



Technische
Universität
Braunschweig

Gute Praxis psychotherapeutische Versorgung
Veranstaltungsreihe der Bundespsychotherapeutenkammer



**Evidenzbasierte Behandlung von
Störungen des Sozialverhaltens**

Nina Heinrichs
Technische Universität Braunschweig

Störungen des Sozialverhaltens

- ...sind heterogen
- ...in der ICD-10 unterschiedliche Subgruppen
 - Auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens (F91.0)
 - Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen (F91.1)
 - Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen (F91.2)
 - Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigen Verhalten (F91.3)
- ...häufig kombiniert mit Hyperkinetischen Störungen (F90.1)



Technische
Universität
Braunschweig

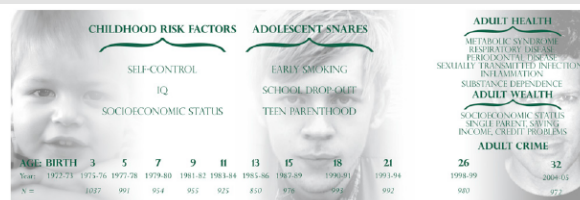
Berlin 2013 | Prof. Dr. Nina Heinrichs

Was ist das Hauptproblem dieser Kinder?

- Zu starker Wille? → nein
- Zu wenig Selbstregulationsfähigkeiten? → ja
 - Folge 1: keine Integration in eine Gesellschaft, die eine Anpassung der Bedürfnisse fordert
 - Folge 2: Einsamkeit, Isolation
- Wie erlangen Kinder Selbstregulationsfähigkeiten?
 - Eltern gestehen ihnen altersangemessene Autonomie zu
 - sie lernen durch Anleitung eigene Gefühle zu erkennen und zu regulieren
- Wie wichtig ist Selbstkontrolle wirklich in unserem Leben?
 - Moffitt et al. (2011): Längsschnittstudie über 32 Jahre
“Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study”

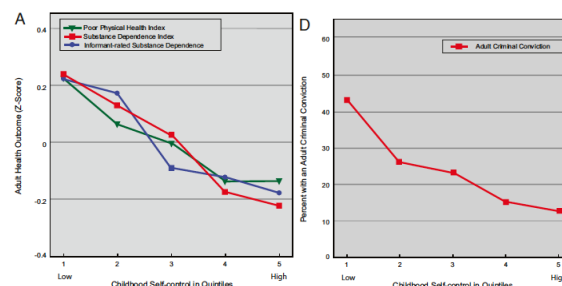
Die Bedeutsamkeit von Selbstkontrolle für das weitere Leben (Moffitt et al., 2011)

• Design der Studie:



• Ergebnis der Studie:

- Kindliche Selbstkontrolle sagt signifikant
 - die Gesundheit
 - den sozioök. Status
 - das Einkommen und
 - die Kriminalität
- im Erwachsenenalter (32 Jahre) voraus



Evidenzbasierte Interventionen: Wichtige Fragen

- Für Kinder oder Jugendliche?
(Altersbereich)
- Als Präventions- oder Therapiemaßnahme?
(Zeitpunkt der Maßnahme)
- Ein „System“ oder mehrere?
(Intensität der Maßnahme)
- Ambulant, stationär (Psychiatrie, Kriminaljustiz...)
(Kontext)



Berlin 2013 | Prof. Dr. Nina Heinrichs

Empfehlungen zur Behandlung sind schon von verschiedenen Organisationen abgegeben worden

- Evidence Based Practices for Conduct Disorder in Children and Adolescents (Children's Mental Health Ontario – 2001)
- Leitlinien des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2006; für Kinder bis 12 Jahre)
- Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO)
- Center for Disease Control (CDC, USA)
- U.S. Department of Health and Human Services: Substance Abuse and Mental Health Service Administration (SAMHSA)
- U.S. Department of Justice, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention (OJJDP)
- American Psychological Association (APA)
 - Division 53 (www.effectivechildtherapy.com; basierend auf Eyberg et al., 2008)



Berlin 2013 | Prof. Dr. Nina Heinrichs

Eyberg, S. M., Nelson, M. M., & Boggs, S. R. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37, 215-237.

Ansatzpunkte der Interventionen

- **Beim Kind selbst** (z.B. Psychotherapie primär mit dem Kind)
 - Training der sozialen Problemlösefähigkeiten
 - Einüben von Sozialverhalten und Kommunikationsfertigkeiten
 - Training der sozialen Perspektivübernahme
 - Ärger-Management-Training

- **Bei der primären Bezugsperson oder dem Familiensystem** (z.B. Intervention nur mit Elternteil oder Intervention mit Elternteil und Kind)
 - Positive Beziehung zum Kind (wieder)aufbauen
 - Fertigkeiten im Umgang mit den herausfordernden Verhaltensweisen des Kindes erlernen



Berlin 2013 | Prof. Dr. Nina Heinrichs

Kriterien der Evidenz (Chambless et al., 1998; Southam-Gerow & Prinstein, 2013)

Evidenzgrad	Was heißt das?	Operationalisierung
„Well-Established“ (Level 1)	Therapieverfahren und –techniken mit der stärksten Evidenz (höchster Standard) <i>„funktioniert gut“</i>	*mind. 2 große randomisierte Studien mit Überlegenheit der Intervention zu einer anderen (inkl. Placebo) *Unabhängige Untersucher
„Probably Efficacious“ (Level 2)	Therapieverfahren und –techniken mit starker Evidenz <i>„funktioniert sehr wahrscheinlich“</i>	Wie Level 1, aber keine unabhängigen Untersuchungen der Intervention (vom ursprünglichen Entwickler)
„Possibly Efficacious“ (Level 3)	Therapieverfahren und –techniken mit einiger Evidenz <i>„funktioniert möglicherweise“</i>	Eine gute, große Studie, die Überlegenheit gegenüber keiner Intervention (abwarten) zeigt (oder mehrere kleinere klinische Studien)
„Experimental“ (Level 4)	Therapieverfahren und –techniken ohne Evidenz <i>„kein Wissen darüber, ob es funktioniert“</i>	Interventionen, die in der Praxis eingesetzt werden, bisher aber nicht untersucht wurden
„Does not work/ Tested but did not work“ (Level 5)	Therapieverfahren und –techniken mit Evidenz, dass sie keine positiven Ergebnisse erzeugen <i>„funktioniert nicht“</i>	Interventionen, die *nicht besser sind als „keine Intervention“ (abwarten) oder *zu Verschlechterungen führen




Berlin 2013 | Prof. Dr. Nina Heinrichs

Southam-Gerow, M. & Prinstein, M. (2013).
Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology.

Evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen (nach APA)	
Evidenzgrad	Intervention
„funktioniert gut“	Verhaltenstherapie: Parent Management Training
„funktioniert sehr wahrscheinlich“	Kognitive Verhaltenstherapie: Ärgerkontrolltraining Verhaltenstherapie: Manualisierte Verhaltenstherapieprogramme für Eltern: *Helping the Noncompliant Child *Incredible Years *Triple P (Einzeltherapie Ebene 4 und 5) Parent-Child Interaktionstherapie (PCIT) Problemlösefertigkeitstraining Multidimensionale Therapie für Kinder in Pflege Multisystemische Therapie
„funktioniert möglicherweise“	Kognitive Verhaltenstherapie: Ärgerkontrolltraining in der Gruppe Verhaltenstherapie: Manualisierte Verhaltenstherapieprogramme für Eltern: *Incredible Years (andere Varianten als oben) *Triple P (Gruppentraining Ebene 4)
„kein Wissen darüber, ob es funktioniert“	„Art Therapy“ / „Reparenting Therapy“ „Holding Therapy“ / „Rebirthing Therapy“
„funktioniert nicht“	<small>Quelle: Hupp et al. (2013). Disseminate, debunk, differentiate: Teaching about evidence-based treatments in a child psychology course. <i>the Behavior Therapist</i>. Eyberg, S. M., Nelson, M. M., & Boggs, S. R. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent with disruptive behavior. <i>Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology</i>, 37, 215-237.</small>

Evidenzbasierte <u>Kinder</u> -Interventionsprogramme in Deutschland („funktioniert gut oder sehr wahrscheinlich“)				
Intervention	Altersbereich	Teilnehmerzahl	Dauer	Ziele/Theoretische Fundierung
Aggression Replacement Training (ART , Goldstein & Glick) <i>Therapie; teilweise Effekte</i>	12-17 Jahre <i>(ursprünglich)</i>	Gruppen mit 6-12 Teilnehmern (chronisch aggressiv und delinquent; inhaftiert)	3 Sitzungen pro Woche über 10 Wochen (30 Stunden)	Verbesserte soziale Fertigkeiten Wutkontrolle (kontrollierter Umgang mit stark negativen Affekten z.B. Identifizierung von Auslösern) Moralisches Denken (Fairness und Gerechtigkeit; Sensibilisierungstraining) <i>Kognitiv-behavioral</i>
Therapieprogramm (THAV, Görtz-Dorten & Döpfner) <i>Therapie; noch keine publizierte Studie</i>	6-12 Jahre	Einzeltherapie	Mind. KZT (25+6)	Bearbeitung der kognitiv-emotionalen Störungskomponente Impulskontrolle sozialkompetentes Verhalten (durch Problemlöse- und Fertigkeitentraining) <i>Kognitiv-behavioral</i>




Technische Universität Braunschweig

Berlin 2013 | Prof. Dr. Nina Heinrichs

In grauer Schrift hinterlegte Interventionen haben (noch) nicht den Level „funktioniert gut oder sehr wahrscheinlich“ erreicht

Evidenzbasierte Interventionen für Eltern in Deutschland („funktioniert gut oder sehr wahrscheinlich“)				
Intervention	Altersbereich	Teilnehmerzahl	Dauer	Ziele/Theoretische Fundierung
Positive Parenting Program (Triple P, Sanders) <i>Prävention und Therapie; gute Evidenz für Einzeltraining (schlechtere für Gruppentraining)</i>	0-16 Jahre	Flexibel: Einzel-/ Gruppen-/ Selbsthilfe-/ Telefonkontakt-format	Abhängig von Belastung der Eltern + kindl. Verhaltensprobleme	Störungen mit oppositionellen Trotzverhalten verhüten/ vermindern bzw. Selbstregulation der Kinder fördern <i>Soziale Lerntheorie</i>
Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger Kinder (KES, Lauth & Heubeck) <i>Indizierte Prävention und Therapie Noch keine Publikation eines RCTs</i>	6-12 Jahre	Einzel oder Gruppe	6 Sitzungen (+Auffrischungssitzung)	Störungen mit oppositionellen Trotzverhalten verhüten/ vermindern <i>Soziale Lerntheorie</i> <i>Kognitive Verhaltenstherapie</i>

 Technische Universität Braunschweig
Berlin 2013 | Prof. Dr. Nina Heinrichs

In grauer Schrift hinterlegte Interventionen haben (noch) nicht den Level „funktioniert gut oder sehr wahrscheinlich“ erreicht

Evidenzbasierte Interventionen für Eltern und Kinder in Deutschland („funktioniert gut oder sehr wahrscheinlich“)				
Intervention	Altersbereich	Teilnehmerzahl	Dauer	Ziele/Theoretische Fundierung
Parent-Child Interaction Therapy (PCIT, Eyberg)	2-7 Jahre	Einzelne Familie	12-20 Sitzungen	Positive Beziehung (wieder) aufbauen (Eltern lernen, dem Kind zu folgen; Spieltherapie) Angemessen Grenzen setzen lernen (Erziehungstraining) <i>Soziale Lerntheorie und Humanistische Theorie</i>
Therapieprogramm für hyperkinetisches und oppositionelles Trotzverhalten (THOP, Döpfner)	3-12 Jahre	Kind und Eltern	variabel	Förderung positiver Eltern-Kind Interaktionen Verminderung impulsiven und oppositionellen Verhaltens durch klare Regeln und Grenzen, Selbstinstruktionstraining <i>Soziale Lerntheorie, Kognitive Theorie</i>
Multisystemische Therapie (MST, Henggeler)	12-17 Jahre	Einzelne Familie	60 Stunden über 3-6 Monate	Aufsuchendes Versorgungsmodell, um Barrieren zu senken Ein Team von 3-4 Therapeuten ist für den Jugendlichen und seine Familie rund um die Uhr ansprechbar Fokus auf Positivem und Stärken Verantwortliches Verhalten fördern <i>Soziale Lerntheorie, Systemische Theorie</i>
Funktionale Familientherapie (FFT, Alexander)	11-18 Jahre	Einzelne Familie	8-30 Sitzungen	Umdeuten (Reframing), um die Bedeutung des (problematischen) Verhaltens zu verändern → Voraussetzung für dessen Änderung (Phasenmodell) <i>Soziale Lerntheorie, Kognitive und Systemische Theorie</i>

Und?

- Eltern-/Familienarbeit ist ein essentieller Bestandteil von Präventions- und Behandlungsmaßnahmen bei der Störung des Sozialverhaltens!

- Leitlinie zu Elternarbeit vom National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE, 2006)



Berlin 2013 | Prof. Dr. Nina Heinrichs

Evidenzbasierte Elterntrainingsprogramme (NICE)

- 16 RCT verglichen Elterntraining mit anderer Intervention, ohne Kontrollgruppe:
 - 94% der Studien zeigen signifikante Überlegenheit oder Gleichwertigkeit des Elterntrainings (1 Studie keine statistischen Analysen)
- 19 RCT verglichen Elterntraining mit einer Kontrollgruppe:
 - 50% der Studien berichten positive Effekte auf kindliches Problemverhalten
 - Aber nicht immer signifikante Unterschiede zur KG (viele kleine Stichproben!)
 - Keine Studie zeigt Überlegenheit der KG
 - Qualitativ hochwertige Studien zeigen weniger signifikante Verbesserungen kindlichen Problemverhaltens
- Achtung: nicht unerhebliche Drop-out Raten bei Elterntrainings und oft keine Inanspruchnahmeraten angegeben



Berlin 2013 | Prof. Dr. Nina Heinrichs

NICE (2006). Conduct disorder in children - parent-training/education programmes
Parent-training/education programmes in the management of children with conduct disorders

NICE-Empfehlungen zu Elterntrainings (2006)

- Gruppenbasierte Eltern-Trainings-Programme, die
 - strukturiert & in sozialer Lerntheorie begründet sind
 - beziehungsfördernde Strategien enthalten
 - ausreichende Sitzungszahl anbieten, mit einem Optimum von 8-12 Sitzungen, um den möglichen Nutzen der Teilnehmer zu maximieren
 - die Eltern befähigen, ihre eigenen elterlichen Ziele zu identifizieren
 - Rollenspiele und Hausaufgaben enthalten
 - durchgeführt werden von trainierten Personen, die supervidiert werden
 - orientiert am Manual umgesetzt werden und die vorhandenen Materialien nutzen, um eine konsistente Implementation des Programms sicher zu stellen
- *Komponentenempfehlung noch aktuell¹*
- *Überholt bzw. heraus gefordert: „gruppenbasiert“²*
- *Deutlich bessere Evidenz für Wirksamkeit bei Kindern als bei Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens*



Berlin 2013 | Prof. Dr. Nina Heinrichs

NICE (2006). Conduct disorder in children – parent-training/education programmes: Parent-training/education programmes in the management of children with conduct disorders

Woolfenden S, Williams KJ, Peat J. (2009) Family and parenting interventions in children and adolescents with conduct disorder and delinquency aged 10-17. Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 2. Art. No.: CD003315. DOI: 10.1002/14651858.CD003315.

¹Kaminski et al. (2011); Nowak & Heinrichs (2008);

²Einzelstudie RCT direkter Vergleich von Gruppe vs. Einzel: Heinrichs & Jensen-Doss, 2011; Lauth, 2013, mündl. Mitteilung

Multisystemische Therapie (MST)

- Wird in einem Behandlungsteam durchgeführt (1 Supervisor, 3-4 Therapeuten)
- pro Therapeut: 4-6 Familien, pro Team/Jahr: 50 Familien
- Verfügbarkeit des Teams 7 Tage/ Woche, 24 Std. (nachts für Notfälle)
- Therapiedauer: 3-5 Monate, durchschnittlich 60 Std. Kontakte
- meist täglicher Kontakt zum Patienten/zur Familie
- Therapie meist in der Familie, Schule, an anderen Orten in der Gemeinde (aufsuchendes Modell)

→ **Intensive Maßnahme!**

Multisystemic Treatment of Antisocial Behavior in Children and Adolescents

SCOTT W. HENGGELER
SONJA R. SCHOENWALD
CHARLES M. BORDEN
MELISSA D. BOWLAND
PHILIPPE B. CUNNINGHAM

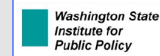
TREATMENT MANUALS FOR PRACTITIONERS



Berlin 2013 | Prof. Dr. Nina Heinrichs

Henggeler et al., 1998

Kostensparnis durch MST



• Pro Teilnehmer

Programmkosten:	- 4.500 \$
Vermiedene Kriminal-/ Justizkosten	+ 12.381 \$
Nettogewinn (Steuerzahler)	= 7.881 \$
Vermiedene Kosten der Opfer	+ 13.982 \$
Nettogewinn (Steuerzahler + Opfer)	= 21.863 \$

Schweizer Studie:

“Die Fallkosten für die Durchführung der MST lagen um 40% bis 64% unter den Kosten für außerfamiliäre Platzierungen, die nach Einschätzung der ZuweiserInnen ohne MST erforderlich gewesen wären“ (aus Rehberg et al.)



Berlin 2013 | Prof. Dr. Nina Heinrichs

<http://www.wa.gov/wsiipp/reports/inline.htm>

Rehberg, Fürstenau & Rhiner (2011). Multisystemische Therapie (MST) für Jugendliche mit schweren Störungen des Sozialverhaltens. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 39, 41-45

13-Jahres-Follow-up von MST

Journal of Consulting and Clinical Psychology
2005, Vol. 73, No. 3, 445-453

Copyright 2005 by the American Psychological Association
0022-006X/05/\$12.00 DOI: 10.1037/0022-006X.73.3.445

Long-Term Follow-Up to a Randomized Clinical Trial of Multisystemic Therapy With Serious and Violent Juvenile Offenders

Cindy M. Schaeffer
University of Maryland Baltimore County

Charles M. Borduin
University of Missouri—Columbia

In this study, the authors examined the long-term criminal activity of 176 youths who had participated in either multisystemic therapy (MST) or individual therapy (IT) in a randomized clinical trial (C. M. Borduin et al., 1995). Arrest and incarceration data were obtained on average 13.7 (range = 10.2–15.9) years later when participants were on average 28.8 years old. Results show that MST participants had significantly lower recidivism rates at follow-up than did their counterparts who participated in IT (50% vs. 81%, respectively). Moreover, MST participants had 54% fewer arrests and 57% fewer days of confinement in adult detention facilities. This investigation represents the longest follow-up to date of a MST clinical trial and suggests that MST is relatively effective in reducing criminal activity among serious and violent juvenile offenders.

Keywords: treatment, juvenile offenders, multisystemic therapy



Berlin 2013 | Prof. Dr. Nina Heinrichs

Schaeffer & Borduin (2005) Long-Term Follow-Up to a Randomized Clinical Trial of Multisystemic Therapy With Serious and Violent Juvenile Offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 73, No. 3, 445–453

13-Jahres-Follow-up von MST: Erneute Haftstrafen

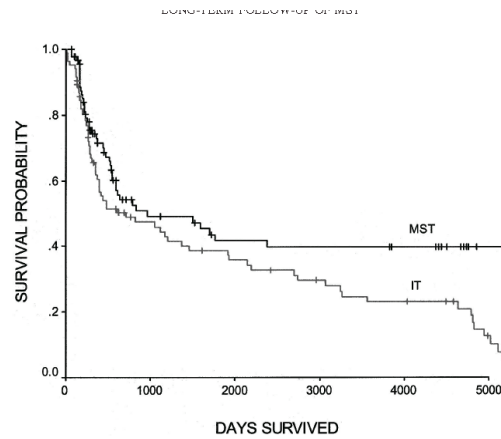


Figure 2. Survival functions for multisystemic therapy (MST) and individual therapy (IT) groups on time to any first arrest following treatment. Completers and dropouts are combined in each group.

Spielt Komorbidität eine Rolle bei den Behandlungseffekten?

Ganz offensichtlich!

*Substanzmissbrauch- oder abhängigkeit (-)

*ADHS (+)

- Kinder, die für eine Behandlungsstudie aufgrund ihres sozial auffälligen Verhaltens ausgewählt wurden:

Zeigen bessere Ergebnisse unter einer Elterntrainingsbedingung, wenn sie komorbid eine ADHS aufweisen als Kinder ohne eine entsprechende Komorbidität (Hartmann et al., 2003)

→ Komorbidität bei Therapieplanung beachten!

Welche Rolle spielen „callous-unemotional“ Traits?

Paul J. Frick, Ph.D.

**University Research Professor
Chair, Department of Psychology
University of New Orleans**



Berlin 2013 | Prof. Dr. Nina Heinrichs

Callous-unemotional traits (CU)

- Unter Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensproblemen gibt es eine wichtige Subgruppe, die man als „abgestumpft-emotionslos“ bezeichnet = CU-Eigenschaften
- Kinder und Jugendliche mit diesen CU-Eigenschaften zeigen früher, stabileres und stärkeres aggressives und antisoziales Verhalten (qualitativ unterschiedlicher Subtyp?)
- Fragebogen:
 - Die Gefühle anderer sind mir gleichgültig.
 - Wenn ich etwas Falsches mache, fühle ich mich schlecht oder schuldig.*
 - Es ist mir wichtig, wie gut ich in der Schule oder bei der Arbeit bin.*
 - Ich zeige anderen meine Gefühle nicht.

**Diese Items sind negativ gepolt.*



Berlin 2013 | Prof. Dr. Nina Heinrichs

Source: Essau, Sasagawa, & Frick, 2006

Charakteristika von Kindern mit geringen CU-Ausprägungen

- Impulsive, with high rates of ADHD
 - Adjudicated sample (Caputo et al., 1999)
 - Clinic-referred sample (Christian et al., 1997)
 - Community sample (Frick, Bodin, & Barry, 2000)

- Distressed by effects of behavior on others
 - Adjudicated sample (Pardini et al., 2003)
 - Clinic-referred sample (Frick et al., 1999)
 - Community sample (Frick, Cornell, Bodin et al., 2003)

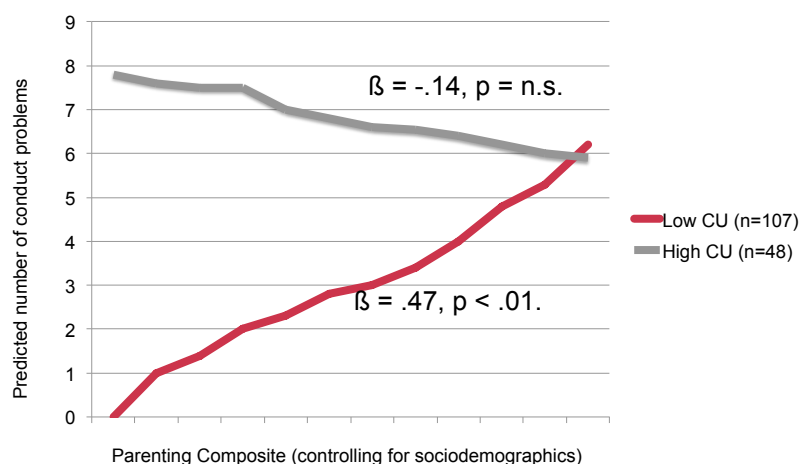
- High levels of emotional reactivity
 - Self-report ratings (Pardini et al., 2003)
 - Emotional words (Loney et al., 2003)
 - Emotional pictures (Kimonis et al., 2004)



Berlin 2013 | Prof. Dr. Nina Heinrichs

Folie übernommen mit Erlaubnis von Prof. P. Frick

CU Traits, Conduct Problems, and Dysfunctional Parenting



Berlin 2013 | Prof. Dr. Nina Heinrichs

Folie übernommen mit Erlaubnis von Prof. P. Frick
Daten aus: Wootton, Frick, Shelton, & Silverthorn, 1997

Relevanz des Merkmals “Callous-Unemotional”?

- Implikationen für die Behandlung
 - Bisherige evidenzbasierte Interventionen nicht so wirksam bei diesen Kindern → Modifikationen notwendig:
 - Elterntrainings, die Eltern zur Förderung von Empathie bei ihren kleinen Kindern anleiten
 - Trainings, bei denen Kinder Fertigkeiten zur kognitiven Perspektivenübernahme lernen
 - Elterntrainings, die Elemente zur positiven Verstärkung zur Förderung prosozialen Verhaltens enthalten
 - besseres Ansprechen auf Verhaltenstherapie mit paralleler Medikation
 - Wenig bestrafungssensitiv, Interventionen eher auf belohnungsorientierte Bedürfnisse abstimmen

Zusammenfassung

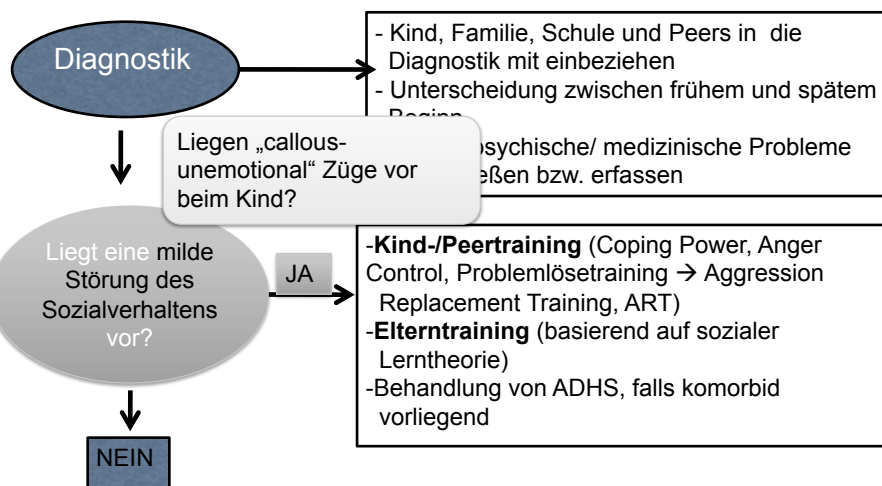
„Take Home“ Message Nummer 1

- Wir haben kaum etwas, was uns hilft, Störungen des Sozialverhaltens, die schwerer ausgeprägt sind, effektiv zu behandeln → multisystemische Therapie vermutlich eine gute Wahl
- Bei milderer Varianten (inkl. der indizierten Prävention) und bei Kindern sind Elterntrainings eine gute Wahl!
 - Es gibt mehrere wirksame Elterntrainings, die wenig Anwendung finden.
 - Es gibt viele Elterntrainings, die angewandt werden, die meistens keine Wirksamkeitsstudien durchgeführt haben.
 - Selbst wenn wirksame Elterntrainings implementiert werden würden, löst sich das Problem der freiwilligen Teilnahme von Eltern nicht.
- Implementierung bereits als wirksam eingeschätzter Maßnahmen in Deutschland kostengünstiger und viel versprechender als die „Neu-Erfindung des Rads“
- Prävention ist effektiver und kostengünstiger als Therapie der Störung des Sozialverhaltens



Berlin 2013 | Prof. Dr. Nina Heinrichs

„Take Home“ Message Nummer 2 - Entscheidungsbaum



Berlin 2013 | Prof. Dr. Nina Heinrichs

