post intervention, and improvements were maintained at follow-ups. Significant pre-to-post intervention also reported by teachers High attrition rate (29% returned follow-up data)	
Hobbel, S., & Drugli, M. B. (2013). Symptom changes of oppositional defiant disorder after treatment with the Incredible Years Program. <i>Nordic journal of psychiatry</i> , 67(2), 97-103.	+	N=84 (4-8 years)	IY-Parent (12-14 sessions) and Dina Dinosaurier Child Program for children (14 Sessions)		KIDDIE-SADS symptoms (1 year follow-up) for ODD showed medium effect sizes (Mean=.4)	Positive effect on children with ODD: At the 1-year follow-up, descriptive analyses showed that 68% of the children no longer had an ODD diagnosis.	Qualität der Evidenz gering PMT + Kindertraining effektiv Aussagen Kombination von ET und Kindertraining /multikomponenten

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

Price, J. M., Roesch, S. C., & Walsh, N. E. (2012). Effectiveness of the KEEP foster parent intervention during an implementation trial. Children and youth services review, 34(12), 2487-2494.	+	N _{total} = 856 (foster parents and children 5-12 years)	KEEP (16 weekly PMT group sessions) KEEP effectiveness study (N=356), vs. KEEP SAY implementation (n=159)	Historical comparison group N=341	PDR KEEP (effect) Inter. vs. control (group status 1): $\beta=-.118$, $p=.001$ KEEP SAY imp. Vs. Control (group status 2): $\beta=-.246$, $p=.001$	children in the KEEP effectiveness study intervention group had lower behavior problem scores at termination than did children in the KEEP effectiveness	Qualität der Evidenz moderat Elterntertraining für Pflegefamilien wirksam
---	---	---	--	-----------------------------------	--	--	--

4.3. Interventionen für Kinder und Jugendliche (patientenzentrierte)

4.3.1. RCT/ kontrollierte Studien

Publikation	SC*	Population	Intervention	Comparison	Outcome (Effektstärken aggressives Verhalten)	Aussagen zur klinischen Wirksamkeit Moderatoreffekte	Fazit
Bratton, S. C., Ceballos, P. L., Sheely-Moore, A. I., Meany-Walen, K., Pronchenko, Y., & Jones, L. D. (2013). Head start early mental health intervention: Effects of child-centered play therapy on disruptive behaviors. International Journal of Play Therapy, 22(1), 28.	+	N=54 (4-5 years) low income preschool children with disruptive behaviors	Child focused play therapy (Axline) (17-21 Sessions)	Active control, reading mentoring (RM)	TFR (CBCL: externalizing behavior. aggression, attention deficits) $p2=.17-34$.	Large treatment effect on children's attention problems and children's aggressive behavior	Qualität der Evidenz moderat Effekte nur in Bezug auf engen Altersbereich und im Erzieherurteil, in Metaanalyse (Bratton et al., 2005) Wirksamkeit insbesondere wenn Eltern anwesend (Wirkmechanismus unklar)
Cunningham, R. M., Chermack, S. T., Zimmerman, M. A., Shope, J. T., Bingham, C. R., Blow, F. C., & Walton, M.	+	N=726 (14-18 years) at risk adolescents (aggressive)	TBI: therapist assistance with Motivational Inter-	Control group (information brochure)	Conflict tactic scale TBI participants were less likely to report severe peer aggression at 12	Participants in the TBI condition showed a 43% reduction in severe peer aggression	Qualität der Evidenz: hoch MI kann bei gewalttätigem Verhalten

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

A. (2012). Brief motivational interviewing intervention for peer violence and alcohol use in teens: one-year follow-up. Pediatrics, 129(6), 1083-109.		sive behavior last year)	viewing (brief intervention, 30min) CBI: Computer-brief intervention	CBI: Computer-brief intervention	months in comparison with controls (group by time interaction ($\chi^2 = 1.82, P < .01$).	sion in comparison with 26% reductions in both the CBI and control conditions (after 12 month)	eine Strategie sein. (siehe allgemeine Empfehlungen)
Currie, M., & Startup, M. (2012). Doing anger differently: Two controlled trials of percussion group psychotherapy for adolescent reactive aggression. Journal of adolescence, 35(4), 843-853.	+	Study 1 (12-15 years) N =54 Study 2 (12-15 years) At risk adolescents (at least two aggressive misbehaviours in-school) N = 65	School-based program with Percussion exercises (20 sessions, 10 weeks) + (Gruppentraining)	Waitlist control	Study 1 TAS Trait anger: d=1.3 AXOUT aggression-reports: d=1.0 Study 2 Post : Trait anger: d= .4 anger expression: d=.3 follow-up: treatment levels: d =1.2	Depression (BDI): d=.6 Self-esteem (CSEI): d=.6 effective	Qualität der Evidenz: moderat Kognitiv-behaviorales schulbezogenes Gruppentraining effektiv, Hinzunahme von projektbezogenen Modulen (Percussion) kann sinnvoll sein.
Dadds, M. R., Cauchi, A. J., Wimalaweera, S., Hawes, D. J., & Brennan, J. (2012). Outcomes, moderators, and mediators of empathic-emotion recognition training for complex conduct problems in childhood. Psychiatry Research, 199(3), 201-207.	+	N=195 (6-16 years) referred for behavioral/emotional problems	ERT versus MR	TAU (parent training)	SDQ conduct problems and total problems: n. s.. emotion recognition: d=.38) in CU group only)	ERT produced significant improvements in affective empathy and conduct problems in H-CU-children. Success in symptom reduction was not mediated through improved emotion recognition	Qualität der Evidenz: moderat Mind-Reading-Programm zeigt keine Effekte auf Reduktion aggressiven Verhaltens, jedoch eine Verbesserung der Emotions-erkennung.
Ford, J. D., & Hawke, J. (2012). Trauma affect regulation psychoeducation group and milieu intervention outcomes in juvenile detention	+	N= 394 (11-16 years) Detained youth with traumatic life	Group intervention TARGET (10 sessions) staff training,	Matched comparison control group (Youth	Jede durchgeführte TARGET Sitzung war assoziiert mit einer 53 % Abnahme von Disziplinierungsverfahren und einer um 69.3%-ig reduzierten Rate von Ausschluss	53 % fewer disciplinary incidents and 69.3 fewer minutes of disciplinary seclusion	Qualität der Evidenz: moderat Gruppentraining, das Strategien zur Stressregulation

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

facilities. Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 21(4), 365-384.		events	group sessions staff coaching peer coaching N=197	were admitted to detention facilities where TARGET was not being administered) N=197 Nicht randomisiert	(Regressionsanalyse)		vermittelt, kann wirksam sein bei straffälligen Jugendlichen mit traumat. Erfahrungen Milieuthérapie (Behandlung in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe oder forensischem Setting)
Ford, J. D., Steinberg, K. L., Hawke, J., Levine, J., & Zhang, W. (2012). Randomized trial comparison of emotion regulation and relational psychotherapies for PTSD with girls involved in delinquency. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 41(1), 27-37.	++	N=59 delinquent girls (13-17 years)	TARGET N=33 versus ETAU (Enhanced Treatment as Usual N=26	ETAU Enhanced TAU: Supportive Intervention	Kein Aggressionmass CAPS-CA Total score: d=.53 Hope Scale: d=.64	TARGET associated with twice as much reduction in PTSD symptom severity and clinically significant change in PTSD as ETAU. ETAU superior to TARGET on gains in optimism/self-efficacy and reduced anger.	Qualität der Evidenz: hoch, aber keine Aussagen zu Reduktion Aggression
Goertz-Dorten, A., Benesch, C., Hautmann, C., Berk-Pawlitzeck, E., Faber, M., Lindenschmidt, T., ... & Döpfner, M. (2015). Efficacy of an individualized social competence training for children with Oppositional Defiant Disorders/Conduct Disorders. Psychotherapy Research, 1-12.	+	N=101 (6-12 years) Boys with peer-related aggressive behavior	THAV N=60	Within-subject-design (Control group (N=41) not reported in study) Nicht randomisiert	FAVK-PARENT (N=60): Range d=.80-2.04 -PEER d=2.04 -ADULT d=1.06 -Soc. Inf. d=1.14 -Impulse d=1.52 -Interact d=.89 -ODD d=2.51 -CD d=1.01 -DBD d=2.03 -Prosocial d=.80	Efficacy shown on parent-rated outcome measure of maintaining factors of peer-related aggression and of maintaining factors of adult-related aggression and all maintaining factors of aggression and symptoms	Qualität der Evidenz: moderat study shows that individualized treatment of peer-related aggression may be an effective method of treating this condition

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

					FAVK-child (self-rating: children aged 9 or older, N=32): Range d=.64-1.08 -PEER d=1.08 -ADULT d=.64 -Soc. Inf. d=.85 -Impulse d=.98 -Skills d=.98 -Interact d=.67	of ODD and CD. Subsample of children 9<, self-reported problem maintaining factors of peer-related and adult related aggression also significantly reduced during treatment.	
Hornsveld et al. (2015). Aggression Replacement Training for violent young men in a forensic psychiatric outpatient clinic. <i>Journal Of Interpersonal Violence</i> , 30(18), 3174-3191.	+	N=123 (15-21 years) conduct or oppositional defiant disorder or antisocial personality disorder as main diagnosis	Outpatient version of Aggression Replacement Training (15 90-minute weekly sessions plus 3 5-weekly follow-up meetings in group)	Waiting period Nicht randomisiert	Pre-PostPFS-AV d=0.25AQ Aggression d=0.21AQ Physical aggression d=0.28NAS Anger d=0.21	ILS Social Anxiety d=0.31ILS Social skills d=-0.04	Qualität der Evidenz moderat Aggression replacement training kann bei jungen aggressiven Männern zu einer Reduktion physischer Gewalt führen.
Jewell, J. D., & Elliff, S. J. (2013). An investigation of the effectiveness of the Relaxation Skills Violence Prevention (RSVP) Program with juvenile detainees. <i>Criminal justice and behavior</i> , 40(2), 203-213.	+	N=137 (14-15 years) juvenile detainees	RSVP (5 sessions group program (stress-regulation, breathing, PMR, guided imagery) N=93	Waitlist control N=44	ACQ (Anger coping) pre post d=.69	RSVP group experienced sign. declines on a measure of anger and perceived ability to control present and future anger compared to controls	Qualität der Evidenz moderat Achtsamkeitsübungen, PMR kann Anspannung, Ärger reduzieren bei Risikogruppen, kein Aggressionsmass
Langeveld, J. H., Gundersen, K. K., & Svartdal, F. (2012). Social competence as a mediating factor in reduction of behavioral problems. <i>Scandinavian Journal of Educational</i>	+	112 primary and secondary school pupils, no elevated behavioral	ART (12 weeks + follow-up (10 w)) N=56	Waitlist control N=56	SSRS externalizing behavior: d= .56	Intervention effective	Qualität der Evidenz moderat Kognitiv-behaviorales Gruppentraining (ART) als

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

Research, 56(4), 381-399.		problems					universelle Prävention effektiv Mediator: Verbesserung der sozialen Kompetenz
Linares, L. O., Li, M., & Shrout, P. E. (2012). Child training for physical aggression?: Lessons from foster care. <i>Children and Youth Services Review</i> , 34(12), 2416-2422.	+	N=94	IY Child Training (12 sessions child training + 3 PMT) N=49	Usual Care Group (UCG) N=45	CBCL + ECBI – revised: parent rated aggression F (1, 70)=5. 64, p=.02 Interaction: gender x group): d=.272 Teacher rated aggression unchanged in both groups Kleine Effekte nur für Eltern prä-post und follow-up Keine Effekte post und follow-up für Lehrer	Boys in the Child Training group showed signif. lower ratings of physical aggression post intervention than boys in the UCG Children in the UCG group with histories of Neglect+ (neglect in the presence of abuse) scored higher on <i>good self-control</i> than those in the Child IY Training group	Qualität der Evidenz moderat IY als Gruppentraining (+ 3 Sitzungen PMT) kann eine geringe Wirksamkeit haben (nachgewiesen für Jungen) im Elternurteil, nicht im Lehrerurteil
Lochman, J. E., Baden, R. E., Boxmeyer, C. L., Powell, N. P., Qu, L., Salekin, K. L. & Windle, M. (2014). Does a booster intervention augment the preventive effects of an abbreviated version of the Coping Power Program for aggressive children? <i>Journal of Abnormal Child Psychology</i> , 42, 367–381.	++	N=241 5th-grade-students with top 30% aggressive behavior	Abbreviated Coping Power program during 5th grade (24 child group sessions + 10 parent group sessions) plus Booster intervention in 6th grade (5-10 booster sessions primarily	1. Control Group N=1202. abbreviated Coping Power program during 5th grade N=61	Multilevel analyses: Greater decreases in slopes of externalizing behavior, t(236)=-2.10, p<0.05, for children in CP (vs. CG or CP-B). Children in CP had significantly greater negative slopes for proactive aggression, t (236)=-2.01, p<0.05, reactive aggression, t (237)=-2.14, p<0.05, impulsivity, t (235)=-2.26, p<0.05, and callous-unemotional traits, t (236)=-2.08, p<0.05 across time than did the remainder of the sample (than CH or CP-B). CP produced significantly	A significant CP-B x Race effect emerged for proactive aggression, externalizing behavior, impulsivity, narcissism.	Qualität der Evidenz: moderat Coping Power Programm reduziert externalisierende Verhaltensweisen im Dreijahres-Follow-Up. Booster-Sitzungen bringen keine zusätzlichen Effekte.

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

			with children) N=60		greater reduction in proactive aggression across time than did CP-B, $\chi^2 (1)=3.82$, $p<0.05$; there were no other significant		
Milani, A., Nikmanesh, Z., & Farnam, A. (2013). Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) in reducing aggression of individuals at the Juvenile correction and rehabilitation center. <i>International journal of high risk behaviors & addiction</i> , 2(3), 126.	+	Adolescent males in juvenile correction and rehabilitation center no mean age N=22	MBCT (8x1.5h)	Control group	BPAQ Aggression in post-test $d=.3$ Aggression in follow-up $d=.3$ Anger in posttest $d=.31$ Anger in follow-up $d=.23$ Verbal aggression in posttest $d=.02$ Verbal aggression in follow-up $d=.02$	Mindfulness-based cognitive training has been effective in reducing aggression.	Qualität der Evidenz: moderat MBCT kann Aggression und Wut reduzieren (kleine Effekte)
Soberman, G. B., Greenwald, R., & Rule, D. L. (2002). A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for boys with conduct problem. <i>Journal of aggression, maltreatment & trauma</i> , 6(1), 217-236.	+	N=29 boys (10-16 years) (Placed either in residential or day treatment program at same facility)	EMDR (standard care + 3x1h trauma-focused EMDR sessions) N=14	Control (standard care) N=15	SUDS $p=.0001^*$, $d=2.78$ post-test: n.s. follow-up: 1.07 (PRS)	EMDR did work for these boys with CP in reducing reactivity to treated traumatic memories; EMDR did lead to reduced CP symptoms at follow-up	Qualität der Evidenz: moderat, kleine Stichprobe! Signifikante Reduktion traumaspezifischer Symptome und subjektive Stressbelastung, im Follow-up Hinweis auf Reduktion von Problemverhalten im Fremdurteil
Trupin, E. et al. (2002). Effectiveness of a dialectical behaviour therapy program for incarcerated female juvenile offenders. <i>Child and Adolescent Mental Health</i> , 7(3), 121-127.	+	N=90 (14-16 years) Juvenile incarcerated female offenders	Two DBT groups differing in amount of pretraining DBT-16 (16h: N=23) DBT-80 (80h: N=23 pretrain-	CG= (matched adolescents without DBT, N=45 Adolescent female incarcerated offenders	Behavior composite (aggression, para-suicide + classroom disruption): DBT group sign. change: $R^2 = .55$, $p < .01$ (only in DBT-80) Control group insign. change: ($R^2 = .01$, $p < .77$).	Keine signifikante Abnahme strafendes Verhaltens auf Seiten der Betreuer während der Intervention, aber signifikante Abnahme zum vorausgehenden Jahr	Qualität der Evidenz: moderat, DBT demonstrated significant reduction in behaviour problems as compared to control

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

			ing) Both groups: DBT group sessions (from 60–90 minutes, once or twice per week) during 10 months	Nicht randomisiert			
Wettach, R., & Aebi, M. (2016). Pilotstudie zur Wirksamkeit einer multimodalen Gruppenbehandlung für Kinder mit einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten in der klinischen Grundversorgung. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 44, 220-230.	+	N=68 (8-13 Jahre) Kinder mit SSV/Oppositio nell aufsässige Verhalten	Baghira- Gruppentrai ning für Kin der (wöchent liche Sitzun gen) plus Triple P- Elterntaining (4-5 120- minütige Sit zungen), N=42	Unbehandelte Wartelistekon trollgruppe N=26 Nicht randomi siert	Elternurteil - CBCLExternalisierend d=-0.51Regelverletzung d=- 0.29Aggression d=-0.55Reizbarkeit d=-0.62Dickköpfigkeit d=- 0.52Boshaftigkeit d=-0.50 Lehrerurteil - TRFExternalisierend d=-0.23Regelverletzung d=- 0.65Aggression d=-0.13 Selbsurteil: Sig. Steigerung der Empathiefähigkeit. NS: Impulsivi tät, Risikoverhalten	Weder Geschlecht, IQ oder Vorhanden sein komorbiden Aktivitäts- und Auf merksamkeitsstörung signifikante Prä diktoren für Verän derungen von CBCL-EXT	Qualität der Evidenz moderat Kombinierte Be handlung (Gruppen training + ET) kann bei Kindern mit SSV/ODD externali sierende Verhal tensprobleme redu zieren

4.3.2. Prä-/ Post-Studien

Publikation	SC*	Population	Intervention	Comparison	Outcome (Effektstärken)	Aussagen zur klinischen Wirksamkeit Moderatoreffekte	Fazit
Shelton, D., Kesten, K., Zhang, W., & Trestman, R. (2011). Impact of a dialectic behavior therapy—Corrections Modified (DBT-CM) upon behaviorally challenged incarcerated male adolescents. Journal of child and adolescent psychiatric nursing, 24(2), 105-113.	+	N= 26 (16-19 years) Male incarcerated offenders; impulsive behavior problem	DBT-CM group sessions (16 weeks) How many per week unknown	None	Physical aggression: d=1.738 disciplinary ticketsd=.632 OAS-M (verbal, physical aggression against objects, and physical aggression against self and others)No results given	Zudem signifikant verbesserte Copingstrategien	Qualität der Evidenz gering

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

4.4. Multimodale Interventionen

4.4.1. RCT/ kontrollierte Studien

Publikation	SC*	Population	Intervention	Comparison	Outcome (Effektstärken)	Aussagen zur klinischen Wirksamkeit Moderatoreffekte	Fazit
<p>Asscher, J. J., Deković, M., Manders, W. A., van der Laan, P. H., & Prins, P. J. (2013). A randomized controlled trial of the effectiveness of multi-systemic therapy in the Netherlands: post-treatment changes and moderator effects. <i>Journal of Experimental Criminology</i>, 9(2), 169-187.</p>	++	N=256 (mean age 16.2 years)	MST N=147	TAU (mostly individual treatment and family-based interventions) N=109	YSR: d=.26 DSM Symptom Scale (parent rated) ODD: d=.36 CD: d=.30 All sign.	<p>Effective irrespective of age or ethnicity; MST effective for positive dimensions of parenting and associations with prosocial peers, but not for relationships with deviant peers.</p> <p>MST showed larger (and more positive) effects for adolescent cognitions for boys than for girls.</p>	<p>Qualität der Evidenz: hoch</p> <p>Multisystemische Behandlung (MST) effektiv unabhängig von Alter und Ethnizität, kleine Effekte</p> <p>Wirksamkeit von MST auch für den europ. Raum bestätigt, und nicht nur gg. Nicht-Behandlung bestätigt, sondern auch gg. anderer Intervention. Effekte sind jedoch ev. kleiner als die, die für den am. Raum nachgewiesen wurden.</p>
<p>Dakof, G. A., Henderson, C. E., Rowe, C. L., Boustani, M., Greenbaum, P. E., Wang, W., ... & Liddle, H. A. (2015). A randomized clinical trial of family therapy in juvenile drug court. <i>Journal of family psychology</i>, 29(2), 232.</p>	+	112 youth, 13-18 years old, 88% male	Multidimensional family therapy (MDFT)	Group-based intervention	<p>Participants were assessed at baseline and 6, 12, 18 and 24 months following baseline</p> <p>Youth in both treatments showed significant reduction in delinquency (average d = .51), externalizing symptoms (average d = 2.32), rear-</p>	<p>Multidimensional family therapy compared with peer group-based treatment in adolescents of juvenile drug court. Outcome measures were de-</p>	<p>Qualität der Evidenz: hoch</p> <p>MDFT zeigt langfristig stärkere Effekte als Gruppenintervention: wirksamer (hohe Effekte) im</p>

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

					rests (average d = 1.22), and substance use (average d = 4.42). During the 24-month follow-up, multi-dimensional family therapy evidenced greater maintenance of treatment gains than group-based treatment for externalizing symptoms (d = 0.39), commission of serious crimes (d = .38), and felony arrests (d = .96).	linquency and substance abuse in youths. There was no significant difference between the treatments with respect to substance use or misdemeanor arrests. Follow-up: MDFT produced sign. better outcomes than AGT on youth self-report of delinquency and externalizing symptoms.	Vergleich zu Gruppen-intervention bei Jugendlichen im 24 Monats Follow-up
Deković, M., Asscher, J. J., Manders, W. A., Prins, P. J., & van der Laan, P. (2012). Within-intervention change: mediators of intervention effects during multisystemic therapy. <i>Journal of consulting and clinical psychology, 80</i> (4), 574.	++	N= 256 adolescents and their families	MST (4-6 months)	TAU	MST intervention effect CBCL : d=.35 Mediators: positive discipline (x2(108) = 252.46, RMSEA = .072, 90% CI [.061,.084], CFI = .980) relationship quality (x2(115) = 316.68, RMSEA = .082, 90% CI [.072, .093], CFI = .97.	MST enhanced parental sense of competence, positive discipline led on deterioration in relationship quality, and resulted in a decrease in adolescent external problems.	Qualität der Evidenz: hoch Multisystemische Behandlung wirksam
Dodge, K. A., Bierman, K. L., Coie, J. D., Greenberg, M. T., Lochman, J. E., McMahon, R. J., ... (2015) Conduct Problems Prevention Research Group. (2015). Impact of early intervention on psychopathology, crime, and well-being at age 25. <i>American journal of psychiatry.</i>	++	N=891, (mean age 6.58 years)	Multimodal: N=445, program: grade 1: weekly 2 hrs enrichment, Grade 2: biweekly 2 hrs Grade 3-5 monthly 2 hrs Grade 5&6: middle school	Control N=446	Externalizing problem indicator (created by authors) d=.15	Significantly lower externalizing t scores Cohen's d=.15;	Qualität der Evidenz: hoch Kleine Effektstärken für Multi-Komponentenansatz

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

			transition program, Grade 7&8: youth forums, Grade 7-10: individualized interventions), age at follow up:25				
Hansson, K., & Olsson, M. (2012). Effects of multidimensional treatment foster care (MTFC): Results from a RCT study in Sweden. Children and Youth Services Review, 34(9), 1929-1936.	+	N=46 (12-17 years) Swedish anti-social youths with CD according to the DSM-IV-TR & at risk for immediate out-of-home placement	MTFC (weekly session during 9–12 mths) N=19	TAU (received intervention from social agencies e.g. residential or foster care or home-based interventions) N=27	End of treatment: SCL-90: d= .17 CBCL: d= .25 YSR: d= .20 Follow up (24 months): SCL-90: d= .12 CBCL: d= .33 YSR: d= .36	MTFC had significantly better results than TAU during the treatment period CBCL: Chi2= 3.90 YSR: Chi2= 3.69 SCL-90: Chi2= 2.92	Qualität der Evidenz: hoch Multidimensionale Familienhilfe zeigt auch gegenüber einer anderen aktiven Behandlung moderate Effekte.
Havighurst, S. S., Duncombe, M., Frankling, E., Holland, K., Kehoe, C., & Stargatt, R. (2015). An emotion-focused early intervention for children with emerging conduct problems. Journal of abnormal child psychology, 43(4), 749-76.	++	From schools in lower socioeconomic areas Parents (mean age = 36.8) N=204 Children (mean age = 7.05) N=204	N=84 Parents: TIK (Tuning in to the Kids) + Children: Exploring Together School:+ PATHS (Promoting Alternative Thinking Strategies) or PLP (Professional Learning Package) Both PLP and	Waitlist control	Parents: Emotion dismissing d=.63 Emotion coaching d=.19 Empathy d=.33 Negative expressiveness d=.31 Children: ODD d=.37 CD d=.37 Hyperactivity disorder d=.29 Emotion identification d=.20 Emotion understanding d=.50 Total SDQ: d=.41 Social competence d=.25	At follow-up (10months) Intervention group: 26.8% of child behavior problems no longer in clinical range Control group: 17.7% of child behavior problems no longer in clinical range School: None of the three-way interactions (Condition*Time*	Qualität der Evidenz: gut

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

			PATHS for teachers:			School intervention) significant (no effect-size),Kein Unterschied, ob im Schullarm PATHS oder PLP durchgeführt wurde.	
Manders, W. A., Deković, M., Asscher, J. J., van der Laan, P. H., & Prins, P. J. (2013). Psychopathy as predictor and moderator of multisystemic therapy outcomes among adolescents treated for antisocial behavior. <i>Journal of abnormal child psychology</i> , 41(7), 1121-1132.	++	N=256 adolescents (Mean age 16 years)	MST N=147	Active TAU (mostly individual and family-based intervention) N=109	Externalizing behavior CBCL: d=.47 YSR: d=.23 N.s. effects of MST (d=.19) & TAU (d=-.02) for callous unemotional traits (24 items of ICU)	MST is more effective than TAU for CU traits and externalizing behavior for CU traits MST and TAU ineffective	Qualität der Evidenz: hoch MST reduziert externe Verhaltensproblem, nicht CU traits
Van Ryzin, M. J., & Leve, L. D. (2012). Affiliation with delinquent peers as a mediator of the effects of multidimensional treatment foster care for delinquent girls. <i>Journal of consulting and clinical psychology</i> , 80(4), 588. Bezieht sich auf: Chamberlain et al. (2007 ist in NICE)	+	N =166 (13-17 years) All girls	MTFC N=81	Traditional community based group care N=85	Elliott General Delinquency Scale (Self-reported delinquency) Criminal referrals via state police records and circuit court data	Sign. reduction of criminal referrals and days in locked settings at 24 mths. (efficacy rates described in Chamberlain et al., 2007) The intervention was negatively correlated with delinquent peer affiliation at 12 months (r=-.20; sig.), number of days in locked settings (24 months) (r=-.18,; sig.) and marginally correlated with number of criminal referrals	Qualität der Evidenz: moderat Wichtigster Wirkfaktor ist eine Reduzierung des Kontakts mit devianten Gleichaltrigen

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

<p>Vitaro, F., Barker, E. D., Brendgen, M., & Tremblay, R. E. (2012). Pathways explaining the reduction of adult criminal behaviour by a randomized preventive intervention for disruptive kindergarten children. <i>Journal of child psychology and psychiatry</i>, 53(7), 748-756.</p>	+	N=250 (7-9 years) disruptive kindergarten boys, low SES	Multi-component preventive intervention (social skills training +, parent training + teacher support) N=69	Attention-control (no treatment, only observation) N=123 Control (no-treatment) N=58	<p>Bivariate correlations: Participation in intervention – anti-sociality (age 10-13): -.11 (sig.) Participation in intervention – anti-sociality (age 14-17): -.16 (sig.)</p>	<p>No significant effect on criminal record (b = -.65; OR = .52; Wald $\chi^2 = 3.68$; p = .055) Participation in the intervention group was sign. related to less anti-sociality in early adolescence, association with less deviant peers and higher school performance, direct effect of the intervention on criminal record (not sig), clinically significant: Intervention: 21.7% criminal record, control condition: 32.6%</p>	<p>Qualität der Evidenz: moderat Multikomponenten Behandlung im Kindergarten zeigt bedeutsame Effekte auf Reduktion externes Verhalten im Jugendalter</p>
<p>Weiss, B., Han, S., Harris, V., Catron, T., Ngo, V. K., Caron, A., ... & Guth, C. (2013). An independent randomized clinical trial of multisystemic therapy with non-court-referred adolescents with serious conduct problems. <i>Journal of consulting and clinical psychology</i>, 81(6), 1027.</p>	+	N= 164 (11-18 years) Adolescents in public schools with elevated behavioral problems (non-court referred adolescents)	MST N=84	Services as usual N=80	<p>CBCL EXT (primary outcome parent) T2:d=.25 T3:d=.43 T4:d=.35 YSR EXT T2:d=.30 T3:d=.34 T4:d=.26 No effect in teachers' report (TRF)</p>	<p>No sign. Treatment effect on arrests (objective measure) No sign. Effect on reports of delinquent behavior</p>	<p>Qualität der Evidenz: moderat MST zeigt ausserhalb des strafrechtlichen Kontextes kleine Effekte für verhaltensauffällige Schüler in sonderpädagogischen Einrichtungen sinnvoll, wenn Schulkontext im Konzept ebenfalls Berücksichtigung findet.</p>

publiziert bei:	 AWMF online Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

4.4.2. Prä-/Post-Studien

Publikation	SC	Population	Intervention	Comparison	Outcome (Effektstärken)	Aussagen zur klinischen Wirksamkeit Moderatoreffekte	Fazit
Clark, S. E., & Jerrott, S. (2012). Effectiveness of day treatment for disruptive behaviour disorders: what is the long-term clinical outcome for children?. Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 21(3), 204.(Pre-Post)	+	N= 40 (5-12 years) with severe DBD and families	Short-term Child and Family treatment Service (average 40 treatment days) Comprehensive program (CBT approach school difficulties, Home visits)	None	ECBI intensity d=.59; Effect sizes from admission to discharge (2.5 to 4 yrs post-discharge) CBCL social problems: d=.40 aggression: d=.31 externalizing: d= .32		Qualität der Evidenz: klein Tagesklinisches strukturiertes tagesklinisches Behandlungsprogramm unter Einbezug der Schule und Eltern (Hausbesuche) zeigt mittlere Effekte (Anmerkung: Gruppe mit mehreren DBD Kindern zusammen behandelt)
Rhiner, B., Graf, T., Dammann, G., & Fürstenau, U. (2011). [Multisystemic Therapy (MST) for adolescents with severe conduct disorders in German-speaking Switzerland-implementation and first results]. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 39(1), 33-39. Pre post deutsch	+	N=52 (meanage = 14.6 years)	MST (durchschnittliche Behandlungsdauer 155 Tage)	keine	SDQ Verhaltensauffälligkeiten: p=.00, d=.80 SDQ Gesamtproblemwert: p=.00, d=.90		Qualität der Evidenz: klein

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

4.5. Interventionen im aufsuchenden Kontext (Hometreatment)

4.5.1. RCT/ kontrollierte Studien

Publikation	SC*	Population	Intervention	Comparison	Outcome (Effektstärken)	Aussagen zur klinischen Wirksamkeit Moderatoreffekte	Fazit
Abikoff, H. B., Thompson, M., Laver-Bradbury, C., Long, N., Forehand, R. L., Miller Brotman, L., ... & Sonuga-Barke, E. (2015). Parent training for preschool ADHD: a randomized controlled trial of specialized and generic programs. <i>Journal of Child Psychology and Psychiatry</i> , 56(6), 618-631.	+	164 (3-4 years) ADHD Symptoms and oppositional behavior	NFPP (home based) N=67 HNC (behavior modification, child-parent interaction, clinic based) N=63 8 Wochen je 1.5 h	Waitlist (WL)	Oppositional and defiant symptoms NYPRS/NYTRS Post NFPP vs WL: NYPRS (Defiance): d=.59 NYTRS (aggression): n.s. Post HNC vs. WL NYPRS (defiance): d=.69 NYPRS (aggression): d=.37 Follow-up Treatment n.s. für beide Behandlungsgruppen Keine Effekte im Lehrerurteil (NYTRS)	Parents Practice Interview: NFPP: d=1.20; HNC: d=1.37 Erziehungspraktiken im post treatment (semi-structured play interaction): NFPP: d=.4 HNC: d=.97	Qualität der Evidenz: moderat In beiden Settings Verbesserung im oppositionellen Verhalten und elterlicher Erziehungspraktiken im Vergleich zur Kontrollbedingung Teilnahme in der HNC hat sich zudem positiv auf Abnahme der Aggressionen ausgewirkt Intervention in der Klinik zeigte insgesamt stärkere Effekte als home-based oder Kontrollbedingung
Boege, I., Mayer, L., Muche, R., Corpus, N., Schepker, R., & Fegert, J. M. (2015). Home treatment – insbesondere für expansive Jungen?. <i>Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie</i> .	+	N= 92 (5-17 years) Inpatient subjects	N=51 verkürzter stationärer Aufenthalt (M=47 Tage), gefolgt von intensivem HT (3 Monate)	N=41 TAU regulärer stationärer Aufenthalt (M= 69 Tage)	HT bei: Jugendlichen vs Kindern: SDQ p = .017 Jungen vs Mädchen: CIS p = .009, SDQ p < .001 Externalisierende Störungsbilder: SDQ p = .005	Patienten der Interventions- und Kontrollgruppe benannten gleichermassen positiven Behandlungserfolg von T1 nach T2.	HT kann bei Jungen mit externalisierenden Störungen als Anschlussbehandlung/ergänzende Massnahme zu stationären Massnahmen wirksam sein

publiziert bei:			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens	
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

Bugental, D. B., Corpuz, R., & Schwartz, A. (2012). Preventing children's aggression: Outcomes of an early intervention. <i>Developmental psychology</i> , 48(5), 1443.	+	N=64 (3-4 weeks old), medically at-risk infants, in terms of: distress to limitations, fearfulness, and Activity Level (IBQ-R)	<p>Healthy START</p> <p>Home visitation plus reframing (HV+)</p> <p>17 Sessions 1 year, 3 year follow up</p>	Home visitation	<p>Assessment: 1 year, 3 years</p> <p>CBCL: reduced aggression Intervention effect: $F(1, 51) = 6.06$, $p = .02$, $\eta^2 = .10$</p> <p>$d_{\text{(berechnet)}} = .66$</p>	<p>Fewer aggressive problems were shown by children in the HV+ (M 6.7 (SD 5.0) than in the standard program M 1.2 (SD 5.8)</p> <p>Maternal emotional unavailability mediated the effects of HV+ on children's aggression at age 3</p>	Ein kognitives Training, das die emotionale Verfügbarkeit der mütterlichen Bezugsperson fördert, kann kindliche Aggression reduzieren
Carta, J. J., Lefever, J. B., Bigelow, K., Borkowski, J., & Warren, S. F. (2013). Randomized trial of a cellular phone-enhanced home visitation parenting intervention. <i>Pediatrics</i> , 132(Supplement 2), S167-S173.	+	N=371 (3.5-5.5 years) low income mothers and their high-risk children	<p>PAT (Brief home based PT interventions), N=142</p> <p>CPAT also delivered through home visits as add-on to PAT (prompting PAT strategies, additional cellular phone enhanced PT) N=113</p> <p>comprise 10 strategies to improve positive interaction</p>	Waitlist (WL) N=116	<p>BASC-2-PRS: no significant differences</p> <p>CBRS: PAT vs WL: $d = .29$ CPAT vs WL: $d = .43$</p>	<p>CPAT: mehr PAT Strategien eingesetzt im Vergleich zu anderen beiden Gruppen, mütterl. Symptomatik (Depression, Stress) verbessert sich mehr</p> <p>PAT und CPAT: Steigerung von positiven Engagement in Kindern im Vergleich zur Kontrolle</p>	

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

<p>Gardner, F., Shaw, D. S., Dishion, T. J., Burton, J., & Supplee, L. (2007). Randomized prevention trial for early conduct problems: effects on proactive parenting and links to toddler disruptive behavior. <i>Journal of Family Psychology</i>, 21(3), 398.</p>	<p>++</p>	<p>N=120 (17-27 months) low income high risk boys Followed up : to age 3</p>	<p>FCU n=120 low income boys with 3 maladjustive symptoms (age 17-27 months, interviewed at age 3) Zuhause mit Feedback N=60</p>	<p>Control FCU Family Check Control group with up 2.5 hour parent intervention, home visit with video taping and feedback (3 times).</p>	<p>Follow-up: improved proactive parenting (p=.004) which in turn leads to improvements in child disruptive behaviour (r= .26, p= .004)</p>	
<p>Mattejat, F., Hirt, B. R., Wilken, J., Schmidt, M. H., & Remschmidt, H. (2001). Efficacy of inpatient and home treatment in psychiatrically disturbed children and adolescents. <i>European child & adolescent psychiatry</i>, 10(1), S71-S79.</p>	<p>++</p>	<p>N=68 Davon: 19% CD 9%ADHD Original sample: Marburg, Mannheim prä-post follow-up (3.8 Jahre, im Durchschnitt) Problem: Messung follow-up zu untersch. Messzeitpunkten</p>	<p>N=35 Home treatment</p>	<p>N=33 Inpatient treatment</p>	<p>Marburg Symptom Scale, Number of marked symptoms: Marburg Inpatient pre/post d=1.24 Inpatient pre/follow-up d=1.26 Home treatment pre/post d=1.99 Hometreatment pre/follow-up d)1.74 Mannheim Inpatient pre/post d=1.78 Inpatient pre/follow-up d=1.15 Home treatment pre/post d=3.27 Pre/follow-up d=1.17</p>	<p>Home treatment kann ebenso effektiv sein wie stationäre Behandlung, aber sehr kleine Effekte There were no relevant differences between the treatment modalities “inpatient treatment” and “home-treatment” in terms of effect-size upon follow-up, and in inferential analysis there were no statistically significant differences between the two modalities</p>

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

<p>Tremblay, R. E., Pagani-Kurtz, L., Mâsse, L. C., Vitaro, F., & Pihl, R. O. (1995). A bimodal preventive intervention for disruptive kindergarten boys: its impact through mid-adolescence. <i>Journal of consulting and clinical psychology</i>, 63(4), 56.</p>	+	<p>N= 319 (7 years)</p> <p>Disruptive Kindergarten boys</p>	<p>Zwei Jahre Social Skill Training in der Schule sowie home based Elternteraining, followed up im Alter zwischen 10-15 N=96</p>	<p>Control N=71</p> <p>Observation group (sensitization-contact group) N=152</p>	<p>SBQ (social behavior questionnaire)</p> <p>Teacher-rated disruptiveness: Difference in level over time: $G^2(5, N=164) = 49.30, p < .05$ (sign.) Between group difference and between group X time interaction not sign.</p> <p>Self-reported delinquency: Comparison of delinquency scales from age 10-15 Change of delinquency over time $G^2(5, N=159) = 45.84, p < .05$ (sign.) Between group difference: $G^2(1, N= 159) = 4.18, p < .0$ (sign.) Group X Time interaction not sign.</p>	<p>Nach Selbsteinschätzung weniger delinquentes Verhalten nach Treatment Alle Pbn berichten von einem weichen Erziehungsstil der Eltern, keine sign Unterschiede im disruptiven Verhalten im follow up</p>	<p>The present study shows that an intensive intervention with disruptive kindergarten boys can have statistically significant positive results over the long term. The results also suggest that this impact varies with time as it disappeared in the present study by age 15..</p>
<p>Van Zeijl, J et al (2006). Attachment-based intervention for enhancing sensitive discipline in mothers of 1-to 3-year-old children at risk for externalizing behavior problems: a randomized controlled trial. <i>Journal of consulting and clinical psychology</i>, 74(6), 994.</p>	+	<p>N=237 families with 1-3 year old children with rel. high scores extern. Behavior (> 75. Percentile CBCL EXT) v</p>	<p>Hometreatment VIPP-SD (N=120) (Video-feedback program to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline Six 1,5 hour sess.</p>	<p>Control group (N=117) 6 telephone calls</p>	<p>CBCL over activity: $d=.45$ for CBCL overactive behavior</p> <p>CBCL aggression: n.s.</p> <p>CBCL oppositional behavior: n. s.</p>	<p>In families with more daily hassles the overactive behaviors (CBCL) decreased in intervention group</p> <p>There was no reduction in CBCL oppositional or aggressive problem behaviors, only in the overactivity CBCL subscale</p> <p>Positive affect on for maternal attitudes, maternal sensitivity</p>	

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

4.5.2. Prä-/Post Studie

Publikation	SC*	Population	Intervention	Comparison	Outcome (Effektstärken)	Aussagen zur klinischen Wirksamkeit Moderatoreffekte	Fazit/Empfehlung
<p>Baier, V., Favrod, J., Ferrari, P., Koch, N., & Holzer, L. (2013). Early tailored assertive community case management for hard-to-engage adolescents suffering from psychiatric disorders: an exploratory pilot study. <i>Early intervention in psychiatry</i>, 7(1), 94-99.</p> <p>Pre post</p>	+	N=35 (13-18 years) hard-to-engage adolescents	Assertive community Treatment ACT (average sessions)	none	<p>HoNOSCA Self-injury d=.66 Scholastic/language skills d=1.43 Emotional symptoms d=.83 Peer relationships d=.40 Self-care d=.65</p> <p>Total score (sum scale 1-13) d=1.27</p>	Verbesserung, speziell in: hyperaktivität/focus problems ($d = .33$), somatic symptoms ($d = .22$), emotional symptoms ($d = .83$), scholastic/ language skills ($d = 1.43$), peer relationships ($d = .41$), family relationships ($d = .48$) and school attendance ($d = .64$).	
<p>Lay, B., Blanz, B., & Schmidt, M. H. (2001). Effectiveness of home treatment in children and adolescents with externalizing psychiatric disorders. <i>European child & adolescent psychiatry</i>, 10(1), S80-S9.</p>	+	N=50 (6-16 years) patients with ICD-10 diagnosis hyperkinetic disorder (F90), CD (F91) or mixed disorder of conduct and emotions (F92)	Home treatment setting for 3.5 months.	Within-group and between-group comparisons	<p>Pre vs. post: psychopathological symptoms MEI: $p < .001$ Childrens' global assessment score (SGKJ): $p < .001$ Psychosocial functioning (rated from 1-7 by parents, teachers, peers): $p < .003$</p>	Limitation: Children were not assigned randomly to the home treatment condition.	Findings suggest that extent of achieved home treatment effects in externalizing disorders is similar to that in internalizing disorders.
<p>Ougrin, D., Zundel, T., Corrigan, R., Padmore, J., & Loh, C. (2014). Innovations in Practice: pilot evaluation of the supported discharge service (SDS): clinical outcomes and service use. <i>Child and Adolescent Mental Health</i>, 19(4), 265-269.</p>	+	N=20 (12-18 years)	Anwendung von Supported Discharge Service (SDS), ein Programm bis zur Entlas-	None (pilot study)	<p>SDQ Conduct: $d=.08$</p> <p>CGAS $d=1.1$</p> <p>HoNOSCA $d=2.5$ CGI</p>	SDS hat einen deutlich geringeren Effekt auf Jugendliche mit CD	SDS appears to be a feasible service for adolescent inpatients. Adolescents with significant conduct problems appear to engage

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens			
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3				

			sung aus der Klinik. Anhand von SDQ-Werten wurde die Wirkung von SDS erhoben		CIS d=.5	scale d=1.0 Total difficulties d=.4	with SDS less well. Limitation: pilot project with small sample size, no control group and comparisons were made with published data from other programmes which may not be fully applicable.
Rait, S. (2012). The Holding Hands Project: effectiveness in promoting positive parent-child interactions. <i>Educational Psychology in Practice</i> , 28(4), 353-371.	+	n=35 (mean age 2.9 years)	Modified hometreatment version of PCIT (S-PCIT): Holding Hands Project (HHP) (6 sessions)	Within-subject design	ECBI Intensity scale: $p < .01$ (for T1 and T2, T1 and T3) problem behavior scale: $p < .01$		PCIT als hometreatment kann wirksam sein
Ristow, G., Hermens, A., Schmidt, M. H., Holtmann, M., Banaschewski, T., & Poustka, L. (2009). Programm Zappelphilipp-Frühintervention bei delinquenten Kindern. <i>Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie</i> , 37(6), 541-55.	70% droput	N=24 (8-13 Jahre) CD ODD Hyperkinetik, 1x wegen Delinquenz Polizei-kontakt	Frühintervention "Zappelphilipp"	Keine Kontrollgruppe da Pilotstudie	FBB SSV (Elternurteil): Oppositionell-Aggressiv pre – post: $t(24) = -1.933, p = .066 \Rightarrow$ nicht sign. Dissozial-Aggressiv pre-post: $t(24) = -3.535, p = .002^* \Rightarrow$ sign. Gesamtskala $t(24) = -2.651, p = .014^*(sign.)$	Elternurteil: 25% Symptomreduktion auf Gesamtskala um 1 SD, Kinderurteil: 31% zeigen Normalisierung, signifikant: dissoziale Subskala: Gesamtskala; n.s.: oppositionell-aggressive Subskala	
Schmidt, M. H., Lay, B., Göpel, C., Naab, S., & Blanz, B. (2006). Home treatment for children and adolescents with psychiatric disorders. <i>European child &</i>		N=105 (5-17 years) Davon 15,7 % CD	Home treatment N=70	Inpatient treatment N=35	MEI Pre/post: $p < .001$ Post/follow-up: $p < .001$ SGKJ Pre/post: $p < .005$	HT: the mean total symptom score had decreased from 8 to 4.6 -no significant group difference for any of	

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

adolescent psychiatry, 15(5), 265-276.					Post/follow-up: p<.004 All significant	the outcome domains assessed. But HT was less effective in decreasing symptoms (Dt2)t1 MEI total symptom score:)8.6; home treatment:)4.0). -The children's global assessment score improved to a higher level in the inpatient group (Dt2)t1 SGKJ: 1.8; home treatment: 1.3).	
--	--	--	--	--	---	---	--

4.6. Callous-unemotional traits

4.6.1. RCT/ kontrollierte Studien

Publikation	SC*	Population	Intervention	Comparison	Outcome (Effektstärken)	Aussagen zur klinischen Wirksamkeit Moderatoreffekte	Fazit/Empfehlung
Hyde, L. W., Shaw, D. S., Gardner, F., Cheong, J., Dishion, T. J., & Wilson, M. (2013). Dimensions of callousness in early childhood: Links to problem behavior and family intervention effectiveness. Development and Psychopathology, 25(02), 347-363.	+	n= 731 (2-4 years) Preschool children with behavioral problems	Family-centered preventative intervention (3 session, MI) N=	Control (no intervention)	CBCL for ages 1.5–5; ECBI (individual items); ACRS DC behaviors at age 3 predicted problem behavior concurrently and longitudinally within and across informant, callous items appear to be better predictors of the outcome (d=.57)than deceitful items (d=.38)		4.4) Interventionsprogramme für Kinder und Jugendliche Extra Kapitel : Callous-unemotional traits

publiziert bei:	 AWMF online Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

4.6.2. Prä-/Post-Studien

Publikation	SC*	Population	Intervention	Comparison	Outcome (Effektstärken)	Aussagen zur klinischen Wirksamkeit Moderatoreffekte	Fazit/Empfehlung
Salekin, R. T., Tippey, J. G., & Allen, A. D. (2012). Treatment of conduct problem youth with interpersonal callous traits using mental models: Measurement of risk and change. <i>Behavioral Sciences & the law</i> , 30(4), 470-486.	+	24 (Mean age=14.67) male youth housed at secure residential facility	CDS (positive emotions) APSD (antisocial process screening device) RSTI-SR (Risk-Sophistication-Treatment Inventory - Self Report)	none	CDS d=.4 APSD: Total d=-.67 Interpersonal d=-.35 Affective (CU traits) d=-.1 Impulsivity d=-.12 RSTI-SR : Tx1 Aware of problems d=.32 Tx2 Motivated to change/response d=.49 Tx3 Considerate and tolerant d=.54	Intervention appeared to be effective at increasing positive emotion and key amenability to treatment facets in youth and reducing psychopathic features	Interpersonal characteristics underwent the greatest reduction
Waller, R., Hyde, L. W., Grabell, A. S., Alves, M. L., & Olson, S. L. (2015). Differential associations of early callous-unemotional, oppositional, and ADHD behaviors: multiple domains within early-starting conduct problems?. <i>Journal of Child Psychology and Psychiatry</i> , 56(6), 657-666.	++	n=240 (3 and 6 children with conduct problems at age 3	No intervention; research question: do CU, oppositional, and ADHD behaviors represent distinct nomological networks?	none	CBCL: moral regulation (r=-.39) (r=-.22), guilt , and empathy (r= -.27) (mother reported, all significant)	Support for a three-factor model that distinguishes between ADHD, oppositional and CU behavior at age 3 CU behavior was uniquely related to lower CU behavior uniquely predicted increases in teacher-reported externalizing from ages 3–6 over and above covariates, and ADHD and opposi-	

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

White, S. F., Frick, P. J., Lawing, K., & Bauer, D. (2013). Callous-unemotional traits and response to functional family therapy in adolescent offenders. Behavioral sciences & the law, 31(2), 271-285. (Pre-Post)	+	N= 134 (11-17 years)	FFT (1-19 sessions)	None	<p>ICU: Parent-reported aggression: $r=.40$, $p<.01$ Parent-reported conduct problems: $r=.27$, $p<.01$ BASC 2: Aggression subscale: $t(77) = 2.158$, $p = .034$, Eta-Quadrat= .057 Conduct Problems subscale: $t(76) = 2.912$, $p = .005$, Eta-Quadrat = .100</p> <p>Higher levels of CU traits associated with reported decreases of emotional ($r=.24$) and behavioral (aggression: $r=.40$; conduct: $r=.27$) problems over treatment</p>	CU nicht mit grösserem dropout assoziiert, nicht mit geringerer Anzahl besuchter Therapiesitzungen, aber eingeschätzte Wirksamkeit geringer, FFT kann zu sign. Verbesserung führen auch bei Jugendlichen mit hohen CU Merkmalen, sie sind jedoch nach der Intervention noch immer schwerer betroffen als Jugendliche mit niedrigen CU Eigenschaften
---	---	----------------------	---------------------	------	--	---

Kommentar: Allgemein spiegelt die Qualität der Evidenz das Vertrauen in den Effektschätzer wieder (Sicherheit der Studienergebnisse) bzw. wie sehr zukünftige Studien zu abweichenden Ergebnissen kommen können. Die letzte Spalte gibt ein zusammenfassendes Urteil, da in den SIGN Checklisten RCT Studien und kontrollierte-nicht randomisierte Studien und Prä-Poststudien getrennt beurteilt wurden, jedoch die Qualität einer RCT Studie in der Regel höher einzustufen ist als eine mit ++ beurteilte nicht kontrollierte Studie.

- **Hohe Qualität:** es ist sehr unwahrscheinlich, dass weitere Forschung das Vertrauen in die Schätzung des Effekts verändern wird
- **Moderate Qualität:** weitere Forschung wird wahrscheinlich einen wichtigen Einfluss auf das Vertrauen in die Schätzung des Effekts haben und könnte die Schätzung ändern
- **Geringe Qualität:** weitere Forschung wird sehr wahrscheinlich einen wichtigen Einfluss auf das Vertrauen in die Schätzung des Effekts haben und wahrscheinlich die Schätzung ändern
- **Sehr geringe Qualität:** es herrscht eine grosse Unsicherheit bezüglich der Schätzung

Abkürzungen

ART: Aggression Replacement Training
 BBI: Brief Behavioural Intervention
 CEBPT: Short Enhanced Cognitive-Behavioral Parent Training
 CHARLIE: Chemical Abuse Resolution lies in Education (social and emotional learning exercises)
 CPAT: Cellular phone-enhanced version
 DAD: Doing Anger Differently
 DBT: Dialectic Behavior Therapy
 DBT-CM: Dialectic Behavior Therapy – Corrections Modified

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing
ERT: Emotion-recognition-training
ETAU: Enhanced Treatment As Usual
FCU: Family Check-Up (family-centered and tailored to each family, preventing and treating conduct problems)
FFT: Functional Family Therapy (Sexton & Alexander, 1999)
HNC: Helping the Non-Compliant Child
GTTP: Group Teen Triple P
IY: Incredible Years Program
KEEP: Keeping Foster and Kinship Parents Trained and Supported
MBCT: Mindfulness-based cognitive training
MI: Motivational interviewing
MR: Mind Reading Program (Baron-Cohen et al., 2004)
MTFC: Multidimensional Treatment Foster Care
NFPP: New Forest Parenting Package
PAT: Planned Activities Training
PPAP: Parents Plus Adolescents Programme
PEP: prevention program for externalizing problem behavior
PEP-TE Teacher's module of the prevention program for externalizing problem behavior
PCIT: Parent child interaction therapy
PMT: Parent management training of preschool disruptive behaviors (Eyberg, Nelson, & Boggs, 2008)
PMTO: Parent Management Training, the Oregon model
RSVP: Relaxation Skills Violence Prevention
SEL school-based social and emotional learning
SSRS: Social Skill Rating System
TARGET: Trauma Affect Regulation: Guide for Education and Therapy
TIK: Turning Into Kids (group program for parents of preschool children)
THAV: Therapieprogramm für Kinder mit aggressivem Verhalten,
TPOL: Triple P online

Methoden/Verfahren:

ACRS: Adult-Child Relationship Scale (?)
ACQ: Anger and Coping Questionnaire
APSD: Antisocial Process Screening Device (APSD; Frick & Hare, 2001)
AXOUT: Anger Out (Subscale of STAXI)
BASC-2: Behavior Assessment Scale for Children, 2nd edition (Reynolds & Kamphaus, 2004)
BASC-2-PRS: Behaviour Assessment System for Children Parent Rating Scale

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

BPAQ : Buss–Perry Aggression Questionnaire (Buss & Perry, 1992)
 BREB : Brief class-wide Rating of Externalizing Behavior
 BRS: Behavioral Reward Scale
 BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale (Overall&Gorham,1962)
 C-TRF: Caregiver Teacher Report Form (EXT- externalizing, INT internalizing)
 CAPS-CA: Clinician Administered PTSD Scale for PTSD and partial PTSD
 CBCL: Child Behavior Checklist for ages 1.5–5; Achenbach & Rescorla, 2000)
 CBRS: Child Behaviour Rating Scale
 CII: Coder Impressions Inventory
 CIS: Columbia Impairment Scale
 CSEI: Coopersmith Self Esteem Inventory
 CTRS: Conners Teacher Rating Scale (Conners, 1990)
 DBI: Beck Depression Inventory
 DISC: Diagnostic Interview Schedule for Children (Shaffer, Schwab, & Fisher, 1993)
 DPICS-R: Dyadic Parent–child Interaction Coding System – Revised (Eyberg and Robinson 1981; revised 2000)
 ECBI: Eyberg Child Behavior Inventory (Robinson et al., 1980)
 EPQ: End of Pilot Questionnaire
 FAVK: Fragebogen zum aggressiven Verhalten von Kindern
 FBB SSV: Fremdbeurteilungsbogen Störungen des Sozialverhaltens
 FES: Family Environment Scale
 ICU: Inventory of Callous–Unemotional Traits
 ITSEA: Infant-Toddler Social and Emotional Assessment
 MEI: Mannheim Parent Interview
 NYPRS/NYTRS: New York Parents/Teacher Rater Scales
 OAS-M: Overt Aggression Scale-Modified (Coccaro, Harvey, Kupsaw-Lawrence, Herbert, & Bernstein, 1991)
 PACS: Parent account of child conduct problems
 PANAS: Positive and Negative Affect Scales (Watson, Clark, & Tellegen, 1988)
 PBC: Problem Behavior Checklist
 PCRS: Parent Confidence Rating Scale
 PDR: Parent Daily Report Checklist (Chamberlain & Reid, 1987)
 PPI: Parent Practices Interview (Webster-Stratton 2001)
 PRS: Problem Rating Scale
 PSE: Parenting self efficacy
 PSI-SF: Parenting Stress Index-Short Form
 QAS: Questionnaire for teacher’s Attending Skills
 QBS: Questionnaire about burden of teacher through child

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

S-PCIT: Standard Parent–Child Interaction Therapy

SCL: Symptom Checklist (ADHD attention deficit hyperactivity disorder, DBD disruptive behavior disorder, ODD oppositional defiant disorder)

SDQ: Strengths and Difficulties Questionnaire

SESBI-R: Sutter-Eyberg Child Behavior Inventory

SGKJ: Skala zur Gesamtbeurteilung von Kindern und Jugendlichen)

STAXI: State-Trait Anger Expression Inventory

SUDS: (Subjective Units of Distress Scale)

TAS: Trait Anger Scale

TRA: teacher rating of aggression

TRF: teacher report form

VOCS: Video observational coding scale

WCCL: Ways of Coping Checklist (Folkman & Lazarus, 1988)

YSR: Youth Self-Report

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin		S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens	
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

5. Anhang 5: Zusammenfassung der Metaanalysen und Reviews

5.1. Metaanalysen

Publikation	SC	Fragestellung, Anzahl Studien (K) und Population (N)	Outcome (Effektstärken) und Moderatoreffekte	Aussagen zur klinischen Wirksamkeit
Baldwin et al. (2012). The effects of family therapies for adolescent delinquency and substance abuse: A meta-analysis. <i>Journal of Marital and Family Therapy</i> , 38(1), 281-304.	+	Evidenz für Elternbasierte Prävention <ul style="list-style-type: none"> - Wie ist der Nutzen für Kinder und Jugendliche mit SSV, wenn sie eine familienzentrierte (elternzentriert oder eltern-kindzentriert) oder Interventionen erhalten? Evidenz für Multimodale Interventionen <ul style="list-style-type: none"> - Wie ist der Nutzen für Kinder und Jugendliche mit SSV, wenn sie eine multimodale Intervention erhalten? - Comparison of four family therapies (Brief Strategic Family Therapy, Functional family Therapy, Multi-dimensional Family Therapy, Multisystemic Therapy) to TAU or a control group in adolescent substance abuse and delinquency. Age: 11-19 years K = 24	Homogeneity of effect sizes was rejected: $Q(23) = 49.26, p < .05$ The between-study variance component was: $(\tau\text{-squared}) = 0.05$ Degree of heterogeneity between studies was moderate, $I^2 = 52.9\%$. The four family therapies had statistically significant, but modest effects compared to TAU: d= 0.21 (K=11) There was no significant effect compared to control group due to low power: $d=0.70 (K=4)$ Alternative (provided or overseen by the researchers but that were not family therapy): $d= 0.26 (K=11)$ Sample size, Sex, ethnicity, timing of post-assessment, referring course had no significant effect. Limitation: Moderator and multivariate analysis were largely underpowered.	Family-based interventions are effective, with small to moderate effects compared to TAU. However in this meta-analysis the comparison to controlgroup, moderatoreffects and multivariate analysis were largely underpowered.
Candelaria et al. (2012). The effects of anger management on children's	+	Evidenz für Schulbasierte Prävention Effectiveness of school based anger management interventions and other impulse control programs	The significant Q-total statistic of 92.13 indicates that the included d-ES were heterogeneous , meaning these effect sizes were not from the same population.	Small to moderate intervention effect of school based anger management interventions and other

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin		S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3

<p>social and emotional outcomes: A meta-analysis. <i>School Psychology International</i>, 014303431245 4360.</p>		<p>for at-risk students.</p> <p>Age: Mean age 5-17.3 years</p> <p>K = 60</p> <p>N = 3'386</p>	<p>The estimated ES under the random-effects model was $d = 0.27$ ($SE=0.04$), which was statistically significant ($z = -6.09$, $p < 0.01$). Statistically significant effects in 5 of 9 outcome measurements: (1) overall behavioral and emotional outcomes ($d=0.14$, $SE=0.05$, $k=14$), (2) conduct problem/delinquency ($d=0.29$, $SE=0.13$, $k=3$), (3) knowledge of anger management principles ($d=1.28$, $SE=0.50$, $k=1$), (4) anger ($d=0.33$, $SE=0.07$, $k=17$) (5) aggression ($d=0.34$, $SE=0.08$, $k=16$).</p> <p>No statistically significant mean ES differences were found depending on the type of anger management program (except for role-play focused intervention, which was non-significant).</p> <p>Moderator effects: No significant intervention effect was found for girls and African American children. However, because of the few number of categorical effectsizes within the gender and ethnicity moderator variables, the statistical power was too low to detect the overall mean difference.</p> <p>When, publication bias was assessed using Egger's regression test of intercept, a significant result ($t(59) = 3.87$, $p < 0.01$) indicated that the included studies might pose a slight publication bias.</p>	<p>impulse control programs for at-risk students.</p> <p>The most salient finding of this meta-analysis involves the apparent positive effects of school-based anger management programs on children's social and emotional outcomes. Moderator variables aside, anger management intervention was found to have a small but positive effect on children's outcomes.</p>
<p>Cooper et al. (2016). The effect of omega-3 poly-unsaturated fatty acid supplementation on emotional dysregulation,</p>	<p>++</p>	<p>Programme für Kinder und Jugendliche</p> <p>The effects of Omega-3 poly-unsaturated fatty acid (n-3 PUFA) on emotional lability, oppositional behavior, conduct problems and aggression in children with ADHD or related neurodevelopmental disorders. Comparison of Placebo and active groups.</p>	<p>The initial analyses found no significant treatment effects on emotional lability, oppositional behaviour and conduct problems and aggression. The subgroup analyses suggest the possibility of a small effect (SMDs ranged from 0.15–0.25) of n-3 PUFA on EL and oppositional behaviour. The effect, which remained significant after correction for multiple testing ($p < 0.005$), was found for n-3 PUFA on parent-rated EL, but only after removal of one study that supplemented with phosphatidylserine (PL) containing</p>	<p>These results exclude the possibility of moderate to large effects of n-3 PUFA on reducing emotional lability and oppositional behaviour. However subgroup analyses of higher quality studies and those</p>

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin		S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens	
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

oppositional behaviour and conduct problems in ADHD: A systematic review and metaanalysis. <i>Journal of affective disorders, 190, 474-482.</i>		Age: 4-12 years K = 10	omega-3. There was no evidence of heterogeneity or publication bias.	meeting strict inclusion criteria found a significant reduction in EL and oppositional behaviour.
De Swart et al. (2012). The effectiveness of institutional youth care over the past three decades: A meta-analysis. <i>Children and Youth Services Review, 34(9), 1818-1824.</i>	++	Evidenz von Interventionen bei Callous Unemotional Traits Multiple comparisons between institutional care and non-institutional care and evidence-based treatment (EBT) versus care as usual (CAU). K = 27 N = 17'038	Overall mean effect size was d=.129. A significant and positive small-to-medium effect size of d=0.337 was found for the comparison between EBT and CAU in institutional settings. Comparisons of institutional care vs. non-institutional care yielded negative but non-significant effect sizes. Moderator analyses indicated that only cognitive behavior therapy (CBT) had a medium effect (d=.50), whereas skills training and care as usual had no effect.	Only institutional EBT versus institutional CAU, yielded a significant and small to medium effect. Institutional care can be equally effective as non-institutional care, and it is more promising to provide youth with EBT during their stay in the institution. EBT proved to be more effective than CAU, independent of treatment modality.
De Vries et al. (2015). Practitioner Review: Effective ingredients of prevention programs for youth at risk of persistent	++	Evidenz für Elternbasierte Prävention Evidenz für Multimodale Interventionen The present study combines findings of previous studies by examining the effectiveness of programs in preventing persistent juvenile delinquency and by studying which particular program, sample, and	Overall effect size of prevention programs: d=0.24 Specific program components accounted for a significant proportion of the variation in effect sizes. Behavioral Modeling (d = 0.57, Z = 2.1, p < .05), Parenting Skills (d = 0.63, Z = 3.2, p < .01), and Behavioral Contracting (d = 0.61, Z = 2.2, p < .05) were significantly associated with better program outcomes independent of	Behavioral-oriented programs, focusing on parenting skills training, behavioral modeling, or behavioral contracting yielded the largest effects. Multimodal programs and programs carried out in

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

<p>juvenile delinquency– recommendations for clinical practice. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 56(2), 108-121.</p>		<p>study characteristics contribute to the effects.</p> <p>Interventions:</p> <ul style="list-style-type: none"> - short term behavioral, - moral reasoning, - Family group conferencing - coaching for communities - restorative justice program - diversion program, - family therapy, - education program, - boot camps, - victim-offender mediation <p>Etc.</p> <p>Age: 6-20 years</p> <p>K = 39</p> <p>N = 9'084</p> <p>Key Question E</p>	<p>program type.</p> <p>Programs involving mixed target populations (juveniles, parents, and siblings) showed larger effect sizes (d = 0.72, Z = 3.5, p < .001) than programs that targeted only juveniles or juveniles and parents.</p> <p>Programs carried out in court settings (d = 0.34, Z = 2.1, p < .05) yielded smaller effect sizes than programs carried out in the direct environment of juveniles (home, school, community, and ambulant setting). With regard to the format of the program, programs carried out in a family format (d = 0.65, Z = 3.2, p < .01) and multimodal format (d = 0.36, Z = 2.8, p < .01) yielded larger effect sizes than individual (d = 0.26) and group-based programs (d = 0.03).</p> <p>Continuous moderator variables:</p> <p>Program intensity (Z = -2.1, p < .05)</p> <p>Total contact hours (Z = -2.0, p < .05)</p> <p>Number of sessions (Z = - 2.3, p < .05)</p> <p>Indication: less intensive programs with fewer contact hours and smaller numbers of sessions lead to larger effect sizes.</p> <p>No significant effect: age, gender, ethnicity</p>	<p>the family context proved to be more beneficial than individual and group-based programs. Less intensive programs yielded larger effects. Prevention programs have positive effects on preventing persistent juvenile delinquency. Limitation: Highly heterogeneous regarding studies type of prevention and populations.</p>
<p>Epstein et al. (2015). Psychosocial interventions for child disruptive behaviors: a meta-analysis. Pediatrics, peds-2015.</p>	<p>+</p>	<p>Evidenz für Elternbasierte Prävention</p> <p>Evidenz für Multimodale Interventionen</p> <p>Systematic review and meta-analysis on studies of psychosocial interventions for children with disruptive behavior disorders.</p> <p>Psychosocial interventions:</p>	<p>Results from our meta-analysis show that all intervention categories were more effective than the TAU/control category, with high residual variability within category and overlap between categories.</p> <p>The effect size for the multicomponent interventions and interventions with only a parent component had the same estimated value, with a median of -1.2 SD reduction in outcome score (95% credible interval, -1.6 to -0.9). The estimate for interventions with only a child component was -1.0 SD (95% credible</p>	<p>The 3 intervention categories were more effective than the control conditions. Interventions with a parent component, either alone or in combination with other components, were likely to have the largest effect. There were only two studies</p>

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin		S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3

		<p>Multicomponent, child component and one parent component interventions versus TAU or waiting-list.</p> <p>HNC, PMTO, IY-PT, PCIT, FBT, ICPS, TIK, MST, MFT, RST</p> <p>Age: Preschool age < 5 years (k = 23), school age 5-12 years (k = 29), adolescent >12 years (k =14)</p> <p>Review: K = 66 (59 RCT, 7 non-RCT) Meta-analysis: K = 28</p> <p>Child component (k = 2), Parent component (k = 25) Multicomponent interventions (all including a parent component) (k = 39)</p> <p>Preschool age: child component (k = 0), parent component (k = 14), multicomponent (k = 9)</p>	<p>interval, -1.6 to -0.4).</p> <p>The multicomponent intervention and parent-only intervention categories also had identical posterior probabilities of being the best treatment (both 43%), followed by interventions with only a child component (14%).</p> <p>Age effects were more subtle, with an additive median effect of -0.4 SD (95% CI, -0.6 to -0.3) for preschool relative to school-age children (baseline level) and of -0.1 SD (95% CI, -0.5 to -0.2) for adolescents relative to school-age children.</p> <p>Publication bias Twenty-four studies were rated as high risk of bias, 34 as moderate risk of bias, and 8 as low risk of bias. Mostly academic setting</p> <p>ECBI Intensity Score 0.18 (SD 0.034; 95% CI, 0.12 to 0.25) ECBI Problem Score 0.17 (SD 0.038; 95% CI, 0.09 to 0.24) CBCL-Externalizing T score 0.13 (SD 0.027; 95% CI, 0.08 to 0.18)</p>	<p>with only a child component, which is too little in comparison. A conflict of interest is addressed, stating that many studies were conducted by the developer or an 'intellectual descendant' of the developer of the intervention.</p>
<p>Fukkink et al. (2008). Video feedback in widescreen: A meta-analysis of family programs. Clinical Psychology Review, 28(6), 904-916.</p>	+	<p>Evidenz für Elternbasierte Prävention</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wie ist der Nutzen für Kinder und Jugendliche mit SSV, wenn sie eine familienzentrierte (elternzentriert oder eltern-kindzentriert) Interventionen erhalten? - Welche Empfehlungen sind hinsichtlich des Formats familienzentrierter (elternzentriert oder eltern-kindzentriert) Interventionen abzuleiten? <p>Effect of video feedback interventions on the parenting behavior and attitude and the development of the child.</p>	<p>Video feedback interventions were statistically significant for behavior measures among child population, parenting behavior and parents attitudes.</p> <p>Child behavior: ES: 0.33 (SE = 0.10), small to average Homogeneity test: $\chi^2 = 79$. Not homogeneous Moderator: Positive effects were smaller when parents were from a high-risk group.</p> <p>Parenting behavior: ES = 0.47 (SE = 0.08), average effect Homogeneity test: $\chi^2 = 106$. Not homogeneous Moderator: For parents skills shorter programs seem to be more</p>	<p>Significant positive effects of video feedback interventions on the parenting behavior attitude and the behavior of the child. Parents become more skilled in interacting with their young child and experience fewer problems and gain more pleasure from their role as parent. Shorter programs appeared to be</p>

publiziert bei:			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3

		<p>Age: 0-8 years old, mean age 2.3 years SD 2.7</p> <p>K = 29</p> <p>N = 1'844 families</p>	<p>effective</p> <p>Parents attitudes: ES = 0.37 (SE=0.10), small and average</p> <p>Homogeneity test: $X^2 = 51$. Not homogeneous</p> <p>Moderator: Effects on parenting perception are considerably less under parents from high-risk groups.</p>	<p>more effective in improving parenting skills.</p>
<p>Goh et al. (2010).</p> <p>Individualized positive behavior support in school settings: A meta-analysis. Remedial and Special Education, 074193251038 3990.</p>	+	<p>Evidenz für Schulbasierte Prävention</p> <p>Aim of this meta-analysis was to determine the effectiveness of individualized positive behavior support (IPBS) practices in school settings., based on functional behavioral assessment (FBA).</p> <p>No age description: Students ranged from elementary to high-school</p> <p>K = 83</p> <p>N = 145 (developmental disability n=70)</p>	<p>FBA-based interventions were equally effective across diverse student populations and educational settings.</p> <p>Overall effect FBA-based interventions: behavior change (i.e., reduction of problem behavior) in school settings, the median PND was 88% ($n = 145$, range = 0%–100%, PND effect = moderate).</p> <p>In terms of key IPBS practices, results indicated that team decision making during intervention planning led to significantly larger PNDs</p> <p>Effects : PND = computed through the percentage of nonoverlapping data point).</p>	<p>The results of the meta-analysis showed that FBA based interventions applied in school settings can effectively reduce problem behavior of students and increase their use of appropriate skills, with moderate effect sizes.</p>
<p>Matjasko et al. (2012).</p> <p>A systematic meta-review of evaluations of youth violence prevention programs: Common and divergent findings from 25years of meta-analyses and systematic reviews. Aggression and Violent Behav-</p>	++	<p>Evidenz für Schulbasierte Prävention</p> <p>Evidenz für Elternbasierte Prävention</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wie ist der Nutzen für Kinder und Jugendliche mit SSV, wenn sie eine familienzentrierte (elternzentriert oder eltern-kindzentriert) Interventionen erhalten? - Wann sind familienzentrierte (elternzentriert oder eltern-kindzentriert) Interventionen indiziert? - Wie ist der Nutzen elternzentrierter oder eltern-kindzentrierter Interventionen im Alter unter 3 Jahren und im Alter über 12 Jahren? - Welche Empfehlungen sind hinsichtlich des Formats familienzentrierter (elternzentriert 	<p>The meta-analyses/ reviews included a mean of 65.63 studies (range=5–443 studies). 77% contained programs that targeted the child and/or adolescent, 65% contained programs that intervened with the family, and a smaller proportion contained programs that intervened with schools (40.38%) and peers (36.54%).</p> <p>Family based programs: 15 reviews. Two found strong effects, nine found moderate effects and three demonstrated weak effects. Those three focused on programs that intervened with families when children were between 0-3. The strongest effect was found in those studies with narrowly-defined behaviors and populations.</p> <p>Treatment-specific programs: 8 meta-analyses. Cognitive behavioral therapy, multisystemic therapy and/or life skill training</p>	<p>A majority of the meta-analyses and systematic reviews were found to demonstrate moderate program effects. Meta-analyses yielded marginally smaller effect sizes compared to systematic reviews, and those that included programs targeting family factors showed marginally larger effects than those that did not.</p> <p>For family programs, the</p>

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

<p>ior, 17(6), 540-552.</p>		<p>oder eltern-kindzentriert) Interventionen abzuleiten?</p> <p>This meta-review reports the findings from 37 meta-analyses and 15 systematic reviews prior to 2009 that synthesize evaluations of youth violence prevention programs; the included reviews were coded on measures of the social ecology, prevention approach, program type, and study design.</p> <p>Age: 0-18</p> <p>K = 37 meta-analyses & 15 systematic reviews</p>	<p>programs. 6 reported moderate effects on youth violence, 2 weak effects.</p> <p>School-based programs: 11 meta-analyses and 4 reviews. 11 meta-analyses and reviews reported strong to moderate effects on youth violence-related outcomes. Three meta-analyses found weak effects.</p> <p>Community-based programs: 5 meta-analyses. 4 reported moderate effects on youth violence outcomes.</p> <p>Moderators: Individual and family characteristics (e.g., child age, family socioeconomic status), program characteristics (e.g., program duration), and study characteristics (e.g., evaluation study design). No significant difference when comparing group intervention vs. Individual setting.</p>	<p>strongest effects on aggression and delinquency were found for preschool and elementary-age youth (rather than early childhood). Treatment-specific reviews indicate that programs that focus on cognitive-behavioral approaches or MST (which also uses CBT techniques) have moderate positive effects.</p>
<p>Maughan et al. (2005). Behavioral parent training as a treatment for externalizing behaviors and disruptive behavior disorders: A meta-analysis. School Psychology Review, 34(3), 267.</p>	<p>+</p>	<p>Evidenz für Elternbasierte Prävention</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wie ist der Nutzen für Kinder und Jugendliche mit SSV, wenn sie eine familienzentrierte (elternzentriert oder eltern-kindzentriert) Interventionen erhalten? <p>Effectiveness of Behavioral Parent Training for children and adolescents with externalizing behaviors and disruptive behavior disorders.</p> <p>Treatment procedures had to include the training of parents/caregivers in the use of reinforcement and/or time-out and one additional behavioral procedure (i.e., differential attention, precision requests, planned ignoring, response cost, point systems, natural consequences, praise, or contracts).</p> <p>Age?</p>	<p>Between-subject design (experimental design; no-treatment control group): $d = 0.30$ (95% confidence interval: $.21 < ES < .39$).</p> <p>Within-subject design (repeated measures, pre- and post-treatment): $d = 0.68$ ($.59 < ES < 0.77$).</p> <p>For between-subjects designs, the mean unweighted ES for follow-up data was $d = 0.49$ based upon the data from 10 studies. Combined weighted ESs were significantly heterogeneous ($Q = 61.063, p < .01$).</p> <p>For within-subjects designs, the mean unweighted ES for follow-up data was $d = 0.65$ based on the data from 22 studies. Combined weighted ESs were significantly heterogeneous ($Q = 64.76, p < .01$).</p> <p>Moderators: age, delivery method, follow up, source of study,</p>	<p>Results of the present meta-analysis indicate that Behavioral Parenting Training is a successful intervention in reducing the disruptive/externalizing behaviors in children. Additionally, several features of BPT and parent training were specifically associated with more robust treatment effects. Most of the included studies lacked sufficient data regarding specific target behaviors and/or</p>

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin		S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens	
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

		<p>K = 79</p> <p>Between-group studies N = 2'083</p> <p>Within-group studies N = 1088</p>	reliability, number of treatment sessions.	diagnosis of the targeted child. Furthermore, few studies delineated specific treatment techniques, including the number of treatment sessions and/or therapist time.
<p>Menting et al. (2013). Effectiveness of the Incredible Years parent training to modify disruptive and prosocial child behavior: A meta-analytic review. <i>Clinical Psychology Review</i>, 33(8), 901-913.</p>	+	<p>Evidenz für Elternbasierte Prävention</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wie ist der Nutzen für Kinder und Jugendliche mit SSV, wenn sie eine familienzentrierte (elternzentriert oder eltern-kindzentriert) Interventionen erhalten? <p>The present meta-analytic review examined effectiveness of the Incredible Years parent training (IYPT) regarding disruptive and prosocial child behavior, and aimed to explain variability in intervention outcomes.</p> <p>Age: Mean age ranged from 3 – 9.2 years</p> <p>K = 50 N = 4'745</p>	<p>The overall weighted effect size (across informants) of the set of 50 studies concerning disruptive behavior was d = .27 (95% CI = .21–.34, p < .001).</p> <p>The overall weighted effect size of the set of 49 studies concerning parental report was d = .30 (95% CI = .22–.39, p b .001).</p> <p>The overall weighted effect size of the set of 25 studies concerning teacher report was d = .13 (95% CI = .05–.22, p = .001).</p> <p>The overall weighted effect size of the set of 23 studies concerning observation was d = .37 (95% CI = .29–.46, p b .001).</p> <p>Significant heterogeneity in effect sizes was only found for parental report (Q(48) = 70.68, p = 0.02), but not for the other four outcome constructs.</p> <p>Seven potential moderators were significant predictors of effect size. Two intervention characteristics (training components and number of sessions attended), two child characteristics (gender and initial severity of child behavior), and three methodological features (ECBI, assignment, and nature of the comparison group) were predictors of effect size, when entered separately. Initial severity of child behavior revealed to be the strongest predictor</p>	<p>Findings indicate that the IYPT is successful in improving child behavior in a diverse range of families, and that the parent program may be considered well-established.</p>

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin		S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens	
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

			of intervention effects, with larger effects for studies including more severe cases.	
Michelson et al. (2013). Do evidence-based interventions work when tested in the “real world?” A systematic review and meta-analysis of parent management training for the treatment of child disruptive behavior. Clinical child and family psychology review, 16(1), 18-34.	++	Evidenz für Elternbasierte Prävention <ul style="list-style-type: none"> - Wie ist der Nutzen für Kinder und Jugendliche mit SSV, wenn sie eine familienzentrierte (elternzentriert oder eltern-kindzentriert) Interventionen erhalten? - Welche Empfehlungen sind hinsichtlich des Formats familienzentrierter (elternzentriert oder eltern-kindzentriert) Interventionen abzuleiten? <p>Different PMTs (Parent Management Training) under real world conditions.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Variations of IY - Triple P - PCIT - Project TEAM <p>Age: 2-12 years</p> <p>K = 28</p>	<p>There was a significant overall pooled reduction in child disruptive behavior measured by ECBI-I (WMD = -20.90, 95 % CI [-26.26, -15.53], p<0.001) ECBI-P (WMD = -6.03, 95 % CI [-7.70, -4.36], p<0.001) CBCL Ext. (WMD = -3.66, 95 % CI [-6.28, -1.04], p = 0.006) SDQ Conduct Scales (WMD = -0.59, 95 % CI [-0.88, -0.29], p<0.001)</p> <p>Significant heterogeneity for EBCI was indicated by an I² of 71.1 %, where I² reflects the degree of heterogeneity attributable to between-study as opposed to within-study differences.</p> <p>Subgroup analyses were conducted to examine whether individual practice criteria were related to the estimates of effect size for the ECBI-I and ECBI-P. The F test was nonsignificant (p[0.05] for all practice criteria with the exception of routine service (p = 0.035)</p> <p>Moderator: Larger effects for studies including more severe cases</p>	High quality of clinical evidence. PMT, even when such treatment is delivered under a variety of real-world practice conditions can be effective.
Nowak & Heinrichs (2008). A comprehensive meta-analysis of Triple P-Positive Parent-	++	Evidenz für Elternbasierte Prävention <ul style="list-style-type: none"> - Wie ist der Nutzen für Kinder und Jugendliche mit SSV, wenn sie eine familienzentrierte (elternzentriert oder eltern-kindzentriert) Interventionen erhalten? <p>A meta-analysis encompassing all studies evaluating the impact of the Triple P-Positive Parenting Pro-</p>	<p>There were significant positive effects on all three effect sizes for Parenting (overall ES = 0.38), Child Problems (overall ES = 0.35), and Parental Well-Being (overall ES = 0.17).</p> <p>Controlled ESs tended to yield smaller effects for these categories than uncontrolled post-intervention within-group ESs.</p>	The analysis identified several strengths of the Triple P system, most importantly its ability to effect meaningful improvement in parents and children. Some limita-

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin		S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3

<p>ing Program using hierarchical linear modeling: Effectiveness and moderating variables. Clinical child and family psychology review, 11(3), 114-144.</p>		<p>gram on parent and child outcome measures was conducted in an effort to identify variables that moderate the program's Effectiveness.</p> <p>K = 55 (29 RCT, 11 quasi-experimental, 15 uncontrolled studies)</p> <p>N = 11'797 families</p>	<p>Averaged net-effect sizes (i.e. the difference between follow-up and pre-test effect sizes) for eight controlled trials indicated small long-term effects for Child Problem Behavior (0.10) but large effects for Parenting (1.01).</p> <p>Moderators: mean child age, triple P Level, behavioral observations.</p> <p>There appear to be several study characteristics (mean child age, source of assessment) which exert an influence on the magnitude of the obtained effect size.</p>	<p>tions pertain to the small evidence-base of certain formats of Triple P and the lack of follow-up data beyond 3 years after the intervention. The superiority of Triple P Levels 4 and 5 compared to Levels 1–3 in the Triple P system in improving parenting and child problem behavior over time may be explained by the narrowing target population and the increased initial severity of child and parent problems for parents participating in higher levels.</p>
<p>Piquero et al. (2009). Effects of early family/parent training programs on anti-social behavior and delinquency. Journal of Experimental</p>	<p>+</p>	<p>Evidenz für Elternbasierte Prävention</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wie ist der Nutzen für Kinder und Jugendliche mit SSV, wenn sie eine familienzentrierte (elternzentriert oder eltern-kindzentriert) Interventionen erhalten? - Welche Empfehlungen sind hinsichtlich des Formats familienzentrierter (elternzentriert oder eltern-kindzentriert) Interventionen abzuleiten? 	<p>Weighted mean ES was $d = 0.35$ with a confidence interval of 0.26–0.44 ($z=7.55$; $P<0.001$), which was in the range of early family/parent training having a small to moderate effect on reducing child behavior problems.</p> <p>It appears that the effect of early family/parent training was largest when based on parents' reports (weighted ES=0.34).The next largest weighted ES was based on direct observer reports (weighted ES=0.28), followed by teacher reports (weighted</p>	<p>This meta-analysis finds a small to moderate effect of family/parent training programs on child's behavior problems. It also finds significant heterogeneity among the ES moderated by year of publication, location in the USA, inter-</p>

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin		S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3

<p>Criminology, 5(2), 83-120.</p>		<p>The objective of this paper is to synthesize the extant empirical evidence (published and unpublished) on the effects of early family/parent training programs implemented in early childhood in preventing child behavior problems, including antisocial behavior and delinquency.</p> <p>Age: 0-9 years Exclusion criteria mean age > 5</p> <p>K = 55 N = ?</p>	<p>ES=0.24).</p> <p>Indication for publication bias: Homogeneity rejected at $Q = 149.29$ with 54 degrees of freedom. Kendall's test: $z = 3.49$ ($P < 0.001$) Egger's test produced a coefficient of 1.84, with a standard error of 0.35, $t = 5.20$, $P < 0.001$.</p> <p>Moderators: Negative correlation between year of publication and ES ($r = -0.22$; $P = 0.06$). Negative correlation between sample size and ES ($r = -0.39$, $P < 0.001$). The weighted ES for US-based studies was ($d = 0.42$) was significantly different compared with a weighted ES ($d = 0.20$) for non-US-based studies. ESs for home visitation programs in comparison with parent training programs were not significantly different from one another.</p>	<p>vention program.</p> <p>Additional information: 27 studies were not included in this review since they mainly provided information on adolescent outcome. The results of 26 of these studies implicate, that family/ parent training have positive effects later on in life: fewer teacher-reported behavioral problems, fewer instances of running away, convictions, cigarette or alcohol consumption, lower rates of juvenile and violent arrests at age 18.</p>
<p>Sanders, et al. (2014). The Triple P-Positive Parenting Program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. Clinical psychology review, 34(4), 337-357.</p>	<p>++</p>	<p>Evidenz für Elternbasierte Prävention</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wie ist der Nutzen für Kinder und Jugendliche mit SSV, wenn sie eine familienzentrierte (elternzentriert oder eltern-kindzentriert) Interventionen erhalten? <p>Effects of the multilevel Triple P-Positive Parenting Program system on a broad range of child, parent and family outcomes.</p> <p>Age: 0-18 years</p> <p>K = 116</p>	<p>Significant short-term effects were found for:</p> <p>children's social, emotional and behavioral outcomes: ($d = 0.473$; $k = 106$, 95% CI [0.404, 0.543], $p < .001$)</p> <p>parenting practices: ($d = 0.578$; $k = 100$, 95% CI [0.490, 0.666], $p < .001$)</p> <p>parenting satisfaction and efficacy: ($d = 0.519$; $k = 75$, 95% CI [0.441, 0.596], $p < .001$)</p> <p>parental adjustment ($d = 0.340$; $k = 91$, 95% CI [0.256, 0.425], $p < .001$)</p> <p>parental relationship ($d = 0.225$; $k = 63$, 95% CI [0.165, 0.285], $p < .001$)</p> <p>child observational data ($d = 0.501$)</p>	<p>The results from this systematic review and meta-analysis clearly show that Triple P, in both short-term and long-term, is an effective parenting intervention for improving social, emotional and behavioral outcomes in children.</p>

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

		N = 16'099 families	<p>At follow-up, an overall medium effect size was found for child SEB outcomes (d= 0.525, k = 56, 95% CI [0.358, 0.692] p < .001) parenting practices, d= 0.498, k = 48, 95% CI [0.362, 0.634], p < .001) parenting satisfaction and efficacy (d = 0.551, k = 41, 95% CI [0.372, 0.730], p < .001) parental adjustment (d = 0.481, k = 45, 95% CI [0.321, 0.641], p < .001) and child observational data (d = 0.400, k = 13, 95% CI [0.070, 0.730], p = .009). An overall significant small effect size was found at follow-up for parental relationship (d = 0.230, k = 37, 95% CI [0.136, 0.325], p < .001) and parent observational data (d =0.249, k = 11, 95% CI [0.031, 0.467], p = .013)</p> <p>Moderator analyses found that study approach, study power, Triple P level, and severity of initial child problems produced significant effects in multiple moderator models when controlling for other significant moderators.</p>	
<p>Stoltz et al. (2012). Effectiveness of individually delivered indicated school-based interventions on externalizing behavior. International Journal of Behavioral Development, 36(5), 381-388.</p>	+	<p>Evidenz für Schulbasierte Prävention</p> <p>Results of two meta-analyses on the effectiveness of individually delivered indicated school-based interventions for externalizing behavior problems at elementary schools are presented.</p> <p>Studies with only an individual component:</p> <p>K = 11 N = 738 Mean age: 7.85 years</p> <p>Studies with both individual and additional components:</p>	<p>The overall random effects mean was d = .30 (p < .001, 95% CI =.14–.46), indicating that the interventions on average significantly reduced externalizing behavior problems. The random effects mean was d = .30 (p < .001, 95% CI = .04–.56). This indicates that children in the intervention condition showed a larger decrease in externalizing behavior than children in the control condition.</p> <p>Tests of the homogeneity of the effect sizes using the Q-statistic showed more variability across studies than expected from subject-level sampling error for the individual interventions with additional components (Q13 = 47.89, p < .001, I2 = 75%), but not for the purely individual interventions (Q11 = 8.83, p = .55, I2 = 13%).</p>	<p>Both types of individually delivered schoolbased interventions reduced externalizing behavior in at-risk children. Moderator analyses showed individual interventions with additional components to be most beneficial for younger children. The variability in effectiveness of interventions indicates that schools need to carefully select evidence-based programs for their</p>

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin		S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens	
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

		K = 13 N = 1156 Mean age: 8.03 years	No moderating effects of treatment modality on intervention effectiveness were found. However, age appeared to be a significant moderator: Younger children benefitted more from the interventions.	specific population.
Suter et al. (2009). Effectiveness of the wraparound process for children with emotional and behavioral disorders: A meta-analysis. <i>Clinical Child and Family Psychology Review</i> , 12(4), 336-351.	+	Programme für Kinder und Jugendliche A meta-analysis of outcome studies was conducted to better understand current empirical support for wraparound (team-based service planning and coordination process) . Mean age 13.43 years (SD = 2.95, range 9.0–17.3) K = 7 N = 802	The overall mean effect size across studies was 0.33. Mean treatment effects across outcome domains ranged from medium for youth living situation (0.44) to small for mental health outcomes (0.31), overall youth functioning (0.25), school functioning (0.27), and juvenile justice-related outcomes (0.21). Lack of consistent documentation of implementation fidelity across studies and conditions. No moderators reported.	The authors conclude that, though the published wraparound research base is expanding and findings are largely positive, it continues to be in a preliminary stage of development.
Tarver et al. (2014). Are self-directed parenting interventions sufficient for externalising behaviour problems in childhood? A systematic review and meta-analysis. <i>European child & adolescent psychiatry</i> , 23(12), 1123-1137.		Evidenz für Elternbasierte Prävention <ul style="list-style-type: none"> - Wie ist der Nutzen für Kinder und Jugendliche mit SSV, wenn sie eine familienzentrierte (elternzentriert oder eltern-kindzentriert) Interventionen erhalten? - Welche Empfehlungen sind hinsichtlich des Formats familienzentrierter (elternzentriert oder eltern-kindzentriert) Interventionen abzuleiten? The objective was to establish the evidence base of self-directed (SD) parenting interventions for externalising behaviour problems. Age: 3-12 years K = 11 N = 612	Large and significant effect of SD parenting interventions on parent report of externalising child behaviour (SMD = 1.01, 95 % CI: 0.77–1.24, Z = 8.31, p<0.001). However, this effect was not upheld by analyses of observed child behaviour (K = 5). Secondly, a significant amount of heterogeneity amongst trials was also found (Chi-square [10] = 16.72, p = 0.08, I ² = 40 %). Excluding interventions involving regular therapist input via telephone or internet revealed a reduced yet still large and significant effect of SD parenting interventions on parent report of externalising child behaviour (SMD = 0.83, 95 % CI: 0.63–1.02, Z = 8.28, p<0.001) and reduced heterogeneity to non-significance (Chi-square = 5.52, p = 0.48, I ² = 0 %). (Balslem, H., et al., <i>GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence</i> . <i>J Clin Epidemiol</i> , 2011. 64 (4):401-6)	Analyses revealed a large effect of SD interventions on parent report of externalising child behaviour. Moreover, this effect remained large (albeit slightly reduced) after removal of interventions that involved regular therapist input via telephone or internet.

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

<p>Thomas & Zimmer-Gembeck (2007). Behavioral outcomes of parent-child interaction therapy and Triple P—Positive Parenting Program: A review and meta-analysis. <i>Journal of abnormal child psychology</i>, 35(3), 475-495.</p>	+	<p>Programme für Kinder und Jugendliche</p> <p>The aim of this review and meta-analysis was to evaluate and compare the outcomes of two widely disseminated parenting interventions—Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) and Triple P-Positive Parenting Program.</p> <p>Mean age range 3.4 – 9.6 years</p> <p>K = 24</p>	<p>The effect size for PCIT, –1.45, was significantly larger than the effect sizes for Self-directed, –.51, $p < .001$, Group, –.67, $p < .01$, and Individual Triple P, –.69, $p < .01$, but the PCIT effect size was not larger than the effect size for Enhanced, –.96, or Media Triple P, –.79.</p> <p>However, in contrast to these findings, for IGPP based on observed child negative behaviors, there were no differences in the effect size for Standard PCIT, .11, compared to Triple P in the Self-directed, –.02, Individual, –.22, and Enhanced, –.46, forms (figure not provided).</p> <p>Moderators: Type of Triple P program (e.g. individual, group, enhanced).</p>	<p>PCIT and an enhanced version of Triple P were associated with improvements in observed child behaviors. These findings provide information about the relative efficacy of two programs that have received substantial funding in the USA and Australia.</p>
<p>Van der Stouwe et al. (2014). The effectiveness of Multisystemic Therapy (MST): A metaanalysis. <i>Clinical psychology review</i>, 34(6), 468-481.</p>	++	<p>Evidenz für Multimodale Interventionen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Welches Therapieformat ist bei der Umsetzung einer multimodalen Intervention umzusetzen? - Welche Therapiestrategien haben sich im Rahmen von multimodalen Interventionen als wirkungsvoll erwiesen? <p>Aim of this multi-level meta-analysis was to examine the effectiveness of MST.</p> <p>K = 22</p> <p>N = 4'066 juveniles</p>	<p>Significant, but small effect sizes were found for Delinquency: $d = .201$ Psychopathology: $d = .268$ Substance use: $d = .291$ Family factors: $d = .143$ Out-of-home placement: $d = .267$ Peer factors: $d = .213$</p> <p>After correction for publication bias, significant small effects only remained for psychopathology and family factors. Effect sizes proved to be heterogenous for delinquency, psychopathology, family factors and peer factors. Moderator analysis: Significant effects on delinquency and family factor only when the average age of the juveniles under investigation was below 15. For psychopathology effects remained significant but were larger for juveniles below 15. Furthermore, larger effects on delinquency were found for studies with a larger proportion of Caucasian or indigenous juveniles.</p>	<p>Small but significant treatment effects were found on delinquency (primary outcome) and psychopathology, substance use, family factors, out-of-home placement and peer factors, whereas no significant treatment effect was found for skills and cognitions. MST seems most effective with juveniles under the age of 15, with severe starting conditions. Furthermore, of all study characteristics, only the country in which the study was con-</p>

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

			<p>Studies with more improved parenting skills and parental mental health and less out-of-home placement also yielded larger effects for delinquency.</p> <p>For delinquency, larger effect sizes were found if MST was compared to a single and non-multimodal control treatment type. More MST treatment completers and longer treatment duration also yielded larger effects. The effects on both psychopathology and peer factors were larger in studies with longer treatment duration. Furthermore, effects on family functioning were only found if MST was compared with a single treatment type.</p>	<p>ducted remained to have a significant effect on delinquency outcomes: larger effects were found with studies conducted in the USA.</p>
<p>Weisz et al. (2013). Performance of evidence-based youth psychotherapies compared with usual clinical care: a multi-level meta-analysis. JAMA psychiatry, 70(7), 750-761.</p>	+	<p>Programme für Kinder und Jugendliche</p> <p>Aim of this multi-level meta-analysis was to determine whether evidence based treatment (EBP) do in fact produce better outcomes than usual care in youth psychotherapy.</p> <p>Mean age, 12.63 (SD, 2.84) years K = 52 N = 5'101</p>	<p>Mean ES=0.29. Probability 58% that randomly selected youth would have better outcome after EBP than randomly selected youth after receiving usual care.</p> <p>Moderators (lower ES): 1. Outside North America, 2.Outcomes reported not by parents and participates, 3.studies in which participants were impaired enough to qualify for diagnoses.</p> <p>For certain key groups (eg, studies of clinically referred samples and youths with diagnoses), significant EBP effects were not demonstrated.</p> <p>Not specific aggression or DBD (Depression, Anxiety, K =15)</p>	<p>Evidence-based psychotherapies outperformed usual care, but the EBP advantage is modest and moderated by youth, location, and assessment characteristics. The EBPs have room for improvement in the magnitude and range of their benefit relative to usual clinical care.</p>
<p>Wilson et al. (2012). How evidence-based is an 'evidence-based parenting program'? A PRISMA systematic review and meta-</p>	++	<p>Evidenz für Elternbasierte Prävention</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wie ist der Nutzen für Kinder und Jugendliche mit SSV, wenn sie eine familienzentrierte (elternzentriert oder eltern-kindzentriert) Interventionen erhalten? <p>Evaluations of the Triple P parenting program were subjected to systematic review and meta-analysis with analysis of biases.</p>	<p>For maternally-reported outcomes the summary effect size was 0.61 (95%CI 0.42, 0.79). Paternally-reported outcomes following Triple P intervention were smaller and did not differ significantly from the control condition (effect size 0.42 (95%CI -0.02, 0.87)).</p> <p>There is evidence of heterogeneity (chi-squared = 60.16 (d.f. = 22) P = 0.000), with the variation in SMD attributable to heterogeneity (I-squared) = 63.4%.</p> <p>Follow-up only in 5 studies.</p>	<p>The studies to date give proof-of-concept that group-based Triple-P may be effective in the short term according to maternal report of child behavior (not significant in other observers). The meta-analysis finds</p>

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

analysis of Triple P. BMC medicine, 10(1), 1.	Mean age 4.19 years K = 23	Ninety four percent of the between-study variance is explained by the covariate mean baseline value, and a ten-point increase in baseline ECBI-I score is associated with a 0.15 increase in ES (95%CI: 0.005, 0.025). This review also reports substantial selective reporting bias, and preferential reporting of positive results in article abstracts.	no convincing evidence that Triple P interventions work across the whole population or that any benefits are long-term.
---	-----------------------------------	---	---

5.2. Reviews

Publikation	SC	Fragestellung, Anzahl Studien (K) und Population (N)	Outcome (Effektstärken) und Moderatoreffekte	Aussagen zur klinischen Wirksamkeit
Barlow et al. (2010). Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in children from birth to three years old. <i>The Cochrane Library</i> .	++	Evidenz für Elternbasierte Prävention Comparison of group-based parenting programmes with a control condition. Included studies used at least one standardised measure of childrens emotional behavior and adjustment. Control conditions could be waiting-list, no treatment, treatment as usual or a placebo. Age: Maximum mean age 3 years 11 month K = 8 N = ?	There were sufficient data from six studies to combine the results in a meta-analysis for parent-reports and from three studies to combine the results for independent assessments of children's behavior post-intervention. Evidence of short-term effectiveness for both parent reports of children's emotional and behavioral adjustment (SMD -0.25; 95% CI -0.45 to -0.06) and independent observations of children's behavior (SMD -0.54; 95% CI -0.84 to -0.23), with slightly larger effects for the latter. A meta-analysis of follow-up data indicates a significant result favoring the intervention group for parent-reports (SMD -0.28; CI -0.51 to -0.04) but a non-significant result favoring the intervention group for independent observations (SMD -0.19; CI -0.42, 0.05). Risk of publication bias:	Inadequate data available to assess the role of parenting programs in the primary prevention of mental health problems. Data from six studies provided evidence of short-term effectiveness for both parent reports of children's emotional and behavioral adjustment, although effectiveness was lost with the removal of one unreliable study.
Boege et al (2015). Hometreatment. Zeitschrift für		Evidenz für Hometreatment Übersichtsarbeit, kein systematischer Review.	Die derzeitige Datenlage erlaubt es nicht, die Wirksamkeit von Hometreatment in letzter Konsequenz umfassend zu beurteilen. Es deutet sich allerdings an, dass bei differenzierter Indikationsstellung bezogen auf spezifische Störungsbilder und unter der Berücksichtigung familiärer und therapeutischer Ressourcen HT	Hometreatment ist bei differenzierter Indikationsstellung und speziellen Störungsbildern möglicherweise eine sinnvolle

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin		S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens	
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Übersichtsarbeit			eine Alternative zur stationären Behandlung darstellen könnte. Verschiedene Formen von HT werden derzeit in der internationalen Literatur als kosteneffektive Alternative zu herkömmlichen stationären Therapien angesehen.	Alternative zur stationären Behandlung.
Comer et al. (2013). Psychosocial treatment efficacy for disruptive behavior problems in very young children: a meta-analytic examination. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 52(1), 26-36.	+	Evidenz für Elternbasierte Prävention Programme für Kinder und Jugendliche - Wie ist der Nutzen für Kinder und Jugendliche mit SSV, wenn sie eine familienzentrierte (elternzentriert oder eltern-kindzentriert) Interventionen erhalten? Evaluation of the overall effect of psychosocial treatments on early disruptive behavior problems, as well as potential moderators of treatment response. Comparison of a control group (TAU, no active intervention, ESA (education, support, attention controls)) with an intervention group (PMT, group, individual PMT, CBT, teacher intervention targeting DRB – including impulsivity) and non-behavioral therapy (11%) Age: 4.7 (mean); 2.0-7.7 (range) K = 36 N = 3'042	Psychosocial treatments large and sustained effect on early disruptive behavior problems (Hedges' $g = 0.82$), with the largest effects associated with behavioral treatments (Hedges' $g = 0.88$), samples with higher proportions of older and male youth. Across trials, effects were largest for general externalizing problems (Hedges' $g=0.90$) (Hedges g is interpreted as Cohens d : 0.2 small, 0.5 medium, 0.8 high) Moderators: Type of control group, time of post-treatment assessment 50% group-based interventions, = of children involved in intervention were under 8 years old	Hohe Effektivität von psychosozialen, besonders verhaltensorientierten Programmen auch im frühen Kindesalter (Schule, Elterntraining, Einzeltherapie) Findings provide robust quantitative support that psychosocial treatments should constitute first-line treatment for early disruptive behavior problems. Samples with higher proportions of older and male youth more effective
De Vries et al. (2015). Practitioner Review: Effec-	++	Evidenz für Schulbasierte Prävention The present systematic review combines findings of previous studies by examining the effectiveness of	Overall effect size of prevention programs: $d=0.24$ Specific program components accounted for a significant proportion of the variation in effect sizes. Behavioral Modeling ($d =$	Behavioral-oriented programs, focusing on parenting skills training, behavioral modeling, or

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

<p>tive ingredients of prevention programs for youth at risk of persistent juvenile delinquency—recommendations for clinical practice. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 56(2), 108-121.</p>		<p>programs in preventing persistent juvenile delinquency and by studying which particular program, sample, and study characteristics contribute to the effects.</p> <p>Interventions:</p> <ul style="list-style-type: none"> - short term behavioral, - moral reasoning, - Family group conferencing - coaching for communities - restorative justice program - diversion program, - family therapy, - education program, - boot camps, - victim-offender mediation - others <p>Age: 6-20 years K = 39 N = 9'084</p>	<p>0.57, Z = 2.1, p < .05), Parenting Skills (d = 0.63, Z = 3.2, p < .01), and Behavioral Contracting (d = 0.61, Z = 2.2, p < .05) were significantly associated with better program outcomes independent of program type.</p> <p>Programs involving mixed target populations (juveniles, parents, and siblings) showed larger effect sizes (d = 0.72, Z = 3.5, p < .001) than programs that targeted only juveniles or juveniles and parents.</p> <p>Programs carried out in court settings (d = 0.34, Z = 2.1, p < .05) yielded smaller effect sizes than programs carried out in the direct environment of juveniles (home, school, community, and ambulant setting). With regard to the format of the program, programs carried out in a family format (d = 0.65, Z = 3.2, p < .01) and multimodal format (d = 0.36, Z = 2.8, p < .01) yielded larger effect sizes than individual (d = 0.26) and group-based programs (d = 0.03).</p> <p>Continuous moderator variables: Program intensity (Z = -2.1, p < .05) Total contact hours (Z = -2.0, p < .05) Number of sessions (Z = -2.3, p < .05) Indication: less intensive programs with fewer contact hours and smaller numbers of sessions lead to larger effect sizes.</p> <p>No significant effect: age, gender, ethnicity</p>	<p>behavioral contracting yielded the largest effects. Multimodal programs and programs carried out in the family context proved to be more beneficial than individual and group-based programs. Less intensive programs yielded larger effects. Prevention programs have positive effects on preventing persistent juvenile delinquency</p> <p>Limitation: Highly heterogeneous regarding studies type of prevention and population.</p>
<p>Frick et al. (2014). Can callous-unemotional traits enhance the understanding, diagnosis, and treatment of serious conduct</p>	<p>+</p>	<p>Evidenz von Interventionen bei Callous Unemotional Traits</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beeinflussen mangelnden prosozialen Emotionen oder komorbide Störungen die Wirksamkeit von patientenzentrierten Interventionen? <p>Review of the research on the use of callous and unemotional (CU) traits for designating an im-</p>	<p>Children and adolescents with both severe conduct problems and elevated CU traits show positive responses to certain intensive interventions (i.e. reward-oriented approaches, self-interest targeting approaches and teaching empathy skills).</p> <p>Thus, certain intensive interventions can reduce the level of antisocial behavior (e.g., conduct problems, aggression, and delinquency) in children and adolescents with elevated CU traits. Unfortunately, very little research has focused on whether CU traits themselves respond to treatment, although a few studies</p>	<p>Intensive and tailored interventions for children and adolescents with elevated CU traits can be effective for this group in reducing both the severity of their behavior problems and their level of CU traits. However this re-</p>

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

<p>problems in children and adolescents? A comprehensive review. <i>Psychological Bulletin</i>, 140(1), 1.</p>		<p>portant subgroup of children and adolescents with severe conduct problems.</p> <p>A subquestion of this review was the treatment response of children and adolescents with either psychopathic traits or CU traits. This was investigated in:</p> <p>Age < 18 K = 24</p>	<p>have provided promising results.</p> <p>These showed for instance that children high on CU traits who received training in the accurate perception and interpretation of emotions of others showed greater improvements in affective empathy relative to those in the typical parent training group.</p> <p>There is also more evidence for younger children than for older children and adolescents.</p>	<p>view is based on the limited research on treatment effectiveness of interventions in children with elevated CU traits.</p>
<p>Hassiotis & Hall (2008). Behavioural and cognitive-behavioural interventions for outwardly-directed aggressive behaviour in people with learning disabilities. <i>Cochrane Database Syst Rev</i>. 2008</p>	++	<p>Programme für Kinder und Jugendliche</p> <p>Efficacy of behavioural and cognitive behavioural interventions for outwardly-directed aggressive behaviour for people with learning disabilities.</p> <p>Lack of sufficient studies for a meta-analysis.</p>	<p>Data were only available in a form suitable for meta-analysis in three studies, but due to heterogeneity of populations and interventions, meta-analysis was not performed.</p>	<p>The existing evidence on the efficacy of cognitive behavioural and behavioural interventions on outwardly directed aggression in children and adults with learning disabilities is scant. There is a paucity of methodologically sound clinical trials.</p>
<p>Hawes et al. (2014). Callous-unemotional traits and the treatment of conduct problems in childhood and adolescence: A comprehensive review. <i>Clinical</i></p>	+	<p>Evidenz von Interventionen bei Callous Unemotional Traits</p> <p>Evidenz für Elternbasierte Prävention</p> <p>This review examines the limited research on treatment outcome in children with conduct disorder and CU traits. Research questions: Are CU traits associated with clinical outcomes and processes in the family based treatment of</p>	<p>Reductions in CU traits associated with <u>parent training</u>: baseline to post-treatment (d = .85) from baseline to the final follow-up (d = .76)</p> <p>CU traits of children in <u>Parent and Child Therapy</u>: by teacher report: (pre- to post-treatment: d = 0.44)</p> <p>Limitation: Only 3 RCT, many limitations (no clinical relevant behavioural problems before intervention in 51% of studies, selective reporting)</p>	<p>Children and adolescents with both severe conduct problems and elevated CU traits show positive responses to certain intensive interventions (i.e. reward-oriented approaches, self-interest targeting approaches and teaching empathy skills). However, of the 4 re-</p>

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin		S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3

child and family psychology review, 17(3), 248-267.		child and adolescent conduct problems? Second, can family based intervention produce change in CU traits? Age < 18 K = 16		viewed studies only 3 RCTs show a reduction in CU-traits and treatment effects were smaller in children with high CU-traits.
Henggeler & Sheidow (2012). Empirically supported family-based treatments for conduct disorder and delinquency in adolescents. Journal of Marital and Family Therapy, 38(1), 30-58.		Evidenz für Multimodale Interventionen Effectiveness of family based treatment . This is not a systemic review but rather a qualitative summary of studies examining empirically supported family-based treatments for conduct disorder and delinquency in adolescents within the context of policy priorities and research. Age <18	<p><u>Multisystemic therapy (MST)</u>: MST can be effective with youth presenting serious antisocial behavior and their families. MST can be transported effectively, at least on a small scale, to community settings. MST is also applicable to ethnic minorities.</p> <p><u>Multidimensional treatment foster care (MTFC)</u>: MTFC has consistently demonstrated favorable outcomes with serious juvenile offenders.</p> <p><u>Functional family therapy (FFT)</u>: The efficacy findings for FFT are <u>mixed</u>, but certainly suggest promise in treating both status offenders and more serious juvenile offenders.</p> <p><u>Brief strategic family therapy (BSFT)</u>: Findings support the short-term effectiveness of BSFT when directed by the treatment developers.</p>	
Herr et al. (2014). Wirksamkeit eltern-zentrierter Interventionen bei Kindern im Alter von zwei bis zwölf Jahren. Kindheit und Entwicklung.		Evidenz für Elternbasierte Prävention Mittels eines systematischen Reviews von 68 Meta-Analysen und Übersichtsartikeln wird überprüft, welche elternzentrierten Interventionen für Kinder im Alter von zwei bis zwölf Jahren wirksam sind und welche psychischen Störungen effektiv behandelt werden können. .	Review der Meta-analysen zu externalisierenden Störungen von Sanders et al. (2014), Nowack et al. (2008), Heinrichs & Hahlweg (2009), Graaf et al.(2008), Thomas & Zimmer-Gembeck (2007), Menting et al. (2013), Charach et al. (2013), Lundahl et al. (2006).	Bei externalisierenden Verhaltensproblemen erreichten behaviorale Elterntrainings eine Reduktion der Verhaltensprobleme sowie positive Effekte auf das Erziehungsverhalten und das elterliche Wohlbefinden.
Hockenhuil et al. (2012).	++	Evidenz für Schulbasierte Prävention	Pooled results of all RCT's suggested a statistically significant advantage for interventions over the various comparators [OR	Small-to-moderate effects for CBT, for all psycholog-

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

<p>A systematic review of prevention and intervention strategies for populations at high risk of engaging in violent behaviour: update 2002–8.</p>		<p>Programme für Kinder und Jugendliche</p> <p>To update a previous review that examined the evidence base up to 2002 for a wide range of pharmacological, psychosocial and organizational interventions aimed at reducing violence, and to identify the key variables associated with a significant reduction in violence. 94 distinct types of interventions were reviewed.</p> <p>Age: Mean age range 19 – 80.9 years -> mainly adults</p> <p>K = 198</p>	<p>0.59, 95% confidence interval (CI) 0.53 to 0.65, fixed effects; OR 0.35, 95% CI 0.26 to 0.49 random effects; 40 studies). However, there was high heterogeneity ($I^2 = 86\%$, $Q = 279$ (degrees of freedom, $df = 39$), $p < 0.0001$).</p> <p>The subgroupanalysis of CBT as a primary intervention also showed a statistically significant advantage under a fixed- but not a random-effects model (OR 0.61, 95% CI 0.42 to 0.88, fixed effects; OR 0.61, 95% CI 0.37 to 0.99, random effects, seven studies); heterogeneity was low in this subgroup analysis [$I^2 = 21.6\%$, $Q = 7.65$ ($df = 6$), $p = 0.26$].</p> <p>Two further subgroup analyses reported a statistically significant advantage for the primary intervention with moderate heterogeneity: atypical antipsychotic drugs (OR 0.21, CI 0.16 to 0.27 fixed effects; OR 0.24, CI 0.14 to 0.43, random effects; 10 studies, $I^2 = 72.2\%$, $Q = 32.4$ ($df = 9$), $p < 0.0001$) and psychological interventions [OR 0.63, CI 0.48 to 0.83, fixed effects; OR 0.53, CI 0.31 to 0.93, random effects; 9 studies, $I^2 = 62.1\%$, $Q = 21.1$ ($df = 8$), $p = 0.007$].</p>	<p>ical interventions combined and larger effects for atypical antipsychotic drugs, with relatively low heterogeneity. There is evidence that interventions targeted at mental health populations, and particularly male groups in community settings, are well supported, as they are more likely to achieve stronger effects than interventions with the other groups.</p>
<p>James & Zepeda (2013). Effectiveness and implementation of evidence-based practices in residential care settings. Children and youth services review, 35(4), 642-656.</p>	<p>+</p>	<p>Programme für Kinder und Jugendliche</p> <p>Three questions were addressed: (1) Which evidence- based practices (EBPs) have been tested with children and youth within the context of residential care settings (RCS)? (2) What is the evidence for their effectiveness within such settings? (3) What implementation issues arise when transporting EBPs into RCS?</p> <p>Interventions: Adolescent Community Reinforcement Approach, Aggression Replacement Training, Dialectical Behavioral Therapy, Ecologically-Based Family Therapy, Functional Family Therapy, Solution-Focused Brief Therapy, ect.</p>	<p>No general ES was calculated, only ES for single studies were available. Outcomes were generally positive, establishing the relative effectiveness of the interventions with youth in RCS across a range of psychosocial outcomes.</p> <p>Limitation: The included interventions are not necessarily specific to aggressive behavior</p> <p>Given the right circumstances EBP in RCS can be effective.</p> <p>When implementing interventions in RCS there is the need for collaborative implementation teams and opinion leaders to introduce an EBP into the treatment milieu. However, if an EBP is implemented by external staff, orientation of child care staff and internal opinion leaders to the treatment model becomes particularly essential to support successful implementation of the intervention.</p> <p>When transporting EBPs in RCS the following possible barriers for treatment success have as to be considered: general receptivity among staff and clients, treatment factors and organizational/ structural barriers, lack of professional training among child care staff, shift work, high turnover, and organizational climate.</p>	

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin		S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens	
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

		K = 13		
Knapp, P., et al. (2012). "Treatment of maladaptive aggression in youth: CERT guidelines I. Engagement, assessment, and management." Pediatrics 129(6): e1562-1576.	+	The current article describes 9 recommendations for family engagement, assessment, and diagnosis as key prerequisites for treatment selection and initiation.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Engage Patient and Parents During Initial Evaluation (Grade of Evidence: B; Strength of Recommendation: Very Strong) 2. Conduct a Thorough Initial Evaluation and Diagnostic Workup Before Initiating Pharmacological Treatment (Grade of Evidence: B; Strength of Recommendation: Very Strong) 3. Assess Treatment Effects and Outcomes With Standardized Measures (Grade of Evidence: A; Strength of Recommendation: Very Strong) 4. When Acute Aggression Is the Reason for Referral, Conduct a Risk Assessment and, If Necessary, Consider Referral to a Psychiatrist or an Emergency Department for Evaluation (Grade of Evidence: D; Strength of Recommendation: Very Strong) 5. Continuously Track and Reassess Aggression Problems (Grade of Evidence: B; Strength of Recommendation: Strong) 6. Obtain Additional Collateral Information as Needed (Grade of Evidence: D; Strength of Recommendation: Strong) 7. Provide Psychoeducation for Patients and Families (Grade of Evidence: B; Strength of Recommendation: Very Strong) 8. Develop an Appropriate Treatment Plan With the Patient/Family and Obtain Buy-in (Grade of Evidence: B; Strength of Recommendation: Very Strong) 9. Help the Family Establish Community Supports (Grade of Evidence: D; Strength of Recommendation: Strong) 	Recognizing the family and social context in which aggressive symptoms arise, and understanding the underlying psychiatric conditions that may be associated with aggression, are essential to treatment planning.
Leijten et al. (2013). Does SES matter? A meta-analysis on PT effectiveness for		Evidenz für Elternbasierte Prävention The aim of this review was to determine whether there is a differential influence of social economic status (SES) on parent training effectiveness at immediate posttreatment and at 1-year follow-up—controlling for levels of initial problem severity—and	SES did not predict effect sizes of parent training effectiveness immediately post treatment ($\beta = -.04$, ns). Thus directly after the end of the intervention, disadvantaged samples and non-disadvantaged samples benefited equally from parent training. However, SES did interact with initial problem severity in predicting effect sizes of parent training effectiveness ($\beta = -.36$, $p < .001$).	Parent training programs are equally effective for disadvantaged and non-disadvantaged families immediately posttreatment, at least when initial

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

DBT. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 42(3), 384-392.		(b) whether SES interacts with initial problem severity in its effect on program effectiveness. Age: up to 12 years K = 75	Initial problem severity and parent training effectiveness, with higher effect sizes in samples with more severe initial problems ($\beta = .47, p < .001$). SES predicted intragroup effect sizes of parent training effectiveness at follow-up ($\beta = .30, p < .001$).	problems are severe. Maintenance of treatment gain, however, seems harder for disadvantaged families.
Stadler, Kersten & Prätzlich (2015). Störung des Sozialverhaltens mit fehlenden prosozialen Emotionen. PSYCH up2date, 9(04), 225-235.		Evidenz von Interventionen bei Callous Unemotional Traits Störungen des Sozialverhaltens mit fehlenden prosozialen Emotionen: Übersichtsarbeit, Behandlungsempfehlungen.	Aufgrund der aktuell vorliegenden empirischen Evidenz sind für den Altersbereich zwischen 3 und 11 Jahren in erster Linie Elterntrainingsprogramme und Eltern-Kind-Behandlungsprogramme für Kinder mit SSV empfehlenswert [17]. Diese Empfehlung gilt nach der vorliegenden Datenlage auch für Kinder mit hohen CU-Merkmalen. Im Alter zwischen 9 und 14 Jahren sind Gruppentrainingsprogramme zu empfehlen, die an einer Förderung emotionaler Kompetenzen und Problemlösestrategien ansetzen. Bei chronifizierter oder umfassender Symptomatik sind Interventionen zu empfehlen, die die gesamte Familie und das weitere soziale Umfeld des Jugendlichen berücksichtigen. Schulbezogenen präventive Behandlungsprogramme sollten vor allem in Kindergärten und Schulen angeboten werden, mit einem hohen Anteil an Kindern, bei denen nicht nur individuelle, sondern auch familienbezogene Risiken vorliegen.	Ein gestörtes Sozialverhalten nimmt besonders dann einen ungünstigen Verlauf, wenn prosoziale Emotionen fehlen. Je nach Alter der Patienten können Elterntaining oder multisystemische Interventionen, ggf. mit Stimulanzgabe, wirksam sein.
Sydow et al. (2013). The efficacy of systemic therapy for childhood and adolescent externalizing disorders: A systematic review of 47 RCT. Family Process, 52(4),	+	Programme für Kinder und Jugendliche - Wann besteht eine Indikation für eine multimodale Intervention bzw. Multi-Komponentenbehandlung, um oppositionelles und aggressives Verhalten zu vermindern? - Welches Therapieformat ist bei der Umsetzung einer multimodalen Intervention umzusetzen? Systematic review of trials on the efficacy of system-	1. No indication for adverse effects of systemic (family) therapy. 2. Engagement and retention rates of systemic (family) therapy are superior to other therapy approaches 3. Systemic (family) therapy is an efficacious treatment approach for externalizing and juvenile delinquency: In 42 of 47 RCT, systemic therapy was either significantly more efficacious than CG without a psychosocial intervention, or systemic therapy was equally as or more efficacious than other evidence-based interventions (e.g. individual and group CBT, family psychoeducation). 4. Systemic therapy is efficacious in multiple domains of functioning (primary and secondary mental symptoms, family out-	There is a sound evidence base for the efficacy of systemic therapy for children and adolescents (and their families) diagnosed with externalizing disorders. However, this study mentions no potential conflict of interest.

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin		S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3

576-618.		<p>ic therapy for the treatment of childhood and adolescent externalizing disorders. Forms of systemic / systemic oriented therapy: family, individual, group, multi-family group therapy.</p> <p>Age: 0-17 years K = 47</p>	<p>comes, problems with the justice system, and school performance).</p> <p>5. The positive effects of systemic (family) therapy are long lasting and can be demonstrated not only 6–12 months posttreatment termination but also for longer follow-up intervals—up to 23 years posttreatment.</p> <p>6. Some of the latest European trials have less positive results than older U.S. trials.</p> <p>7. Engagement and retention rates of patients from minority groups are lower than those of majority groups.</p> <p>8. Treatment programs are adapted more to the needs of boys and men, which are the majority of patients with externalizing disorders, and more efficacious for male index patients.</p> <p>9. Results on cost effectiveness of ST are promising, but, to some extent, inconclusive at this point.</p> <p>MST had the best prognosis for conduct disorder, 11 out of 12 RCTs with MST were successful.</p>	
<p>Waller, R., et al. (2013). "What are the associations between parenting, callous-unemotional traits, and antisocial behavior in youth? A systematic review of evidence." Clinical Psychology Review 33(4): 593-608.</p>	+	<p>Evidenz für Elternbasierte Prävention</p> <p>Evidenz von Interventionen bei Callous Unemotional Traits</p> <p>Systematic search, critical appraisal, studies were reviewed in a narrative synthesis according to specific criteria, methodological limitations of included studies and risks for bias were mentioned.</p>	<p>1) Prospective association between dimensions of parenting and increases in CU traits; focus on positive affective dimensions may be of particular relevance to the development or prevention of CU traits.</p> <p>2) When children show high levels of CU traits, parental discipline and harshness do not appear to be cross-sectional related to AB.</p> <p>3) Across different ages, youth with AB and CU traits appear to have experienced particularly compromised parental rearing environments.</p> <p>4) While CU traits are associated with more severe AB, parenting-focused intervention programs appear effective in reducing youth CU traits. Finally, the review does not support the notion that CU traits reduce the effectiveness of interventions for AB.</p>	
<p>Waskewitz et al. (2010).</p>	+	<p>Evidenz für Elternbasierte Prävention</p>	<p>-bei besonderen Problemen lohnt Einsatz videobasierter Trainings (Alltagsnah), gut für Therapieerfolg</p>	<p>Aufschlussreich, aber keine systematische Lite-</p>

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

Videogestützte Elterntrainings mit aggressiven Kindern. Kindheit und Entwicklung.		Diskussion und Vorstellung von drei Möglichkeiten videobasierten Elterntrainings : Videotape-Modelling Video-Self-Modelling Videofeedback.	-Kann durch Leitlinien Arbeit vereinfacht werden <u>Videotape-Modelling</u> : Wirksam, Motivation für Eltern, aber sehr aufwendig und unflexible Methode. <u>Video-Self-Modelling</u> : gute Selbstidentifikation, hohe Motivation, aber Grundlagen nicht genau erforscht, kostspielig. <u>Videofeedback</u> : Neue Wege werden gemeinsam erarbeitet, Realitätsnah, Selbstreflektion, diese kann aber auf Ablehnung stossen, hohe Kosten.	raturrecherche dargestellt, was auch an mangelnder Forschung in dem Bereich liegt.
Wilkinson, Waller & Viding (2015) Practitioner Review: Involving young people with callous unemotional traits in treatment - does it work? A systematic review. J Child Psychol Psychiatry. 2016 May;57(5):552-65.	+	Evidenz von Interventionen bei Callous Unemotional Traits Treatment related to reductions in CU-traits or whether CU-traits moderated or predicted treatment. Do interventions involving young people reduce levels of CU traits? Do CU traits predict the effectiveness of interventions for antisocial behavior involving young people?	Due to heterogeneity, results were not combined in a meta-analysis. The effectiveness of the intervention or relationship of CU-traits to outcome was evaluated via narrative synthesis in relation to the two research questions: 4/7 studies reported reductions in CU traits following treatment. There was a mixed pattern of findings in 15 studies that examined whether CU traits predicted treatment outcomes following interventions for antisocial behavior. In 7/15 studies, CU traits were associated with worse outcomes, although three of these studies did not provide data on baseline antisocial behavior, making it difficult to evaluate whether children with high CU traits had shown improvements relative to their own behavioral baseline, despite having the worst behavioral outcomes overall. CU traits did not predict outcomes in 7/15 studies. Finally, a single study reported that CU traits predicted an overall increased response to treatment. There is considerable scope to build on the current evidence base.	This review highlights that high-CU children may benefit particularly from treatments that target specific vulnerabilities and associated characteristics. These treatments are likely to include behavioral therapy with a focus on positive reinforcement, CBT, emotion recognition training and interventions designed to increase positive emotion and stimulant medication, particularly when children have comorbid ADHD.

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

Legende

*SC = SIGN Checklisten Bewertung

Interventions

BBI: Brief Behavioural Intervention

FBT: Family-behavioral Therapy

FFT: Functional Family Therapy (Sexton & Alexander, 1999)

HNC: Helping the Noncompliant Child

ICPS: Individual Cognitive Problem Solving

IY-CT: Incredible Years – Child Training

IY-PT: Incredible Years – Parent Training

KEEP foster parent intervention (group parenting groups; 16 weeks of parent training, supervision, and support in behavior management methods)

MFT: Multigroup Family Therapy

MI: Motivational interviewing

MST: Multisystemic Therapy

PCIT: Parent child interaction therapy

PMT: Parent management training of preschool disruptive behaviors (Eyberg, Nelson, & Boggs, 2008)

PMTO: Parent Management Training Oregon Model

PT: Parent Training

RST: Reciprocal Skills Training

SET-PC: Supportive Expressive Therapy – Parent Child

TARGET: Trauma Affect Regulation

TIK: Turning Into Kids

Methods

ACRS: Adult–Child Relationship Scale (?)

BASC-2: Behavior Assessment Scale for Children, 2nd edition (Reynolds & Kamphaus, 2004)

BPAQ : Buss–Perry Aggression Questionnaire (Buss & Perry, 1992)

Brief Psychiatric Rating Scale (Overall&Gorham,1962)

CBCL: Child Behavior Checklist for ages 1.5–5; Achenbach & Rescorla, 2000)

DISC: Diagnostic Interview Schedule for Children (Shaffer, Schwab, & Fisher, 1993)

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

DPICS-R: Dyadic Parent–child Interaction Coding System – Revised (Eyberg and Robinson 1981; revised 2000)

ECBI: Eyberg Child Behavior Inventory (Robinson et al., 1980)

EPQ: End of Pilot Questionnaire

ICU: Inventory of Callous–Unemotional Traits

MEI: Mannheim Parent Interview

OAS-M: OvertAggression Scale-Modified (Coccaro, Harvey, Kupsaw-Lawrence, Herbert, & Bernstein, 1991)

PANAS: Positive and Negative Affect Scales (Watson, Clark, & Tellegen, 1988)

PCRS: Parent Confidence Rating Scale

PDR: Parent Daily Report Checklist (Chamberlain & Reid, 1987)

PPI: Parent Practices Interview (Webster-Stratton 2001)

PSI-SF: Parenting Stress Index-Short Form

SESBI-R Sutter-Eyberg Child Behavior Inventory

VOCS: Video observational coding scale

WCCL: Ways of Coping Checklist (Folkman & Lazarus, 1988)

Abbreviations

High quality (++): Majority of criteria met. Little or no risk of bias. Results unlikely to be changed by further research.

Acceptable (+): Most criteria met. Some flaws in the study with an associated risk of bias, Conclusions may change in the light of further studies.

Low quality (0): Either most criteria not met, or significant flaws relating to key aspects of study design. Conclusions likely to change in the light of further studies

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

6. Anhang 6: Methodentabellen

6.1. Methodentabelle: Allgemeine Behandlungsprinzipien

	NICE <i>Ergänzende Referenzen (NL, S1)</i>	S3 Leitlinientext	Begründung für Änderung
3. Empfehlungen zur Behandlungsindikation und zum Behandlungssetting (Empfohlene Massnahmen zu Behandlungsbeginn)			
		3.1. Die Frage nach der Behandlungsmotivation ist zentral, entsprechende Massnahmen zur Förderung der Behandlungsmotivation sollen umgesetzt werden. Bei der Auswahl hinsichtlich der zur Verfügung stehenden Behandlungsoptionen sollten die Präferenzen der Eltern/Bezugsperson und des beteiligten Kindes/Jugendlichen berücksichtigt werden.	
		3.2. In der Regel können Kinder/Jugendliche mit SSV ambulant behandelt werden. Voraussetzung für eine ambulante Behandlung ist die Kooperationsbereitschaft der Hauptbezugspersonen und des Patienten. Diese herzustellen kann auch ein erstes Therapieziel sein. Günstig ist das Vorhandensein von Ressourcen in der Familie, die bei den Interventionen hilfreich sein können (z.B. Zeit, positive Beziehungsanteile, Fähigkeit zur Umsetzung von Interventionen).	
		3.3. Familiäre Belastungen (z. B. Partnerschaftskonflikte, psychische Störungen der Eltern) und außerfamiliäre Belastungen (z. B. problematisches Wohnumfeld, Belastung am Arbeitsplatz), die zur Einschränkung der familiären Ressourcen führen, sind bei der Durchführung von Interventionen in der Familie zu beachten.	
		3.4. Die Indikation für eine teilstationäre Therapie sollte geprüft werden, wenn eine ambulante Therapie nicht hinreichend erfolgreich war, wenn die SSV-Symptomatik oder die komorbide Symptomatik zu stark ausgeprägt sind oder wenn Ressourcen im psychosozialen Umfeld,	

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

		die für eine ambulante Therapie notwendig sind, nicht vorhanden sind. Für eine teilstationäre Therapie ist neben der zumutbaren Erreichbarkeit eine grundlegende Kooperationsfähigkeit und -möglichkeit des familiären Umfeldes notwendig.	
		<p>3.5. Im Rahmen der teilstationären Behandlung sollen die allgemeinen Prinzipien zur Behandlung der SSV angewandt werden. Dabei soll ein Behandlungssetting so ausgerichtet sein, dass bei aggressiven Verhaltensweisen angemessene Konsequenzen umgesetzt werden können. Um frühzeitig auf aggressive Verhaltensweisen reagieren zu können und prosoziales Verhalten im milieutherapeutischen Alltag zu unterstützen, sollen ausreichend personelle Ressourcen und entsprechenden Strukturen zur Verfügung gestellt werden.</p>	
		<p>3.6. Im Rahmen der teilstationären Behandlungsangebote sollten personelle Ressourcen und entsprechende Strukturen für eine zeitlich begrenzte, intensivtherapeutische, störungsspezifische Behandlung unter Einbeziehung der Eltern vorgehalten werden.</p>	<p>Evidenz: Im Wartekontrollgruppendesign konnte die Wirksamkeit einer intensivtherapeutischen dreimonatigen tagesklinischen Behandlung nachgewiesen werden (kleine bis mittlere Effekte). Die Effekte (Symptomreduktion aggressiven Verhaltens) zeigten sich auch in der 1-jahres Katamnese als stabil (Grasmann und Stadler, 2008, 2011). In der Beobachtungsstudie von Clark & Jerrott (2012) in der im tagesklinischen Setting Kinder mit der Diagnose einer disruptiven Verhaltensstörungen im Alter von 5-12 Jahren und ihre Fami-</p>

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

			<p>lien in einem strukturierten störungs-spezifischen multi-modalen kognitiv-behavioralen Behandlungsprogramm behandelt wurden, weist auf mittlere und zum Teil grosse Effekte hin.</p>
		<p>3.7. Eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung soll unter folgenden Bedingungen durchgeführt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - akuter Eigen- oder Fremdgefährdung in Verbindung mit interventionsbedürftiger psychischer Störung (z. B. Suizidalität, extrem geringe Impulskontrolle); eine Fremdgefährdung ohne begleitende psychische Störung, welche die Fremdgefährdung wesentlich beeinflusst, stellt keine Indikation für eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Maßnahme dar. 	
		<p>3.8. Die Indikation für eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung sollte unter folgenden Bedingungen geprüft werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei besonders schwer ausgeprägter oder chronifizierter aggressiver Symptomatik auch ohne Fremdgefährdung, die durch zeitlich begrenzte stationäre Interventionen vermutlich beeinflussbar ist, wenn teilstationäre Therapie nicht möglich ist, - besonders schwer ausgeprägten komorbiden Störungen (z. B. hyperkinetischen Störungen, depressiven Störungen), die durch zeitlich begrenzte stationäre Interventionen vermutlich beeinflussbar ist, wenn teilstationäre Therapie nicht möglich ist, - nach nicht erfolgreicher ambulanter Therapie, die durch zeitlich begrenzte stationäre Interventionen vermutlich beeinflussbar ist, wenn teilstationäre Therapie nicht möglich ist. <p>Bei der Indikationsstellung sind mangelnde Ressourcen</p>	

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

		<p>in der Familie oder im Kindergarten bzw. in der Schule, der Jugendhilfe oder besonders ungünstigen psychosozialen Bedingungen (z.B. Kindeswohlgefährdung), die durch zeitlich begrenzte stationäre Interventionen vermutlich beeinflussbar sind, zu berücksichtigen.</p> <p>Im Rahmen der stationären Behandlung sollen die allgemeinen Prinzipien zur Behandlung der SSV angewandt werden. Um frühzeitig auf aggressive Verhaltensweisen reagieren zu können und prosoziales Verhalten im milieutherapeutischen Alltag zu unterstützen, sollen ausreichend personelle Ressourcen und entsprechenden Strukturen zur Verfügung gestellt werden.</p>	
		<p>3.9. Bei stationär behandlungsbedürftigen Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens soll frühzeitig die Notwendigkeit für eine Hilfeplanung geprüft und ggf. eingeleitet werden. Bei angeklagten oder verurteilten Jugendlichen soll die Notwendigkeit der Kooperation mit dem Jugendgericht, Jugendgerichtshilfe bzw. Bewährungshelfern geprüft werden.</p>	
		<p>3.10. Zeitlich begrenzte intensive kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Behandlungsformen (intensiv therapeutische Behandlung durch ein multiprofessionelles Team im natürlichen Milieu) sollten vorrangig realisiert werden.</p>	
		<p>3.11. Intensive aufsuchende kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Behandlungsformen können bei Vorliegen klinisch relevanter aggressiver Verhaltenssymptome auf Seiten des Kindes, das durch Risikofaktoren im familiären Umfeld ausgelöst oder aufrechterhalten wird, erwogen werden.</p>	<p>Evidenz: Die systematische Recherche von Boege et al. (2015) für den Zeitraum 1980–2014, bei der 28 Studien mit $n > 15$, in die Auswertung eingingen und entweder als Fallserie oder als randomisiert kontrollierte Studie die jeweilige Form von HT mit stationärer Behand-</p>

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin		S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3

			lung verglichen, weist auf die Wirksamkeit dieses Behandlungsansatzes im Vergleich zu stationären Behandlungsansätzen hin, auch bei Störungen des Sozialverhaltens. Siehe Evidenz zu multimodalen Intensivbehandlungen (z. B. MST), Kapitel 5.5.
		<p>3.12. Bei erheblichem erzieherischem Bedarf, mangelnden Ressourcen im Lebenskontext des Kindes oder Jugendlichen und/oder chronischer Gefährdung kann eine teilstationäre oder stationäre Hilfe zur Erziehung primär indiziert sein. Um frühzeitig auf aggressive Verhaltensweisen reagieren zu können und prosoziales Verhalten im pädagogischen Alltag zu unterstützen, sollen ausreichend personelle Ressourcen und entsprechenden Strukturen zur Verfügung gestellt werden.</p>	
		<p>3.13. Psycho- und/oder pharmakotherapeutische Interventionen sollten auch im Kontext der Jugendhilfe für Kinder und Jugendliche mit Störungen des Sozialverhaltens umgesetzt werden, beispielsweise durch eine Kooperation mit kinder- und jugendpsychiatrischen oder – psychotherapeutischen Praxen, Institutsambulanzen und anderen Behandlungseinrichtungen (Liaison-Modell).</p>	Evidenz: Metaanalyse De Swart et al., 2012
<p>9. Empfehlung zur Deeskalation und zum Einsatz von Zwangsmaßnahmen bei akut aggressiver Symptomatik (vor allem bei Selbst- und/oder Fremdgefährdung)</p>			
		<p>9.1. Deeskalationsstrategien sollen in allen Behandlungs- und Betreuungssettings angewandt werden. Deshalb soll sichergestellt werden, dass Mitarbeitende im Umgang mit akut aggressivem und gewalttätigem Verhalten bei Kindern und Jugendlichen ausreichend geschult werden. Ein entsprechendes Trainingsprogramm sollte psychosoziale Interventionen vermitteln, die den Einsatz von restriktiven Maßnahmen oder von Zwangsmaßnahmen verhindern</p>	Empfehlungen zur Deeskalation beruhen auf NG10 Leitlinie: Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings (NG10).

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

		oder weitestgehend reduzieren und das Erlernen einer angemessenen, deeskalierenden Kommunikation zum Ziel haben.	
		9.2. Die Schulung des pädagogischen und therapeutischen Fachpersonals soll neben der Vermittlung effizienter Strategien im Umgang mit grenzverletzendem Verhalten insbesondere Psychoedukation hinsichtlich der Entstehung und Funktion aggressiven Verhaltens beinhalten, mit dem Ziel das Verständnis für bestehendes Problemverhalten zu vertiefen und eine professionelle Haltung zu fördern.	
		9.3. Bei der Umsetzung von Methoden zur Vermeidung von Gewalt und Aggression sollten nicht nur patientenbezogene Faktoren berücksichtigt werden sondern auch Faktoren bei den Fachkräften und umfeldbezogene Faktoren. Zu den Faktoren auf Seiten der Fachkräfte zählen beispielsweise die Erfahrung und Ausbildung oder Eindeutigkeit hinsichtlich der beruflichen Rollendefinition. Zu den umfeldbezogenen Faktoren gehören der Betreuungsschlüssel pro Kind / Jugendlichen, der bauliche Zustand und die Ausstattung der Einrichtung, der pro Patient zur Verfügung stehende Platz sowie das Ausmaß und die Qualität der multidisziplinären oder fachübergreifenden Zusammenarbeit.	
		9.4. Da die pädagogische und therapeutische Arbeit mit aggressiven und dissozialen Kindern und Jugendlichen insbesondere im teilstationären und stationären Milieu und bei stationersetzenden Maßnahmen außerordentlich belastend sein kann, sollte eine kontinuierliche Supervision aller an der Behandlung beteiligten Fachkräfte, insbesondere für pädagogische und pflegerische Fachkräfte, ermöglicht werden. Aggressive Übergriffe sollen unmittelbar dokumentiert werden. Nach aggressiven Zwischenfällen sollte das Geschehen im multidisziplinären Team reflektiert werden.	

publiziert bei:	 AWMF online Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

		<p>9.5. Deeskalationstechniken sollten folgende Aspekte umfassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Zusammenhänge zwischen konkreten Auslösern und aufrechterhaltenden Faktoren aggressiven Verhaltens verstehen, insbesondere frühe Anzeichen der Erregung erkennen. - Anforderungen an die kognitiven, sozialen und emotionalen Kompetenzen des Kindes oder Jugendlichen anpassen, um das Risiko für reaktiv aggressive Verhaltensweisen zu reduzieren. - Deeskalationstechniken (Ablenkung, Beruhigung, Entspannungstechniken, etc.) vermitteln und Betroffene bei der Umsetzung im Alltag unterstützen - Kindern und Jugendlichen in hohen Erregungszuständen einen ruhigen Ort anbieten, um die aggressionsauslösende Situation verlassen zu können und sich selbst oder mit Unterstützung beruhigen zu können. - Aktiv Möglichkeiten bieten, die dem Kind/Jugendlichen einen Wiedereinstieg in die Gruppensituation ermöglichen (und durch die die pädagogische/therapeutische Beziehung aufrechterhalten werden kann). - Kinder und Jugendliche über Konsequenzen aggressiven Verhaltens präventiv vorab ausreichend informieren. - Bei Entscheidungen zu Konsequenzen sollen wesentliche individuelle Aspekte auf Seiten des Kindes oder Jugendlichen ausreichend Berücksichtigung finden (kognitive, soziale und emotionale Kompetenzen des Kindes oder Jugendlichen, traumatische Vorerfahrungen). 	
Einsatz Zwangsmassnahmen in teilstationärer und stationärer Behandlung (z.B. freiheitsbeschränkende Zwangsmaßnahmen wie Fixierung, Isolierung etc.)			
		<p>9.6. Zwangsmaßnahmen sollen ausschließlich zum Einsatz kommen, wenn alle anderen Maßnahmen zur Deeskalation erfolglos waren.</p>	<p>Aufgrund der höchstrichterlichen Rechtsprechung (Bundesverfassungsgericht und Bundesgerichtshof) sind die landesrechtlichen Bestimmungen</p>

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

			zur Unterbringung in Institutionen und zur Durchführung von Zwangsmaßnahmen in teilstationärer und stationärer Behandlung in den meisten deutschen Bundesländern aktualisiert und überarbeitet worden. Teilweise bestehen restriktivere Regelungen und weitergehende Dokumentationsanforderungen als die hier als grundsätzliche Prinzipien dargelegten Leitlinienempfehlungen. Bei der Umsetzung von Zwangsmaßnahmen ist stets das geltende Landesrecht zu berücksichtigen.
		<p>9.7. Der Einsatz Zwangsmaßnahmen soll auf Situationen beschränkt sein, in denen durch das Verhalten des Kindes oder Jugendlichen eine Gefährdung des Kindes/Jugendlichen selbst oder anderer Personen besteht und/oder es zu einer schwerwiegenden Beschädigung von Gegenständen kommt.</p>	
		<p>9.8. Zwangsmaßnahmen müssen prinzipiell von Ärzten angeordnet werden und können zur akuten Gefahrenabwehr von nichtärztlichen Fachkräften auch ohne vorherige Anordnung initiiert werden. Sie bedürfen dann aber zeitnah einer ärztlichen Überprüfung. Bei der Umsetzung von Zwangsmassnahmen soll eine kontinuierliche Überwachung und Dokumentation erfolgen, um das körperliche und emotionale Befinden des Kindes/Jugendlichen zu überprüfen und zu protokollieren. Die Indikation zur Fortführung und ggf. Reduzierung der Zwangsmaßnahme ist in adäquaten Abständen zu überprüfen.</p>	

publiziert bei:	 AWMF online Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

		<p>9.9. Die Sorgeberechtigten sollen bei Akutmaßnahmen (bei Gefahr im Verzug) über den Einsatz von Zwangsmassnahmen im Nachhinein informiert werden. Besteht die Möglichkeit die Sorgeberechtigten vor der Umsetzung einer Zwangsmaßnahme aufzuklären und ihre Einwilligung einzuholen, soll die Einwilligung eingeholt werden.</p>	
		<p>9.10. Zwangsmedikation soll zunächst, wenn keine medizinischen Kontraindikationen bestehen, oral angeboten werden.</p>	
		<p>9.11. Mechanische Fixierung sollte bei Kindern unterlassen werden.</p>	
		<p>9.12. Mechanische Fixierung soll nur durch geschulte Fachkräfte durchgeführt werden und soll nur bis zur Beruhigung erfolgen.</p>	
		<p>9.13. Bei mechanischer Fixierung soll eine 1:1 Überwachung durch geschulte Fachkräfte erfolgen. Dabei soll dem körperlichen Zustand des Patienten angemessen eine regelmäßige Überprüfung der Vitalzeichen erfolgen, auf Hydrierung und Ernährung soll geachtet werden. Außerdem gilt es den ordnungsgemäßen Sitz der Fixierung regelmäßig zu überprüfen.</p>	
		<p>9.14. Jeder Einsatz von Zwangsmassnahmen soll unter Angabe von Datum, Uhrzeit, Anlass, Dauer und Art der durchgeführte Massnahmen und Name des anordnenden Arztes dokumentiert werden.</p>	
		<p>9.15. Isolation in einem abgeschotteten Raum: die Entscheidung, inwieweit ein Kind/Jugendlicher in einem abgeschotteten Raum unterzubringen ist, soll von einem Arzt getroffen werden. Das Kind soll dabei immer von Fachpersonal unmittelbar überwacht werden. Eine alleinige Video-Kontrolle ist nicht ausreichend. Eine Isolierung soll nur bis zur Beruhigung erfolgen. Jede Isolierung soll schriftlich dokumentiert werden.</p>	
		<p>9.16. Nach Abschluss von Zwangsmaßnahmen sollen diese</p>	

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

		mit dem betroffenen Patienten zeitnah therapeutisch bearbeitet werden.	
--	--	--	--

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin		S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens	
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

6.2. Methodentabelle: Empfehlungen zur Diagnostik

	NICE <i>Ergänzende Referenzen (NL, S1)</i>	S3 Leitlinientext	Begründung für Änderung
1.3	Identification and assessment	2.1. Erste Abklärung von Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf eine Störung des Sozialverhaltens	
	Initial assessment of children and young people with a possible conduct disorder	Erste Abklärung von Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf eine Störung des Sozialverhaltens	Nicht notwendig
1.3.1	Adjust delivery of initial assessment methods to: - the needs of children and young people with a suspected conduct disorder and - the setting in which they are delivered (for example, health and social care, educational settings or the criminal justice system).	Die Abklärung von Hinweisen auf eine Störung des Sozialverhaltens sollte auf die Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen angepasst werden und auf die Rahmenbedingungen (z.B. Gesundheitssystem, Schule, Jugendhilfe, Strafvollzug) in denen die Abklärung erfolgt,	Nicht notwendig
1.3.2	Undertake an initial assessment for a suspected conduct disorder if a child or young person's parents or carers, health or social care professionals, school or college, or peer group raise concerns about persistent antisocial behaviour.	2.1.1. Wenn Eltern oder Betreuer des Kindes oder Jugendlichen oder Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen, der Jugendhilfe oder der Schule Hinweise auf ein überdauerndes oppositionelles, aggressives oder dissoziales Verhalten geben, dann soll eine Abklärung des Verdachts auf eine Störung des Sozialverhaltens erfolgen.	
1.3.3	Do not regard a history of a neurodevelopmental condition (for example, attention deficit hyperactivity disorder [ADHD]) as a barrier to assessment.	5.2.1.2. Das Vorliegen einer Störung der neuronalen und kognitiven Entwicklung (z.B. Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung, Autismus) oder einer Bindungsstörung, soll kein Hindernis für eine diagnostische Abklärung sein.	Bindungsstörung mit aufgenommen, da in der klinischen Praxis oft als Differenzialdiagnose eingesetzt wird
1.3.4	For the initial assessment of a child or young person with a suspected conduct disorder, consider using the Strengths and Difficulties Questionnaire (completed by a parent, carer or teacher).	2.1.3. Für die erste Beurteilung eines Kindes oder Jugendlichen mit Verdacht auf eine Störung des Sozialverhaltens können störungsübergreifende Fragebogenverfahren (im Eltern-, Pädagogen-, Selbsturteil) hilfreich sein. (Siehe verfügbare deutschsprachige Verfahren im Anhang)	Selbsturteil eingefügt, keine Verfahren benannt
1.3.5	Assess for the presence of the following significant complicating factors: ☑ a coexisting mental health problem (for example, depression, post-traumatic stress disorder) ☑ a neurodevelopmental condition (in particular ADHD)	2.1.4. Wenn Hinweise auf eine Störung des Sozialverhaltens (oder häufig existierende komorbide Störungen z.B. ADHS, PTBS, Substanzmissbrauch, Depression, Angststörung, umschriebene Entwicklungsstörungen, Autismus, Bindungsstörung) identifiziert werden können, sollte eine ausführliche	Entfällt, weil dieser Schritt als Voraussetzung für 1.3.6, und 1.3.7 sind, die ebenfalls nicht übernommen werden. Inhaltlich

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin		S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3

	and autism) <input type="checkbox"/> a learning disability or difficulty <input type="checkbox"/> substance misuse in young people.	Abklärung bei einem Spezialisten für die Diagnostik psychischer Störungen bei Kindern / Jugendlichen erfolgen (z.B. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie).	Geistige Behinderung zusätzlich
1.3.6	If any significant complicating factors are present refer the child or young person to a specialist CAMHS for a comprehensive assessment.		entfällt
1.3.7	If no significant complicating factors are present consider direct referral for an intervention.		entfällt
Comprehensive assessment		2.2. Ausführliche diagnostische Untersuchung	
1.3.8	A comprehensive assessment of a child or young person with a suspected conduct disorder should be undertaken by a health or social care professional who is competent to undertake the assessment and should: <ul style="list-style-type: none"> - offer the child or young person the opportunity to meet the professional on their own - involve a parent, carer or other third party known to the child or young person who can provide information about current and past behaviour - if necessary involve more than 1 health or social care professional to ensure a comprehensive assessment is undertaken. 	2.2.1. Bei einer ausführlichen diagnostischen Untersuchung der vorliegenden Symptomatik und störungsspezifischen Entwicklungsgeschichte sollen folgende Aspekte exploriert werden: Symptomatik <ul style="list-style-type: none"> - Symptome einer SSV nach ICD-10 und Untergruppen - Störungsbeginn, Verlauf sowie Schweregrad der Symptomatik - aktuelle Bedingungen in der Familie, der Schule oder der Gleichaltrigengruppe, welche aggressives Verhalten auslösen oder aufrechterhalten - Persönlichkeitsfaktoren und psychopathologische Auffälligkeiten, die mit einer SSV in enger Beziehung stehen, z.B. aggressive Phantasien, affektive Dysregulation und Impulsivität, mangelnde Problemlösekompetenzen, mangelnde soziale Fertigkeiten, mangelnde prosoziale Emotionen (bzw. Hinweise auf mangelnde Gewissenstrukturen, Reue, Empathiefähigkeit) - aktuelle Funktionsbeeinträchtigungen in der Familie, dem Kindergarten, der Schule, der Ausbildung, der Tagesbetreuung und der Gleichaltrigengruppe (z. B. Ausschluss des Kindes aus einer ausserfamiliären Betreuung aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten) 	Im Delphi-Verfahren konsentiert

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

		<p>Komorbidität</p> <ul style="list-style-type: none"> - frühere und aktuelle komorbide psychische Störungen, einschliesslich Sinnesstörungen, - umschriebene Entwicklungsstörungen, Lernbehinderungen oder geistige Behinderung, - andere psychische Störungen (z.B. ADHS, Depression, PTBS, Angststörungen oder Persönlichkeitsstörungen), Substanzmissbrauch, frühere und aktuelle körperliche Erkrankungen <p>Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte des Kindes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schwangerschafts- und Geburtsanamnese (einschliesslich der Frage, ob Medikamenteneinnahme, Nikotin-, Alkohol-, oder Drogenkonsum während der Schwangerschaft bestand oder psychosoziale/psychologische Belastungsfaktoren vorlagen) - Frühkindliche Betreuungssituation und -qualität: Häufiger Wechsel in der Betreuungssituation, alleinerziehender Elternteil, Adoption, Unterbringung in Pflegefamilien oder Heimen, Umgang mit Regulationsstörungen oder ungünstigen kindlichen Temperamentsmerkmale im Säuglings- und Kleinkindalter und daraus resultierenden Belastungen für die Bezugspersonen - Meilensteine der Entwicklung: Sprachliche, emotionale, motorische und kognitive Entwicklung - Entwicklung im Kindergarten und der Schule/Ausbildung: Art der Verhaltensauffälligkeiten Schulleistungsdefizite, Schulwechsel aufgrund schulischer oder verhaltensbezogener Schwierigkeiten, schulische Motivation, Schul-/Ausbildungsabsenzen - Sexuelle Entwicklung und Beziehungen zu Gleichaltrigen - Freizeitverhalten: Häufigkeit von Internet- und Computerspielen, insbesondere von gewaltbezogenen Spielen - Selbstbild des Kindes/ Jugendlichen: Relative Stärken, Kompetenzen, Interessen und positive Eigenschaften 	
--	--	---	--

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin		S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3

1.3.9	<p>Before starting a comprehensive assessment, explain to the child or young person how the outcome of the assessment will be communicated to them. Involve a parent, carer or advocate to help explain the outcome.</p>	<p>Eine ausführliche diagnostische Untersuchung eines Kindes oder Jugendlichen mit Verdacht auf eine SSV sollte durch eine Fachperson aus dem Gesundheitsbereich erfolgen, die eine Fachkompetenz besitzt, eine Diagnose zu stellen. Dabei sollte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Das Kind oder Jugendliche die Möglichkeit haben, mit der Fachperson auch alleine zu sprechen, - ein Elternteil oder eine andere Bezugsperson einbezogen werden, die Auskunft über das gegenwärtige sowie vergangene Verhalten des Kindes oder Jugendlichen in verschiedenen Lebensbereichen geben kann. 	<p>Social care herausnehmen, weil keine icd-diagnosen gestellt werden??</p> <p>Letzter Absatz gelöscht</p>
1.3.10	<p>The standard components of a comprehensive assessment of conduct disorders should include asking about and assessing the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> - core conduct disorders symptoms including: - patterns of negativistic, hostile, or defiant behaviour in children aged under 11 years - aggression to people and animals, destruction of property, deceitfulness or theft and serious violations of rules in children aged over 11 years - current functioning at home, at school or college and with peers - parenting quality - history of any past or current mental or physical health problems. 	<p>2.2.2. Bei einer ausführlichen diagnostischen Untersuchung sollte eine Anamnese mit Eltern / Betreuungspersonen und dem Kindes/Jugendlichen durchgeführt werden (getrennt und zusammen).</p>	<p>Bereits bei allgemeinen Empfehlungen Kapitel 5.1 Streichen, Konsensusentscheid</p> <p>Folgende Aspekte sind zu explorieren: (1.3.10, 1.3.11., S1 LL)</p>
1.3.15	<p>Conduct a comprehensive assessment of the child or young person's parents or carers, which should cover:</p> <ul style="list-style-type: none"> - positive and negative aspects of parenting, in particular any use of coercive discipline - the parent-child relationship - positive and negative adult relationships within the child or young person's family, including domestic violence - parental wellbeing, encompassing mental health, sub- 	<p>2.2.1. Bei einer ausführlichen diagnostischen Untersuchung der vorliegenden Symptomatik und störungsspezifischen Entwicklungsgeschichte sollen folgende Aspekte exploriert werden:</p> <p>Symptomatik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Symptome einer SSV nach ICD-10 und Untergruppen - Störungsbeginn, Verlauf sowie Schweregrad der Symptomatik - aktuelle Bedingungen in der Familie, der Schule oder der 	<p>Erweiterungen in Anlehnung an Leitfaden für SSV und entsprechende S1 Leitlinie,</p> <p>im Delphi-Verfahren abgestimmt</p>

publiziert bei:	 AWMF online Das Portal der wissenschaftlichen Medizin		S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3

	<p>stance misuse (including whether alcohol or drugs were used during pregnancy) and criminal behaviour.</p>	<p>Gleichaltrigengruppe, welche aggressives Verhalten auslösen oder aufrechterhalten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Persönlichkeitsfaktoren und psychopathologische Auffälligkeiten die mit einer SSV in enger Beziehung stehen, z.B. aggressive Phantasien, affektive Dysregulation und Impulsivität, mangelnde Problemlösekompetenzen , mangelnde soziale Fertigkeiten, mangelnde prosoziale Emotionen (bzw. Hinweise auf mangelnde Gewissensstrukturen, Reue, Empathiefähigkeit) - aktuelle Funktionsbeeinträchtigungen in der Familie, dem Kindergarten, der Schule, der Ausbildung, der Tagesbetreuung und der Gleichaltrigengruppe (z. B. Ausschluss des Kindes aus einer ausserfamiliären Betreuung aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten) <p>Komorbidität</p> <ul style="list-style-type: none"> - frühere und aktuelle komorbide psychische Störungen, einschliesslich Sinnesstörungen, - umschriebene Entwicklungsstörungen, Lernbehinderungen oder geistige Behinderung, - Andere psychische Störungen (z.B. ADHS, Depression, PTBS, Angststörungen oder Persönlichkeitsstörungen), Substanzmissbrauch, frühere und aktuelle körperliche Erkrankungen <p>Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte des Kindes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schwangerschafts- und Geburtsanamnese (einschliesslich der Frage, ob Medikamenteneinnahme, Nikotin- , Alkohol-, oder Drogenkonsum während der Schwangerschaft bestand oder psychosoziale/psychologische Belastungsfaktoren vorlagen) - Frühkindliche Betreuungssituation und -qualität: Häufiger Wechsel in der Betreuungssituation, alleinerziehender Elternteil, Adoption, Unterbringung in Pflegefamilien oder Heimen, Umgang mit Regulationsstörungen oder ungünstigen kindlichen Temperamentsmerkmale im Säuglings- und Kleinkindalter und daraus resultierenden Belastungen für die 	
--	--	--	--

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin		S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens	
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

		Bezugspersonen - Meilensteine der Entwicklung: Sprachliche, emotionale, motorische und kognitive Entwicklung - Entwicklung im Kindergarten und der Schule/Ausbildung: Art der Verhaltensauffälligkeiten Schulleistungsdefizite, Schulwechsel aufgrund schulischer oder verhaltensbezogener Schwierigkeiten, schulische Motivation, Schul-/Ausbildungsabsenzen - Sexuelle Entwicklung und Beziehungen zu Gleichaltrigen - Freizeitverhalten: Häufigkeit von Internet- und Computerspielen, insbesondere von gewaltbezogenen Spielen - Selbstbild des Kindes/ Jugendlichen: Relative Stärken, Kompetenzen, Interessen und positive Eigenschaften	
1.3.11	Take into account and address possible coexisting conditions such as: - learning difficulties or disabilities - neurodevelopmental conditions such as ADHD and autism - neurological disorders including epilepsy and motor impairments - other mental health problems (for example, depression, post-traumatic stress disorder and bipolar disorder) - substance misuse - communication disorders (for example, speech and language problems).	5.2.2.2. Bei einer ausführlichen diagnostischen Untersuchung sollte eine Anamnese mit Eltern / Betreuungspersonen und dem Kindes/Jugendlichen durchgeführt werden (getrennt und zusammen). 2.2.2. Eine ausführliche Anamnese von belastenden Lebensereignissen sollte durchgeführt werden, da Kinder und Jugendliche mit einer Störung des Sozialverhaltens oft nicht selbständig von negativen Erfahrungen in ihrem familiären Umfeld und ihrer Peergruppe berichten. Im Rahmen einer Exploration bezüglich Vernachlässigung, körperlicher Misshandlung, sexuellem Missbrauch oder Gewalt- und Mobbingereignissen ist insbesondere abzuklären, inwiefern traumaassoziierte Erinnerungen Auslöser für aggressives Verhalten oder Vermeidungsverhalten sein könnten. Gegebenenfalls ist die Indikation für eine spezifische Behandlung einer PTBS zu prüfen (Siehe AWMF Leitlinie zur PTBS). 2.2.3. Die ausführliche diagnostische Untersuchung soll eine Familien-/ Umfeldanamnese einschließen, bei der folgende	(diese Empfehlung wird hier vorgezogen, da es thematisch besser zusammenpasst) Folgende Aspekte sind zu explorieren: (1.3.10, 1.3.11., S1 LL) Ursprünglich 5.2.2.2. wurde auf der Konsensuskonferenz gestrichen Ergänzungen wurden von Konsensuskonferenz als zentral erachtet und in einzelne Empfehlungen unterteilt. Siehe auch .2.2.1.

publiziert bei:	 AWMF online Das Portal der wissenschaftlichen Medizin		S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3

		<p>Aspekte exploriert und familiäre Risikofaktoren abgeklärt werden sollen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - aktuelle Lebenssituation/Wohnumfeld, Familiensystem, erweiterte Bezugspersonen, Halbgeschwister, Stiefgeschwister - sozio-ökonomische Bedingungen, aktuelle Belastungsfaktoren und Ressourcen in der Familie - Psychosoziale Risikofaktoren: chronische Disharmonie der Eltern, mütterliche/väterliche Isolation, sozio-ökonomische Belastungsfaktoren und andere aktuelle Belastungsfaktoren und Stressbelastung der Eltern, Psychische Erkrankungen der Eltern, Straffälligkeit der Eltern - Positive und negative Beziehungen zwischen Erwachsenen in der Familie des Kindes oder Jugendlichen, einschliesslich häuslicher Gewalt - Günstiger und ungünstiger Erziehungsstrategien, vor allem sich wechselseitig verstärkende negative Interaktionsmuster sowie negative Disziplinierungsstrategien - Qualität der Eltern-Kind Beziehung - Vorgeschichte der Eltern: broken-Home Situation, eigene Fremdunterbringung <p>5.2.2.4. Die ausführliche diagnostische Untersuchung sollte eine Körperliche und somatische Anamnese umfassen.</p>	Somatisch wurde gestrichen
1.3.12	Consider using formal assessment instruments to aid the diagnosis of coexisting conditions, such as: <ul style="list-style-type: none"> - the Child Behavior Checklist for all children and young people - the Strengths and Difficulties Questionnaire for all children or young people 	<p>2.2.5. Standardisierte und strukturierte diagnostische Verfahren sollten berücksichtigt werden</p> <ul style="list-style-type: none"> - Validierte Fragebogen- und/oder Interviewverfahren zur Erfassung eines breiten Spektrums von emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten sowie störungsspezifische Verfahren zur Erfassung von Störungen des Sozialverhaltens 	Information 2.2.3

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

	<ul style="list-style-type: none"> - the Connors Rating Scales – Revised for a child or young person with suspected ADHD - a validated measure of autistic behaviour for a child or young person with a suspected autism spectrum disorder (see Autism diagnosis in children and young people [NICE clinical guideline 128]) - a validated measure of cognitive ability for a child or young person with a suspected learning disability - a validated reading test for a child or young person with a suspected reading difficulty. 	<ul style="list-style-type: none"> und möglicher komorbide Störungen (z.B. ADHS, Autismus) (siehe Kapitel 6.3.) - Ein validiertes Instrument zur Einschätzung der kognitiven Fähigkeiten für Kinder und Jugendliche mit Verdacht auf Intelligenzminderung - Ein validierter Test zur Erfassung von umschriebene Entwicklungsstörungen (inklusive schulischer Fertigkeiten) für Kinder und Jugendliche mit Verdacht auf umschriebene Entwicklungsstörungen - 	
1.3.13	Assess the risks faced by the child or young person and if needed develop a risk management plan for self-neglect, exploitation by others, self-harm or harm to others.	2.2.5. Mögliche Risiken für das Kind oder den Jugendlichen sollten eingeschätzt und falls notwendig sollte ein Risikomanagementplan erstellt werden, um das Risiko für eine mögliche Selbst- und Fremdgefährdung einzuschätzen.	<p>Autismus nicht besonders herausstellen</p> <p>Streichung Konsensuskonferenz (100%)</p> <p>Siehe auch 5.2.2.2.</p>
1.3.14	Assess for the presence or risk of physical, sexual and emotional abuse in line with local protocols for the assessment and management of these problems.	2.2.6. Das Vorliegen von oder das Risiko für körperlichen, sexuellen oder emotionalen Missbrauch / Misshandlung sollte überprüft werden.	<p>Streichung Konsensuskonferenz (100%)</p> <p>Siehe 5.2.2.2.</p>
1.3.16	<p>Develop a care plan with the child or young person and their parents or carers that includes a profile of their needs, risks to self or others, and any further assessments that may be needed. This should encompass the development and maintenance of the conduct disorder and any associated behavioural problems, any coexisting mental or physical health problems and speech, language and communication difficulties, in the context of:</p> <ul style="list-style-type: none"> - any personal, social, occupational, housing or educational needs 	2.2.6. Ein Behandlungsplan soll mit dem Kind oder Jugendlichen und seinen Eltern oder Betreuungspersonen entwickelt werden. Dieser sollte - neben den Stärken und Ressourcen des Kindes oder Jugendlichen und ihrer Eltern oder Betreuungspersonen - vorliegende Risikofaktoren berücksichtigen, sowie die Bedürfnisse des Kindes/Jugendlichen (z. B. in Bezug auf berufliche/schulische Maßnahmen oder aktueller Lebensbedingungen) und seiner Familie.	

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

	<ul style="list-style-type: none"> - the needs of parents or carers - the strengths of the child or young person and their parents or carers. 		
--	---	--	--

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin		S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3

6.3. Methodentabelle: Empfehlungen zu Elterntrainings

	NICE <i>Ergänzende Referenzen (NL, S1)</i>	S3 Leitlinientext	Begründung für Änderung
1.5	1.5. Psychosocial interventions – treatment and indicated prevention	Psychosoziale Interventionen – Behandlung und indizierte Prävention	
	Parent training programmes	4.1. Empfehlungen zur Indikation für elternzentrierte und eltern-kindzentrierte Interventionen	
		5.3.1. Indikation	
1.5.1	<p>(1.5.1.) Offer a group parent training programme to the parents of children and young people aged between 3 and 11 years who:</p> <ul style="list-style-type: none"> • have been identified as being at high risk of developing oppositional defiant disorder or conduct disorder or • have oppositional defiant disorder or conduct disorder or • are in contact with the criminal justice system because of antisocial behaviour. <p><i>NL: Elterntrainings sind effektiv bei Kindern bis 12 (Niveau 1)</i> <i>Es ist anzunehmen, dass Elterntrainings für die Altersgruppe 6 – 12 effektiver sind, als CBT (Niveau 2)</i></p> <p><i>NL: McCart et al (2006) empfiehlt Booster-Sitzungen, um den Effekt des Trainings zu erhalten und die Langzeitperspektive zu verbessern. Hier wird empfohlen, Wiederholungssitzungen</i></p> <p><i>S1: Elternt raining (Evidenzgrad I)</i></p>	<p>4.1.1. Elterntrainings sollen den Erziehungspersonen (Eltern oder Pflegeeltern) von Kindern im Alter von 3 bis 12 Jahren angeboten werden, deren Kind die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllt oder bei dem ein klinisch relevant erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens vorliegt.</p> <p>4.1.2. Bei Kindern unter dem 3. Lebensjahr, bei denen ein klinisch relevant erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens vorliegt, sollte ein Elternt raining angeboten werden. Die Intervention sollte in diesem Altersbereich insbesondere auf die Verminderung derjenigen Risikofaktoren ausgerichtet sein, die sich im Zusammenhang mit der Entstehung von SSV als bedeutsam erwiesen haben (z. B. Verbesserung der elterlichen Erziehungskompetenzen).</p> <p>4.1.3. Bei Kindern über 12 Jahren und Jugendlichen, bei denen die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllt sind oder bei denen ein klinisch relevant erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens vorliegt, kann ein Elternt raining angeboten werden, wenn die Inhalte an das Jugendalter angepasst werden.</p> <p>4.1.4. Wenn Kinder die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllen oder ein klinisch relevantes</p>	<p>5.3.1.1. Passus “ are in contact with the criminal justice system because of antisocial behaviour “ nicht aufgenommen, siehe Definition Zielgruppe, Empfehlung für Pflegeeltern bei NICE extra Punkt, in aktueller Leitlinie in einem Punkt zusammengefasst, Empfehlung bis zum 12. LJ analog zur holländischen Leitlinie,</p> <p>5.3.1.2. Empfehlung für ET unter dem 3. LJ aufgrund Ergebnisse neuer Metaanalyse von Barlow et al. (2012): Gruppenelterntraining auch im Alter 1-3 Jahre wirksam und Piquero et al. (2009)</p> <p>5.3.1.3. Empfehlung bis zum 12. LJ analog zur holländischen Leitlinie, siehe auch: RCT Burke, K., Brennan, L., & Cann, W. (2012). PT kann auch als universales Programm bei Jugendlichen effektiv sein, wenn es auf jugendspezifische Inhalte ausgerichtet ist. Siehe Nitsch et al. (2015): Positive parenting und T.W. Chu (2015): Triple P in adolescents, untersucht als universelles Programm auf Reduktion von Verhaltensproblemen. In der Metaanalyse von Piquero et al. (2011) ließen sich auch bei Jugendlichen moderate Effekte nach einem Elternt raining nachweisen. Zudem zeigt die Metaanalyse von Stouwe et al. (2014), dass die Wirksamkeit von MST durch erfolgreiche Imple-</p>

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

		erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens vorliegt und die Problematik vielfältig und schwerwiegend ist, sollen eltern-zentrierte Behandlungen und kindzentrierte Interventionen bei Kindern im Alter von 3 bis 12 Jahren kombiniert werden.	mentierung positiver Erziehungsstrategien mediiert ist (eingeschlossener Altersbereich auch >12 Jahre. Bei NICE unter 1.5.5. Parent and child training programmes for children with complex needs
	Foster carer/guardian training programmes		Empfehlungen für Pflegefamilien integriert in Empfehlungen für Eltern und Erziehungspersonen
1.5.7.	<ul style="list-style-type: none"> • Offer a group foster carer/guardian training programme to foster carers and guardians of children and young people aged between 3 and 11 years who: • have been identified as being at high risk of developing oppositional defiant disorder or conduct disorder or • have oppositional defiant disorder or conduct disorder or are in contact with the criminal justice system because of antisocial behaviour. 		
1.5.6.	<ul style="list-style-type: none"> • Group foster carer/guardian training programmes should involve both of the foster carers or guardians if this is possible and in the best interests of the child or young person, and should: • modify the intervention to take account of the care setting in which the child is living • typically have between 8 and 12 foster carers or guardians in a group • be based on a social learning model using modelling, rehearsal and feedback to improve parenting skills • typically consist of between 12 and 16 meetings of 90 to 120 minutes' duration adhere to a developer's manual⁵ and employ all of the necessary materials to ensure consistent implementation of the programme. 		
1.5.7.	<ul style="list-style-type: none"> • Offer an individual foster carer/guardian training programme to the foster carers or guardians of children and young people aged between 3 and 11 years who are not able to participate in a group programme and whose child: • has been identified as being at high risk of developing oppositional defiant disorder or conduct disorder or has oppositional defiant disorder or conduct disorder or is in contact with the criminal justice system because of antisocial behaviour. 		
1.5.8.	<ul style="list-style-type: none"> • Individual foster carer/guardian training programmes should involve both of the foster carers if this is possible and in the best interests of the child or young person, and should: • modify the intervention to take account of the care setting in which the child is living • be based on a social learning model using modelling, rehearsal and feedback to improve parenting skills 		

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

	<ul style="list-style-type: none"> • consist of up to 10 meetings of 60 minutes' duration adhere to a developer's manual⁵ and employ all of the necessary materials to ensure consistent implementation of the programme. 		
1.5.9.	<ul style="list-style-type: none"> • Offer a group foster carer/guardian training programme to foster carers and guardians of children and young people aged between 3 and 11 years who: • have been identified as being at high risk of developing oppositional defiant disorder or conduct disorder or have oppositional defiant disorder or conduct disorder or are in contact with the criminal justice system because of antisocial behaviour. 		
1.5.10	<ul style="list-style-type: none"> • Group foster carer/guardian training programmes should involve both of the foster carers or guardians if this is possible and in the best interests of the child or young person, and should: • modify the intervention to take account of the care setting in which the child is living • typically have between 8 and 12 foster carers or guardians in a group • be based on a social learning model using modelling, rehearsal and feedback to improve parenting skills • typically consist of between 12 and 16 meetings of 90 to 120 minutes' duration adhere to a developer's manual⁵ and employ all of the necessary materials to ensure consistent implementation of the programme. 		
		4.2. Empfehlungen zum Therapieformat und den Therapiemethoden	
1.5.2	<p>(1.5.2.) Group parent training programmes should involve both parents if this is possible and in the best interests of the child or young person, and should:</p> <ul style="list-style-type: none"> • typically have between 10 and 12 parents in a group • be based on a social learning model, using modelling, rehearsal and feedback to improve parenting skills • typically consist of 10 to 16 meetings of 90 to 120 minutes' duration • adhere to a developer's manual and employ all of the necessary materials to ensure consistent implementation of the programme. 	<p>4.2.1. Ein Elternt raining im Gruppenformat sollte beide Elternteile einbeziehen, falls möglich und dies im besten Interesse des Kindes oder Jugendlichen steht. Folgende Aspekte sollten berücksichtigt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Bei Pflegeeltern, getrennt lebenden Eltern sollte die spezielle Betreuungssituation berücksichtigt werden. ➤ Das Elternt raining sollte falls möglich entsprechend den Vorgaben eines evaluierten und etablierten Trainingsmanuals durchgeführt werden und dabei alle notwendigen Materialien umfassen, um eine konsistente Umsetzung des Trainingsmanuals zu gewährleisten ➤ Eine ausreichende Sitzungszahl sollte angeboten werden: In der Regel bis zu 10 – 16 Sitzungen 	<p>3.2.1. Gruppentrainings sind in der Regel kostengünstiger. Metaregressionsanalyse NICE: Gewisse Evidenz, dass ET im Gruppenformat Einzelformat überlegen ist (nicht bestätigt in Meta-Review von Matjasko et al., 2012)</p> <p>Hinsichtlich des Einflusses der Länge der Intervention inkonsistente Befunde (überwiegend längere Interventionen stärkerer Effekt, siehe Matjasko et al., 2012)</p>

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin		S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3

<p>1.5.4.</p>	<p>(1.5.4.) Offer an individual parent training programme to the parents of children and young people aged between 3 and 11 years who are not able to participate in a group parent training programme</p> <p>Individual parent training programmes should involve both parents if this is possible and in the best interests of the child or young person, and should:</p> <ul style="list-style-type: none"> • be based on a social learning model using modelling, rehearsal and feedback to improve parenting skills • typically consist of 8 to 10 meetings of 60 to 90 minutes' duration • adhere to a developer's manual and employ all of the necessary materials to ensure consistent implementation of the programme. 	<p>(1.5-2h), bei komplexen Fällen können auch mehr Sitzungen notwendig sein.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ In der Regel sollte die Gruppengröße 10-12 Personen nicht übersteigen. Meist sind jedoch kleinere Gruppengrößen effektiver. <p>4.2.2. Ein Elterntaining im individuellen Setting sollte angeboten werden, falls es Eltern nicht möglich ist, an einem Elterntaining im Gruppenformat teilzunehmen oder bei Vorliegen einer komplexen Symptomatik. Folgende Aspekte sollten berücksichtigt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Das ET sollte falls möglich beide Elternteile einbeziehen, allerdings nur, wenn dies mit dem Kindeswohl vereinbar ist. ➤ Das ET im individuellen Setting sollte falls möglich entsprechend den Vorgaben eines evaluierten und etablierten Trainingsmanuals durchgeführt werden und dabei alle notwendigen Materialien umfassen, um eine konsistente Umsetzung des Trainings zu gewährleisten ➤ Das ET sollte in der Regel mindestens 10 Sitzungen zu 60 bis 90 Minuten Dauer umfassen. <p>4.2.3. Wenn Eltern ein ambulantes Elterntaining nicht in Anspruch nehmen können, davon nicht profitiert haben oder ein hohes Risiko für einen Abbruch der Behandlung vorliegt, sollte ein Elterntaining im aufsuchenden Kontext umgesetzt werden, insbesondere im Vorschul- und Kleinkindalter.</p> <p>4.2.4. Bei entsprechenden Voraussetzungen können mit Eltern Trainingsmanuale, die im Selbststudium durchgeführt werden und die begleitend eine telefonische Unterstützung durch Fachpersonen vorsehen (angeleitete Selbsthilfe), eingesetzt werden. Gleiches gilt für ein internet-basiertes Elterntaining.</p>	<p>3.2.3. Metaanalyse Piquero et al. (2009): Unterschied in der Wirksamkeit zwischen klassischen ETs (N=47) und aufsuchendem Angeboten (N=8) statistisch nicht signifikant.</p> <p>In einer RCT konnten für die Verwendung einer PCIT im Hinblick auf die Reduktion aggressiver Verhaltensprobleme bei Kindern unter 2 Jahren im familiären Setting mittlere Effekte nachgewiesen werden (Bagner et al., 2015). Die Beobachtungsstudie von Rait et al. (2012) weist darauf hin, dass eine gemeinsame Eltern-Kind Behandlung im familiären Setting (modifiziertes PCIT) im Prä-Post Vergleich hohe Veränderungen aufweisen ($d > 1$).</p> <p>3.2.4. Einige RCT-Studien weisen auf eine mittlere bis vereinzelt hohe Effektivität von Elterntainings im (angeleiteter) Selbststudium hin (Bibliographie oder internetbasiert), wobei in diesen Studien jedoch meist spezifisch Eltern mit hohem Bildungsniveau</p>
----------------------	--	--	--

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin		S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3

		<p>Eine persönliche Untersuchung des Kindes/Jugendlichen durch einen Arzt oder Psychotherapeuten sollte einer solchen Intervention vorausgehen.</p> <p>4.2.5. Besonders im Kleinkind- und Vorschulalter kann ein Setting umgesetzt werden, bei dem Eltern (in Einzelsitzungen) direkt während der Interaktion mit ihrem Kind durch eine Fachperson angeleitet werden, wenn die Eltern-Kind Interaktion als problem-aufrechterhaltender Faktor für die oppositionelle oder aggressive Verhaltenssymptomatik anzusehen ist.</p>	<p>teilnahmen, was die Generalisierbarkeit einschränkt: Enebrink et al. (2012): Internetbasiertes ET: $d=0.30$-$d=0.72$, Feldmann et al. (2007): Selbststudium Triple P: $d_{\text{korrr}}=0.69$, Kierfeld et al. (2013): Wackelpeter und Trotzopf im Selbststudium, Telefonkontakte: $d=0.85$-1.22, Sanders et al. (2012): Internetbasiertes Triple P: $d=0.71$-$d=0.89$, Reid et al. (2013): ET (Parenting Matters, 6 sessions) im Selbststudium: $d=0.15$</p> <p>3.2.5. Setting mit direktem Coachen: Extra Empfehlung formuliert aufgrund guter Evidenz von z.B. PCIT im Vorschulalter (bei NICE in Elterntrainings allgemein beinhaltet), neue Evidenz zusätzlich zu NICE: Die Beobachtungsstudie von Abrahamse et al. (2012), in der die Wirksamkeit der Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) an Vorschulkindern mit Verhaltensproblemen überprüft wurde, weist auf starke Effekte (zwischen $d=1.88$ (für Väter) und $d=1.99$ (für Mütter) im Hinblick auf Reduktion der Verhaltensprobleme hin. In NICE wurden in Metaanalysen zur Wirksamkeit von ET sowohl mit als auch ohne direktem Coachen (z. B. PCIT) der Eltern aufgenommen, beide Formen wirksam. PCIT zeigt in neueren Studien geringer Qualität hohe Effektivität. Keine Untersuchung hinsichtlich Vergleich unterschiedlicher Format.</p>
1.5.3	<p>(1.5.3.) Group parent training programmes should ... be based on a social learning model, using modelling, rehearsal and feedback to improve parenting skills</p> <p><i>NL: Es ist anzunehmen, dass Elterntrainings ein besseres Ergebnis erzielen, wenn sie sich auf positive Eltern-/Kindinteraktionen, Time-out-Interventionen und einen konsequenten</i></p>	<p>4.2.6. Eltern- bzw. familienzentrierte Interventionen sollten auf einem kognitiv-behavioralen Therapiekonzept beruhen und folgende Methoden verwenden, um eine positive Eltern-Kind Interaktion sowie elterliche Kompetenzen und Erziehungsfertigkeiten zu verbessern:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psychoedukation - Verstärkertechniken - Modelllernen - Feedback: Insbesondere Rückmeldung von angemess- 	<p>3.3.1. Stärkere Empfehlung (soll Empfehlung) aufgrund mehrere Metaanalysen: Neue Metaanalysen weisen übereinstimmend auf die Überlegenheit behavioraler psychosozialer Interventionen hin (Matjasko et al., 2012, Comer et al., 2013, de Vries et al. 2015)</p> <p>Insbesondere: behavioral modeling ($d=0.57$), parenting skills ($d=0.63$), behavioral contracting ($d=0.61$) (de Vries: et al., 2015)</p> <p>Umfangreichere Empfehlungen zu den Thera-</p>

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin		S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3

	<p><i>Erziehungsstil konzentrieren. Ebenso, wenn Eltern während des Trainings neue Fertigkeiten üben (controlled learning).</i></p> <p><i>Es ist anzunehmen, dass Trainings, die gezielt auf soziale Fertigkeiten und Umgang mit Verhaltensproblemen effektiver sind, als Programme die sich auf allgemeine Problemlösungen, sozialer und kognitiver Unterstützung konzentrieren.</i></p> <p><i>Es wird darauf hingewiesen, dass die Motivationsarbeit mit den Eltern wichtig ist. Persönliche Probleme und individuelle Faktoren bei den Eltern müssen berücksichtigt werden.</i></p> <p><i>S1 Leitlinie: Identifizieren und Einsetzen von positiven Elternqualitäten, Training bezüglich der Entwicklung konsistenter positiver und negativer Konsequenzen, Beendigung zu harter, zu gewährender oder inkonsistenter elterlicher Erziehungspraktiken</i> <i>Förderung der Behandlung wichtiger elterlicher Probleme (z.B. Drogenmissbrauch)</i></p>	<p>senem Erziehungs- und Interaktionsverhalten (direkt, verbal, per Video)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Übungen und Unterstützung von Verhaltensänderungen im natürlichen Umfeld, Einsatz von Transfertechniken inklusive Selbstmanagementmethoden - Techniken zur Verbesserung der Konfliktlösung (einschließlich elterlicher Ärger- und Stressregulation) und Strategien zum Aufbau einer angemessenen familiären Kommunikation <p>4.2.7. Bei Kindern mit mangelnden prosozialen Emotionen kann eine Intensivierung der Behandlung indiziert sein, um einer geringeren Wirksamkeit der Behandlung entgegen zu wirken: Dies kann eine vertiefte Psychoedukation hinsichtlich der Bedeutung vorliegender Persönlichkeitsmerkmale als auch eine spezifische Anleitung der Eltern einschließen, insbesondere im Hinblick auf die Förderung einer positiven Eltern-Kind Beziehung.</p> <p>4.2.8. In Familien mit ungünstigen psychosozialen Bedingungen oder vorliegender sozio-ökonomischer Benachteiligung können ergänzende Maßnahmen (z.B. Kinderbetreuung, Fahrtkostenerstattung, Unterstützung durch Jugendhilfe) oder zusätzliche Sitzungen indiziert sein, um eine regelmäßige Teilnahme an einem Elterntraining zu ermöglichen oder einen nachhaltigen Erfolg zu gewährleisten.</p>	<p>piestrategien</p> <p>Garland und Mitarbeiter (2008) identifizierten unter Verwendung der Delphi-Methode spezifische Strategien. Die Studie von Havighurst et al. (2013) weist darauf hin, dass ein Elterntraining, das neben klassischen behavioralen Therapiestrategien emotionsbezogene Module (Vermittlung von Emotionswissen, Emotionsregulation auf Seiten der Eltern) beinhaltet (Tuning into Kids), im Vergleich zu einer Wartegruppe positive Effekte in der Postmessung ($d=1.05 - d=1.20$) als auch im Follow-up ($d=0.74-d=1.00$) aufweist, wobei Effekte auch im Lehrerurteil nachgewiesen werden konnten. Positive Effekte zeigt auch die Untersuchung von Somech und Elizur (2012) für das Elterntrainingsprogramm Hitkashrut, das ebenfalls an der Verbesserung der Emotionsregulation der Eltern und einer Verbesserung der Kommunikationsstrategien ansetzt ($d=0.76$, post-assessment und $d=0.63$ für die follow-up Messung) im Vergleich zu einer aktiven Kontrollgruppe.</p> <p>Die Metaanalyse von Fukkink et al. (2008) mit insgesamt 29 eingeschlossenen Studien zum Einsatz von Videofeedback bei Elternbehandlungsprogrammen für Kinder im Alter von 0-8 Jahren weist insgesamt auf positive Effekte hin: Sowohl im Hinblick auf die Verbesserung elterlicher Kompetenzen, aber auch im Hinblick auf kindliche Verhaltensaspekte (Hedges $g=0.33$), wobei jedoch nicht in allen Studien externe Verhaltensprobleme als primäre Zielgröße definiert waren. Die Effekte fielen allgemein geringer aus, wenn die Eltern zu einer Hoch-Risikogruppe angehörten (Eltern mit einer depressiven Erkrankung, hohe sozio-ökonomischen Belastung, alleinerziehende Eltern, Teenager-Eltern).</p>
--	--	---	--

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

			<p>Elterntrainingsprogramme zeigen auch bei Kindern mit mangelnden prosozialen Emotionen bedeutsame Effekte, auch wenn diese nach der Durchführung meist in ihrer Symptomatik noch stärker betroffen sind im Vergleich zu Kindern mit einem geringeren Mangel an prosozialen Emotionen (Frick et al., 2014, Hawes, Price & Dadds, 2014, Scott & Connor, 2012; Waller et al., 2013, Wilkinson et al., 2016). Die Module eines ET, die an einer Förderung einer positiven, warmherzigen Eltern-Kind-Beziehung ansetzen, weisen positive Effekte auf, insbesondere im Hinblick auf die Reduktion von mangelnden prosozialen Emotionen während die Module, die an der Umsetzung negativer Konsequenzen ansetzen, eine geringere Wirksamkeit aufzuweisen (siehe Übersichtsarbeit von Stadler et al., 2015, Wilkinson et al., 2015). Metaanalysen, bei denen der Einfluss von Moderatoren auf die Wirksamkeit von ET untersucht wurde (Piquero et al., 2009, Matjasko et al.(2012), Leijten et al., 2013) als auch die Übersichtsarbeit von Scott & Dadds (2009) weisen darauf hin, dass die Wirksamkeit von ET durch individuelle Risikofaktoren auf Seiten der Eltern negativ beeinflusst sein kann.</p>
1.5.4	<p>Individual parent training programmes should involve both parents if this is possible and in the best interests of the child or young person, and should:</p> <ul style="list-style-type: none"> • be based on a social learning model using modelling, rehearsal and feedback to improve parenting skills • typically consist of 8 to 10 meetings of 60 to 90 minutes' duration • adhere to a developer's manual⁵ and employ all of the necessary materials to ensure 		<p>Empfehlungen individuell integriert</p>

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

	consistent implementation of the programme.		
	Parent and child training programmes for children with complex needs	Kombination von Eltern-Kind Behandlung bei komplexer Symptomatik	
1.5.5	Offer individual parent and child training programmes to children and young people aged between 3 and 11 years if their problems are severe and complex and they: <ul style="list-style-type: none"> • have been identified as being at high risk of developing oppositional defiant disorder or conduct disorder or • have oppositional defiant disorder or conduct disorder or • are in contact with the criminal justice system because of antisocial behaviour. 	Wenn Kinder die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllen oder ein klinisch relevantes erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens vorliegt und die Problematik vielfältig und schwerwiegend ist, sollen eltern-zentrierte Behandlungen und patientenzentrierte Interventionen bei Kindern im Alter von 3 bis 12 Jahren kombiniert werden (1.5.5.).	Kommt zu Empfehlung für Indikation (3.2.1.)

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

6.4. Methodentabelle: Empfehlungen zu patientenzentrierten Interventionen

Deutscher Leitlinien-Text	NICE & Holländische Quell-Leitlinien	Begründung für Abweichung von NICE
<p>5.1.1. Bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 bis 14 Jahren, welche die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllen oder bei denen ein klinisch relevantes oppositionell aggressives Verhalten vorliegt, sollten patientenzentrierte psychotherapeutische Interventionen in Form von sozialen Kompetenztrainings, einschließlich Trainings zur sozial-kognitiven Problemlösung, durchgeführt werden. Sie sind vor allem bei auf Gleichaltrige bezogener Aggression indiziert und wenn soziale Kompetenzdefizite in der Konfliktlösefähigkeit vorliegen. Diese Trainings sollten möglichst in Kombination mit Elterntrainings und gegebenenfalls schulzentrierten Interventionen durchgeführt werden.</p>	<p>1.5.11 (7.5.1.13) Offer group social and cognitive problem-solving programmes to children and young people aged between 9 and 14 years who:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ have been identified as being at high risk of developing oppositional defiant disorder or CD or ▪ have oppositional defiant disorder or CD or are in contact with the criminal justice system because of antisocial behaviour.” 	<p>1. Erweiterung des Altersspektrums auf 6-14, weil (1) bereits bei den Studien, die NICE zugrunde legte, Kinder ab dem Alter von 4 (z. B. Webster-Stratton et al., 2004: 4 bis 8 Jahre) bzw. 6 Jahren (Kendall et al. 1990: 6-13 Jahre, Szapocznik et al. ;1989: 6-12 Jahre , Pepler 1995: 6-12 Jahre) eingeschlossen waren und weil (2 darüber hinaus andere Metaanalysen, wie z.B. McCart et al. (2006), Stoltz et al. (2012), die Effekte belegen, auch Kinder im Alter von 6-12 Jahren bzw. Kinder vom Kindergartenalter bis zur 6. Klasse einschließen. Und (3) eine neu Studie zeigt, dass diese Interventionen auch bei Kindern ab dem Alter von 6 Jahren wirkungsvoll sind (Görtz-Dorten et al. 2015).</p> <p>2. Allgemein Indikation für patientenzentrierte Interventionen (auch Einzelsetting) und nicht nur Gruppentrainings, weil (1) bereits bei den Studien, die NICE zugrunde legte, Einzeltrainings eingeschlossen waren (z.B. Kendall et al., 1990; Omizo et al., 1988) und irrtümlicherweise als Gruppentrainings gezählt wurden; (2) weitere Meta-Analysen (z.B. Stoltz et al., 2012) Effekte d=0.30 für Einzelsetting zeigen, deren Wirksamkeit im Vergleich zu Einzelinterventionen mit weiteren Behandlungskomponenten (z.B. Modifikation der Schulumgebung, Gruppeninterventionen, Aktivitäten in der Klasse, Einbeziehung der Eltern) vergleichbare Effektstärken (d=0.30) erbringen.(3) Kontrollgruppen-Studien, die NICE aus</p>

publiziert bei:	 AWMF online Das Portal der wissenschaftlichen Medizin		S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3

		<p>methodischen Gründen ausgeschlossen hatte (z. B. ¹ Kazdin et al. 1989) und auch eine neue Studie (Görtz-Dorten et al. 2015) Effekte für Einzelsetting zeigen.</p> <p>3. Indikation vor allem bei gleichaltrigenbezogener Aggression und bei Kompetenzdefiziten.</p> <p>Webster-Stratton et al. (2004) zeigen, dass patientenzentrierte Interventionen bei 4-8 Jährigen zusätzliche über die Zeit stabile Effekte von klinischer Relevanz hinsichtlich der sozialen Kompetenz gegenüber Gleichaltrigen erbringen. Görtz-Dorten et al. 2015) zeigen, dass primär patientenzentrierte Interventionen Effekte auf gleichaltrigenbezogene Aggression sowie auf Kompetenzdefizite in der sozial-kognitiven Informationsverarbeitung, der Affekt- und Impulskontrolle und der sozialen Fertigkeiten haben.</p> <p>Während eltern- und schulzentrierte Interventionen primär an der Veränderung störungsaufrechterhaltender Interaktionen ansetzen, setzen die patientenzentrierten Interventionen primär an intrapsychischen Merkmalen des Patienten (z.B. Störungen der Informationsverarbeitung) an. Daher sind nach klinischer Einschätzung patientenzentrierte Interventionen vor allem geeignet, diese Komponenten aggressiven Verhaltens zu modifizieren.</p> <p>4. Ausschluss von „in contact with criminal justice system because of antisocial behavior“, weil Personen, die diese Kriterien erfüllen, in der Regel auch die Kriterien für Störungen des Sozialverhaltens erfüllen.</p>
--	--	---

publiziert bei:	 AWMF online Das Portal der wissenschaftlichen Medizin		S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3

		<p>4. Hinweis auf Kombination mit Elterntrainings und gegebenenfalls schulzentrierte Interventionen, weil Studien zur Kombination kind- und eltern- bzw. schulzentrierter Interventionen zeigen, dass patientenzentrierte Interventionen zusätzliche über die Zeit stabile Effekte von klinischer Relevanz erbringen, wenn sie mit eltern- bzw. schulzentrierten Interventionen kombiniert werden (Webster-Stratton et al. 2004; Lochman & Wells, 2004; ¹Kazdin et al., 1992)</p>
<p>5.1.2 Bei Jugendlichen ab dem Alter von 14 Jahren, welche die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllen oder bei denen ein subklinisch ausgeprägtes oppositionell aggressives Verhalten vorliegt, sollten patientenzentrierte psychotherapeutische Interventionen in Form von sozialen Kompetenztrainings einschließlich Trainings zur sozial-kognitiven Problemlösung adaptiert werden, die sich bei Kindern als wirkungsvoll erwiesen haben. Sie sind vor allem bei gleichaltrigenbezogener Aggression indiziert und wenn soziale Kompetenzdefizite in der Konfliktlösefähigkeit vorliegen. Diese Interventionen können in Kombination mit Elterntrainings und schulzentrierten Interventionen durchgeführt werden.</p>	<p>Keine Entsprechung bei NICE</p>	<p>Erweiterung des Altersspektrums auf Jugendliche ab dem Alter von 14 Jahren, weil</p> <p>(1) bereits bei den Studien, die NICE zugrunde legte, Jugendliche eingeschlossen waren (z. B. Shechtman et al. 2000: 10-15 Jahre; Feindler et al. 1984: 12-15 Jahre; Nestler et al. 2011: 15-22 Jahre, Arbutnot et al. 1989: 13-17 Jahre);</p> <p>(2) Metaanalysen von Fossum et al. (2008) und Sukhodolsky et al. (2004) zeigen, dass patientenzentrierte Interventionen auch bei Jugendlichen mit aggressivem Verhalten zu einer Verminderung der Symptomatik führen</p> <p>(3) Eine neue Studie belegt die Effekte kognitiv-behavioraler Interventionen in Verbindung mit musiktherapeutischen Elementen (Percussion). Currie & Startup, 2012)</p> <p>(4) Darüber hinaus zeigt auch klinische Erfahrung, dass sich die Interventionskonzepte für ältere Kinder auch auf Jugendliche übertragen lassen, da das theoretische Modell der sozialen Informationsverarbeitung und der sozialen Kompetenzdefizite das gleiche ist und da aufgrund des höheren kognitiven und des sozial emotionalen Reifungsniveau eher Effekte durch diese Interventionen zu</p>

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

<p>5.1.3. Bei Kindern zwischen 4 und 6 Jahren, welche die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllen oder bei denen ein subklinisch ausgeprägtes oppositionell aggressives Verhalten vorliegt, können patientenzentrierte psychotherapeutische Interventionen in Form von sozialen Kompetenztrainings durchgeführt werden, die an den Entwicklungsstand von Vorschulkindern angepasst werden müssen. Sie sind vor allem bei gleichaltrigenbezogener Aggression indiziert und wenn soziale Kompetenzdefizite in der Konfliktlösefähigkeit vorliegen. Diese Interventionen sollten nur in Kombination mit Elterntrainings bzw. kindergartenzentrierten Interventionen durchgeführt werden.</p>	<p>(keine NICE-Empfehlung)</p>	<p>erwarten sind.</p> <p>Durlak et al. (1991) fanden in einer Meta-Analyse zur Wirksamkeit kognitiver Trainings generell bei Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten eine Effektstärke von 0.57 für patientenzentrierte Interventionen bei 5 – 6jährigen.</p> <p>Webster-Stratton & Hammond (1997) fanden in einer RCT bei Kindern im Alter von 4 bis 8 Jahren eine Effektstärke von 1.32 für patientenzentrierte Interventionen auf oppositionell-aggressives Verhalten. Webster-Stratton et al. (2004) zeigen in einer RCT, dass patientenzentrierte Interventionen bei 4- bis 8-Jährigen Effektstärken von 0.35 bis 0.51 auf mütterliches Erziehungsverhalten, oppositionell-aggressives Verhalten zu Hause und der Schule als auch auf die soziale Kompetenz gegenüber Gleichaltrigen hat (beide sind bereits bei NICE berücksichtigt).</p> <p>Darüber hinaus zeigt die klinische Erfahrung zeigt, dass sich die Interventionskonzepte für ältere Kinder auch auf jüngere Kinder übertragen lassen, da das theoretische Modell der sozialen Informationsverarbeitung und der sozialen Kompetenzdefizite das gleiche ist und insgesamt eher das kognitive und das sozial emotionale Reifungsniveau über Erfolge entscheiden, nicht so sehr das Alter.</p> <p>Bei der Kombination von kind- und eltern- bzw. schulzentrierter Interventionen zeigen z. B. Webster-Stratton et al. (2004), dass zusätzlich zu eltern- oder schulzentrierten Interventionen durchgeführte patientenzentrierte Interventionen bei 4-8 jährigen über die Zeit stabile Effekte von klinischer</p>
---	--------------------------------	--

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin		S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3

		<p>Relevanz hinsichtlich der sozialen Kompetenz gegenüber Gleichaltrigen erbringen. (Die Kombination mit Lehrertraining verbessert das Klassenzimmermanagement und die Kombination mit Elterntertraining verbessert die Effekte auf Verhaltensprobleme in der Familie und auf das Erziehungsverhalten.)</p>
<p>5.2.1 Patientenzentrierte psychotherapeutische Interventionen können im Gruppenformat oder im Einzelformat durchgeführt werden. Die Interventionen sollten auf einem kognitiv-behavioralen Therapiekonzept beruhen und auf der Grundlage publizierter und evaluerter Therapieprogramme unter Einschluss der entsprechenden Therapiematerialien durchgeführt werden, um eine konsistente Implementierung der Therapieprogramme zu gewährleisten (siehe Liste deutschsprachiger evaluerter patientenzentrierte Therapieprogramme)</p> <p>Bei Gruppentherapien sollte darauf geachtet werden, dass negative Effekte im Sinne eines Devianztrainings auftreten.</p>	<p>1.5.12 (7.5.1.14) Group social and cognitive problem solving programmes should be adapted to the children’s or young people’s developmental level and should:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ be based on a cognitive–behavioural problem-solving model ▪ use modelling, rehearsal and feedback to improve skills ▪ typically consist of 10 to 18 weekly meetings of 2 hours’ duration ▪ adhere to the developer’s manual and employ all of the necessary materials to ensure consistent implementation of the programme.” <p>NL: „Mehrere Studien zeigen eine Effektstärke von 0.23 bis 0.26 [für kognitive Verhaltenstherapie]. Das ist eine effektive Intervention, weniger effektiv als Elterntrainings (Bennett & Gibbons 2000, Kaminski et al 2008; Litschge et al 2010; McCart 2006; Fossum 2008; Eyberg 2008; Hogue et al 2008).“ (S. 44)</p> <p>„In der Praxis stellt sich heraus, dass das kognitive und das sozial emotionale Reifungsniveau über Erfolge entscheiden, nicht so sehr das Alter. Es gibt keine Instrumente, die messen, ob man für eine</p>	<p>1. Erweiterung auf Einzelformat: Bereits bei den Studien, die NICE zugrunde legte waren Einzeltrainings eingeschlossen (z.B. Kendall et al., 1990; Omizo et al., 1988);</p> <p>2. Zudem zeigen Kontrollgruppen-Studien, die NICE aus methodischen Gründen ausgeschlossen hatte (z. B. ¹Kazdin et al. 1989) Effekte für Einzelsettings.</p> <p>3. Litschge et al. 2010; konnten in ihrem Review von Metaanalysen zu Störungen des Sozialverhaltens zeigen, dass CBT im Gruppen- und im Einzelformat effektiv sind.</p> <p>4. Ang & Hughes (2001) konnten in einer Meta-Analyse von 38 Studien für Therapien im Gruppenformat mit aggressiv auffälligen Patienten Effektstärken von d= 0.55 finden und im Einzelformat oder im Gruppenformat mit prosozialen Kindern und Jugendlichen von d=0.70.</p> <p>5. Stoltz et al. (2012) konnten in einer Meta-Analyse von 13 Studien Effekte d=0.30 für Einzelsetting zeigen, deren Wirksamkeit im Vergleich zu Einzelinterventionen mit weiteren Behandlungskomponenten (z.B. Modifikation der Schulumgebung, Gruppeninterventionen, Aktivitäten in der Klasse, Einbeziehung der Eltern) vergleichbare Effektstärken (d=0.30) erbringen.</p> <p>5. Eine neue Studie zeigt, dass Einzelinterventio-</p>

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin		S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3

	<p>CBT empfänglich ist oder nicht. Klinisch gehört die Einschätzung des Problembewusstseins, Akzeptanz des eigenen Anteils und den eigenen Leidensdruck eine Rolle.</p> <p>Im Kindesalter sind Elterntrainings zu bevorzugen. CBT kann ergänzt werden, muss es aber nicht. Allerdings wohl, wenn die Verhaltensproblematik sehr massiv ist oder wenn Eltern nicht mitarbeiten mögen, oder sich selbst in einer Sündenbockrolle wiederfinden.</p> <p>Gruppensetting kann für ältere Kinder und Jugendliche attraktiver sein, hat aber bei einer sehr einseitig zusammengestellten Gruppe den Nachteil des deviancy training. Der Gruppentherapeut muss geschult sein im Umgang damit.</p> <p>Das führt zu folgenden Empfehlungen: CBT kann bei schweren Formen des ODD und CD bei Kindern ab 8 und bei Jugendlichen eingesetzt werden, allerdings immer unter Mitbeteiligung der Eltern. Bei Kindern immer in Kombination mit einem Elterntaining oder Elternbegleitung, bei Jugendlichen im Kontext einer systemischen Intervention.</p> <p>Auch die Kombination von Elterntaining und CBT ist einzusetzen, wenn es den Eltern darum geht, das Kind behandeln zu lassen.</p> <p>Achte auf das deviancy training.</p> <p>Schule ist miteinzubeziehen.“ (S. 45)</p>	<p>nen wirkungsvoll sind (Görtz-Dorten et al. 2015).</p> <p>6. Hinweis auf Methoden (z.B. Modelllernen) und Umfang siehe Leitlinie 2.3.2.3 und 2.3.2.4</p> <p>7. Metaanalyse von Weiss et al. (2005) zeigt zwar, dass insgesamt keine schädlichen Effekte im Sinne eines Devianztrainings auftreten, allerdings gibt es einzelne Studien und klinische Erfahrung, die zeigen, dass diese Effekte auftreten können (z.B. Dishion et al. (1999) konnten negative Effekte von homogenen Therapiegruppen mit aggressiven Jugendlichen in Form eines Devianztrainings nachweisen. (siehe Guidelines NL.)</p>
--	--	---

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin		S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens	
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

<p>5.2.2 Patientenzentrierte psychotherapeutische Interventionen sollten die jeweils individuellen störungsauslösenden und -aufrechterhaltenden Bedingungen (z. B. mangelnde sozial-kognitive Problemlösefähigkeit, Affekt- und Impulskontrolle, mangelnde prosoziale Emotionen, soziale Fertigkeitendefizite, positive Verstärkung aggressiven Verhaltens) sowie die individuellen realen sozialen Situationen berücksichtigen, in denen das Problemverhalten auftritt und daraus therapeutische Ansatzpunkte ableiten.</p>	<p>(Keine Entsprechung bei NICE) NL: Diese Therapie richtet sich vor allem auf das Erlernen des Umgangs mit Situationen, die Wut und aggressives Verhalten auslösen. Dabei werden inadäquate Kognitionen, die die Kinder und Jugendlichen über ihr Umfeld haben, beeinflusst (Model Crick & Dodge). Dieses geschieht im Rahmen eines Trainings von problemlösenden sozialen Fertigkeiten, wobei das Üben dieser sozialen Fertigkeiten als sehr wichtig erachtet wird.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klinische Erfahrungen zeigen, dass der Transfer von der Therapiesituation auf die realen sozialen Situationen dann eher gelingt, wenn die Interventionen diese spezifischen realen sozialen Situationen einbeziehen. 2. Garland und Mitarbeiter (2008) identifizierten auf der Basis einer Literaturrecherche kombiniert mit dem Einholen von Expertenmeinungen effektive therapeutische Inhalte zur Behandlung von Kindern im Alter vier bis dreizehn Jahren mit einer externalisierenden Verhaltensstörung. Unter Verwendung der Delphi-Methode wurden folgende therapeutische Inhalte als effektiv beurteilt: Grenzsetzungen, Problemlösen, Ärger-Kontrolle, Verstehen von Affekten, Rückfallprophylaxe 3. Studien zeigen, dass bei aggressivem Verhalten verschiedene störungsaufrechterhaltende Komponenten vorliegen können (z.B. Dodge & Schwartz, 1997; Rudolph, Roesch, Greitemeyer & Weiner, 2004). Die meisten Therapieansätze versuchen, verschiedene Komponenten anzusprechen. Allerdings würde vermutlich eine höhere Therapie-Effizienz erreicht werden, wenn in einem individualisierten Therapieansatz nur die in dem entsprechenden Fall störungsaufrechterhaltenden Komponenten angesprochen werden. Auf hohe Effekte eines solchen Ansatzes weist die Studie von Görtz-Dorten et al. (2015) hin. 4. Kolko et al. (2009) fanden eine Reduktion (moderater Effekt; d= 0.44) in Bezug auf be-
---	--	--

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin		S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3

		<p>grenzte prosoziale Emotionalität durch patientenzentrierte kognitiv-verhaltensorientierte Behandlungsprogramme (Sozialen Kompetenztrainings), aber nicht dass begrenzte prosoziale Emotionalität einen Prädiktor darstellt. Lochman et al. (2014) berichten über eine signifikante Reduktion von begrenzter prosozialer Emotionalität bei Schulkindern mit einem klinisch relevant erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens durch ein gruppenbasiertes patientenzentriertes kognitiv-verhaltensorientiertes Behandlungsprogramm unter Einbezug der Eltern.</p> <p>5. Van Mannen et al. (2004) fanden eine signifikante Zunahme in Bezug auf sozial kognitive Fertigkeiten und Selbstkontrolle durch ein gruppenbasiertes patientenzentriertes sozial-kognitives Behandlungsprogramm basierend auf dem von Dodge et al. entwickeltem theoretische Konzept zur sozial-kognitiven Informationsverarbeitung im Vergleich zu einem sozialen Kompetenztraining</p>
<p>5.2.3 Patientenzentrierte psychotherapeutische Interventionen im Einzel- oder Gruppenformat sollten folgende Methoden einsetzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychoedukation • Modelldarbietung • Interventionen zur Veränderung von aggressionsauslösenden Denkinhalten und von ineffizienten Problemlöseprozessen • Methoden der Affektregulation • Rollenspieltechniken, Verhaltensübungen inklusive Rückmeldung und Rollentausch • Verstärkungstechniken • Transfertechiken inklusive Selbstmanagementme- 	<p>1.5.12 (7.5.1.14) Group social and cognitive problem solving programmes should be adapted to the children's or young people's developmental level and should:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ be based on a cognitive-behavioural problem-solving model ▪ use modelling, rehearsal and feedback to improve skills 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Garland und Mitarbeiter (2008) identifizierten auf der Basis einer Literaturrecherche kombiniert mit dem Einholen von Expertenmeinungen effektive Strategien zur Behandlung von Kindern im Alter vier bis dreizehn Jahren mit einer externalisierenden Verhaltensstörung. Unter Verwendung der Delphi-Methode wurden folgende Strategien als wirkungsvoll bewertet: Positive Verstärkung, Bestrafung, Psychoedukation, Therapeutische Hausaufgaben, Rollenspiele, Modelllernen, Einsatz von Therapiematerialien, Verlaufskontrolle. 2. Vergleichbare Empfehlungen liegen im Leitfa-

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin		S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3

<p>thoden, Selbstreflektion, Übungen im natürlichen Umfeld, Einbeziehung von Eltern, Erziehern, Lehrern oder Gleichaltrigen in die Intervention.</p>		<p>den zur Behandlung aggressiv-dissozialer Störungen (Petermann et al. 2016) vor.</p> <p>3. Elemente von Ärgerkontroll-Trainings können auch Entspannungstechniken sein oder Achtsamkeitsbasierte Übungen, die sich in kleinen kontrollierten Studien als wirkungsvoll bei der Ärgerkontrolle erwiesen haben (Milani et al., 2013, Jewell et al., 2013)</p>
<p>5.2.4 Patientenzentrierte psychotherapeutische Interventionen im Gruppenformat bieten die Möglichkeit, soziales Verhalten während der Therapiegruppe mit Gleichaltrigen einzuüben. Dabei sollte beachtet werden, dass:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Gruppentherapie eine ausreichende Sitzungszahl umfasst, in der Regel 10 – 18 Sitzungen (1.5-2h), bei komplexen Fällen können auch mehr Sitzungen notwendig sein • eine adäquate Gruppengröße (in der Regel nicht mehr als 6 Teilnehmer) nicht überschritten wird • die Gruppen in der Regel mit zwei Gruppenleitern durchgeführt werden • keine negativen Lerneffekte zwischen den Gruppenmitgliedern entstehen 	<p>1.5.12 (7.5.1.14) Group social and cognitive problem solving programmes should be adapted to the children’s or young people’s developmental level and should:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ typically consist of 10 to 18 weekly meetings of 2 hours’ duration <p>NL: Gruppensetting kann für ältere Kinder und Jugendliche attraktiver sein, hat aber bei einer sehr einseitig zusammengestellten Gruppe den Nachteil des deviancy training (ein Gruppenprozess, wobei Jugendliche sich gegenseitig im Negativen verstärken. Dieser Effekt konnte nicht neutralisiert werden durch ein Elterstraining. Es scheint eher die Effekte des Elterstrainings zu schwächen. Die Effekte sind besser, wenn in einer Gruppe auch prosozial agierende Jugendliche vorhanden sind.) Der Gruppentherapeut muss geschult sein im Umgang damit.</p>	<p>In kontrollierten Studien, die NICE zugrunde legte, wurden Gruppentherapien in sehr unterschiedlichen Gruppengrößen von 1 bis 7 Patienten pro Gruppe (z. B. Feindler et al, 1984: 6 Patienten pro Gruppe ; Kettlewell et al.,1983 : 5 Patienten pro Gruppe; Pepler et al.,1995: 7 Patienten pro Gruppe ; Shechtman et al.,2000: 1 Patient, 2 Patienten pro Gruppe bis kleine Gruppen (keine maximale Angabe der Patientenzahl) ; Webster-Stratton et al 2004: 6-7 Patienten pro Gruppe; Webster Stratton et al.,1997: 5-6 Patienten pro Gruppe) durchgeführt.</p> <p>Metaanalyse von Weiss et al. (2005) zeigt zwar, dass insgesamt keine schädlichen Effekte im Sinne eines Devianztrainings auftreten, allerdings gibt es einzelne Studien und klinische Erfahrung , die zeigen, dass diese Effekte auftreten können (z.B.Dishion et al. (1999) konnten negative Effekte von homogenen Therapiegruppen mit aggressiven Jugendlichen in Form eines Devianztrainings nachweisen. (siehe Guidelines NL).)</p> <p>Klinische Erfahrungen zeigen, dass Therapieprogramme in größeren Gruppen häufig nicht ausreichend individualisiert werden können.</p>

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

		In Praxis lassen sich größere Therapiegruppen kaum bilden und über einen längeren Zeitraum binden. Größere Gruppen sind zudem meist nicht von einem Therapeuten gut steuerbar.
5.2.5 Wenn patientenzentrierte psychotherapeutische Interventionen im Einzelformat angewandt werden, sollten die Sitzungen eine ausreichende Sitzungszahl umfassen, z.B. 20 – 25 Sitzungen, bei komplexen Fällen können auch mehr Sitzungen notwendig sein und die Interventionen sollten in besonderem Maße auf den Einzelfall angepasst werden.	(Keine Entsprechung bei NICE) NL: Gruppensetting hat bei einer sehr einseitig zusammengestellten Gruppe den Nachteil des deviancy training (ein Gruppenprozess, wobei Jugendliche sich gegenseitig im Negativen verstärken.)	Kendall et al. (1990) haben 20 Sitzungen, ¹ Kazdin et al. (1989) haben 25 Sitzungen und Görtz-Dorten et al. (2015) haben 24 Sitzungen Einzeltherapie untersucht. Nach klinische Erfahrung sind jedoch bei komplexen Fällen auch höhere Sitzungszahlen notwendig.

¹Diese Studie wurde in den Meta-Analysen von NICE wegen einzelner methodischer Schwächen nicht berücksichtigt. Die Ergebnisse dieser Studie fließen dennoch in die vorliegenden Empfehlungen ein, weil sie zusätzlich wichtige Informationen für die Empfehlungen liefert, die sich nicht aus methodisch bessere Studien ableiten lassen. Der Evidenzstärke der entsprechenden Empfehlung wird aber aufgrund der methodischen Mängel allerdings zurückhaltend beurteilt.

6.5. Methodentabelle: Empfehlungen zu multimodalen Interventionen

	NICE <i>Ergänzende Referenzen (NL, S1)</i>	S3 Leitlinientext	Begründung für Änderung
	Multimodal interventions	7.1. Empfehlungen zur Indikation für multimodale Interventionen	
1.5.13	Offer multimodal interventions, for example, multisystemic therapy, to children and young people aged between 11 and 17 years for the treatment of conduct disorder.	<p>7.1.1. Eine multimodale Behandlung soll bei Kindern und Jugendlichen, welche die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllen oder bei denen ein subklinisch ausgeprägtes oppositionell aggressives Verhalten vorliegt, umgesetzt werden, wenn sich die Symptomatik auf mehrere Lebensbereiche erstreckt.</p> <p>7.1.2. Bei einer schwerwiegenden Symptomatik soll bei Jugendlichen im Alter von 12-18 Jahren, bei denen die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllt sind, eine multimodale Intensivbehandlung umgesetzt werden.</p>	<p>7.1.1. Einschränkung des Altersbereichs gestrichen, da die Indikation für eine multimodale Behandlung in erster Linie durch die betroffenen Lebensbereiche begründet ist und nicht das Alter.</p> <p>7.1.2. Unter multimodaler Intensivbehandlung wird explizit bspw. MST verstanden (siehe Definition von Interventionen Kapitel 3.6. (Langfassung))</p>
		7.2. Empfehlungen zum Therapieformat und den Therapie-methoden	
1.5.14	Multimodal interventions should involve the child or young person and their parents and carers and should: have an explicit and supportive family focus -be based on a social learning model with interventions provided at individual, family, school, criminal justice and community levels	<p>7.2.1. Eine multimodale Intensivbehandlung soll das Kind oder den Jugendlichen und Eltern oder Betreuer miteinbeziehen und soll:</p> <ul style="list-style-type: none"> - einen direkten und unterstützenden Fokus auf das familiäre System haben (familienzentriert) <p>das gesamte Lebensumfeld des Jugendlichen einbeziehen bei der Umsetzung und Koordination</p>	

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin		S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3

<p>-be provided by specially trained case managers -typically consist of 3 to 4 meetings per week over a 3- to 5-month period -adhere to a developer's manual⁵ and employ all of the necessary materials to ensure consistent implementation of the programme.</p> <p>S1: Bei schwereren und chronifizierten Formen ist unabhängig vom Interventions-setting in der Regel eine multimodale Behandlung indiziert, die Interventionen in der Familie, der Schule und der Gleichaltrigen-gruppe mit patienten-zentrierten Einzel- oder gruppen-therapeutischen Maßnahmen kombiniert.</p> <p>NL: Es ist anzunehmen, dass die Kombination von Elternt raining und kognitive Verhaltenstherapie im Kindesalter effektiver ist, als jede Therapie gesondert. Diese Kombination ist effektiv und kosten-effektiv bei ODD/CD im klinischen Alltag. CBT und Elternt raining sollte bei Kinder mit ODD/CD ab 8 Jahren kombiniert werden. In allen Fällen, wo der Verlauf sehr schwer ist, aber auch wenn es für Eltern wichtig ist, das Kind selbst aktiv werden</p>	<p>von einem Casemanagement/ fallführenden Therapeuten koordiniert werden in der Regel 3 bis 4 Sitzungen wöchentlich über die Zeitdauer von 3 bis 5 Monaten beinhalten. Für die Familie sollte eine Rufbereitschaft eines Mitglieds des Behandlungsteams, auch außerhalb der normalen Bürozeiten, vorgehalten werden.</p> <p>7.2.2. Bei der Umsetzung als separat konzipierter Behandlungskomponenten sollte eine Integration der einzelnen Behandlungskomponenten in ein Gesamtbehandlungskonzept erfolgen.</p>	<p>7.2.2. Eine Empfehlung für Multi-Komponenten-Ansätze wurde nicht in NICE aufgenommen, da die Studienergebnisse über verschiedene Beurteilungsebenen diesbezüglich heterogen ausfielen. Da mehrere Studien jedoch zeigen, dass nicht nur multimodale/ multissystemische Ansätze wie bspw. MST, MTFC mit einer hohen Behandlungsintensität signifikante Effekte zeigt, sondern auch Multikomponenten-Ansätze: (siehe Studie von de Vries, 2015: multimodal=0.36) ergänzende Empfehlung aufgenommen unter der Prämisse einer gemeinsamen Fallführung, auch in Entsprechung zu holländischen Guidelines</p>
---	---	---

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin		S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens	
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

	<p>zu lassen.</p> <p>Aus 21 Meta-Analysen einer familientherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendliche ergab sich ein ES von 0.41 (Streuung von 0.15 bis 1.06. (Litschge 2010: aber alcohol-abuse). Die Effektivität von systemischen Behandlung bei Jugendlichen mit ernsthaften Verhaltensauffälligkeiten, einhergehend mit Delinquenz und Substanzmissbrauch ist akzeptabel. (Niveau 2) A1: Litell, 2009; Curetis, 2004; Hendriks, 2011: Niveau 2.</p>		
		<p>Multimodale Interventionen: Strategien</p>	
		<p>7.2.3. Multimodale Interventionen sollten auf einem positiv evaluierten kognitiv-behavioralen systemisch ausgerichteten Therapiekonzept beruhen und entsprechende Therapiematerialien verwenden, um eine konsistente Umsetzung der Interventionen zu gewährleisten auf relevante Risikofaktoren (z. B. geringe elterliche Aufsicht, Einbindung des Jugendliche in eine delinquente Gleichaltrigengruppe, gesundheitsschädigendes Verhalten wie Drogenkonsum) fokussieren sowie protektive Faktoren stärken (z. B. positive schulische Entwicklung)</p>	<p>Die als wirksam evaluierten multimodalen/multisystemischen Interventionen (MFTC, MST, FFT, MTFC) beinhalten alle behavioralen Strategien, um Problemverhalten zu verändern.</p> <p>Siehe z.B. Studie van Ryzin et al., 2012: Wichtigster Wirkfaktor ist eine Reduzierung des Kontakts mit devianten Gleichaltrigen</p>

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

7.Anhang: Vorarbeiten Arbeitsgruppe Ulm

Projekt: Leitlinien zu Störungen des Sozialverhaltens



Projektmitarbeitende: Dr. Thea Rau (Wissenschaftliche Mitarbeiterin)
 Peter Rehmann (Wissenschaftlicher Mitarbeiter)

I. Recherche nach Leitlinien

Zeitraum: 14.08.2012 bis 17.08.2012
http://rzblx10.uni-regensburg.de/dbinfo/warpto.php?bib_id=ubu&color=2&titel_id=149&url=+%09http%3A%2F%2Fwww.redi-bw.de%2Fdb%2Fstart.php%3Fdatabase%3DPsycINFO-ovid

Datenbanken: PsycINFO (über Ovid) http://rzblx10.uni-regensburg.de/dbinfo/warpto.php?bib_id=ubu&color=2&titel_id=205&url=http%3A%2F%2Fwww.redi-bw.de%2Fdb%2Fstart.php%3Fdatabase%3DEMBASE-ovid
 EMBASE (über Ovid) http://rzblx10.uni-regensburg.de/dbinfo/warpto.php?bib_id=ubu&color=2&titel_id=288&url=http%3A%2F%2Fwww.redi-bw.de%2Fdb%2Fstart.php%3Fdatabase%3DMedline-ovid
 MEDLINE (über Ovid) <http://www.g-i-n.net/>
 GIN
 Guideline <http://guideline.gov/>

Publikationszeitraum: 2007 bis 2012
Sprache: englisch/ deutsch

II. Datenrecherche und Auswahl der Treffer

Strategie 1: Suche nach Schlagwörtern/ Schlagwortkombinationen. Zunächst "Block Building", dann "Most Specific Facet First" (Schlagworte um zusätzliche Begriffe schrittweise erweitert).

Auswahl:

Ovid-Datenbanken: Zunächst Suche im Titel nach den eingegebenen Suchbegriffen, bei Worten (z.B. practice parameter) weiter geprüft, ob im Abstract Hinweise auf Konsensusverfahren, Expertenempfehlungen o.ä., grobe Auswahl nach thematischer Relevanz.

Leitlinien-Datenbanken: Zunächst hohe Trefferquote, da Eingrenzung der Suchbegriffe nur beschränkt möglich, grobe Auswahl nach thematischer Relevanz, hierzu ausschließlich Suche von Suchbegriffen im Titel.

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

Strategie 2: Suche über "Einstiegsliteratur" über Literaturbelege und ergänzende Anmerkungen ("Citation Pearl Growing"), Kombination mit "meta-analysis".

Strategie 1 (Datenquelle und Verschlagwortung):

- 1) Zur Literatursuche kam die Suchmaske "**ovid**" separat für drei Literaturdatenbanken (**PsycINFO, Medline, Embase**) zum Einsatz. Jede dieser Suchen beinhaltete folgende Suchbegriffe in der hier dargestellten Art der Verknüpfung:

1 (*guidelin\$2*) or (*standard\$1 and practic\$2*) or (*recommendation\$*) or (*consen\$3*) or (*expert\$*) or (*task adj force*) or (*practic\$2 adj parameter\$*) or (*leitlinie\$*) or (*richtlinie\$*) or (*standard\$1 and praxis*) or (*empfehlung\$*) or (*konsens\$*)

and 2 (*disruptive adj behavio?r\$2*) or (*disruptive adj disorder\$1*) or (*disruptive adj problem\$4*) or (*disruptive adj disturb\$*) or (*conduct adj disorder\$1*) or (*conduct adj problem\$4*) or (*conduct adj disturb\$*) or (*oppositional adj disorder\$1*) or (*oppositional adj behavio?r\$2*) or (*oppositional adj problem\$4*) or (*oppositional adj disturb\$*) or (*oppositional and defiant*) or (*defiant adj behavio?r\$2*) or (*defiant adj disorder\$1*) or (*defiant adj problem\$4*) or (*defiant adj disturb\$*) or (*defiance adj disorder\$1*) or (*defiance adj problem\$4*) or (*ODD*) or (*verhaltensstoerung\$*) or (*verhaltensgestoert\$*) or (*oppositionell\$2 adj verhalten\$*) or (*oppositionell\$2 adj stoerung\$2*) or (*oppositionell\$2 and trotz\$4*) or (*stoerung\$ adj sozialverhalten\$*) or (*stoerung\$ adj des adj sozialverhalten\$*)

and 3 (*child\$4*) or (*adolescen\$2*) or (*juvenil\$2*) or (*youth\$*) or (*young\$5*) or (*kind\$2*) or (*kindesalter\$*) or (*jugend\$6*) or (*heranwachsend\$2*) or (*jung\$2*)

Gesucht wurde jeder Begriff mit dem Suchattribut "keywords", um möglichst viele Textquellen einer Publikation zu berücksichtigen (title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier). Schließlich wurde die Ergebnisliste auf Treffer in englischer oder deutscher Sprache und auf den Publikationszeitraum 2007 bis 2012 beschränkt.

- 2) Zum Einsatz gekommen ist die online Suchmaske unter <http://www.g-i-n.net/> - Stichworte gesucht in guidelines international network - International Guidelines Database - über "Guideline search", language: engl., pub.

Gesucht wurde nach den Begriffen: (*conduct* and disorder**) (*oppos* or defiant**) (*aggression**) (*social**) (*disruptive behavior disorder*) (*disruptive behaviour disorder*) (*prevention* and disorder**) (*criminal**)

- 3) Zum Einsatz gekommen ist die online-Suchmaske unter <http://guideline.gov/> - Stichworte gesucht in National Guideline Clearing house, advanced search, language: engl., Age of target population:

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

Adolescent (13 to 18 years), Child (2 to 12 years), Clinical Speciality: Pediatrics, Pharmacology, Psychiatry, Psychology

Gesucht wurde nach den Begriffen: (*conduct disorder*) (*oppositional disorder*) (*disruptive behavior disorder*) (*disruptive behaviour disorder*) (*conduct* and disorder* or oppositional* or defiant**)

III. Ergebnisse Strategie 1

Datenbank	Schlagwort	Anzahl Treffer	Treffer, die annähernd thematisch relevant	Treffer relevant	
PsycINFO Medline Embase		244	8	3	
		133	7	2	
		269	9	2	
			= teilweise Überlappung	= vollständige Überlappung	
Quellen	Schlagwort	Anzahl Treffer	Treffer, die annähernd thematisch relevant	Anzahl relevant	
GIN	<i>disruptive behavior disorder</i>	16 results out of 7546	1	1	
	<i>disruptive behaviour disorder</i>	2 results out of 7546	0	0	
	<i>conduct* and disorder*</i>	4 results out of 7546	2	0	
	<i>oppos* or defiant*</i>	1 results out of 7546	1	1 =Überlappung	
	<i>aggression*</i>	9 results out of 7546	1	0	
	<i>social*</i>	125 results out of 7546	2	0	
	<i>prevention* and disorder*</i>	180 results out of 7546	1	0	
	<i>criminal*</i>	0			
	Guideline	<i>conduct disorder</i>	1072	1	1 =Überlappung
		<i>oppositional disorder</i>	0	0	0
<i>disruptive behavior disorder</i>		1	1	1 =Überlappung	
<i>disruptive behaviour disorder</i>		0	0	0	
<i>conduct* and disorder* or oppositional* or defiant*</i>		788	1	1 =Überlappung	
Treffer gesamt, bereinigt von Überlappungen:	11 results				

IV. Ergebnisse Strategie 2

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

PsycINFO	10 results	3 Treffer Buchkapitel
Embase	2 results	

V. Deskriptive Beschreibung der Auswahl für die Bewertung

1) Anfordern von weiteren Informationen

- Dokumentenlieferung Volltexte (subito).
- Kontaktaufnahme per E-Mail mit Expertengruppe Forsbeck et al. in Schweden (Gathering and sharing evidence-based knowledge among professionals: The approach of Stockholm, Sweden. European Child and Adolescent Psychiatry. Conference: 14th International Congress of ESCAP European Society of Child and Adolescent Psychiatry Helsinki Finland (11.06.2011-15.06.2011)).

2) Zusammenstellung der ausgewählten Literatur und Abstimmung der weiteren Vorgehensweise:

Ausschluss von Buchkapiteln, nähere Begutachtung der Literatur anhand von Volltexten nach thematischer Relevanz.

VI. Auswahl

Unterscheidung der Auswahlliteratur in 1) praktische Empfehlungen, die für eine Bewertung nach DELBI grundsätzlich geeignet sind und 2) Übersichtsarbeiten, die ergänzend angefügt werden, sofern das methodische Vorgehen zur Literaturrecherche transparent war.

1) Praktische Empfehlungen

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *Journal Am. Acad. Child Adolesc. psychiatry*, 46, 126-141.

Rosato, N. S., Corell, Ch., Pappadopulos, E. Chait, A., Crystal, S. & Jensen, P. S. (2012). Treatment of Maladaptive Aggression in Youth: CERT Guidelines II. Treatments and Ongoing Management. *Pediatrics*, 129(6):1577-1586.

Forsbeck et al. in Schweden (Gathering and sharing evidence-based knowledge among professionals: The approach of Stockholm, Sweden. European Child and Adolescent Psychiatry. Conference: 14th International Congress of ESCAP European Society of Child and Adolescent Psychiatry Helsinki Finland (11.06.2011-15.06.2011)).

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

2) Übersichtsarbeiten

- Bachmann, Ch., Lehmkuhl, G., Petermann, F. & Scott, S. (2010). Evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen für Kinder und Jugendliche mit aggressivem Verhalten. *Kindheit und Entwicklung*, 19(4):245 – 254.
- Bachmann, M, Bachmann, Ch., Rief, W. & Mattejat, F. (2008). Wirksamkeit psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen bei psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 36(5):321-334.
- Eyberg, S.M., Nelson, M.M. & Boggs, S.R. (2008). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Children and Adolescents With Disruptive Behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1):215–237.
- Garland, A. F., Hawley, K. M., Brookman-Frazee, L. & Hurlburt, M. (2008). Identifying common elements of evidence-based psychosocial treatments for children's disruptive behavior problems. *Journal Am. Acad. Child Adolesc. psychiatry*, 47, 505-141.
- Grove, A. B, Evans, S. W., Pastor, D. A. & Mack, S. D. (2008). A meta-analytic examination of follow-up studies of programs designed to prevent the primary symptom of oppositional defiant and conduct disorder. *Aggression and violence behaviour*, 13:169-184.
- Pappadopulos, E., Rosato, N. S., Correll, C. U., Findling, R. L., Lucas, J., Crystal, S. & Jensen, P. S. (2011). Experts recommendations for treating maladaptive aggression in youth. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 21:505-515.

VII. Bewertung mittels DELBI (Domäne 3)

Nach der Bewertung mittels DELBI Domäne 3 wurde in der Bewertungsgruppe konsentiert:

Die Empfehlungen der American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2007) weisen annähernd ausreichend methodische Qualität auf (Cut off=14 Pkt.; Ergebnis=11 Pkt.) (*Detailangaben: Angaben zu Suchstrategie z.B. Anzahl der Gesamttreffer, Angaben zu Schlagwörtern, fehlen. Abstimmungsverfahren in der Expertengruppe nicht angegeben, kein Bezug der angeführten Effekte von Maßnahmen zu spezifischer Evidenz, Empfehlung nicht vollständig und abschließend mit "level of evidence" belegt. Detailangaben zum Begutachtungsverfahren und Angaben zur Aktualisierung der Leitlinie fehlen.*)

publiziert bei:	 AWMF online Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

VIII. Abschließendes Ergebnis

Leitlinien zu „Störungen des Sozialverhaltens“, die seit 2007 publiziert wurden, liegen nicht vor. Die von der AACAP 2007 veröffentlichten Practice Parameters zeigen annähernd Leitliniencharakter. Aufgrund von Schwierigkeiten bei der Dokumentbestellung konnte die Arbeit von Rosato et al. 2012 zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht bewertet werden.

Die Arbeitsgruppe Forsbeck et al. (Schweden) hat sich auf die Kontaktaufnahme per E-mail am 27.08.2012 gemeldet. Über 100 Experten haben mitgewirkt an der Erstellung von Leitlinien für Fachkräfte für das Spektrum von Diagnosen für Kinder und Jugendliche. Die Leitlinien sind in einem Buch zusammengefasst (erhältlich nur in Schwedisch). Weitere Informationen zur Arbeitsgruppe „CD and oppositional defiant disorder“ können über Frau Maria Helander angefordert werden (maria.helander@sll.se).

In der Literatur wurde ein Hinweis gefunden, dass Leitlinien speziell zu ODD bislang fehlen; Poulton, M. (2011). Time to redefine the diagnosis of oppositional defiant disorder. *Journal of paediatrics and child health*, 47: 332-334.

Die zusätzlich recherchierten Übersichtsartikel geben einen groben Einblick über die aktuell vorliegende Literatur zum Thema insgesamt. Deren Auswahl liegt jedoch keine systematische Literaturrecherche zugrunde.

gez. Rau/ Allroggen

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

IV. Literatur und Weblinks

- Abikoff, H. B., Thompson, M., Laver-Bradbury, C., Long, N., Forehand, R. L., Miller Brotman, L., ... & Sonuga-Barke, E. (2015).
- Abikoff, H. B., Thompson, M., Laver-Bradbury, C., Long, N., Forehand, R. L., Miller Brotman, L., ... & Sonuga-Barke, E. (2015). Parent training for preschool ADHD: a randomized controlled trial of specialized and generic programs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(6), 618-631.
- Abrahamse, M. E., Junger, M., Chavannes, E. L., Coelman, F. J., Boer, F., & Lindauer, R. J. (2012). Parent-child interaction therapy for preschool children with disruptive behaviour problems in the Netherlands. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 6(1), 24.
- Achenbach, T.M. and L.A. Rescorla, *Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles*. 2001, Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- ADAPTE Collaboration, *Manual for Guideline Adaptation*. Version 1.0. 2007. Verfügbar unter: <http://www.adapte.org>. 2007.
- Aebi, M., Perriard, R., Stiffler Scherrer, B. & Wettach, R. (2011). *Kinder mit oppositionellem und aggressivem Verhalten. Das Baghira-Training*. Göttingen: Hogrefe
- AGREE Collaboration, *Development and validation of an internal appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: The AGREE project*. *Qual Saf Health Care* 12: 18–23. 2003.
- Altepeter, T.S. and M.J. Breen, *The Home Situations Questionnaire (HSQ) and the School Situations Questionnaire (SSQ): Normative Data and an Evaluation of Psychometric Properties*. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 1989. 7:312-322.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *Journal Am. Acad. Child Adolesc. psychiatry*, 46, 126-141.
- American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. 2013, Arlington VA: American Psychiatric Association.
- Ang, R. P., & Hughes, J. N. (2001). Differential benefits of skills training with antisocial youth based on group composition: A meta-analytic investigation. *School Psychology Review*, 31, 164-185.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) – ständige Kommission Leitlinien, *AWMF-Regelwerk „Leitlinien“*. 1. Auflage. 2012. Verfügbar unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html>. 2012.
- Arbuthnot, J., & Gordon, D. A. (1986). Behavioral and cognitive effects of a moral reasoning development intervention for high-risk behavior-disordered adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 208-216.
- Asscher, J. J., Deković, M., Manders, W. A., van der Laan, P. H., & Prins, P. J. (2013). A randomized controlled trial of the effectiveness of multisystemic therapy in the Netherlands: post-treatment changes and moderator effects. *Journal of Experimental Criminology*, 9(2), 169-187.
- Averdijk, M., Zirk-Sadowski, J., Ribeaud, D., & Eisner, M. (2016). Long-term effects of two childhood psychosocial interventions on adolescent delinquency, substance use, and antisocial behavior: A cluster randomized controlled trial. *Journal of Experimental Criminology*, 12(1), 21-47.
- Axberg, U., & Broberg, A. G. (2012). Evaluation of “The Incredible Years” in Sweden: The transferability of an American parent-training program to Sweden. *Scandinavian journal of psychology*, 53(3), 224-232.
- Axelrad, M. E., Butler, A. M., Dempsey, J., & Chapman, S. G. (2013). Treatment effectiveness of a brief behavioral intervention for preschool disruptive behavior. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 20(3), 323-332.

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

- Bachmann, Ch., Lehmkuhl, G., Petermann, F. & Scott, S. (2010). Evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen für Kinder und Jugendliche mit aggressivem Verhalten. *Kindheit und Entwicklung*, 19(4):245 – 254.
- Bachmann, M, Bachmann, Ch., Rief, W. & Mattejat, F. (2008). Wirksamkeit psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen bei psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 36(5):321-334.
- Bagner, D. M., Coxe, S., Hungerford, G. M., Garcia, D., Barroso, N. E., Hernandez, J., & Rosa-Olivares, J. (2015). Behavioral parent training in infancy: a window of opportunity for high-risk families. *Journal of abnormal child psychology*, 1-12.
- Baier, V., Favrod, J., Ferrari, P., Koch, N., & Holzer, L. (2013). Early tailored assertive community case management for hard-to-engage adolescents suffering from psychiatric disorders: an exploratory pilot study. *Early intervention in psychiatry*, 7(1), 94-99.
- Baldwin et al. (2012). The effects of family therapies for adolescent delinquency and substance abuse: A meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 281-304.
- Balshem, H., et al., GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol*, 2011. 64(4):401-6.
- Barlow et al. (2010). Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in children from birth to three years old. *The Cochrane Library*.
- Bennett, D. S., & Gibbons, T. A. (2000). Efficacy of child cognitive-behavioral interventions for antisocial behavior: A meta-analysis. *Child and Family Behavior Therapy*, 22, 1-15.
- Berk, E., Plück, J. & Döpfner, M. (2008). Zufriedenheit der Eltern mit Elterngruppen auf der Grundlage des Therapieprogramms THOP in der klinischen Versorgung von Kindern mit ADHS-Symptomatik. (Studie 1) Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen-Zeitschrift für die psychosoziale Praxis, 4, 99-108.
- Bjørknes, R., & Manger, T. (2013). Can parent training alter parent practice and reduce conduct problems in ethnic minority children? A randomized controlled trial. *Prevention science*, 14(1), 52-63.
- Boege, I., Mayer, L., Muche, R., Corpus, N., Schepker, R., & Fegert, J. M. (2015). Home treatment – insbesondere für expansive Jungen?. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*.
- Bowi, U., Ott, G. & Tress, W. (2008). Faustlos - Gewaltprävention in der Grundschule. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57, 509-520.
- Bratton, S. C., Ceballos, P. L., Sheely-Moore, A. I., Meany-Walen, K., Pronchenko, Y., & Jones, L. D. (2013). Head start early mental health intervention: Effects of child-centered play therapy on disruptive behaviors. *International Journal of Play Therapy*, 22(1), 28.
- Breitenstein, S. M., Gross, D., Fogg, L., Ridge, A., Garvey, C., Julion, W., & Tucker, S. (2012). The Chicago Parent Program: Comparing 1-year outcomes for African American and Latino parents of young children. *Research in nursing & health*, 35(5), 475-489.
- Brosig, K. M. (2007). Verändertes Sozialverhalten im Unterrichts: Das Konstanzer Trainingsmodell (KTM) - kompakt. Eine Evaluationsstudie. Göttingen: Cuvillier.
- Bugental, D. B., Corpuz, R., & Schwartz, A. (2012). Preventing children's aggression: Outcomes of an early intervention. *Developmental psychology*, 48(5), 1443.
- Burke, K., Brennan, L., & Cann, W. (2012). Promoting protective factors for young adolescents: ABCD Parenting Young Adolescents Program randomized controlled trial. *Journal of adolescence*, 35(5), 1315-1328.
- Candelaria et al. (2012). The effects of anger management on children's social and emotional outcomes: A meta-analysis. *School Psychology International*, 0143034312454360.

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

- Carta, J. J., Lefever, J. B., Bigelow, K., Borkowski, J., & Warren, S. F. (2013). Randomized trial of a cellular phone-enhanced home visitation parenting intervention. *Pediatrics*, 132(Supplement 2), S167-S173.
- Chu, J. T. W., Bullen, P., Farruggia, S. P., Dittman, C. K., & Sanders, M. R. (2015). Parent and adolescent effects of a universal group program for the parenting of adolescents. *Prevention Science*, 16(4), 609-62.
- Cierpka, M. (2001). FAUSTLOS. Ein Curriculum zur Prävention von aggressivem und gewaltbereitem Verhalten. Göttingen: Hogrefe.
- Cierpka, M. (Hrsg.) (2003). FAUSTLOS. Ein Curriculum zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen und zur Gewaltprävention für den Kindergarten. Göttingen: Hogrefe.
- Clark, S. E., & Jerrott, S. (2012). Effectiveness of day treatment for disruptive behaviour disorders: what is the long-term clinical outcome for children? *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 21(3), 204.
- Colvin, A., S.M. Eyberg, and C.D. Adams, Restandardization of the Eyberg Child Behavior Inventory. 1999, Gainesville, FL: University of Florida, Child Study Laboratory.
- Comer et al. (2013). Psychosocial treatment efficacy for disruptive behavior problems in very young children: a meta-analytic examination. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(1), 26-36.
- Connors, C.K., et al., The revised Connors' Parent Rating Scale (CPRS-R): factor structure, reliability, and criterion validity. *J Abnorm Child Psychol*, 1998. 26(4):257-68.
- Cooper et al. (2016). The effect of omega-3 polyunsaturated fatty acid supplementation on emotional dysregulation, oppositional behaviour and conduct problems in ADHD: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 190, 474-482.
- Cunningham, R. M., Chermack, S. T., Zimmerman, M. A., Shope, J. T., Bingham, C. R., Blow, F. C., & Walton, M. A. (2012). Brief motivational interviewing intervention for peer violence and alcohol use in teens: one-year follow-up. *Pediatrics*, 129(6), 1083-109.
- Currie, M., & Startup, M. (2012). Doing anger differently: Two controlled trials of percussion group psychotherapy for adolescent reactive aggression. *Journal of adolescence*, 35(4), 843-853.
- Dadds, M. R., Cauchi, A. J., Wimalaweera, S., Hawes, D. J., & Brennan, J. (2012). Outcomes, moderators, and mediators of empathic-emotion recognition training for complex conduct problems in childhood. *Psychiatry Research*, 199(3), 201-207.
- Dadds, M. R., Jambrak, J., Pasalich, D., Hawes, D. J., & Brennan, J. (2011). Impaired attention to the eyes of attachment figures and the developmental origins of psychopathy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(3), 238-245.
- Dakof, G. A., Henderson, C. E., Rowe, C. L., Boustani, M., Greenbaum, P. E., Wang, W., ... & Liddle, H. A. (2015). A randomized clinical trial of family therapy in juvenile drug court. *Journal of family psychology*, 29(2), 232.
- Day, C., Michelson, D., Thomson, S., Penney, C., & Draper, L. (2012). Evaluation of a peer led parenting intervention for disruptive behaviour problems in children: community based randomised controlled trial. *BMJ*, 344, e1107.
- De Swart et al. (2012). The effectiveness of institutional youth care over the past three decades: A meta-analysis. *Children and Youth Services Review*, 34(9), 1818-1824.
- De Vries et al. (2015). Practitioner Review: Effective ingredients of prevention programs for youth at risk of persistent juvenile delinquency—recommendations for clinical practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(2), 108-121.
- Deković, M., Asscher, J. J., Manders, W. A., Prins, P. J., & van der Laan, P. (2012). Within-intervention change: mediators of intervention effects during multisystemic therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(4), 574.

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

- DELBI Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), DELBI. Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung. Domäne 3 „Methodologische Exaktheit der Leitlinien-Entwicklung“. 2008.
- Dishion TJ1, McCord J, Poulin F. (1999). When interventions harm. Peer groups and problem behavior. *Am Psychol.* 1999 Sep;54(9):755-64.
- Dodge, K. A. & Schwartz, D. (1997). Social information processing mechanisms in aggressive behavior. In D. M. Stoff, J. Breiling, & J.D. Maser (Hrsg.), *Handbook of antisocial behavior* (S. 171-180). New York: Wiley.
- Dodge, K. A., Bierman, K. L., Coie, J. D., Greenberg, M. T., Lochman, J. E., McMahon, R. J., . . . Conduct Problems Prevention Research, G. (2015). Impact of early intervention on psychopathology, crime, and well-being at age 25. *American Journal of Psychiatry*, 172(1), 59-70.
- Döpfner M., Breuer D., Schürmann S., Wolff Metternich T., Rademacher C & Lehmkuhl G (2004). Effectiveness of an adaptive multimodal treatment in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder – global outcome. *European Child & Adolescent Psychiatry* 13 (Suppl. 1): 1/117–1/129.
- Döpfner, M. and A. Görtz-Dorten, Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-5 für Kinder und Jugendliche (DISYPS-III) 2017, Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M. and H.-C. Steinhausen, Kinder-Diagnostik-System (KIDS), Band 3: Störungsübergreifende Verfahren zur Diagnostik psychischer Störungen. 2012, Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., et al., DISYPS-II : Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche - II. 2008, Bern: Huber.
- Döpfner, M., Ise, E., Breuer, D., Rademacher, C., Wolff Metternich-Kaizman, T., & Schürmann, S. (2016). Long-term course after adaptive multimodal treatment for children with ADHD: An eight year follow-up. *Journal of Attention Disorders* (epub ahead of print).
- Döpfner, M., Ise, E., Wolff Metternich-Kaizman, T., Schürmann, S., Rademacher, C., & Breuer, D. (2015). Adaptive multimodal treatment for children with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder: An 18 month follow-up. *Child Psychiatry & Human Development*, 46, 44–56.
- Döpfner, M., Kinnen, C., & Halder, J. (2016). THOP-Gruppenprogramm für Eltern von Kindern mit ADHS-Symptomen und expansivem Problemverhalten. Manual. Weinheim: Beltz.
- Döpfner, M., Schürmann, S. & Frölich, J. (2013). Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP). 5. Aufl. Weinheim: Beltz.
- Döpfner, M., Schürmann, S. & Lehmkuhl, G. (2017). Wackelpeter & Trotzkopf. Hilfen für Eltern bei hyperkinetischem und oppositionellem Verhalten (5. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Dopp, A. R., Borduin, C. M., Wagner, D. V., & Sawyer, A. M. (2014). The economic impact of multisystemic therapy through midlife: A cost-benefit analysis with serious juvenile offenders and their siblings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(4), 694-705.
- Dose, C., Hautmann, C., Buerger, M., Schuermann, S., Woitecki, K., & Doepfner, M. (2017). Telephone-assisted self-help for parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder who have residual functional impairment despite methylphenidate treatment: A randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58, 682-690.
- Dreisörner T. (2006). Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Gruppenprogramme bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). *Kindheit und Entwicklung* 15: 255–266.
- Duncan, L., et al., Research Review: Test-retest reliability of standardized diagnostic interviews to assess child and adolescent psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *J Child Psychol Psychiatry*, 2018.
- Duncombe, M. E., Havighurst, S. S., Kehoe, C. E., Holland, K. A., Frankling, E. J., & Stargatt, R. (2016). Comparing an Emotion- and a Behavior-Focused Parenting Program as Part of a Multisystemic

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

- Intervention for Child Conduct Problems. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(3), 320-334.
- Durlak, J. A., Fuhrman, T., & Lampman, C. (1991). Effectiveness of cognitive-behavior therapy for maladapting children: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 110, 204-214.
- Eichelberger, I., Plück, J., Hanisch, C., Hautmann, C., Jänen, N., & Döpfner, M. (2010). Effekte universeller Prävention mit dem Gruppenformat des Elterntrainings Triple P auf das kindliche Problemverhalten, das elterliche Erziehungsverhalten und die psychische Belastung der Eltern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39, 24-32.
- Eisner, M., & Ribeaud, D. (2008). Wie wirkt Frühprävention von Gewalt? Zentrale Ergebnisse des Zürcher Interventions- und Präventionsprogramm an Schulen (zipp). *Psychologie & Erziehung*, 34(2), 18-25.
- Eisner, M., Jünger, R., & Greenberg, M. (2006). Gewaltprävention durch die Förderung sozialer und emotionaler Kompetenzen in der Schule. Das PATHS / PFAD Curriculum. In: *Praxis der Rechtspsychologie*. 16. Jg. Heft 1/2. S. 144-168
- Enebrink, P., Högström, J., Forster, M., & Ghaderi, A. (2012). Internet-based parent management training: A randomized controlled study. *Behaviour research and therapy*, 50(4), 240-249.
- Epstein et al. (2015). Psychosocial interventions for child disruptive behaviors: a meta-analysis. *Pediatrics*, peds-2015.
- Eyberg, S.M., Nelson, M.M. & Boggs, S.R. (2008). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Children and Adolescents With Disruptive Behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1):215–237.
- Feindler, E.L., Marriott, S. & Iwata, M. (1984). Group anger control training for junior high school delinquents. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 299-311.
- Feldmann, M., Heinrichs, N., Hahlweg, K., & Bertram, H. (2007). Bibliothérapie zur Verbesserung elterlicher Erziehungscompetenz: Eine randomisierte Evaluationsstudie. *Verhaltenstherapie*, 17(1), 26-35.
- Ford, J. D., & Hawke, J. (2012). Trauma affect regulation psychoeducation group and milieu intervention outcomes in juvenile detention facilities. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 21(4), 365-384.
- Ford, J. D., Steinberg, K. L., Hawke, J., Levine, J., & Zhang, W. (2012). Randomized trial comparison of emotion regulation and relational psychotherapies for PTSD with girls involved in delinquency. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41(1), 27-37.
- Forsbeck et al. in Schweden (Gathering and sharing evidence-based knowledge among professionals: The approach of Stockholm, Sweden. *European Child and Adolescent Psychiatry*. Conference: 14th International Congress of ESCAP European Society of Child and Adolescent Psychiatry Helsinki Finland (11.06.2011-15.06.2011).
- Forster, M., Sundell, K., Morris, R. J., Karlberg, M., & Melin, L. (2010). A randomized controlled trial of a standardized behavior management intervention for students with externalizing behavior. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 1063426610387431
- Fossum, S., Handegard, B. H., Martinussen, M., & Morch, W. T. (2008). Psychosocial interventions for disruptive and aggressive behaviour in children and adolescents: A meta-analysis. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17, 438-451.
- Frick et al. (2014). Can callous-unemotional traits enhance the understanding, diagnosis, and treatment of serious conduct problems in children and adolescents? A comprehensive review. *Psychological Bulletin*, 140(1), 1.
- Fukkink et al. (2008). Video feedback in widescreen: A meta-analysis of family programs. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 904-916.

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

- Gardner, F., Shaw, D. S., Dishion, T. J., Burton, J., & Supplee, L. (2007). Randomized prevention trial for early conduct problems: effects on proactive parenting and links to toddler disruptive behavior. *Journal of Family Psychology, 21*(3), 398.
- Garland, A. F., Hawley, K. M., Brookman-Frazee, L. & Hurlburt, M. (2008). Identifying common elements of evidence-based psychosocial treatments for children's disruptive behavior problems. *Journal Am. Acad. Child Adolesc. psychiatry, 47*, 505-141.
- Garland, A. F., Hawley, K. M., Brookman-Frazee, L., & Hurlburt, M. S. (2008). Identifying common elements for children's disruptive behavior problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 47*, 505-514.
- Gavita, O. A., David, D., Bujoreanu, S., Tiba, A., & Ionuțiu, D. R. (2012). The efficacy of a short cognitive-behavioral parent program in the treatment of externalizing behavior disorders in Romanian foster care children: Building parental emotion-regulation through unconditional self- and child-acceptance strategies. *Children and Youth Services Review, 34*(7), 1290-1297.
- Goertz-Dorten, A., Benesch, C., Hautmann, C., Berk-Pawlitzeck, E., Faber, M., Lindenschmidt, T., Stadermann, R., Schuh, L., & Doepfner, M. (2015). Efficacy of an individualized social competence training for children with Oppositional Defiant Disorders / Conduct Disorders. *Psychotherapy Research* (online). doi: 10.1080/10503307.2015.1094587
- Goh et al. (2010). Individualized positive behavior support in school settings: A meta-analysis. *Remedial and Special Education, 0741932510383990*.
- Görtz-Dorten, A. & Döpfner, M. (2010). Fragebogen zum aggressiven Verhalten von Kindern. Göttingen: Hogrefe.
- Görtz-Dorten, A. & Döpfner, M. (2010). Therapieprogramm für Kinder mit aggressivem Verhalten (THAV). Göttingen: Hogrefe.
- Görtz-Dorten, A. & Döpfner, M. (2016). Soziales computerunterstütztes Training für Kinder mit aggressivem Verhalten (ScouT). Göttingen: Hogrefe
- Görtz-Dorten, A., Benesch, C., Berk-Pawlitzeck, E., Faber, M., Hautmann, C., Hellmich, M., Lindenschmidt, T., Schuh, L., Stadermann, R., & Döpfner, M. (under revision). Efficacy of an individualized social competence training for children with Oppositional Defiant Disorders / Conduct Disorders - A randomized controlled trial with an active control group.
- Görtz-Dorten, A., Benesch, C., Hautmann, C., Berk-Pawlitzeck, E., Faber, M., Lindenschmidt, T., ... & Döpfner, M. (2015). Efficacy of an individualized social competence training for children with Oppositional Defiant Disorders/Conduct Disorders. *Psychotherapy Research, 1-12*.
- Görtz-Dorten, A., Benesch, C., Hautmann, C., Berk, E., Faber, M., Lindenschmidt, T., Stadermann, R., Schuh, L. & Doepfner, M. (2017). Efficacy of an individualized social competence training for children with Oppositional Defiant Disorders / Conduct Disorders. *Psychotherapy Research, 27*(3), 326-337.
- GRADE working group, Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ, 2004. 328*(7454):1490-1498.
- Grassmann, D. & Stadler, C. (2009). Verhaltenstherapeutisches Intensivtraining zur Reduktion von Aggression. Wien: Springer.
- Grove, A. B, Evans, S. W., Pastor, D. A. & Mack, S. D. (2008). A meta-analytic examination of follow-up studies of programs designed to prevent the primary symptom of oppositional defiant and conduct disorder. *Aggression and violence behaviour, 13*:169-184.
- Hahlweg, K., Heinrichs, N., Kuschel, A., Bertram, H. & Naumann, S. (2010). Long-term outcome of a randomized controlled universal prevention trial through a positive parenting program: is it worth the effort? *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 4*:14
- Hanisch, C., Freund-Braier, I., Hautmann, C., Jänen, N., Plück, J., Brix, G., Eichelberger, I. & Döpfner, M. (2010). Detecting effects of the indicated Prevention programme for Externalizing Prob-

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

- lem behaviour (PEP) on child symptoms, parenting, and parental quality of life in a randomised controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38, 95-112.
- Hanisch, C., Hautmann, C., Eichelberger, I., Plück, J., & Döpfner, M. (2010). Die klinische Signifikanz des Präventionsprogramms für Expansives Problemverhalten (PEP) im Langzeitverlauf Verhaltenstherapie 20, 265-274.
- Hanisch, C., Hautmann, C., Plück, J., Eichelberger, I., & Döpfner, M. (2014). The prevention program for externalizing problem behavior (PEP) improves child behaviour by reducing negative parenting: analysis of mediating processes in a randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 55, 473-484.
- Hanisch, C., Plück, J., Meyer, N., Brix, G., Freund-Braier, I., Hautmann, C. & Döpfner, M. (2006). Kurzeffekte des indizierten Präventionsprogramms für Expansives Problemverhalten (PEP) auf das elterliche Erziehungsverhalten und auf das kindliche Problemverhalten *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35(2), 117-126.
- Hansson, K., & Olsson, M. (2012). Effects of multidimensional treatment foster care (MTFC): Results from a RCT study in Sweden. *Children and Youth Services Review*, 34(9), 1929-1936.
- Hassiotis & Hall (2008). *Behavioural and cognitive-behavioural interventions for outwardly-directed aggressive behaviour in people with learning disabilities. status and date: Edited (no change to conclusions), published in, (3).*
- Hautmann, C., & Döpfner, M. (2015). Comparison of behavioral and non-directive guided self-help for parents of children with externalizing behavior problems. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24 (Suppl. 1), S17.
- Hautmann, C., Eichelberger, I., Hanisch, C., Plück, J., Walter, D. & Döpfner, M. (2010). The severely impaired do profit most: Short-term and long-term predictors of therapeutic change for a parent management training under routine care conditions for children with externalizing problem behavior. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19, 419-430.
- Hautmann, C., Hanisch, C., Ilka, M., Plück, J., Walter, D. & Döpfner, M. (2009). Does parent management training for children with externalizing problem behavior in routine care result in clinically significant changes? *Psychotherapy Research*, 19, 224-233.
- Hautmann, C., Hanisch, C., Mayer, I., Plück, J. & Döpfner, M. (2008). Effectiveness of the prevention program for externalizing problem behaviour (PEP) in children with symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder - generalization to the real world. *Journal of Neural Transmission*, 115 (2), 363-370.
- Hautmann, C., Hoijtink, H., Eichelberger, I., Görtz-Dorten, A., Hanisch, C., Plück, J., Walter, D., & Döpfner, M. (2013). Any indication for bias due to participation? Comparison of the effects of a parent management training rated by participating and non-participating parents. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 20, 384-393.
- Hautmann, C., Hoijtink, H., Eichelberger, I., Hanisch, C., Plück, J., Walter, D. & Döpfner, M. (2009). One-year follow-up of a parent management training for children with externalizing behavior problems in the real world. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 379-396.
- Hautmann, C., Stein, P., Eichelberger, I., Hanisch, C., Plück, J., Walter, D., & Döpfner, M. (2011). The Severely Impaired Do Profit Most: Differential Effectiveness of a Parent Management Training for Children with Externalizing Behavior Problems in a Natural Setting. *Journal of Child and Family Studies*, 20(4), 424-435.
- Hautmann, C., Stein, P., Hanisch, C., Eichelberger, I., Plück, J., Walter, D., & Döpfner, M. (2009). Does parent management training for children with externalizing problem behavior in routine care result in clinically significant changes? *Psychotherapy research*, 19(2), 224-233.
- Havighurst, S. S., Duncombe, M., Frankling, E., Holland, K., Kehoe, C., & Stargatt, R. (2015). An emotion-focused early intervention for children with emerging conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(4), 749-760.

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

- Havighurst, S. S., Wilson, K. R., Harley, A. E., Kehoe, C., Efron, D., & Prior, M. R. (2013). "Tuning into Kids": reducing young children's behavior problems using an emotion coaching parenting program. *Child Psychiatry Hum Dev*, 44(2), 247-264.
- Hawes et al. (2014). Callous-unemotional traits and the treatment of conduct problems in childhood and adolescence: A comprehensive review. *Clinical child and family psychology review*, 17(3), 248-267.
- Heinrichs, N., Hahlweg, K., Bertram, H., u.a. (2006). Die langfristige Wirksamkeit eines Elterstrainings zur universellen Prävention kindlicher Verhaltensstörungen, Ergebnisse aus Sicht der Mütter und Väter. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35, 82-95.
- Heinrichs, N., Krüger, S., Guse, U. (2006). Der Einfluss von Anreizen auf die Rekrutierung von Eltern und auf die Effektivität eines Elterstrainings. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 35, 97-108.
- Hendriks, V., van der Schee, E., & Blanken, P. (2011). Treatment of adolescents with a cannabis use disorder: Main findings of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavioral therapy in The Netherlands. *Drug and Alcohol Dependence*, 119(1-2), 64-71.
- Henggeler & Sheidow (2012). Empirically supported family-based treatments for conduct disorder and delinquency in adolescents. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 30-58.
- Herr et al. (2014). Wirksamkeit eltern-zentrierter Interventionen bei Kindern im Alter von zwei bis zwölf Jahren. *Kindheit und Entwicklung*.
- Hobbel, S., & Drugli, M. B. (2013). Symptom changes of oppositional defiant disorder after treatment with the Incredible Years Program. *Nordic journal of psychiatry*, 67(2), 97-103.
- Hockenhull et al. (2012). A systematic review of prevention and intervention strategies for populations at high risk of engaging in violent behaviour: update 2002–8.
- Hogue, A., Henderson, C. E., Dauber, S., Barajas, P. C., Fried, A., & Liddle, H. A. (2008). Treatment adherence, competence, and outcome in individual and family therapy for adolescent behavior problems. *J Consult Clin Psychol*, 76(4), 544-555.
- Honkanen-Schoberth, P., Jennes Rosenthal, L (2004). *Starke Eltern Starke Kinder. Elternkurs des Deutschen Kinderschutzbundes*
- Hornsveld et al. (2015). Aggression Replacement Training for violent young men in a forensic psychiatric outpatient clinic. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(18), 3174-3191.
- Humpert, W., & Dann, H.-D. (2012). *KTM kompakt – Basistraining zur Störungsreduktion und Gewaltprävention in pädagogischen und helfenden Berufen auf der Grundlage des Konstanzer Trainingsmodells. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Huber.*
- Hurlburt, M. S., Nguyen, K., Reid, J., Webster-Stratton, C., & Zhang, J. (2013). Efficacy of the Incredible Years group parent program with families in Head Start who self-reported a history of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 37(8), 531-543.
- Hyde, L. W., Shaw, D. S., Gardner, F., Cheong, J., Dishion, T. J., & Wilson, M. (2013). Dimensions of callousness in early childhood: Links to problem behavior and family intervention effectiveness. *Development and Psychopathology*, 25(02), 347-363.
- Ise, E., Kierfeld, F., & Döpfner, M. (2015). One-year follow-up of guided self-help for parents of preschool children with externalizing behavior. *The journal of primary prevention*, 36(1), 33-40.
- Ise, E., Schröder, S., Breuer, D., & Döpfner, M. (2015). Parent-child inpatient treatment for children with behavioural and emotional disorders: a multilevel analysis of within-subjects effects. *BMC Psychiatry* 15: 288.
- James & Zepeda (2013). Effectiveness and implementation of evidence-based practices in residential care settings. *Children and youth services review*, 35(4), 642-656.

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

- Jans et al. (2015). Does intensive multimodal treatment for maternal ADHD improve the efficacy of parent training for children with ADHD? A randomized controlled multicenter trial. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 56, 1298 -1313.
- Jans, T., et al., The Kiddie-SADS allows a dimensional assessment of externalizing symptoms in ADHD children and adolescents. *Atten Defic Hyperact Disord*, 2009. 1(2):215-22.
- Jewell, J. D., & Elliff, S. J. (2013). An investigation of the effectiveness of the Relaxation Skills Violence Prevention (RSVP) Program with juvenile detainees. *Criminal justice and behavior*, 40(2), 203-213.
- Kadzin, A. E., Bass, D., Siegel, T., & Thomas, C. (1989). Cognitive-behavioral therapy and relationship therapy in the treatment of children referred for antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 522-535.
- Kaminski, J., Valle, L. A., Filene, J. H., & Boyle, C. L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(4), 567-589.
- Kazdin, A. E., Siegel, T. C., & Bass, D. (1992). Cognitive problem-solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 733-747.
- Kendall, P. C., Reber, M., McLeer, S., Epps, J., & Ronan, K. R. (1990). Cognitive-behavioral treatment of conduct-disordered children. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 279-297.
- Kettlewell, P. W. & Kausch, D. F. (1983) The generalization of the effects of a cognitive-behavioral treatment program for aggressive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 11, 101-114.
- Kierfeld, F. & Döpfner, M. (2006). Bibliotherapie als Behandlungsmöglichkeit bei Kindern mit externalen Verhaltensstörungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34, 377-386.
- Kierfeld, F., Ise, E., Hanisch, C., Görtz-Dorten, A., & Döpfner, M. (2013). Effectiveness of telephone-assisted parent-administered behavioural family Intervention for preschool children with externalizing problem behaviour: A randomized controlled trial. *European Child and Adolescent Psychiatry* 22, 553-565.
- Kinnen, C., Halder, J., & Döpfner, M. (2016). THOP-Gruppenprogramm für Eltern von Kindern mit ADHS-Symptomen und expansivem Problemverhalten. *Arbeitsbuch für Eltern*. Weinheim: Beltz
- Kjøbli, J., & Ogden, T. (2012). A randomized effectiveness trial of brief parent training in primary care settings. *Prevention Science*, 13(6), 616-626.
- Knapp, P., et al. (2012). "Treatment of maladaptive aggression in youth: CERT guidelines I. Engagement, assessment, and management." *Pediatrics* 129(6): e1562-1576.
- Kolko, D. J., Dorn, L. D., Bukstein, O. G., Pardini, D., Holden, E. A., & Hart, J. D. (2009). Community vs. clinic-based modular treatment of children with early-onset ODD or CD: A clinical trial with three year follow-up. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 591-609.
- Konrad, G. (2002). *Entwicklung und Evaluation eines Gruppentrainings für Mütter von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS)*. Frankfurt: Peter Lang.
- Laezer, K.L. Tischer, I., Gaertner, B., Leuzinger-Bohleber, M. (2015): *Aufwendige Langzeit-Psychotherapie und kostengünstige medikamentengestützte Verhaltenstherapie im Vergleich. Ergebnisse einer gesundheitsökonomischen Analyse der Behandlungskosten von Kindern mit der Diagnose ADHS und Störung des Sozialverhaltens*. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 20, 178 – 185
- Laezer, K.L. (2015). Effectiveness of psychoanalytic psychotherapy without medication and behavioral treatment with or without medication in children with externalizing disorders. *Journal of*

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

- Infant, Child and Adolescent Psychotherapy; 14(2): 111-128, DOI: 10.1080/15289168.2015.1014991
- Laezer, K.L., Tischer, I., Gaertner, B., Leuzinger-Bohleber, M. (2014): Forschungsbericht: Psychoanalytische und verhaltenstherapeutisch /medikamentöse Behandlungen von Kindern mit Desintegrationsstörungen. Ergebnisse der Frankfurter ADHS-Wirksamkeitsstudie. Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie, 164(4), 451-494
- Langeveld, J. H., Gundersen, K. K., & Svartdal, F. (2012). Social competence as a mediating factor in reduction of behavioral problems. Scandinavian Journal of Educational Research, 56(4), 381-399.
- Lauth G.W., Kausch T.W.E. & Schlottke P.F. (2005). Effekte von eltern- und kindzentrierten Interventionen bei Hyperkinetischen Störungen. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 34, 248–257.
- Lauth, G. W., Grimm, K. & Otte, T. A. (2007). Verhaltensübungen im Elterntaining. Eine Studie zur differenzierten Wirksamkeit im Elterntaining. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 36, 26-35.
- Lauth, G. W., Heubeck, B. (2006). Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger Kinder (KES): Ein Präventionsprogramm. Göttingen: Hogrefe
- Lauth, G.W., Otte, A.T. & Heubeck, B. (2009). Effectiveness of a competence training programme for parents of socially disruptive children. Emotional and Behavioral Difficulties, 14, 117-126.
- Lay, B., Blanz, B., & Schmidt, M. H. (2001). Effectiveness of home treatment in children and adolescents with externalizing psychiatric disorders. European child & adolescent psychiatry, 10(1), S80-S9.
- Leijten et al. (2013). Does socioeconomic status matter? A meta-analysis on parent training effectiveness for disruptive child behavior. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 42(3), 384-392.
- Linares, L. O., Li, M., & Shrout, P. E. (2012). Child training for physical aggression?: Lessons from foster care. Children and Youth Services Review, 34(12), 2416-2422.
- Litschge, C. M., Vaughn, M. G., & McCrea, C. (2010). The empirical status of treatments for children and youth with conduct problems: An overview of meta-analytic studies. Research on Social Work Practice, 20, 21-35.
- Lochman, J. E., & Wells, K. C. (2004). The coping power program for preadolescent boys and their parents: Outcome effects at the 1-year follow-up. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72, 571-578.
- Lochman, J. E., Baden, R. E., Boxmeyer, C. L., Powell, N. P., Qu, L., Salekin, K. L. & Windle, M. (2014). Does a booster intervention augment the preventive effects of an abbreviated version of the Coping Power Program for aggressive children? Journal of Abnormal Child Psychology, 42, 367–381.
- Malti, T., Ribeaud, D., & Eisner, M. P. (2011). The effectiveness of two universal preventive interventions in reducing children's externalizing behavior: A cluster randomized controlled trial. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 40(5), 677-692.
- Manders, W. A., Dekovic, M., Asscher, J. J., van der Laan, P. H., & Prins, P. J. (2013). Psychopathy as predictor and moderator of multisystemic therapy outcomes among adolescents treated for antisocial behavior. Journal of Abnormal Child Psychology, 41(7), 1121-1132.
- Matjasko et al. (2012). A systematic meta-review of evaluations of youth violence prevention programs: Common and divergent findings from 25years of meta-analyses and systematic reviews. Aggression and Violent Behavior, 17(6), 540-552.
- Mattejat, F., Hirt, B. R., Wilken, J., Schmidt, M. H., & Remschmidt, H. (2001). Efficacy of inpatient and home treatment in psychiatrically disturbed children and adolescents. European child & adolescent psychiatry, 10(1), S71-S79.

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

- Maughan et al. (2005). Behavioral parent training as a treatment for externalizing behaviors and disruptive behavior disorders: A meta-analysis. *School Psychology Review*, 34(3), 267.
- McArdle, P., Moseley, D., Quibell, T., Johnson, R., Allen, A., Hammai, D., & leCouteur, A. (2002). School-based indicated prevention: A randomised trial of group therapy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 705-712.
- McCart, M. R., Priester, P. E., Davies, W. H., & Azen, R. (2006). Differential effectiveness of behavioral parent-training and cognitive-behavioral therapy for antisocial youth: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 527-541.
- Menting et al. (2013). Effectiveness of the Incredible Years parent training to modify disruptive and prosocial child behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 901-913.
- Michelson et al. (2013). Do evidence-based interventions work when tested in the "real world?" A systematic review and meta-analysis of parent management training for the treatment of child disruptive behavior. *Clinical child and family psychology review*, 16(1), 18-34.
- Michelson, L., Mannarino, A. P., Marchione, K. E., Stern, M., Figueroa, J., & Beck, S. (1983). A comparative outcome study of behavioral social-skills training, interpersonal problem solving and nondirective control treatments with child psychiatric outpatients. *Behavior Research and Therapy*, 21, 545-556.
- Milani, A., Nikmanesh, Z., & Farnam, A. (2013). Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) in Reducing Aggression of Individuals at the Juvenile Correction and Rehabilitation Center. *International Journal of High Risk Behaviors & Addiction*, 2(3), 126-131
- Mokros, L., Benien, N., Mütsch, A., Kinnen, C., Schürmann, S., Wolf Metternich-Kaizman, T., Breuer, D., Hautmann, C., Ravens-Sieberer, U., Klasen, F., & Döpfner, M. (2015). Angeleitete Selbsthilfe für Eltern von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung: Konzept, Inanspruchnahme und Effekte eines bundesweiten Angebotes – eine Beobachtungsstudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 43, 275-288.
- National Collaborating Centre for Methods and Tools, Defining your question: PICO and PS. Hamilton, ON: McMaster University. (Updated 12 September, 2017) Retrieved from <http://www.nccmt.ca/knowledge-repositories/search/138>. 2012.
- Nestler, J., Goldbeck, L. (2011) A pilot study of social competence group training for adolescents with borderline intellectual functioning and emotional and behavioural problems (SCT-ABI). *Journal of Intellectual Disability Research*, 55, 231-241.
- Neuschwander, M., et al., Interrater-Reliabilität des Diagnostischen Interviews bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS). *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 2013. 41(5):319-34.
- NICE Guideline 2006. Parent-Training/Education Programmes in the Management of Children with Conduct Disorders. NICE technology appraisal guidance 102.
- NICE Guideline 2013. Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition and management. Clinical guideline.
- Niederländische Leitlinien für Störungen des Sozialverhaltens (Richtlijn oppositioneelopstandige stoornis (ODD) en gedragsstoornis (CD) bij kinderen en jongeren ([https://www.nji.nl/nl/Richtlijn-Oppositieel-opstandige-stoornis-\(ODD\)-en-gedragsstoornis-\(CD\)-bij-kinderen-en-jongeren](https://www.nji.nl/nl/Richtlijn-Oppositieel-opstandige-stoornis-(ODD)-en-gedragsstoornis-(CD)-bij-kinderen-en-jongeren))
- Nitsch, E., Hannon, G., Rickard, E., Houghton, S., & Sharry, J. (2015). Positive parenting: a randomised controlled trial evaluation of the Parents Plus Adolescent Programme in schools. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 9(1), 1.
- Nowak & Heinrichs (2008). A comprehensive meta-analysis of Triple P-Positive Parenting Program using hierarchical linear modeling: Effectiveness and moderating variables. *Clinical child and family psychology review*, 11(3), 114-144.

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

- O'Leary-Barrett, M., Topper, L., Al-Khudhairi, N., Pihl, R. O., Castellanos-Ryan, N., Mackie, C. J., & Conrod, P. J. (2013). Two-year impact of personality-targeted, teacher-delivered interventions on youth internalizing and externalizing problems: a cluster-randomized trial. *Journal of the Am. Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(9), 911-92.
- Omizo, M. M., Hershberger, J. M., & Omizo, S. A. (1988). Teaching children to cope with anger. *Elementary School Guidance and Counseling*, 22, 241–245.
- Ougrin, D., Zundel, T., Corrigan, R., Padmore, J., & Loh, C. (2014). Innovations in Practice: pilot evaluation of the supported discharge service (SDS): clinical outcomes and service use. *Child and Adolescent Mental Health*, 19(4), 265-269.
- Pappadopulos, E., Rosato, N. S., Correll, C. U., Findling, R. L., Lucas, J., Crystal, S. & Jensen, P. S. (2011). Experts recommendations for treating maladaptive aggression in youth. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 21:505-515.
- Pepler, D. J., King, G., Craig, W., Byrd, B., & Bream, L. (1995). The development and evaluation of a multisystem social skills group training programs for aggressive children. *Child & Youth Care Forum*, 24, 297–313.
- Petermann, F. & Petermann, U. (2012) Training mit aggressiven Kindern.13., überarb. Aufl. Weinheim: Beltz.
- Petermann, F., Döpfner, M., & Görtz-Dorten, A. (2016) Aggressiv-oppositionelles Verhalten im Kindesalter (Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F., Petermann, U., Besier, T., Goldbeck, L., Büttner, P., Krause-Leipoldt, C.& Nitkowski, D. (2008). Zur Effektivität des Trainings mit aggressiven Kindern in Psychiatrie und Jugendhilfe. *Kindheit und Entwicklung*, 17, 182-189.
- Petermann, U., Kamau, L., Nitkowski, D. & Petermann, F. (2013). Die Effektivität des Trainings mit aggressiven Kindern im Rahmen einer Hochschulambulanz. *Kindheit und Entwicklung*, 22, 174-180.
- Petermann, U., Krummrich, M., Meier, C., Petermann, F.& Nitkowski, D. (2010). Das Training mit aggressiven Kindern als schulbasiertes Präventionsprogramm. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 57, 132-143.
- Petermann, U., Nitkowski, D., Polchow, D., Pätel, J., Roos, S., Kanz, F.& Petermann, F. (2007). Langfristige Effekte des Trainings mit aggressiven Kindern. *Kindheit und Entwicklung*, 16, 143-151.
- Piquero et al. (2009). Effects of early family/parent training programs on antisocial behavior and delinquency. *Journal of Experimental Criminology*, 5(2), 83-120.
- Plück, J., Wiczorrek, E., Wolff Metternich, T. & Döpfner, M. (2006). Präventionsprogramm für Expansives Problemverhalten (PEP). Ein Manual für Eltern- und Erziehergruppen. Göttingen: Hogrefe.
- Plueck, J., Eichelberger, I., Hautmann, C., Hanisch, C., Jaenen, N., & Doepfner, M. (2014). Effectiveness of a teacher-based indicated prevention program for preschool children with externalizing problem behavior. *Prevention Science*, 16(2), 233-241.
- Price, J. M., Roesch, S. C., & Walsh, N. E. (2012). Effectiveness of the KEEP foster parent intervention during an implementation trial. *Children and youth services review*, 34(12), 2487-2494.
- Rademacher, C. & Döpfner, M. (in Vorbereitung). SELBST-Therapieprogramm bei Eltern-Adoleszenten-Konflikten.
- Rademacher, C., Hautmann, C., & Döpfner, M. (2016). Behandlung von Eltern-Jugendlichen-Konflikten nach dem Therapieprogramm für Jugendliche mit Selbstwert-, Leistungs- und Beziehungsstörungen (SELBST) – Konzeption und Ergebnisse einer Pilotstudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 44, 1-12.
- Rait, S. (2012).The Holding Hands Project: effectiveness in promoting positive parent–child interactions. *Educational Psychology in Practice*, 28(4), 353-371.

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

- Rauer, W. (2009). Elternkurs Starke Eltern - Starke Kinder®: Wirkungsanalysen bei Eltern und ihren Kindern in Verknüpfung mit Prozessanalysen in den Kursen - eine bundesweite Studie. Würzburg: Ergon.
- Rehberg, W., Fürstenau, U., & Rhiner, B. (2011). Multisystemische Therapie (MST) für Jugendliche mit schweren Störungen des Sozialverhaltens. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 39(1), 41-45.
- Reid, G. J., Stewart, M., Vingilis, E., Dozois, D. J., Wetmore, S., Jordan, J., . . . Zaric, G. S. (2013). Randomized trial of distance-based treatment for young children with discipline problems seen in primary health care. Fam Pract, 30(1), 14-24.
- Renou, S., et al., [Diagnostic structured interviews in child and adolescent's psychiatry]. Encephale, 2004. 30(2):122-34.
- Rhiner, B., Graf, T., Dammann, G., & Fürstenau, U. (2011). [Multisystemic Therapy (MST) for adolescents with severe conduct disorders in German-speaking Switzerland-implementation and first results]. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 39(1), 33-39.
- Ristow, G., Hermens, A., Schmidt, M. H., Holtmann, M., Banaschewski, T., & Poustka, L. (2009). Programm Zappelphilipp-Frühintervention bei delinquenten Kindern. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 37(6), 541-55.
- Rivenbark, J. G., Odgers, C. L., Caspi, A., Harrington, H., Hogan, S., Houts, R. M., . . . Moffitt, T. E. (2018). The high societal costs of childhood conduct problems: evidence from administrative records up to age 38 in a longitudinal birth cohort. J Child Psychol Psychiatry, 59(6), 703-710.
- Roelofs, J., et al., The Structured Clinical Interview for DSM-IV Childhood Diagnoses (Kid-SCID): first psychometric evaluation in a Dutch sample of clinically referred youths. Child Psychiatry Hum Dev, 2015. 46(3):367-75.
- Rosato, N. S., Corell, Ch., Pappadopulos, E. Chait, A., Crystal, S. & Jensen, P. S. (2012). Treatment of Maladaptive Aggression in Youth: CERT Guidelines II. Treatments and Ongoing Management. Pediatrics, 129(6):1577-1586.
- Roth, I. & Reichle, B. (2008). Prosoziales Verhalten lernen, „Ich bleibe cool“ (IBC). Weinheim: Beltz.
- Roth, I., & Reichle, B. (2007). Beziehungsorientierte Intervention am Beispiel des 'Ich bleibe cool'-Trainings zur Förderung prosozialer Verhaltensweisen und konstruktiver Konfliktlösestrategien bei Kindern im Grundschulalter. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 56, 463-482.
- Rudolph, U., Roesch, S., Greitemeyer, T., & Weiner, B. (2004). A meta-analytic review of help giving and aggression from an attributional perspective: Contributions to a general theory of motivation. Cognition & Emotion, 18, 815-848.
- Salbach H., Lenz K., Huss M., Vogel R., Felsing D. & Lehmkuhl U. (2005). Die Wirksamkeit eines Gruppentrainings für Eltern hyperkinetischer Kinder. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 33, 59-68.
- Salekin, R. T., Tippet, J. G., & Allen, A. D. (2012). Treatment of conduct problem youth with interpersonal callous traits using mental models: Measurement of risk and change. Behavioral Sciences & the law, 30(4), 470-486.
- Sanders, et al. (2014). The Triple P-Positive Parenting Program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. Clinical psychology review, 34(4), 337-357.
- Sanders, M. R., Baker, S., & Turner, K. M. (2012). A randomized controlled trial evaluating the efficacy of Triple P Online with parents of children with early-onset conduct problems. Behaviour research and therapy, 50(11), 675-684.
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C. & Turner, K.M.T. (2006). Trainermanual für das Triple P Einzeltraining. PAG Institut für Psychologie AG (Hrsg. dt. Aufl.). Münster: Verlag für Psychotherapie.

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

- Sanders, M. R., Turner, K.M.T. (2006). Trainermanual für das Teen Triple P Gruppenprogramm. PAG Institut für Psychologie AG (Hrsg. dt. Aufl., 2. überarb. Aufl.). Münster: Verlag für Psychotherapie.
- Sanders, M. Turner, K.M.T., Markie-Dadds, C. (2009). Das Triple P –Elternarbeitsbuch. PAG Institut für Psychologie AG, (Hrsg. dt. Aufl., 4. Aufl.). Münster: Verlag für Psychotherapie.
- Schick, A. & Cierpka, M. (2003). Faustlos: Evaluation eines Curriculums zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen und zur Gewaltprävention in der Grundschule. *Kindheit und Entwicklung*, 12, 100-110.
- Schick, A. & Cierpka, M. (2005). Faustlos: Evaluation of a curriculum to prevent violence in elementary schools. *Applied and Preventive Psychology*, 11 (3), 157-165.
- Schick, A. & Cierpka, M. (2006). Evaluation des Faustlos-Curriculums für den Kindergarten. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 6,459-474.
- Schmidt, M. H., Lay, B., Göpel, C., Naab, S., & Blanz, B. (2006). Home treatment for children and adolescents with psychiatric disorders. *European child & adolescent psychiatry*, 15(5), 265-276.
- Schonert-Reichl, K. A., Oberle, E., Lawlor, M. S., Abbott, D., Thomson, K., Oberlander, T. F., & Diamond, A. (2015). Enhancing cognitive and social-emotional development through a simple-to-administer mindfulness-based school program for elementary school children: A randomized controlled trial. *Developmental Psychology*, 51(1), 52-66.
- Scott, S., & Dadds, M. R. (2009). Practitioner review: When parent training doesn't work: theory-driven clinical strategies. *J Child Psychol Psychiatry*, 50(12), 1441-1450.
- Scott, S., & O'Connor, T. G. (2012). An experimental test of differential susceptibility to parenting among emotionally dysregulated children in a randomized controlled trial for oppositional behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(11), 1184-1193.
- Shechtman, Z. (2000). An innovative intervention for treatment of child and adolescent aggression: An outcome study. *Psychology in the Schools*, 37, 157-167
- Shechtman, Z. (2006) The contribution of bibliotherapy to the counseling of aggressive boys, *Psychotherapy Research*, 16, 645-651.
- Shelton, D., Kesten, K., Zhang, W., & Trestman, R. (2011). Impact of a dialectic behavior therapy—Corrections Modified (DBT-CM) upon behaviorally challenged incarcerated male adolescents. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing*, 24(2), 105-113.
- SIGN Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Management of attention deficit and hyperkinetic disorders in children and young people. A national clinical guideline. 2009, Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
- Soberman, G. B., Greenwald, R., & Rule, D. L. (2002). A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for boys with conduct problem. *Journal of aggression, maltreatment & trauma*, 6(1), 217-236.
- Somech, L. Y., & Elizur, Y. (2012). Promoting self-regulation and cooperation in pre-kindergarten children with conduct problems: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(4), 412-422.
- Stadler, C., Grasmann, D., Clement, W., & Kröger, A. (2012). Störungen des Sozialverhaltens: Wirksamkeit des intensivtherapeutischen Behandlungsansatzes VIA. *Kindheit und Entwicklung*, 21, 103-113.
- Stadler, Kersten & Prätzlich (2015). Störung des Sozialverhaltens mit fehlenden prosozialen Emotionen. *PSYCH up2date*, 9(04), 225-235.
- Staufenberg, A.M., (2011). Zur Psychoanalyse der ADHS. Manual und Katamnese. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel
- Stoltz et al. (2012). Effectiveness of individually delivered indicated school-based interventions on externalizing behavior. *International Journal of Behavioral Development*, 36(5), 381-388.

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

- Stoltz, S., Deković, M., Londen, M., Orobio de Cas-tro, B., & Prinzie, P. (2013). What works for whom, how and under what circumstances? Testing moderated mediation of intervention effects on externalizing behavior in children. *Social Development*, 22(2), 406-425.
- Sukhodolsky DG, Kassinove H, Gorman BS (2004). Cognitive-behavioral therapy for anger in children and adolescents: a meta-analysis. *Aggress Violent Behav* 9:247–269
- Suter et al. (2009). Effectiveness of the wraparound process for children with emotional and behavioral disorders: A meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 12(4), 336-351.
- Sydow et al. (2013). The efficacy of systemic therapy for childhood and adolescent externalizing disorders: A systematic review of 47 RCT. *Family Process*, 52(4), 576-618.
- Szapocznik, J., Rio, A., Murray, E., Cohen, R., Scopetta, M., Rivas-Vasquez, ... Kurtines, W. (1989). Structural Family Versus Psychodynamic Child Therapy for Problematic Hispanic Boys, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 571-578.
- Tarver et al. (2014). Are self-directed parenting interventions sufficient for externalising behaviour problems in childhood? A systematic review and meta-analysis. *European child & adolescent psychiatry*, 23(12), 1123-1137.
- Tennstädt, K.-Ch. / Dann, H.-D. (1987/1992): Das Konstanzer Trainingsmodell (KTM). Bd. 3: Evaluation des Trainingserfolgs im empirischen Vergleich. Bern: Huber.
- Thomas & Zimmer-Gembeck (2007). Behavioral outcomes of parent-child interaction therapy and Triple P—Positive Parenting Program: A review and meta-analysis. *Journal of abnormal child psychology*, 35(3), 475-495.
- Tremblay, R. E., Pagani-Kurtz, L., Mâsse, L. C., Vitaro, F., & Pihl, R. O. (1995). A bimodal preventive intervention for disruptive kindergarten boys: its impact through mid-adolescence. *Journal of consulting and clinical psychology*, 63(4), 56.
- Trupin, E. et al. (2002). Effectiveness of a dialectical behaviour therapy program for incarcerated female juvenile offenders. *Child and Adolescent Mental Health*, 7(3), 121-127.
- Tschöpe-Scheffler, S. (2004). Eine Forschungsstudie zum Elternkurs des Deutschen Kinderschutzbundes e.V. „Starke Eltern – Starke Kinder®“. *Gruppendynamik und Organisationsberatung*, 35, 51-66
- Turner, K.M.T., Markie-Dadds, C. & Sanders, M. R. (2007). Trainermanual für das Triple P Gruppenprogramm. PAG Institut für Psychologie AG (Hrsg. dt. Aufl., 2. Aufl.). Münster: Verlag für Psychotherapie.
- Turner, K.M.T., Sanders, M. R. & Markie-Dadds, C. (2006). Beratermanual für die Triple P-Kurzberatung. PAG Institut für Psychologie AG (Hrsg. dt. Aufl., 2. überarb. Aufl.). Münster: Verlag für Psychotherapie.
- Van der Stouwe et al. (2014). The effectiveness of Multisystemic Therapy (MST): A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 34(6), 468-481.
- Van Manen, T. G., Prins, P. J. M., & Emmekamp, P. M. G. (2004). Reducing Aggressive Behavior in Boys With a Social Cognitive Group Treatment: Results of a Randomized, Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(12), 1478-1487.
- Van Ryzin, M. J., & Leve, L. D. (2012). Affiliation with delinquent peers as a mediator of the effects of multidimensional treatment foster care for delinquent girls. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(6), 994.
- Van Zeijl, J et al (2006). Attachment-based intervention for enhancing sensitive discipline in mothers of 1-to 3-year-old children at risk for externalizing behavior problems: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(6), 994.
- Verduyn, C. M., Lord, W., & Forrest, G.C. (1990). Social skills training in schools: an evaluation study. *Journal of Adolescence*, 13, 3-16.
- Vitaro, F., Barker, E. D., Brendgen, M., & Tremblay, R. E. (2012). Pathways explaining the reduction of adult criminal behaviour by a randomized preventive intervention for disruptive kindergarten children. *Journal of child psychology and psychiatry*, 53(7), 748-756.

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

- Waller, R., et al. (2013). "What are the associations between parenting, callous-unemotional traits, and antisocial behavior in youth? A systematic review of evidence." *Clinical Psychology Review* 33(4): 593-608.
- Waller, R., Gardner, F., & Hyde, L. W. (2013). What are the associations between parenting, callous-unemotional traits, and antisocial behavior in youth? A systematic review of evidence. *Clin Psychol Rev*, 33(4), 593-608.
- Waller, R., Hyde, L. W., Grabel, A. S., Alves, M. L., & Olson, S. L. (2015). Differential associations of early callous-unemotional, oppositional, and ADHD behaviors: multiple domains within early-starting conduct problems?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(6), 657-666.
- Waskewitz et al. (2010). Videogestützte Elterntrainings mit aggressiven Kindern. *Kindheit und Entwicklung*.
- Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 93–109.
- Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Hammond, M. (2004). Treating children with early-onset conduct problems: Intervention outcomes for parent, child, and teacher training. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 105–124.
- Weichold, K. (2004). Evaluation eines Anti-Aggressions-Trainings bei antisozialen Jugendlichen., *Gruppendynamik & Organisation, Zeitschrift für Angewandte Sozialpsychologie* 1, 83-104
- Weidner, J. (2008). *Anti-Aggressivitäts-Training für Gewalttäter (ATT)*. 6. Aufl. Bonn/Bad-Godesberg: Forum.
- Weiss B1, Caron A, Ball S, Tapp J, Johnson M, Weisz JR. (2005). Iatrogenic effects of group treatment for antisocial youths. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Dec;73(6):1036-44.
- Weiss, B., Han, S., Harris, V., Catron, T., Ngo, V. K., Caron, A., ... & Guth, C. (2013). An independent randomized clinical trial of multisystemic therapy with non-court-referred adolescents with serious conduct problems. *Journal of consulting and clinical psychology*, 81(6), 1027.
- Weisz et al. (2013). Performance of evidence-based youth psychotherapies compared with usual clinical care: a multilevel meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 70(7), 750-761.
- Wettach, R., & Aebi, M. (2016). Pilotstudie zur Wirksamkeit einer multimodalen Gruppenbehandlung für Kinder mit einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten in der klinischen Grundversorgung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 44, 220-230.
- White, S. F., Frick, P. J., Lawing, K., & Bauer, D. (2013). Callous–unemotional traits and response to functional family therapy in adolescent offenders. *Behavioral sciences & the law*, 31(2), 271-285.
- Wilkinson, Waller & Viding (2015). Practitioner Review: Involving young people with callous unemotional traits in treatment - does it work? A systematic review. *J Child Psychol Psychiatry*. 2016 May;57(5):552-65.
- Wilson et al. (2012). How evidence-based is an'evidence-based parenting program'? A PRISMA systematic review and meta-analysis of Triple P. *BMC medicine*, 10(1), 1.
- World Health Organization, *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and guidelines*. 1992, Geneva: WHO.

Weblinks:

Informationen zum Thema Störung des Sozialverhaltens, Netzwerke und Ansprechpartner:

www.nice.org.uk/guidance/cg158

www.org.uk/guidance/ng10

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Leitlinienreport

[www.nji.nl/nl/Richtlijn-Oppositieel-opstandige-stoornis-\(ODD\)-en-gedragsstoornis-\(CD\)-bij-kinderen-en-jongeren](http://www.nji.nl/nl/Richtlijn-Oppositieel-opstandige-stoornis-(ODD)-en-gedragsstoornis-(CD)-bij-kinderen-en-jongeren)

Erstveröffentlichung: 01/1999

Überarbeitung von: 09/2016

Nächste Überprüfung geplant: 09/2021

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online