

Bei der Behandlung aggressiver Kinder und Jugendlicher gelten die folgenden Behandlungsansätze als empirisch gestützt (als Übersicht Bachmann et al. 2010):

- Ansätze der kognitiven Verhaltenstherapie,
- Problemlösetrainings,
- soziale Kompetenztrainings,
- Ärger-Kontrolltrainings (meistens als Element eines sozialen Kompetenztrainings) und
- Elterntrainings (z. B. Modelllernen und Verhaltensrückmeldung mit Videounterstützung).

---

## 2.1 Grundlagen der Therapie

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie gehört die aggressive Verhaltensproblematik zu den häufigsten Vorstellungsgründen (vgl. u. a. Fuchs et al. 2013). Neben der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung solcher Kinder und ihrer Familien befinden sich viele Kinder und Jugendliche mit dieser Problematik in einer Jugendhilfe-Maßnahme (Nitkowski et al. 2009a, b). Die Kosten für all diese Maßnahmen sind erheblich, vor allem wenn man die chronischen Verläufe und die ungünstige Langzeitprognose bedenkt (vgl. u. a. Ewest et al. 2013).

Das psychotherapeutische Spektrum der Behandlung aggressiver Kinder und Jugendlicher wird aktuell von multimodalen, lernpsychologisch orientierten Therapieansätzen dominiert (vgl. Petermann und Petermann 2013). Auch die Kom-

bination von kinderpsychotherapeutischen und Jugendhilfe-Maßnahmen nimmt an Bedeutung zu (vgl. u. a. Nitkowski et al. 2009a, b; Rücker et al. 2009). Bei jüngeren Kindern (bis zur Einschulung) stehen eltern- und familienzentrierte Vorgehensweisen im Vordergrund. Besonders beeindruckend, aber auch extrem kostenintensiv ist die multisystemische Therapie, die sich in den letzten Jahren auch in Europa etabliert hat (vgl. Kap. 2.5 und [www.mstservices.com](http://www.mstservices.com)).

Bachmann et al. (2010) weisen darauf hin, dass sich mehrere Hundert Therapieprogramme auf dem Markt befinden, die sich mit der Behandlung aggressiver Kinder und Jugendlicher beschäftigen. Um halbwegs eine Übersicht zu behalten und zugleich eine Qualitätssicherung zu erreichen, haben einige Organisationen Bewertungskriterien entwickelt, anhand derer sie die Evidenzbasierung von Therapieprogrammen einstufen. Die bekanntesten sind

- die Blueprints des Center of the Study an Prevention of Violence der Universität Colorado (<http://www.colorado.edu/cspv/blueprints/>),
- die Modell Program Guide Datenbank des US-amerikanischen Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention (OJJDP) (<http://www.ojjdp.gov/>) und
- die von den US-Interagency Working Group on Youth Programs betriebene Internetseite.

Besonders strikte Bewertungen geben die „Blueprints“ ab (vgl. zu weiteren Information Bachmann et al. 2010).

---

## 2.2 Soziales Kompetenztraining

Soziale Kompetenztrainings umfassen in der Regel ungefähr 15 bis 25 Therapieeinheiten, die über ein halbes Jahr verteilt durchgeführt werden. Häufig werden dabei Phasen einer Einzeltherapie mit Übungen in therapeutischen Gruppen kombiniert. Um Kindern und Jugendlichen neue und differenzierte soziale Kompetenzen zu vermitteln, greift man auf Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie zurück, die sich auf das Einüben von Selbstbeobachtung und eine realistische Selbstbewertung beziehen. Zur eigenständigen Verhaltenssteuerung werden in der Folge einer realistischen Bewertung der eigenen Person dann Selbstinstruktionsmethoden dem Kind vermittelt, mit denen es in der Regel gut gelingt, aggressiv-reaktives und impulsives Verhalten zu steuern. Erst in einem weiteren Schritt werden (vor allem anhand von Rollenspielen)

- neue soziale Problemlösefertigkeiten eingeübt,
- neues Sozialverhalten vermittelt und entsprechende Kommunikationsfertigkeiten erarbeitet (z. B. Kontakte knüpfen, ohne Aggression; eine Bitte in freundlichem Ton äußern; etwas ablehnen, ohne wütend zu werden),
- eine „soziale Neuorientierung“ setzt ein Training der sozialen Perspektivenübernahme vielfach voraus; da auf diese Weise aggressive Kinder lernen, Emotionen und Gedanken anderer in ihren Handlungen zu berücksichtigen (vgl. Tab. 2.1).

Für Kinder mit aggressiv-reaktiven Verhaltensweisen (vgl. Petermann und Koglin 2015) wird eine Verhaltenssteuerung vielfach erst dann möglich, wenn sie systematisch erarbeiten, in welchen Situationen sie leicht ärgerlich und wütend werden. Ihnen gelingt vor allem dann eine Regulation negativer Emotionen, wenn es durch die Therapie möglich wird, frühe Hinweise einer emotionalen Dysregulation zu erkennen. Durch Ärger-Stopp-Regeln, Entspannungsübungen, Ablenkung u. Ä. können sie dann angemessenes Ärger-Management erlernen (vgl. Petermann und Petermann 2012).

Ein sehr bekanntes Vorgehen, das in erster Linie als soziales Kompetenztraining konzipiert ist, stellt das Training mit aggressiven Kindern (Petermann und Petermann 2012) dar. Dieses Programm ist für Kinder ungefähr ab dem sechsten Lebensjahr bis etwa 12 Jahre entwickelt worden; es besteht aus drei Elementen:

**Tab. 2.1** Empirisch gestützte Methoden sozialer Kompetenztrainings (nach Bloomquist und Schnell 2005)

<b>Interventionsverfahren</b>	<b>Erläuterungen</b>
Einüben von Selbstbeobachtung und Selbstbewertung	Die Kinder lernen, sich selbst zu beobachten und das eigene Verhalten zu bewerten.
Selbstinstruktionstraining	Die Kinder lernen, durch verinnerlichte Selbstverbalisation, Emotionen zu regulieren und eigenes Verhalten zu steuern.
Training der sozialen Problemlösefertigkeiten	Die Kinder lernen, verschiedene Schritte zur Lösung zwischenmenschlicher Konflikte anzuwenden.
Training des Sozialverhaltens und der Kommunikationsfertigkeiten	Die Kinder lernen, prosoziales Verhalten sowie verbale und nonverbale Kommunikationsfertigkeiten anzuwenden.
Training der sozialen Perspektivenübernahme	Die Kinder lernen, Emotionen und Gedanken anderer zu berücksichtigen.
Ärger-Management-Training	Die Kinder lernen, eigenen Ärger und eigene Wut wahrzunehmen und damit angemessen umzugehen.

einer Einzel- sowie Gruppentherapie und einer intensiven Eltern- oder Familienberatung. Die Einzel- und Gruppentherapie umfasst 14 bis 16 Sitzungen à 50 oder 100 min, die Eltern- oder Familienberatung ungefähr sechs Termine à 100 min. Die wichtigsten modulspezifischen Ziele sind in Tab. 2.2 zusammengestellt.

In verschiedenen Studien zu den langfristigen Effekten des Trainings mit aggressiven Kindern zeigten sich folgende positiven Effekte: Bei der Bewertung der langfristigen Wirksamkeit (Nitkowski et al. 2009a; Petermann et al. 2007) wird ersichtlich, dass das Vorgehen aus der Sicht der Eltern und Lehrkräfte aggressives Verhalten deutlich reduziert. Diese Effekte konnten mithilfe der Achenbach-Skalen (CBCL, TRF) auch sechs Monate nach Therapie-Ende bestätigt werden. Des Weiteren stimmen Eltern und Lehrkräfte in ihrer Einschätzung überein, dass aggressives Verhalten der Kinder erheblich reduziert und das prosoziale Verhalten verbessert wurde (erfasst mit dem SDQ, Goodman 1997).

Zur Überprüfung der Wirksamkeit wurde das Training mit aggressiven Kindern sowohl ambulant als auch in der Jugendhilfe und Kinder-/Jugendpsychiatrie durchgeführt. Die deutliche Verbesserung des Sozialverhaltens konnte in allen Settings,

**Tab. 2.2** Training mit aggressiven Kindern: Ausgewählte Ziele (Nach Petermann und Petermann 2012)

---

**Ziele der Einzeltherapie**

- Auseinandersetzen mit aggressivem Verhalten,
- Selbstverbalisationstechniken erlernen,
- Konsequenzen vorhersehen,
- Bildgeschichten verstehen und Wege der Problemlösung erarbeiten und
- Sich selbst im Rahmen von Problemlösungen kritisch einschätzen

---

**Ziele der Gruppentherapie**

- Gruppenregeln erstellen,
- Einfühlungsvermögen einüben,
- Mit Wut besser fertig werden,
- Lob, Nichtbeachtung und Tadel erfahren und
- Angemessenes Verhalten stabilisieren und gegenüber Rückschlägen immunisieren

---

**Ziele der Eltern- und Familienberatung**

- Vermitteln eines Störungskonzeptes,
  - Vertrautmachen mit Verhaltensbeobachtung,
  - Wirkungsvoll Aufforderungen stellen,
  - Einsatz von Punkteplänen,
  - Bearbeiten von Kommunikations- und Erziehungsproblemen,
  - Umstrukturieren des Familienlebens,
  - Stabilisieren positiver Veränderungen in der Familie und
  - Unterstützung anbieten, wenn Rückschläge drohen
-

in denen das Training durchgeführt wurde, auf der Basis von Elternurteilen belegt werden (Nitkowski et al. 2009b; Petermann et al. 2008, 2013c). Im Vergleich profitieren Kinder, die am Training mit aggressiven Kindern im Kontext von Maßnahmen der Jugendhilfe und einer ambulanten kinderpsychiatrischen Maßnahme teilnahmen, nachweislich stärker als diejenigen, denen das Training nur isoliert angeboten wurde. Die Tatsache, dass und wie gut ein verhaltenstherapeutisches Angebot in eine Versorgungsstruktur eingebunden ist, bestimmt damit entscheidend über den langfristigen Erfolg einer solchen Behandlung.

---

## 2.3 Elternt raining

Bei diesem Vorgehen nimmt man an, dass das Verhalten des aggressiven Kindes durch die Modifikation der sozialen Umgebung zu verändern ist. Die Eltern tragen mit ihrem Erziehungsverhalten entscheidend zur Problematik eines Kindes bei. Demzufolge soll mit einem Elternt raining das Erziehungs- und Interaktionsverhalten zwischen den Eltern und dem Kind besser werden.

Schon im Jahre 2008 durchleuchteten Kaminski, Valle, Filene und Boyle die Wirksamkeit von Elternt rainings. Die Autoren gingen der Frage nach, welche Inhalte und Methoden die Effektivität von Elternt rainings beeinflussen (Tab. 2.3). Von besonderer Bedeutung waren dabei:

- die positive Interaktion mit dem Kind (die Interessen des Kindes wahrnehmen und unterstützen, angemessene Freizeitaktivitäten anbieten),
- konsistentes Handeln, wenn das Kind Fehlverhalten zeigt,
- Kommunikation über Emotionen und
- das Einüben vonziehungsfertigkeiten mit dem Kind im Alltag.

Bei Elternt rainings werden Bezugspersonen eines Kindes darin „ausgebildet“, das Verhalten eines Kindes zu Hause zu modifizieren. So soll die Interaktion mit dem Kind verbessert, kooperatives Verhalten aufgebaut und aggressives Verhalten reduziert werden. Die Eltern lernen, Regeln im Umgang mit ihrem Kind und für ihr Kind aufzustellen, positive Verstärker für angemessenes und leichte Strafen für unangemessenes Verhalten einzusetzen. Mit Hilfe von lernpsychologischen Prinzipien lernen die Eltern, Problemverhalten zu erkennen und schrittweise zu verändern. Durch die Vermittlung und Erprobung neuen Erziehungsverhaltens werden die Eltern im Umgang mit ihrem aggressiven Kind kompetenter, sodass sie eigenständig Probleme bearbeiten können. In der Regel wird das Problemverhalten des Kindes in der Schule einbezogen.

**Tab. 2.3** Einige wichtige Inhalte von Elterntrainings (nach Kaminski et al. 2008)

<b>Inhalt</b>	<b>Beschreibung</b>
Wissen über die kindliche Entwicklung und Betreuung	Wissen über die Entwicklung und das Verhalten von Kindern; Förderung einer positiven emotionalen Entwicklung von Kindern (z. B. angemessene Emotionskontrolle, Selbstbewusstsein)
Positive Interaktion mit dem Kind	Eltern-Kind-Kontakt positiv gestalten (z. B. Begeisterung ausdrücken, positive Aufmerksamkeit schenken)
Sensitivität und Fürsorge seitens der Eltern	Bedürfnisse des Kindes sensibel wahrnehmen und darauf reagieren (z. B. Berührungen), altersangemessenen Körperkontakt und Zuneigung zeigen
Kommunikation über Emotionen	Beziehungsfördernde Kommunikation einüben (z. B. aktives Zuhören; Kinder dabei unterstützen, Emotionen zu erkennen und angemessen auszudrücken); negative Kommunikation verringern (z. B. Sarkasmus)
Kommunikation über Grenzen und Regeln	Aufforderungen an das Kind eindeutig formulieren; Grenzen setzen und Regeln aufstellen, Konsequenzen zeigen
Verhaltensmanagement	Beaufsichtigung (Kontrolle) und Betreuung des Kindes; konkrete Verstärkungs- und Bestrafungsstrategien nutzen; konsistentes Verhalten bei Regelverletzungen
Förderung sozialer Kompetenzen	Eltern anleiten, wie sie positives Verhalten ihren Kindern vermitteln können (z. B. Kooperation mit Gleichaltrigen)

Elterntrainings sollten die einzuübenden Verhaltensweisen in kleine Schritte gliedern, wie es zum Beispiel vorbildlich in dem videogestützten Elterntraining von Webster-Stratton (2005) der Fall ist. Dieses Elterntraining wurde vor allem bei vier- bis achtjährigen Kindern erprobt, wobei die Grundlagen für ein positives elterliches Erziehungsverhalten anhand von Videoaufnahmen mit den Eltern erarbeitet werden. Für ein solches Vorgehen liegen differenzierte Manuale und Trainingsmaterialien vor.

Lundahl et al. (2006) stellen in einer Übersicht die Wirksamkeit von Elterntrainings bei aggressiven Kindern zur Diskussion. Prinzipiell zeigen sich in einem Vergleich von 63 Studien folgende Ergebnisse:

- verhaltenstherapeutisch orientierte Elternt rainings sind anderen Elternt rainings (z. B. nach dem Gordon-Ansatz) nicht prinzipiell überlegen,
- aggressive Kinder unter 5 Jahre profitieren gut von Elternt rainings,
- sozial besser gestellte Familien und deren Kinder ziehen aus Elternt rainings einen größeren Gewinn als sozial benachteiligte Familien,
- aggressive Kinder mit stärker ausgeprägten Problemen profitieren mehr als solche, die weniger belastet sind und
- Elterngruppentrainings waren im Vergleich zu Trainings, bei denen die Eltern individuell betreut wurden, weniger effektiv.

Die Meta-Analyse von Lundahl et al. (2006) verdeutlicht, dass Elternt rainings nur unter bestimmten Umständen und nur für ausgewählte Eltern gute Effekte zeigen. Sozial benachteiligte Familien profitieren nur dann, wenn sie umfassend (z. B. durch Jugendhilfe-Maßnahmen) unterstützt werden (Henggeler und Sheidow 2012). Die langfristigen Effekte familiär orientierter Ansätze werden in neueren Übersichtsarbeiten sowohl für das Kindesalter (Furlong et al. 2012) als auch für das Jugendalter (Bachmann et al. 2010) positiv bewertet. Vermutlich ist bei einer früh auftretenden und damit stabilen psychischen Störung die optimalste Betreuung von Familien mit aggressiven Kindern dadurch gegeben, dass den Betroffenen ein auf *Langfristigkeit angelegtes Betreuungssystem* angeboten wird. In Krisenzeiten kommt einer intensivtherapeutischen Behandlung eine besondere Bedeutung zu (vgl. Stadler et al. 2012). Ein solches komplexes Angebot gibt Eltern und Familien die Möglichkeit, ihre Fertigkeiten im Umgang mit ihrem Kind und damit dem jeweiligen Alter den spezifischen Entwicklungsanforderungen gezielt anzupassen.

*Incredible Years* Das Programm „Incredible Years“ wendet sich an Eltern, Kinder und Lehrkräfte und möchte die Erziehungskompetenz von Bezugspersonen und die sozial-emotionale Kompetenz von Kindern fördern. Das Programm besteht aus drei Teilprogrammen (Tab. 2.4), die folgende Bereiche fördern:

- Erziehungskompetenzen (BASIC Parent Training Program),
- interpersonelle Kompetenzen (ADVANCE Parent Training Program) und
- Lernkompetenzen (EDUCATION Training Program, SCHOOL Training Program).

Das Vorgehen dient der Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens und ist für Kinder der Altersgruppe von 2 bis 10 Jahren geeignet (Webster-Stratton 2005; Webster-Stratton et al. 2004).

**Tab. 2.4** Inhalte der Elterntrainings-Serie „Incredible Years“ (dargestellt nach Beelmann und Raabe 2007, S. 167)

Programmteil	Inhalt	Setting
BASIC (Basistraining)	Gemeinsames Spiel	Zuhause
	Loben/belohnen	
	Grenzen setzen	
	Umgang mit Fehlverhalten	
ADVANCE (Fortgeschrittentraining)	Problemlösen	Zuhause
	Ärgermanagement	Arbeit
	Kommunikation	Freizeit
	Kontrolle von Depression	
	Soziale Unterstützung geben und annehmen	
EDUCATION SCHOOL	Anregungen geben	Zuhause
	Lernroutinen nach der Schule	Schule
	Unterstützung bei den Hausaufgaben	
	Leseübungen	
	Beteiligung an schulischen Veranstaltungen und Konferenzen	

Das BASIC-Elterntraining wird über 13 bis 14 Wochen angeboten, wobei Gruppen von zehn bis 14 Eltern gebildet werden. Die Basis der Arbeit mit den Eltern besteht aus dem Anschauen von themenspezifischen Videoausschnitten. Aus 250 Video-Vignetten von je 1 bis 2 min Länge wird eine Auswahl getroffen. Die Videos zeigen einen Elternteil und ein Kind in Alltagssituationen, in denen die Interaktionspartner mehr oder weniger erfolgreich miteinander umgehen. In dem Elterntraining wird also gezielt mit Filmmaterial gearbeitet, um auch bildungsferne Schichten zu erreichen. Nach dem Betrachten einer Video-Vignette erfolgt eine Gruppendiskussion über den Inhalt; in Rollenspielen werden Lösungen erarbeitet und zugleich ausprobiert; als Abschluss eines jeden Treffens werden strukturierte Hausaufgaben formuliert.

Beim ADVANCE-Programm sollen Elternkompetenzen in den Bereichen Selbstkontrolle, Kommunikationsfertigkeiten, Problemlösekompetenz und soziale Unterstützung (geben und annehmen) gefördert werden. Im Prinzip wird damit die familiäre Stressbewältigungskompetenz der Eltern gestärkt, wodurch – vor allem auf Seiten der Mütter – ein sensibler Umgang mit Kindern erst möglich wird. Im dritten Programmteil (EDUCATION) sollen die Eltern befähigt werden, ihre Kinder bei den schulischen Anforderungen zu unterstützen.

Für das Programm „Incredible Years“ liegen ungefähr ein Dutzend randomisiert-kontrollierte Studien vor. Diese Studien belegen, dass aggressives Verhalten

und Problemverhalten der Kinder abgebaut sowie prosoziales Verhalten und die Problemlösekompetenz verbessert wurden. In einer in den Niederlanden durchgeführten Kontrollgruppenstudie (Posthumus et al. 2012) wurden die ersten beiden Programmteile (BASIC, ADVANCE) dazu herangezogen, um die Erziehungskompetenz von Eltern auffälliger Kinder zu optimieren. Die meisten Effekte (z. B. Anwenden angemessener Disziplinierungstechniken) konnten auch nach 2 Jahren noch beobachtet werden; allerdings konnte in dieser Studie nicht bestätigt werden, dass die Bereitschaft der Eltern, ihr Kind gezielt zu loben, längerfristig stabil blieb (Posthumus et al. 2012).

---

## 2.4 Intensivtherapeutischer Ansatz VIA

Ein innovativer Ansatz stellt die intensivtherapeutische Behandlung aggressiver Kinder dar. Einen Vorschlag unterbreiteten Grasmann und Stadler (2009) mit ihrem „Verhaltenstherapeutischen Intensivprogramm zum Abbau von Aggression (VIA)“. Das dreimonatige Programm umfasst ein zweiwöchiges tagesklinisches Intensivtraining (= 10 Therapietage von ca. 8:00 bis 17:00 Uhr) in einer Gruppe von sechs Kindern (Altersgruppe 6–14 Jahre). Begleitend zum zweiwöchigen Gruppentraining findet ein achtwöchiges ambulantes Elternt raining statt, das 3 Wochen vor dem Gruppentraining beginnt und 6 Wochen nach der tagesklinischen Behandlung endet. Während der strukturierten tagesklinischen Behandlung (Tab. 2.5) werden Hilfen zu neuen Verhaltensstrategien zur Impulskontrolle und neue Ansätze zur Problemlösung erlernt. Mit den kognitiv-verhaltenstherapeutischen Methoden gelingt es, eine angemessene soziale Informationsverarbeitung zu vermitteln (vgl. Stadler et al. 2012, S. 104).

**Tab. 2.5** Intensivtherapeutisches Verhalten nach Pelham und Hoza (1997)

---

### **Punktesystem**

Die Kinder können täglich Punkte für angemessenes Verhalten sammeln und mit entsprechendem Fehlverhalten Punkte verlieren. Die erzielten Punkte können in Privilegien (z. B. Ausflüge) eingetauscht werden.

---

### **Soziales Kompetenztraining**

Durch Instruktions- und Kommunikationstraining, Modelllernen und Rollenspiele werden soziale Kompetenzen erlernt. Im Alltag bilden die Kinder feste Zweierteams, die regelmäßig gemeinsame Aktivitäten unternehmen, eine Freundschaft aufbauen sollen und von einem erwachsenen Coach darin unterstützt werden.

---

### **Daily Report Cards**

Den Eltern werden täglich Kärtchen mit individuellen Zielverhaltensweisen übergeben. Die Eltern werden geschult, ihre Kinder für das Einhalten der Vorgaben gezielt zu belohnen.

---

**Tab. 2.5** (Fortsetzung)**Sportliche Aktivitäten**

Drei Stunden werden altersangemessene sportliche Übungen mit den Kindern durchgeführt, um ihre Selbstwirksamkeit zu fördern, wodurch Verhaltensänderungen möglich werden.

**Time-Out-Technik**

Unerwünschte Verhaltensweisen werden mit dem Verlust von Privilegien (für eine bestimmte Zeit) bestraft.

**Unterricht**

Die Kinder werden 3 h täglich (eine Stunde ein spezifisches Thema, eine Stunde Computerunterricht, eine Stunde Kunst) unterrichtet. Diese Alltagsnähe besitzt den Vorteil, dass man direkt an schulbezogenen Problemen (z. B. Konzentration, Ausdauer) arbeiten kann.

**Elterneinbezug**

Die Eltern werden aktiv in das Programm eingebunden. Es finden tägliche Kontakte, wöchentliche Elterngruppen zur Verhaltensmodifikation und gemeinsame Aktivitäten mit den Kindern statt.

---

## 2.5 Multisystemische Therapie (MST)

Bei der Multisystemischen Therapie (MST) handelt es sich um eine Therapieform, die Scott Henggeler (Medical University of South Carolina, USA) ab 1980 entwickelte. Primäre Zielgruppe der MST sind Jugendliche mit aggressivem Verhalten, Delinquenz, Substanzmißbrauch und sexuell übergriffigem Verhalten sowie die Familien dieser Jugendlichen. Inzwischen liegen auch Adaptationen der MST für andere Zielgruppen vor, etwa vernachlässigte Kinder oder Kinder und Jugendliche mit chronischen somatischen Erkrankungen und Compliance-Problemen.

Die MST fußt auf der sozial-ökologischen Therapie nach Bronfenbrenner (1992) und leitet hieraus ihren Kerngedanken ab: die Behandlung der Symptome in dem jeweiligen System, in dem sie auftreten (d. h. Familie, Schule, Gleichaltrigengruppe etc.). Dieser Kerngedanke wird konkretisiert und erweitert in neun Leitsätzen der MST (z. B. „Positiv und an Stärken orientiert bleiben“, „Gegenwartsorientiert, handlungsorientiert und klar definiert“, „Auf Alltagstransfer achten“; Henggeler et al. 2012).

Insgesamt dauert eine MST-Behandlung ca. vier bis sechs Monate. MST findet als aufsuchende Therapieform zu 90 % in der natürlichen Umgebung der Familien statt, Termine finden zu familienfreundlichen Zeiten statt. Jeder Therapeut hat eine niedrige Fallzahl von vier bis maximal sechs Familien, um genügend Zeit für ein therapeutisches Bündnis zu haben. Drei bis vier Therapeuten bilden ein MST-Team, das von einem MST-Teamleiter geleitet wird.



<http://www.springer.com/978-3-658-08850-7>

Aggressive Kinder und Jugendliche  
Prävention und Therapie - ein Überblick  
Petermann, F.; Koglin, U.  
2015, IX, 40 S. 1 Abb., Softcover  
ISBN: 978-3-658-08850-7