

Ergebnisbericht (gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	Universität zu Köln
Förderkennzeichen:	01VSF21016
Akronym:	SSV-Update
Projekttitel:	Leitlinien-Update: Störungen des Sozialverhaltens für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene
Autorinnen und Autoren:	Lea Teresa Kohl & Anja Görtz-Dorten im Auftrag der Steuerungsgruppe des SSV-Leitlinienupdates
Förderzeitraum:	1. Januar 2022 bis 31. Dezember 2025
Ansprechpartner:	Anja Görtz-Dorten Centrum für Kinder- Jugendlichenpsychotherapie an der Uniklinik Köln (CEKIP), Pohligstr. 9, 50969 Köln anja.goertz-dorten@uk-koeln.de

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt SSV-Update wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF21016 gefördert.

Zusammenfassung

Hintergrund: Störungen des Sozialverhaltens zählen zu den häufigsten Vorstellungsgründen in kinder- und jugendpsychiatrischen sowie kinder- und jugendpsychotherapeutischen Einrichtungen. Die klinische S3-Leitlinie zu Störungen des Sozialverhaltens bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen verfolgt das Ziel, evidenz- und konsensbasierte Standards für die Identifikation, Prävention, Diagnostik und Behandlung von Störungen des Sozialverhaltens in Deutschland zu benennen und zu etablieren. Mit Ablauf der Gültigkeit der bisherigen Leitlinie, am 22.09.2021, wurde eine Aktualisierung und Weiterentwicklung der S3-Leitlinie erforderlich.

Methodik: Das methodische Vorgehen bei der Aktualisierung und Weiterentwicklung der Empfehlungen erfolgte entsprechend der verbindlichen Vorgaben des Regelwerks der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). An der Leitlinienüberarbeitung wurden alle relevanten Berufsgruppen sowie Patient:innenvertretungen beteiligt.

Ergebnisse: Die klinische Leitlinie konnte erfolgreich aktualisiert und weiterentwickelt werden; alle Projektziele wurden erreicht. Ein Großteil der Leitlinienempfehlungen wurde neu geschaffen (42 %) oder überarbeitet (44 %); das Leitlinienupdate enthält abschließend 106 Empfehlungen. Ein Großteil der neu geschaffenen Empfehlungen thematisiert die Zusammenarbeit verschiedener relevanter Versorgungssysteme. Es wurden Informationsbroschüren für verschiedene Personengruppen (Patient:innen, Eltern, verschiedene Fachkräfte) entwickelt. Die Akzeptanz der Leitlinienempfehlungen sowie der Informationsbroschüren wurde mittels Fokusgruppen geprüft. Zudem wurde in der Steuerungsgruppe ein Konzept für die Weiterentwicklung der klinischen Leitlinie entwickelt.

Diskussion: Der Projektverlauf war mit verschiedenen inhaltlichen, methodischen und organisatorischen Herausforderungen verbunden, aus denen sich auch zentrale Erkenntnisse für zukünftige Aktualisierungen dieser sowie verwandter Leitlinien ableiten lassen.

Schlagworte: S3-Leitlinie, klinische Leitlinie, Störungen des Sozialverhaltens, Diagnostik, Behandlung, Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene

Inhaltsverzeichnis

I	Abkürzungsverzeichnis	4
II	Abbildungsverzeichnis	5
III	Tabellenverzeichnis	5
1	Projektziele	6
2	Projektdurchführung	7
2.1	Projektbeteiligte	7
2.2	Beschreibung/ Darstellung des Projekts	9
2.3	Beschreibung Ablauf des Projekts	9
2.4	Erfahrungen mit der Implementierung/ Maßnahmen	10
3	Methodik	10
4	Projektergebnisse	15
5	Diskussion der Projektergebnisse	19
6	Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung	21
7	Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen	22
IV	Literaturverzeichnis	23
V	Anlagen	24

I Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
AKIP/CEKIP	Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie der Uniklinik Köln/ Centrum für Kinder- Jugendlichenpsychotherapie an der Uniklinik Köln
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V.
BDP	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. – Sektion Schulpsychologie
BKJ	Bundesverband für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie e.V.
BKJPP	Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V.
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
BVKE	Bundesverband Caritas Kinder- und Jugendhilfe e. V.
DAG-SHG	Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.
DGKJ	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V.
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V.
DGPs	Deutsche Gesellschaft für Psychologie e. V., Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie (DGPs)
DGSF	Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie
DGSPJ	Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V.
DGVT	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.
DPTV	Deutsche Psychotherapeutenvereinigung e. V.
DVJJ	Deutsche Vereinigung für Jugendgerichte und Jugendgerichtshilfen e. V.
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
IA	Innovationsausschuss
ICD-11	International Classification of Diseases and Related Health Problems, 11 th Revision
KI	Künstliche Intelligenz

KJPVT	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Verhaltenstherapie (ehemals: BVKJ)
knw	Kindernetzwerk e. V.- Dachverband der Selbsthilfe von Familien mit Kindern und jungen Erwachsenen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
ÖGKJP	Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
PICO(S)	Population, Intervention, Control (Kontrollgruppe), Outcome (Endpunkt), Studiendesign
SGKJPP	Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
SSV	Störungen des Sozialverhaltens
VAKJP	Vereinigung für analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie e. V.
vds	Verband Sonderpädagogik e. V.

II Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ergebnisse der Kalkulationen hinsichtlich der Trefferanzahl, der zeitlichen Dauer der Überarbeitungen und der anfallenden Kosten für die Aktualisierung der Evidenzbasis zu beispielhaft gewählten Zeitpunkten	17
---	----

III Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Leitliniengruppenmitglieder und ihre jeweilige Funktion in der Leitliniengruppe ...	7
--	---

1 Projektziele

Störungen des Sozialverhaltens zählen zu den häufigsten Vorstellungsgründen in kinder- und jugendpsychiatrischen sowie kinder- und jugendpsychotherapeutischen Einrichtungen. Die Prävalenz von Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionell-aufsässigem Verhalten liegt bei etwa 3 % (Spannweite: 1–11 %), die von Störungen mit aggressiv-dissozialem Verhalten bei etwa 4 % (Spannweite: 2–10 %; American Psychiatric Association, 2018). Gleichzeitig zeigte die BELLA-Studie, dass in Deutschland lediglich etwa jeder siebte junge Mensch mit Verhaltensproblemen eine adäquate diagnostische und therapeutische Versorgung erhält (14,2 %; Hintzpeter et al., 2014).

Die Barrieren für die Inanspruchnahme geeigneter Hilfen sind dabei vielfältig. Hierzu zählen unter anderem ein unzureichendes Erkennen der Störung, negative Einstellungen und Vorurteile gegenüber psychischen Erkrankungen wie den Störungen des Sozialverhaltens und deren Behandlungsmöglichkeiten sowie fehlende oder unzureichende Versorgungsangebote, insbesondere in strukturschwachen Regionen. Darüber hinaus weisen Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Störungen des Sozialverhaltens häufig einen komplexen Unterstützungsbedarf auf, der nicht allein durch Maßnahmen des Gesundheitssystems gedeckt werden kann. Insbesondere dem Bildungswesen, der Kinder- und Jugendhilfe sowie dem Justizsystem kommt bei der Versorgung dieser Patientengruppe eine zentrale Bedeutung zu. Eine enge Abstimmung und Koordination der Maßnahmen zwischen den beteiligten Versorgungssystemen stellt dabei eine wesentliche Gelingensvoraussetzung dar.

Die klinische S3-Leitlinie zu Störungen des Sozialverhaltens bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen verfolgt das Ziel, evidenz- und konsensbasierte Standards für die Identifikation, Diagnostik und Behandlung von Störungen des Sozialverhaltens sowie für deren Prävention und die interdisziplinäre Kooperation zentraler Versorgungssysteme in Deutschland zu etablieren. Da die Gültigkeit der bisherigen Leitlinienfassung am 22.09.2021 endete, wurde eine Aktualisierung und Weiterentwicklung der Leitlinie erforderlich.

Das übergreifende Ziel des vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses geförderten Forschungsprojekts bestand in der Aktualisierung und Weiterentwicklung der klinischen S3-Leitlinie zur Diagnostik und Behandlung von Störungen des Sozialverhaltens im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter. In diesem Zusammenhang wurden folgende Projektziele definiert:

- 1) Aktualisierung und Weiterentwicklung der S3-Leitlinie aus dem Jahr 2018
- 2) Anpassung der Leitlinie an die neuen Störungskategorien der ICD-11¹

¹ Die ICD-11 ist die von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebene 11. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und psychischen Störungen und stellt den international gültigen diagnostischen Standard dar (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, n.d.). Sie wurde 2019 von der Weltgesundheitsversammlung verabschiedet und ist seit dem 1. Januar 2022 international offiziell in Kraft. In Deutschland erfolgt die Einführung schrittweise; eine flächendeckende verbindliche Implementierung im Versorgungssystem steht noch aus. Um neue diagnostische Kategorien und Kriterien frühzeitig in die evidenzbasierte Versorgung zu integrieren, waren entsprechende Anpassungen der der Leitlinie erforderlich.

- 3) Entwicklung altersspezifischer Leitlinienempfehlungen für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sowie Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte, insbesondere hinsichtlich weiblicher Betroffener
- 4) Entwicklung berufs- und sektorübergreifender Empfehlungen mit Schwerpunkt auf dem Gesundheitssystem unter Einbezug des Bildungswesens, der Kinder- und Jugendhilfe sowie des Justizsystems
- 5) Weiterentwicklung der Leitlinie im Sinne einer „Living Guideline“²
- 6) Erstellung der Leitlinie in einem digitalisierungsfähigen Format³
- 7) Entwicklung und Erprobung zielgruppenspezifischer Informationsmaterialien für Betroffene (Patient:inneninformationen), Eltern, Pädagog:innen und Lehrkräfte sowie Mitarbeitende der Jugendhilfe und Jugendgerichtshilfe unter Einbezug der Patient:innen- und Bezugspersonenperspektive
- 8) Dissemination und Überprüfung der Akzeptanz der Leitlinienempfehlungen

2 Projektdurchführung

2.1 Projektbeteiligte

Die Leitliniengruppe des Leitlinienupdates zu Störungen des Sozialverhaltens enthielt Mitglieder mit folgenden Funktionen: a) Projektleitungsteam (darunter eine primäre Projektleitung), b) Steuerungsgruppenmitglied, c) Expert:in, d) Konsensusgruppenmitglied. In Tabelle 1 werden alle Mitglieder der Leitliniengruppe nebst ihrer jeweiligen Funktion aufgelistet. Die methodische Begleitung des Leitlinienupdates sowie die Moderation des Konsensusprozesses übernahm Frau Frauke Schwier (AWMF-Leitlinienberaterin). Weitere Details zu den jeweiligen Rollen und den assoziierten Aufgaben können dem Leitlinienreport im Anhang 3 entnommen werden.

Tabelle 1: Leitliniengruppenmitglieder und ihre jeweilige Funktion in der Leitliniengruppe

Leitliniengruppenmitglied	Funktion in der Leitliniengruppe
Prof. Manfred Döpfner (CEKIP/AKiP Köln)	Primäre Projektleitung bis August 2024, Steuerungsgruppenmitglied, Experte
Prof. Anja Görtz-Dorten (CEKIP/AKiP Köln)	Primäre Projektleitung ab August 2024, Steuerungsgruppenmitglied, Expertin
Dr. Lea Teresa Kohl	Projektkoordination, Projektleitungsteam, Expertin

² Das Konzept der „Living Guideline“ verfolgt das Ziel, Leitlinienempfehlungen kontinuierlich und zeitnah an neue wissenschaftliche Erkenntnisse anzupassen, statt diese in größeren zeitlichen Abständen zu überarbeiten. Dadurch könnte sichergestellt werden, dass diagnostische und therapeutische Empfehlungen dauerhaft dem aktuellen Stand der Evidenz entsprechen.

³ Die Erstellung der Leitlinie in einem digitalisierungsfähigen Format verfolgte das Ziel, Leitlinieninhalte strukturiert und für digitale Weiterverarbeitungs- und Publikationsprozesse geeignet aufzubereiten. Dadurch sollten die Voraussetzungen für eine effizientere Aktualisierung, Dissemination und potenzielle Integration in digitale Leitlinien- und Versorgungssysteme geschaffen werden.

Leitliniengruppenmitglied	Funktion in der Leitliniengruppe
(CEKIP/AKiP Köln)	
Prof. Michael Kölch (Präsident der federführenden Fachgesellschaft)	Projektleitungsteam, Steuerungsgruppenmitglied, Experte, Konsensusgruppenmitglied (DGKJP)
Prof. Tobias Banaschewski	Steuerungsgruppenmitglied, Experte
Dr. Myriam Bea	Steuerungsgruppenmitglied, Konsensusgruppenmitglied (ADHS Deutschland e. V.)
Dr. Norbert Beck	Steuerungsgruppenmitglied, Experte, Konsensusgruppenmitglied (BVkE)
Prof. Jörg M. Fegert	Steuerungsgruppenmitglied
Prof. Dr. Thomas Hennemann	Steuerungsgruppenmitglied, Experte
Petra Hiller	Steuerungsgruppenmitglied, Expertin
Prof. Paul Plener	Steuerungsgruppenmitglied, Experte, Konsensusgruppenmitglied (Vertretung ÖGKJP)
Prof. Christina Stadler	Steuerungsgruppenmitglied, Expertin, Konsensusgruppenmitglied (SGKJPP)
Prof. Marc Allroggen	Experte, Konsensusgruppenmitglied (DVJJ)
Prof. Ulrike Becker	Expertin
Dr. Cyril Boonmann	Experte
Filip Caby	Experte, Konsensusgruppenmitglied (DGSF)
Dr. Christina Dose	Expertin
Angela Ehlers	Expertin, Konsensusgruppenmitglied (vds)
Prof. Charlotte Hanisch	Expertin, Konsensusgruppenmitglied (Vertretung KJPVT & DGPs)
Prof. Nina Heinrichs	Expertin, Konsensusgruppenmitglied (DGPs)
PD Dr. Arvid Herwig	Experte
Prof. Clemens Hillenbrand	Experte
Leonie Hofmann	Expertin
Martin Holtmann	Experte
Dr. Marie-Theres Klemp	Expertin
Prof. Marc Schmid	Experte, Konsensusgruppenmitglied (Vertretung SGKJPP)
Klaus Seifried	Experte, Konsensusgruppenmitglied (BDP)
Dr. Anne-Katrin Treier	Expertin
Dr. Laura Wähnke	Expertin
Prof. Michael Borg-Laufs	Konsensusgruppenmitglied (DGVt)
Eva Frank	Konsensusgruppenmitglied (DPTV)
Prof. Oliver Fricke	Konsensusgruppenmitglied (DGKJ)
Prof. Klaus Fröhlich-Gildhoff	Konsensusgruppenmitglied (BKJ)
Prof. Raimund Geene	Konsensusgruppenmitglied (DAG-SHG)
Elke Hauke	Konsensusgruppenmitglied (knw)
Dr. Marianne Klein	Konsensusgruppenmitglied (BKJPP & BAG)
Prof. Katrin Luise Lärer	Konsensusgruppenmitglied (VAKJP)
Cornelia Metge	Konsensusgruppenmitglied (BPtK)
Prof. Gitta Reuner	Konsensusgruppenmitglied (DGSPJ)



Leitliniengruppenmitglied	Funktion in der Leitliniengruppe
Prof. Christina Schwenck	Konsensusgruppenmitglied (KJPVT)
Prof. Kathrin Sevecke	Konsensusgruppenmitglied (ÖGKJP)
Prof. Adam Hubertus	Konsensusgruppenmitglied (Vertretung BKJPP & BAG)
Dr. Johannes Oepen	Konsensusgruppenmitglied (Vertretung knw)
Andrea Spies	Konsensusgruppenmitglied (Vertretung BDP-Schulpsychologie)
Dr. Tina Wessels	Konsensusgruppenmitglied (Vertretung BPtK)

2.2 Beschreibung/ Darstellung des Projekts

Die Aktualisierung und Weiterentwicklung der Empfehlungen der S3-Leitlinie zu Störungen des Sozialverhaltens bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen wurden mittels folgender Schritte geplant und umgesetzt: a) Definition von Schlüsselfragen, b) Suche nach Quellleitlinien, c) Systematische Literaturrecherche, d) Titel- und Abstractscreening, e) Volltextscreening, f) Datenextraktion, g) Studienqualitätsbewertung, h) Bestimmung der Vertrauenswürdigkeit der Evidenz, i) Entwicklung/Überarbeitung der Leitlinienempfehlungen in Expert:innengruppen, j) Strukturierte Konsensfindung.

Vor Beginn dieser Aktualisierungsarbeiten wurde die Leitliniengruppe sorgsam zusammengestellt und der Arbeitsplan finalisiert. Im Anschluss an die Aktualisierungsarbeiten wurden sogenannte zielgruppenspezifische Informationen⁴ entwickelt, die Akzeptanz der überarbeiteten Leitlinienempfehlungen und zielgruppenspezifischen Informationsbroschüren mittels sogenannter Fokusgruppen⁵ untersucht und ein Konzept zur Weiterentwicklung der Leitlinie als Living Guideline verabschiedet.

2.3 Beschreibung Ablauf des Projekts

Alle notwendigen Schritte zur Aktualisierung der klinischen Leitlinie (s. Punkt 2.2) wurden erfolgreich durchlaufen. Der ursprüngliche Projektplan konnte weitestgehend wie geplant realisiert werden. Allerdings ergaben sich deutliche zeitliche Verzögerungen im Zusammenhang mit den durchgeführten systematischen Literaturrecherchen wodurch eine Verlängerung der Projektlaufzeit um ein Jahr notwendig wurde.

Wesentliche Änderungen hinsichtlich der durchgeführten Aufgaben betrafen einen Wechsel hinsichtlich der, im Rahmen der Studiauswahl, eingesetzten Software (Covidence statt MAGICapp), ein adaptiertes Vorgehen bei der Studienqualitätsbewertung aufgrund begrenzter personeller und zeitlicher Ressourcen, die Umsetzung der Akzeptanzerhebung mittels Fokusgruppen statt mittels einer Fragebogenerhebung sowie die Nicht-Durchführung einer ursprünglich geplanten zweiten Aktualisierung der Evidenzbasis anstelle eines stärkeren Fokus auf die Konzeptentwicklung „Living Guideline“.

⁴ für verschiedene Personengruppen spezifisch entwickelte Informationsbroschüren

⁵ moderierte Gruppengespräche

2.4 Erfahrungen mit der Implementierung/ Maßnahmen

Die interdisziplinär erarbeitete S3-Leitlinie zu Störungen des Sozialverhaltens bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist für Akteur:innen verschiedener Versorgungssysteme von Relevanz. Neben den Fachkräften aus dem Gesundheitssystem haben Fachkräfte des Bildungssystems, der Kinder- und Jugendhilfe und des Justizsystems sowie Vertretende von Selbsthilfeverbänden an der Erstellung der klinischen Leitlinie mitgewirkt. Alle Leitliniengruppenmitglieder haben eine zentrale Bedeutung für die Implementierung der Leitlinie, da sie als Multiplikatoren für die Verbreitung und Umsetzung der S3-Leitlinie in ihren Versorgungsbereichen fungieren. Während des Leitlinienprojekts wurde bereits auf verschiedenen Fachkongressen über den aktuellen Stand des Leitlinienprojekts informiert und erste, bereits konsentierete, Empfehlungen vorgestellt. Mit Finalisierung der Leitliniendokumente ist die Implementierung mittels aktiver Öffentlichkeitsarbeit in Form von Beiträgen in Fachzeitschriften sowie Vorträgen, Symposien und Workshops auf Fachkongressen geplant. 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. Zielgruppenspezifische Informationen wurden erstellt, um einerseits über das Störungsbild und deren Behandlungsmöglichkeiten zu informieren und andererseits die erarbeiteten Empfehlungen zur Kooperation der Versorgungssysteme praxistauglich vorzustellen.

3 Methodik

Das methodische Vorgehen bei der **Aktualisierung und Weiterentwicklung der Empfehlungen** erfolgte entsprechend der verbindlichen Vorgaben des AWMF-Regelwerks (siehe AWMF-Regelwerk Version 2.2; Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) - Ständige Kommission Leitlinien, 2025) und wird im Folgenden entsprechend der unter Punkt 2.2. genannten Arbeitsschritte vorgestellt:

- a) Definition von Schlüsselfragen: Ein erster Entwurf der Schlüsselfragen des Leitlinienupdates wurden, angelehnt an die Schlüsselfragen der bisherigen S3-Leitlinie, vom Projektleitungsteam entwickelt. Mit der Steuerungsgruppe und den Expert:innen wurden die Schlüsselfragen im Anschluss diskutiert und finalisiert. Die Konsensusgruppe wurden über die definierten Schlüsselfragen informiert und erhielten Kommentierungsmöglichkeiten. Eine Auflistung der finalisierten Schlüsselfragen finden sich im Leitlinienreport.
- b) Suche nach Quellleitlinien: Frau Dr. Lea Teresa Kohl führte eine systematische Suche nach vorliegenden nationalen und internationalen Leitlinien in einschlägigen Datenbanken durch. Die NICE-Leitlinie (National Institute for Health and Care Excellence, 2013) wurde als Quellleitlinie bestätigt und die zwischenzeitlich erschienen Surveillance Reports der NICE-Leitlinie bei dem Update der S3-Leitlinie berücksichtigt.
- c) Systematische Literaturrecherche: Das Projektteam führte systematische Literaturrecherchen zur Beantwortung der definierten Schlüsselfragen für den Bereich Prävention und Intervention (Empfehlungskapitel 4 und 5) durch. Die eingesetzte Suchstrategie orientierte sich stark an der Suchstrategie der NICE-Leitlinie (Quellleitlinie)

sowie der bisherigen AWMF-Leitlinie (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 2016). Die systematische Suche erfolgte in sieben Datenbanken, u. a. in Ovid MEDLINE, PsycInfo und Web of Science. Im Rahmen der systematischen Studienauswahl wurden systematische Übersichtsarbeiten (qualitative sowie quantitative Übersichtsarbeiten) sowie randomisiert-kontrollierte Studien eingeschlossen. Beobachtungsstudien wurden nicht in Form von Primärstudien, aber in Form von Übersichtsarbeiten berücksichtigt. Studien zu Maßnahmen der universellen Prävention wurden ausgeschlossen; Maßnahmen der selektiven und indizierten Prävention sowie therapeutische Interventionen wurden eingeschlossen. Englischsprachige Evidenz wurde ab April 2017 (letzte systematische Suche der NICE-Arbeitsgruppe) und deutschsprachige Evidenz ab September 2013 (letzte systematische Suche der AWMF-Arbeitsgruppe) eingeschlossen. Zielpopulation der Literatursuche waren Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 0 bis 21 Jahren, welche externale Verhaltensauffälligkeiten zeigen oder die diagnostischen Kriterien für Störungen des Sozialverhaltens erfüllen (indizierte Prävention/therapeutische Intervention) oder Risikofaktoren für die Entwicklung einer solchen Störung aufweisen (selektive Prävention). Es wurden keinerlei Einschränkungen hinsichtlich der Art der präventiven Maßnahmen oder therapeutischen Interventionen (psychosozial und/oder pharmakologisch) vorgenommen. Als Vergleichsgruppe dienten Routinebehandlungen (treatment/care as usual), Warte-, unbehandelte oder aktive Kontrollgruppen sowie andere Präventionsmaßnahmen bzw. therapeutische Interventionen. Als Endpunkte wurde die Kernsymptomatik (primärer Endpunkt), komorbide Symptomatik, Funktionsbeeinträchtigungen/Leidensdruck, Lebensqualität sowie Risiken und Nebenwirkungen (primärer Endpunkt) berücksichtigt. Mittels der durchgeführten systematischen Literatursuche in den genannten Datenbanken wurden 67.585 Studien als potenziell relevant identifiziert.

- d) Titel- und Abstractsreening: Die Titel und Abstracts der als potenziell relevant eingestuften Studien wurde vom Projektteam anhand vorab definierter Ein- und Ausschlusskriterien (siehe auch Leitlinienreport im Anhang 3) und unter Nutzung von Covidence (<https://www.covidence.org/>) gesichtet. Jede Studie wurde von zwei Projektmitarbeitenden beurteilt. Es zeigte sich eine moderate bis substanzielle/gute Übereinstimmung zwischen den Beurteilenden (Cohen's Kappa; .50 [moderat] bis .69 [substanziell/gut]). Aufgetretene Diskrepanzen zwischen den beiden Beurteilerinnen wurden mit einer dritten, unbeteiligten Person diskutiert, und gemeinsam eine finale Entscheidung getroffen. Es wurden im Rahmen des Titel- und Abstract-Screenings 36.149 Studien exkludiert.
- e) Volltextscreening: Die Volltexte der 951 Studien, welche im Titel- und Abstract-Screening als passend identifiziert wurden, wurden durch das Projektteam und unter Einsatz von Covidence (<https://www.covidence.org/>) auf Eignung geprüft. Insgesamt zeigte sich eine moderate bis substanzielle/gute Übereinstimmung zwischen den zwei Beurteilenden (Cohen's Kappa; .69 [substanziell/gut] bis 1 [perfekt]). Auch im Rahmen des Volltextscreenings wurden diskrepante Bewertungen mit einer unbeteiligten, dritten Person diskutiert und gemeinsam eine finale Entscheidung getroffen. Im Rahmen des Volltextscreenings wurden 656 Studien exkludiert und 300 Studien als passend identifiziert. Daneben wurden 55 Studien, welche von Expert:innen oder im Rahmen der

Surveillance Reports der Quellleitlinie als relevant identifiziert wurden, im SSV-Leitlinienupdate berücksichtigt.

- f) Datenextraktion: Relevante Daten (z. B. Stichprobengröße, Ein- und Ausschlusskriterien, Messinstrumente, Ergebnisse) aller eingeschlossenen Studien wurden, angelehnt an das PICO(S)-Schema, unter Nutzung von Covidence (<https://www.covidence.org/>) von einer Projektmitarbeitenden extrahiert. Ca. 10 % der extrahierten Studien wurden durch eine zweite Beurteilerin geprüft. Aufkommende Fragen, Unklarheiten und Schwierigkeiten während der Datenextraktion wurden in wöchentlichen Projektmeetings besprochen.
- g) Studienqualitätsbewertung: Die Studienqualität von randomisiert-kontrollierten Studien wurde angelehnt an das „Revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials“ (RoB-2; Cochrane Deutschland et al., 2021) und die Studienqualitätsbewertung von Übersichtsarbeiten angelehnt an „A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews 2“ (AMSTAR-2; Cochrane Deutschland et al., 2023) unter Nutzung von Covidence (<https://www.covidence.org/>) durch Projektmitarbeitende beurteilt. Die Einschätzung des Verzerrungsrisikos in Beobachtungsstudien, welche in Ausnahmefällen im Leitlinienupdate berücksichtigt wurden, erfolgte angelehnt an das „Risk of Bias in Non-randomized Studies of Interventions – Version 2“-Instrument (ROBINS-I V2; Sterne et al., 2025). Mit der Absicht personelle Ressourcen zielgerichtet einzusetzen wurde in einem ersten Schritt die praktische Relevanz der eingeschlossenen Studien für die Aktualisierung und Weiterentwicklung der Leitlinienempfehlungen durch das Projektteam und die Expert:innengruppe kritisch geprüft und im Anschluss nur für jene Studien mit praktischer Relevanz eine Studienqualitätsbewertung durchgeführt. Abschließend wurde für ca. 82 % der eingeschlossenen Studien eine Studienqualitätsbewertung vorgenommen. Mit dem Ziel der Qualitätssicherung der durchgeführten Studienqualitätsbewertungen, wurden für 10 % der bewerteten Studien eine zweite Studienqualitätsbeurteilung erstellt. Die Studienqualitätsbewertungen wurden im Rahmen der anschließenden Evidenzbewertung entsprechend dem GRADE-Ansatz (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation; Schünemann et al., 2013) berücksichtigt und ermöglichen eine transparente Darstellung der methodischen Vertrauenswürdigkeit.
- h) Vertrauenswürdigkeit der Evidenz: Die abschließende Beurteilung der Aussagesicherheit der vorliegenden Evidenz in Bezug auf die jeweilige Leitlinienempfehlung erfolgte nach dem international etablierten GRADE-Ansatz (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation; Schünemann et al., 2013) und endpunktspezifisch. Es wurden Evidenzbeurteilungen in Bezug auf folgende Endpunkte ermittelt: Kernsymptomatik, komorbide Symptomatik, Funktionsniveau/Lebensqualität und Gesamtbeurteilung. Die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz wurde jeweils als „hoch“, „moderat“, „niedrig“ oder „sehr niedrig“ bewertet. Die ermittelte Qualität der Evidenz diente als eine Information für die anschließende Formulierung und Graduierung der Empfehlungen.
- i) Entwicklung/Überarbeitung der Leitlinienempfehlungen in Expert:innengruppen: Die Leitliniengruppe stellte Expert:innengruppen für folgende Themenbereiche mit drei bis acht Expert:innen zusammen: a) Bildungssystem, b) Diagnostik, c) Kinder- und Jugendhilfe sowie Justizsystem, d) Pharmakotherapie, e) Psychosoziale Prävention & Intervention: eltern-/eltern-kindzentrierte Maßnahmen und Interventionen (Kindesalter), f)

Psychosoziale Prävention & Intervention: eltern-/eltern-kindzentrierte Maßnahmen und Interventionen (Jugendalter) sowie multimodale Interventionen, g) Psychosoziale Prävention & Intervention: Maßnahmen und Interventionen in Bildungseinrichtungen, h) Psychosoziale Prävention & Intervention: Patient:innenzentrierte Maßnahmen und Interventionen, i) Zielgruppenspezifische Informationen. Welche Expert:innen in welchen Expert:innengruppen tätig waren kann dem Leitlinienreport im Anhang 3 entnommen werden. In den Kleingruppen fanden regelmäßige, von der Projektkoordination moderierte, Treffen statt. Die Expert:innen begleiteten alle oben genannten Schritte der Aktualisierung der Evidenzbasis mit besonderem Fokus auf den zugeteilten Themenbereich, von der Formulierung der Schlüsselfragen (a) bis zur Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (h). Federführend waren die Expert:innen hinsichtlich der Weiterentwicklung der Leitlinienempfehlungen im jeweiligen Themenbereich. Die Weiterentwicklung erfolgte ausgehend von der aufgearbeiteten Evidenz und unter Berücksichtigung weiterer Konsensusaspekte (u.a. klinische Relevanz der ermittelten Effektstärken und Endpunkte, Patient:innenpräferenzen, Umsetzbarkeit der Maßnahmen). Die in den Expert:innengruppen aktualisierten und weiterentwickelten Leitlinienempfehlungen wurden der Konsensusgruppe zur Verabschiedung vorgeschlagen.

- j) Strukturierte Konsensfindung: Alle Konsensusgruppenmitglieder wurden zur strukturierten Konsensfindung (entsprechend des Vorgehens der National Institutes of Health) eingeladen. Die drei online durchgeführten, halbtägigen Konsensuskonferenzen wurden von einer neutralen und erfahrenen Mitarbeiterin der AWMF, Frau Frauke Schwier, moderiert. Zu allen drei Konsensuskonferenzen gab es eine Online-Vorabstimmung. Nach Absolvierung der drei Konsensuskonferenz verblieben zehn, noch nicht abschließend konsentierende Empfehlungen. Diese wurden, mittels Online-Abstimmung(en) im Delphi-Verfahren, abschließend konsentiert. Im Rahmen der Konsensuskonferenzen wurden die abzustimmenden Empfehlungen, die aufgearbeitete Evidenzgrundlage sowie die Rationale durch Vertreter:innen der vorbereitenden Expert:innengruppe präsentiert. Es wurde Gelegenheit zu Rückfragen und Einbringung von begründeten Änderungsanträgen gegeben. Anschließend wurde über die Empfehlungen und ggf. vorhandene Änderungsanträge abgestimmt. Bei nicht erreichtem Konsens erfolgte eine Diskussion, eine Erarbeitung von Alternativvorschlägen und die endgültige Abstimmung. Pro Empfehlung gab es folgende Abstimmungsmöglichkeiten: Zustimmung, Ablehnung mit neuem Vorschlag, Enthaltung aufgrund eines bescheinigten Interessenskonflikts, Enthaltung ohne bescheinigten Interessenskonflikt. An der Abstimmung einer Empfehlung durften nur Delegierte teilnehmen, die bezüglich der jeweiligen Empfehlung bzw. des Leitlinienkapitels keinen bzw. einen geringen Interessenskonflikt aufwiesen. Zu allen abgestimmten Empfehlungen wurde die erzielte Konsensstärke vermerkt (starker Konsens: >95 %, Konsens: >75-95 %; Mehrheitliche Zustimmung: >50-75 %; keine mehrheitliche Zustimmung ≤ 50 %).

Zu Projektbeginn wurde die **Leitliniengruppe** sorgsam zusammengestellt. Bei der Zusammensetzung der Leitliniengruppe wurde darauf geachtet, alle relevanten Berufsgruppen einzubeziehen, die in der Diagnostik, Prävention und Behandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Störung des Sozialverhaltens tätig sind. Für die sorgsame Zusammenstellung der Konsensusgruppe wurden alle Fachverbände und

Organisationen kontaktiert, welche von der Steuerungsgruppe als relevant für die Versorgung von Patient:innen mit Störungen des Sozialverhaltens benannt wurden. Mittels kritischen Diskurses in der Steuerungsgruppe wurde außerdem eine ausgewogene Repräsentativität der relevanten Fachgebiete sichergestellt. Auch wurden Patient:innenvertretungen (ADHS Deutschland e. V., knw, DAG-SHG) seit Projektbeginn an der Leitlinienaktualisierungen beteiligt. Die **Interessenerklärungen** aller an der Leitlinie Beteiligten wurden unter Einsatz des Interessensportals der AWMF online abgefragt und dokumentiert. Die Steuerungsgruppe bestimmte zwei Interessenskonfliktbeauftragte, welche mögliche Interessenskonflikte als „nicht vorhanden (kein Interessenskonflikt)“, „geringer Interessenskonflikt“, „moderater Interessenskonflikt“ oder „hoher Interessenskonflikt“ bezüglich des Leitlinienthemas einstufen. Die sich, im Einzelfall ergebenden Konsequenzen können im Leitlinienreport eingesehen werden, wurden zeitlich vor der jeweiligen Konsensuskonferenz in der Steuerungsgruppe vorbesprochen und frühzeitig an die Konsensusgruppenmitglieder kommuniziert.

Im Anschluss an die Aktualisierung und Weiterentwicklung der Leitlinienempfehlungen wurden **zielgruppenspezifische Informationen** für Kinder (ab 6 Jahren), Jugendliche (ab 12 Jahren), deren Eltern bzw. primäre Bezugspersonen sowie für Fachkräfte aus dem Bildungs-, dem Justizsystem sowie der Kinder- und Jugendhilfe erstellt. Die Entwicklung dieser Informationsbroschüren erfolgte zunächst im Projektteam. Im Folgenden wurden die erstellten Broschüren einerseits mit Expert:innen aus dem pädagogischen Bereich weiterentwickelt und andererseits mit Vertretenden von Selbsthilfeverbänden abgestimmt.

Nach Fertigstellung wurden die aktualisierten Leitlinienempfehlungen bzw. die zielgruppenspezifischen Informationen potenziellen Adressat:innen vorgelegt und Rückmeldungen bezüglich der Akzeptanz dieser eingeholt. Die im Rahmen der **Akzeptanzerhebung** von der moderierenden Person vorgegebenen Fragen wurden möglichst offen formuliert, sodass in den zusammengestellten Gruppen ein ausgangsoffener Diskurs entstand. Es wurden jeweils zwei Fokusgruppen mit Vertretenden aus folgenden vier Adressat:innengruppen durchgeführt: A) Mitarbeitende des Gesundheitssystems, B) Eltern bzw. primäre Bezugspersonen, C) Mitarbeitende des Bildungssystems, D) Mitarbeitende der Kinder- und Jugendhilfe. Die Fokusgruppen mit insgesamt 62 Teilnehmenden wurden online durchgeführt, umfassten jeweils 90 Minuten, wurden per Video aufgenommen und im Anschluss transkribiert. Die Auswertung der Transkriptionen erfolgte entsprechend der qualitativen Inhaltsanalyse und unter Einsatz von MAXQDA (<https://www.maxqda.com/>). Das Vorgehen bei der Kategorienfindung erfolgte induktiv.

Gegen Projektende wurde in der Steuerungsgruppe ein **Konzept zur Living Guideline** abgestimmt. Dafür wurde zunächst die systematische Suche wiederholt und die Anzahl neuer Treffer bestimmt. Davon ausgehend wurde der zeitliche, personelle und finanzielle Aufwand für die Aktualisierung und Aufbereitung der Evidenzbasis in Abhängigkeit vom zeitlichen Abstand zur zuletzt durchgeführten Suche bestimmt. In diesem Zusammenhang wurden in der Steuerungsgruppe einerseits mögliche Anpassungen im Prozess der Evidenzaktualisierung und -auswahl zur Einsparung von zeitlichen, personellen und finanziellen Ressourcen erörtert und andererseits geeignete zeitliche Abstände zwischen den zukünftigen Aktualisierungen der Evidenzbasis diskutiert und benannt. Zuletzt wurden notwendige Rahmenbedingungen für die Weiterentwicklung der S3-Leitlinie als Living Guideline benannt.

Es erfolgte eine **externe Begutachtung** der überarbeiteten Leitliniendokumente mittels sogenannter Peer Reviews. Die **Verabschiedung** der Leitliniendokumente (Kursversion, Langversion, Leitlinienreport, zielgruppenspezifische Informationen) durch die Vorstände der beteiligten Fachgesellschaften und Organisationen erfolgte im Zeitraum von 11.06.2026 bis 14.07.2026.

Weitere Informationen zur methodischen Umsetzung der benannten Arbeitsschritte finden sich im Leitlinienreport im Anhang 3.

4 Projektergebnisse

Die Projektergebnisse werden im Folgenden anhand der unter Punkt 1 benannten Projektziele vorgestellt.

1) Aktualisierung und Weiterentwicklung der S3-Leitlinie von 2018:

Das benannte Projektziel wurde erreicht. Die S3-Leitlinie zu Störungen des Sozialverhaltens bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen wurde in enger Zusammenarbeit der Leitliniengruppenmitglieder umfassend aktualisiert und inhaltlich weiterentwickelt. 44 % der Empfehlungen wurden inhaltlich modifiziert und 42 % neu aufgenommen. Es wurde ein Kapitel zur Kooperation des Gesundheitssystems mit weiteren zentralen Versorgungssystemen neu geschaffen. Dieses beinhaltet 36 praxisnahe Empfehlungen für die Zusammenarbeit von Fachkräften des Gesundheitssystems mit Fachkräften des Bildungssystems, der Kinder- und Jugendhilfe und des Justizsystems. Das bisherige Kapitel zur Deeskalation und zum Einsatz von Zwangsmaßnahmen bei akut aggressiver Symptomatik entfällt anstelle eines Verweises auf die kürzlich erschienene, eigenständige Leitlinie zu diesem Thema (S2k-Leitlinie Prävention, Durchführung und Nachsorge von freiheitsentziehenden Unterbringungen und Maßnahmen in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie; Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 2025). Abschließend enthält das Leitlinienupdate 106 Empfehlungen zu folgenden Themenbereichen:

- Rahmenbedingungen und Koordination von Versorgungsangeboten (17 Empfehlungen)
- Diagnostik (10 Empfehlungen)
- Behandlungsplanung, -indikation und setting (9 Empfehlungen)
- Psychosozialen Präventionsmaßnahmen und Interventionen (27 Empfehlungen)
- Pharmakologische Interventionen (7 Empfehlungen)
- Kooperation des Gesundheitssystems mit weiteren Versorgungssystemen (36 Empfehlungen)

2) Anpassung der Leitlinie an neue Störungskategorien nach ICD-11:

Das benannte Projektziel wurde erreicht. Im Rahmen des Leitlinienupdates bildeten die Subkategorien der Störung des Sozialverhaltens gemäß ICD-11 eine zentrale strukturelle Grundlage der Überarbeitung. Darüber hinaus wurden die Kategorien und Begrifflichkeiten des ICD-11 störungsübergreifend in die Leitlinie eingeführt. Im Rahmen der durchgeführten, systematischen Literaturrecherche wurden Studien identifiziert,

welche die Subkategorien der Störungen des Sozialverhaltens bzw. die entsprechenden Spezifizierungen gemäß ICD-11, vorwiegend unter Nutzung verwandter Begrifflichkeiten wie affektiver Dysregulation, disruptiver Affektregulationsstörung, „callous-unemotional traits“ und begrenzter prosozialer Emotionalität, untersuchten.

- 3) Altersspezifische Leitlinienempfehlungen für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene; spezielle Hinweise für weibliches Geschlecht:
Das benannte Projektziel wurde erreicht. Die Expert:innengruppen prüften anhand der aufbereiteten Evidenz sowie unter Berücksichtigung klinischer Gesichtspunkte systematisch die Möglichkeit und Notwendigkeit alters- und geschlechtsspezifischer Empfehlungen. Während für die verschiedenen Altersbereiche meist eine ausreichende Anzahl von Studien vorlag, zeigte sich im Rahmen der Weiterentwicklung der Empfehlungen mehrfach, dass geschlechtsspezifische Empfehlungen aufgrund fehlender Evidenz nicht abgeleitet werden konnten.
- 4) Berufs- und sektorübergreifende Empfehlungen, schwerpunktmäßig für das Gesundheitssystem, aber auch das Bildungs-, das Jugendhilfe- und das Justizsystem einbeziehend:
Das benannte Projektziel wurde erreicht. Einerseits wurde ein neues Kapitel geschaffen, in dem Empfehlungen zur Kooperation des Gesundheitssystems mit den Versorgungssystemen der Kinder- und Jugendhilfe (10 Empfehlungen), der Justiz (11 Empfehlungen) sowie des Bildungswesens (15 Empfehlungen) enthalten sind. Diese Empfehlungen enthalten sowohl Hinweise zu Anlässen zur Kooperation als auch Voraussetzungen und Hinweise zur Ausgestaltung der Zusammenarbeit. Auch wurde das Kapitel zu Maßnahmen und Interventionen in Bildungseinrichtungen von vier auf sechs Empfehlungen erweitert. Andererseits wurden bei der Formulierung aller Leitlinienempfehlungen die Voraussetzungen und Angebote der oben genannten Versorgungssysteme konsequent mitbedacht und entsprechende Hinweise in die Leitlinienempfehlungen integriert.
- 5) Weiterentwicklung der Leitlinie als „Living Guideline“:
In der Steuerungsgruppe wurde ein Konzept zur Weiterentwicklung der Leitlinie in Form einer Living Guideline abgestimmt und so das benannte Projektziel erreicht. Da im Fachbereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie von einer langsam fortschreitenden Veränderung der Befundlage auszugehen ist und neue wissenschaftliche Erkenntnisse in diesem Feld in der Regel über längere Zeiträume hinweg entstehen und schrittweise sichtbar werden, erscheint eine Prüfung hinsichtlich einer möglicherweise erforderlichen Aktualisierung nach drei bis vier Jahren sinnvoll. Sollten bedeutende Neuerungen der Evidenzlage auftreten, sollte eine vorzeitige Aktualisierung der Leitlinie erwogen werden. Potenzielle Neuerungen ließen sich durch ein kontinuierliches Monitoring relevanter Studienregister absehen. Abbildung 1 zeigt das Ergebnis der vorgenommenen Kalkulationen hinsichtlich der Anzahl neuer Treffer, der Dauer der anfallenden Arbeiten und der anfallenden Kosten für die Aktualisierung der Evidenzbasis zu beispielhaft gewählten Zeitpunkten. Ungeklärt bleiben zum aktuellen Zeitpunkt die Finanzierungsmöglichkeiten zukünftiger Aktualisierungen der S3-Leitlinie.

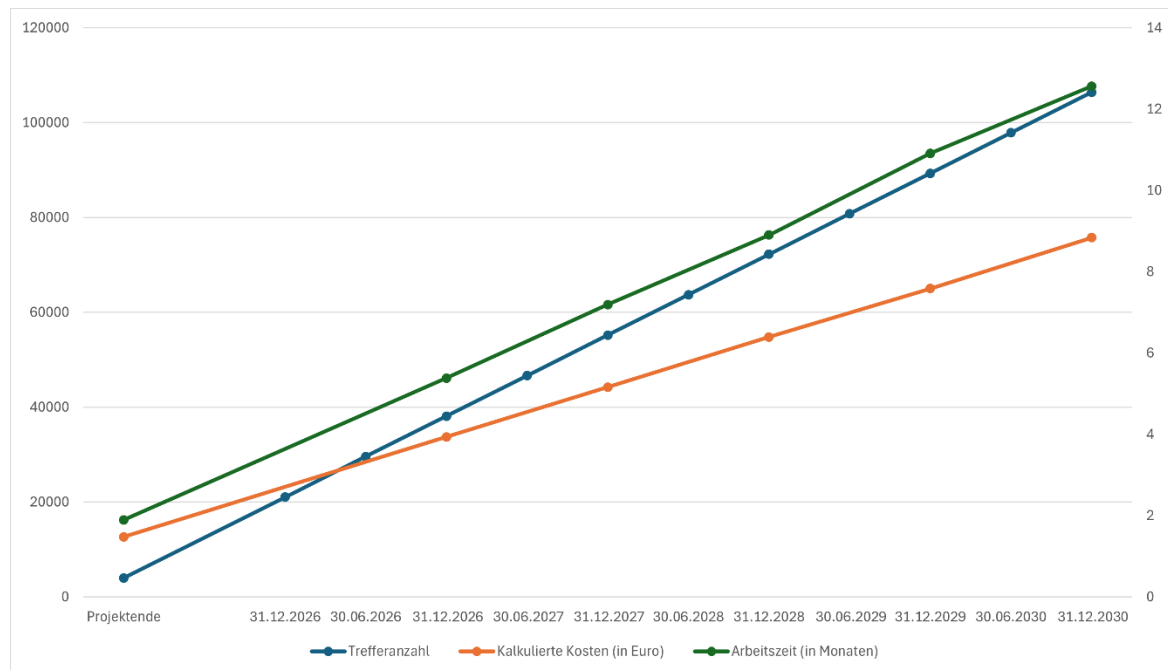


Abbildung 1: Ergebnisse der Kalkulationen hinsichtlich der Trefferanzahl, der zeitlichen Dauer der Überarbeitungen und der anfallenden Kosten für die Aktualisierung der Evidenzbasis zu beispielhaft gewählten Zeitpunkten

6) Aufbau der Leitlinie im digitalisierungsfähigen Format:

Wenn auch ein Wechsel der eingesetzten Software notwendig wurde, wurde das benannte Projektziel erreicht. Die Studienauswahl, Datenextraktion und Studienqualitätsbewertung erfolgte unter Einsatz von Covidence. Die Tabellen zur Vertrauenswürdigkeit der Evidenz entsprechend dem GRADE-System wurden unter Einsatz von Microsoft Office Excel aufgesetzt. Die Leitliniendokumente wurden in einem modularen, digitalisierungsfähigen Format aufgebaut, sodass Inhalte strukturiert und maschinenlesbar vorliegen. Dadurch wird eine spätere Nutzung in digitalen Anwendungen wie Leitlinienportalen oder Entscheidungsunterstützungssystemen ermöglicht. Ursprünglich war vorgesehen das Leitlinienupdate, zusätzlich zur Fassung im PDF-Format, auch über MAGICapp zu veröffentlichen. Im Verlauf des Aktualisierungsprozesses zeigten sich jedoch verschiedene Einschränkungen der Software, die eine digitale Aufbereitung und Veröffentlichung der Leitlinie als mit erheblichem Aufwand verbunden und nur begrenzt nutzbringend erscheinen ließen. Hierzu zählten insbesondere eine eingeschränkte Übersichtlichkeit bei einer hohen Anzahl von Empfehlungen (>100) und umfangreichen Hintergrundtexten, limitierte Möglichkeiten der Formatierung, Fußnotenverwendung und strukturellen Gliederung, eine geringe Flexibilität bei der Abbildung von Evidenztabelle im PICO(S)-Format sowie ein hoher Importaufwand für Leitlinieninhalte und externe Evidenzaufbereitungen. Vor diesem Hintergrund entschied die Steuerungsgruppe von einer Veröffentlichung über MAGICapp abzusehen.

7) Entwicklung und Erprobung von zielgruppenspezifischen Informationen für Patienten selbst (Patienteninformationen) sowie für Eltern, Pädagogen und Lehrkräfte von Betroffenen, Mitarbeiter von Jugendhilfe und Jugendgerichtshilfe und Einbindung der Patienten- / Bezugspersonenperspektive sowie

8) Dissemination und Überprüfung der Akzeptanz der Leitlinienempfehlungen:

Die beiden benannten Projektziele wurden erreicht. Es wurden zielgruppenspezifische Informationen für Kinder (ab 6 Jahren), Jugendliche (ab 12 Jahren), deren Eltern bzw. primäre Bezugspersonen sowie für Fachkräfte aus dem Bildungs-, dem Justizsystem sowie der Kinder- und Jugendhilfe erstellt. Die neu entwickelten Informationsbroschüren umfassen einschließlich Titelseite mit Foto zwischen drei Seiten bzw. etwa 650 Wörtern (Informationsbroschüre für Kinder) und 7,5 Seiten bzw. etwa 2.200 Wörter (Informationsbroschüre für Fachkräfte des Bildungssystems sowie für Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe). Die Broschüren beantworten zielgruppen- und altersgerecht häufig gestellte Fragen zu Symptomatik und Störungsbild, Häufigkeit, Entstehung, Verlauf, Diagnostik, Behandlungsmöglichkeiten sowie relevanten Anlaufstellen und Unterstützungsangeboten. Jene zielgruppenspezifischen Informationen für Fachkräfte der verschiedenen Versorgungssysteme enthalten außerdem eine Übersicht zu den, in der Leitlinie enthaltenen, Empfehlungen zur Kooperation des Gesundheitssystems mit dem jeweiligen Versorgungssystem. Nach Fertigstellung wurden die zielgruppenspezifischen Informationen sowie die überarbeiteten Leitlinienempfehlungen den entsprechenden Adressat:innen vorgelegt. Im Rahmen von Fokusgruppen wurden Rückmeldungen bezüglich der Verständlichkeit, Akzeptanz und Anwendbarkeit der Unterlagen eingeholt. In Bezug auf die Akzeptanzerhebung ist einschränkend anzumerken, dass, entsprechend des Projektplans, keine direkte Beteiligung von Kindern, Jugendlichen oder jungen Erwachsenen mit Störungen des Sozialverhaltens vorgesehen war. Gründe hierfür lagen insbesondere im erhöhten organisatorischen und methodischen Aufwand, den Anforderungen an die Entwicklung altersgerechter Beteiligungsformate sowie ethischen und datenschutzrechtlichen Herausforderungen. Für zukünftige Leitlinienüberarbeitungen erscheint die direkte Einbeziehung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Störungen des Sozialverhaltens jedoch wünschenswert, um ihre Perspektiven stärker in die Weiterentwicklung von Informationsmaterialien einzubringen. Die kontaktierten Adressat:innen gaben insgesamt eine hohe Zufriedenheit mit der Ausgestaltung der zielgruppenspezifischen Informationen bzw. Leitlinienempfehlungen an. Gleichzeitig wurden Barrieren für die Anwendung der Leitlinienempfehlungen identifiziert: Insbesondere von Eltern bzw. primären Bezugspersonen sowie Mitarbeitenden des Bildungssystems wurden begrenzte psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungskapazitäten, lange Wartezeiten und fehlende Information über bestehende (lokale) Versorgungsmöglichkeiten benannt. Gleichzeitig wurden von Mitarbeitenden verschiedener Versorgungssysteme begrenzte Ressourcen zur Umsetzung der inhaltlich sinnvollen Leitlinienempfehlungen benannt. An einzelnen Stellen wurde darauf verwiesen, dass Zuständigkeiten bzw. Finanzierungen aktuell ungeklärt sind (beispielsweise hinsichtlich einer fallkoordinierenden Fachkraft). Zudem wurden Anregungen gegeben, deren Umsetzung im Rahmen zukünftiger Überarbeitungen der zielgruppenspezifischen Informationen geprüft werden sollte. Zu diesen Anregungen zählen u. a. (a) eine Schritt-für-Schritt-Anleitung für Eltern bzw. primäre Bezugspersonen bei Verdacht auf eine Störung des Sozialverhaltens, (b) Hinweise auf Unterschiede zwischen den Bundesländern sowie (c) eine detaillierte Auflistung lokaler Anlaufstellen und Hilfsangebote. Detaillierte Befunde zur Akzeptanz und Anwendbarkeit der Empfehlungen der klinischen Leitlinie und der assoziierten Dokumente sind Gegenstand einer derzeit in Vorbereitung befindlichen Publikation.

5 Diskussion der Projektergebnisse

Die Aktualisierung und Weiterentwicklung der S3-Leitlinie wurden erfolgreich realisiert. Gleichzeitig war der Projektverlauf mit verschiedenen inhaltlichen, methodischen und organisatorischen Herausforderungen verbunden, aus denen sich auch zentrale Erkenntnisse für zukünftige Aktualisierungen der Leitlinie ableiten lassen.

Insbesondere die Durchführung der systematischen Literatursuchen erwies sich als deutlich aufwändiger als ursprünglich erwartet. Neben einer unerwartet hohen Anzahl an Treffern führten insbesondere technische Limitationen der durchsuchten Datenbanken, einschließlich wiederholt auftretender Fehlermeldungen sowie Einschränkungen bei der Verarbeitung umfangreicher Suchstrategien, zu erheblichen zeitlichen Verzögerungen und einem erhöhten personellen Aufwand bei deren Behebung. Vor diesem Hintergrund sollte bei zukünftigen Aktualisierungen der Evidenzbasis geprüft werden, inwiefern eine Vereinfachung und Optimierung der Suchstrategien, möglicherweise auch unter Einbezug künstlicher Intelligenz (KI), möglich erscheint. Insgesamt besteht aus Sicht der Steuerungsgruppe insbesondere bei der Evidenzsynthese zukünftig ein erhebliches Potenzial zur Ressourceneinsparung durch KI-gestützte Verfahren. Trotz der rasanten Entwicklungen auf diesem Gebiet bedarf ein solcher Einsatz jedoch einer kritischen Reflexion der Möglichkeiten und Grenzen sowie einer sorgfältigen Validierung KI-gestützter Vorgehensweisen, um die wissenschaftliche Qualität und Verlässlichkeit der Leitlinienarbeit sicherzustellen. Hinsichtlich der Erstellung von Studienqualitätsbewertungen wurde im Projektverlauf ein ressourcensensitives Vorgehen gewählt. Nachdem durch das systematische Titel-, Abstract- und Volltextscreening zunächst alle Studien identifiziert wurden, welche die formalen Einschlusskriterien für das vorliegende Leitlinienupdate erfüllten, erfolgte in einem weiteren Schritt eine inhaltlich-praktische Relevanzprüfung durch die Expert:innen. Dabei wurde beurteilt, ob die jeweilige Evidenz tatsächlich für die Weiterentwicklung der Leitlinienempfehlungen herangezogen werden sollte. Studienqualitätsbewertungen wurden ausschließlich für jene Studien erstellt, die von den Expert:innengruppen hierfür als relevant eingestuft wurden. Dadurch konnten zeitliche und personelle Ressourcen gezielt eingesetzt werden, ohne die Qualität der für die Weiterentwicklung der Empfehlungen herangezogenen Evidenzbewertungen zu beeinträchtigen. Insgesamt ergab sich hierdurch eine Einsparung von etwa 10–15 % der Ressourcen für die Studienqualitätsbewertung.

Zeitliche Verzögerungen ergaben sich insbesondere zu Projektbeginn auch aus den strukturellen Rahmenbedingungen der Leitlinienarbeit. Ein Großteil der Mitglieder der Leitliniengruppe war im Rahmen des Leitlinienupdates unentgeltlich tätig und gleichzeitig in vielfältige berufliche Verpflichtungen eingebunden, wodurch Terminabstimmungen und kontinuierliche Arbeitsprozesse erschwert wurden. Umso bemerkenswerter war das hohe Engagement insbesondere der beteiligten Expert:innen und Steuerungsgruppenmitglieder, die trotz dieser Rahmenbedingungen im Projektverlauf erhebliche zeitliche Ressourcen in die Leitlinienarbeit investierten. Für zukünftige Aktualisierungen erscheint es zentral, Projektabläufe und zeitliche Meilensteine frühzeitig transparent darzustellen sowie Verzögerungen möglichst zu vermeiden, um vereinbarte Arbeitsprozesse verlässlich umsetzen zu können.

Ein zentrales Qualitätsmerkmal des erstellten Leitlinienupdates stellt die konsequente interdisziplinäre Ausrichtung dar. Diese spiegelte sich sowohl in der Zusammensetzung der

Leitliniengruppe als auch in der inhaltlichen Weiterentwicklung der Leitlinie wider. Hervorzuheben ist insbesondere das neu geschaffene Kapitel zur Kooperation des Gesundheitssystems mit weiteren Versorgungssystemen. Darüber hinaus wurden die jeweiligen Voraussetzungen, Zuständigkeiten und Angebote der unterschiedlichen Versorgungssysteme fortlaufend, bei der Formulierung aller Leitlinienempfehlungen berücksichtigt. Damit trägt die Leitlinie den komplexen Anforderungen einer sektorenübergreifenden Versorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Störungen des Sozialverhaltens in besonderem Maße Rechnung.

Die neu entwickelten zielgruppenspezifischen Informationsmaterialien stellen eine weitere Neuerung im Rahmen des Leitlinienupdates dar. Sie leisten einerseits einen wichtigen Beitrag zum interdisziplinären Austausch zwischen den unterschiedlichen Versorgungssystemen und fördern andererseits die evidenzbasierte Gesundheitsinformation von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Störungen des Sozialverhaltens sowie deren Bezugspersonen. Während die Informationsbroschüren für Fachkräfte insbesondere dazu beitragen, bestehende Kommunikationsbarrieren zwischen Versorgungssystemen zu reduzieren, fallübergreifenden Austausch zu erleichtern und die fallspezifische Kooperation zu stärken, schaffen die Materialien für Patient:innen und Bezugspersonen wichtige Voraussetzungen für Partizipation und informierte Mitentscheidung im Versorgungskontext. Jenen potenziellen Adressat:innen, denen die neu erstellten Informationsbroschüren vorgelegt wurden, bewerteten diese insgesamt sehr positiv und äußerten eine hohe Zufriedenheit mit deren Inhalt und Aufbereitung. Gleichzeitig wurden wertvolle Hinweise für zukünftige Überarbeitungen gesammelt. Für zukünftige Leitlinienüberarbeitungen erscheint auch die direkte Einbeziehung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Störungen des Sozialverhaltens wünschenswert, um ihre Perspektiven in die Weiterentwicklung von Informationsmaterialien einzubringen. Die durchgeführten Fokusgruppen erwiesen sich als geeignete Methode zur Erhebung der Akzeptanz der entwickelten Materialien und standen der ursprünglich geplanten Fragebogenerhebung in ihrer Aussagekraft nicht nach. Durch das offenere Format konnten darüber hinaus differenzierte Rückmeldungen und zusätzliche Anregungen gewonnen werden.

Im Rahmen der Aktualisierung und Weiterentwicklung der Leitlinie erfolgten zudem wesentliche Anpassungen an die (Sub-)Kategorien des ICD-11. Darüber hinaus wurde systematisch geprüft, inwieweit alters- und geschlechtsspezifische Leitlinienempfehlungen evidenzbasiert abgeleitet werden können. Auch für zukünftige Überarbeitungen erscheint es bedeutsam, neue Evidenz zu ICD-11-bezogenen Spezifikationen sowie zu alters- und geschlechtsspezifischen Aspekten systematisch zu berücksichtigen. Dies könnte – bei Vorliegen einer hinreichenden Evidenzbasis – die Formulierung noch differenzierterer und spezifischerer evidenzbasierter Leitlinienempfehlungen ermöglichen.

Aus Sicht der Steuerungsgruppe besteht zukünftig und störungsübergreifend eine wesentliche Entwicklungsaufgabe hinsichtlich der Realisierung sogenannter „Living Guidelines“ in Deutschland. Gegen Projektende wurde – entgegen der ursprünglichen Projektplanung – aufgrund begrenzter Ressourcen und eines eingeschätzten geringen zusätzlichen Erkenntnisgewinns auf eine erneute vollständige Aktualisierung der Evidenzbasis verzichtet. Stattdessen verabschiedete die Steuerungsgruppe ein Konzept zur Weiterentwicklung der klinischen Leitlinie zu Störungen des Sozialverhaltens im Sinne einer Living Guideline. Der mit kontinuierlichen Leitlinienupdates verbundene Arbeitsaufwand ist beträchtlich und betrifft

sowohl die systematische Literatursuche und Studiaauswahl als auch die Evidenzaufbereitung, die Überarbeitung von Empfehlungen in Expert:innengruppen sowie die Durchführung strukturierter Konsensusprozesse. Insbesondere die Mitarbeit führender Expert:innen sowie zahlreicher Fachverbände und Organisationen erfolgt dabei überwiegend unentgeltlich. Darüber hinaus erfordert insbesondere die Beteiligung von Fachverbänden und Organisationen außerhalb des Gesundheitssystems sowie von Patient:innenvertretungen eine fortlaufende Anleitung und Begleitung, um eine tatsächliche Partizipation am Leitlinienprozess zu ermöglichen. Die hierfür notwendigen finanziellen Ressourcen können von den federführenden Fachverbänden allein kaum getragen werden. Eine verlässliche Planbarkeit von Finanzierungsoptionen würde wesentlich dazu beitragen, nachhaltige Strukturen – beispielsweise in Form von Kompetenzzentren – aufzubauen und dauerhaft zu erhalten. Insbesondere die Finanzierung eines kontinuierlichen Evidenzmonitorings würde fachlich nicht nur die Aktualität der Leitlinie absichern, sondern zugleich stabile und planbare Arbeitsstrukturen ermöglichen.

Im Projektverlauf wurde entschieden, auf die ursprünglich geplante Nutzung von MAGICapp zu verzichten und stattdessen Covidence einzusetzen. Hintergrund hierfür war, dass die Möglichkeiten innerhalb MAGICapps für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (zum damaligen Zeitpunkt) noch nicht ausreichend adaptiert erschienen. Der Einsatz von Covidence erwies sich im vorliegenden Projekt als erhebliche Arbeitserleichterung. Insbesondere die verbesserte Übersichtlichkeit offener und abgeschlossener Arbeitsschritte, die Möglichkeit ortsunabhängiger, paralleler Arbeit sowie die deutliche Reduktion der Bearbeitungszeit pro Treffer erwiesen sich als große Vorteile. Darüber hinaus konnte die Fehleranfälligkeit erstellter bzw. exportierter Dokumente geringgehalten werden. Insgesamt ist zu erwarten, dass der verstärkte Einsatz spezialisierter Softwarelösungen künftig mit relevanten Ressourceneinsparungen einhergehen wird. Die Weiterentwicklung von Software wie MAGICapp, Covidence und vergleichbaren digitalen Unterstützungssystemen erscheint daher für zukünftige Leitlinienprozesse ausgesprochen vielversprechend.

6 Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Klinische Leitlinien leisten einen zentralen Beitrag zur evidenzbasierten Versorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit psychischen Störungen, indem sie den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse systematisch aufbereiten und in handlungsrelevante Empfehlungen überführen. Die interdisziplinär erarbeitete S3-Leitlinie zu Störungen des Sozialverhaltens bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist für Akteur:innen verschiedener Versorgungssysteme von hoher Relevanz.

Aufgrund ihrer fundierten Evidenzbasis, der (schulenübergreifenden) Konsentierung und der großen thematischen Breite eignet sich die Leitlinie in besonderem Maße als Lehrinstrument, insbesondere für angehende Kinder- und Jugendpsychiater:innen sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeut:innen bzw. Fachpsychotherapeut:innen für Kinder und Jugendliche.

Ein Konzept zur Weiterentwicklung der Leitlinie in Form einer „Living Guideline“ wurde im Projektzeitraum in der Steuerungsgruppe abgestimmt. Die Umsetzung dieses Konzepts ist allerdings aufgrund einer noch ungeklärten Finanzierung derzeit perspektivisch offen.

Ursprünglich war eine zusätzliche Veröffentlichung des Leitlinienupdates über MAGICapp (www.app.magicapp.org) vorgesehen. Aufgrund von Limitationen der Plattform⁶ wurde im Studienverlauf jedoch davon abgesehen. Die Einrichtung einer leitlinienspezifischen Website wurde diskutiert, konnte aufgrund begrenzter Projektressourcen und des erforderlichen fortlaufenden Pflegeaufwands jedoch nicht umgesetzt werden. Ebenso wurden im Rahmen des Leitlinienupdates keine Empfehlungen im Sinne der AWMF-Initiative „Gemeinsam Klug Entscheiden“ abgeleitet.

Qualitätsziele zur erfolgreichen Implementierung der Leitlinie sind die Verbreitung der Leitlinie, die Akzeptanz und Anwendbarkeit der Leitlinienempfehlungen sowie die (kontinuierliche) Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Störungen des Sozialverhaltens. Als ein erstes Kriterium für die Verbreitung der Leitlinie kann die Anzahl an Downloads der Leitliniendokumente dienen. Die Akzeptanz und Anwendbarkeit der Leitliniendokumente wurde im Rahmen der Akzeptanzerhebung des Leitlinienupdates mittels Fokusgruppen erhoben. Inwiefern die überarbeiteten Leitlinienempfehlungen im klinischen Alltag tatsächlich Anwendung finden und welche Auswirkungen die Leitlinienimplementierung auf die Versorgung der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen hat, könnte nur im Rahmen eines eigenständigen Drittmittelprojekts beantwortet werden.

7 Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

Es wurden folgende Leitliniendokumente entwickelt, welche nach Förderende zur freien Nutzung bereitgestellt werden:

- eine Kurzfassung der Leitlinie mit allen Leitlinienempfehlungen (Anlage 1)
- eine Langfassung der Leitlinie, welche neben den Leitlinienempfehlungen auch Einleitungen, Hintergrundtexte sowie Hinweise zu der vorliegenden Evidenz beinhaltet (Anlage 2)
- ein Leitlinienreport, welcher detaillierte Hinweise zum methodischen Vorgehen sowie die erstellten Evidenztabellen im PICO(S)-Format sowie die erstellten GRADE-Tabellen enthält (Anlage 3)
- zielgruppenspezifische Informationen für Patient:innen (eine Version ab 6 Jahre und eine Version ab 12 Jahre), Eltern bzw. weitere primäre Bezugspersonen sowie Fachkräfte des Bildungssystems, der Kinder- und Jugendhilfe und des Justizsystems (Anlage 4-9)

Alle Inhalte der Leitlinie sind nach ihrer Veröffentlichung abrufbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-020>. Daneben wird die Langfassung der S3-Leitlinie auf den Homepages der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (DGKJP; www.dgkjp.de) und weiterer beteiligter Fachgesellschaften zum kostenlosen Download zur Verfügung gestellt.

Daneben sind aktuell folgende Veröffentlichung geplant:

⁶ u.a. eine eingeschränkte Übersichtlichkeit bei einer hohen Anzahl von Empfehlungen (>100) und umfangreichen Hintergrundtexten, limitierte Möglichkeiten der Formatierung, Fußnotenverwendung und strukturellen Gliederung, eine geringe Flexibilität bei der Abbildung von Evidenztabellen im PICO(S)-Format sowie ein hoher Importaufwand für Leitlinieninhalte und externe Evidenzaufbereitungen.

- Wirksamkeit selektiver Präventionsmaßnahmen zur Reduktion von Symptomen einer Störung des Sozialverhaltens: Eine Meta-Analyse (Einreichung geplant)
- Wirksamkeit indizierter Präventionsmaßnahmen und therapeutischer Interventionen zur Reduktion von Symptomen einer Störung des Sozialverhaltens und von Funktionsbeeinträchtigungen: Eine Meta-Analyse (Einreichung geplant)
- Überprüfung der Akzeptanz und Anwendbarkeit überarbeiteter Leitlinienempfehlungen und zielgruppenspezifischer Informationen in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit oppositionellen und aggressiven Verhaltensweisen: Eine qualitative Inhaltsanalyse (Publikation in Erstellung, Einreichung geplant)

IV Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association. (2018). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5® (Deutsche Ausgabe herausgegeben von P. Falkai und H.-U. Wittchen, mitherausgegeben von M. Döpfner, W. Gaebel, W. Maier, W. Rief, H. Saß und M. Zaudig)*. Hogrefe.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) - Ständige Kommission Leitlinien. (2025). *AWMF-Regelwerk "Leitlinien" Auflage 2.2.* <https://www.awmf.org/regelwerk/>
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (n.d.). *ICD-11 in Deutsch - Entwurfsfassung*. Retrieved 25.11.2025 from <https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/node.html>
- Cochrane Deutschland, Institut für Evidenz in der Medizin, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften - Institut für Medizinisches Wissensmanagement. (2023). *Manual Bewertung von systematischen Reviews zu therapeutischen Interventionen (Version 2.1)*. https://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/dateien/downloads_regelwerk/Manual_Bewertung_Systematische_Reviews_V2.1_FINAL_230125.pdf
- Cochrane Deutschland, Institut für Medizinische Biometrie und Statistik Freiburg, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften - Institut für Medizinisches Wissensmanagement, & Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. (2021). *Manual zur Bewertung des Biasrisikos in Interventionsstudien (Version 2.0)*. https://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/dateien/downloads_regelwerk/Manual_Bewertung_V2.0.pdf
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (2016). *S3-Leitlinie Störungen des Sozialverhaltens: Empfehlungen zur Versorgung und Behandlung (AWMF-Registernummer 028 - 020)*.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (2025). *S2k-Leitlinie Prävention, Durchführung und Nachsorge von freiheitsentziehenden Unterbringungen und Maßnahmen in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (AWMF-Registernummer 028 - 048)*. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-048>
- Hintzpeter, B., Metzner, F., Pawils, S., Bichmann, H., Kamtsiuris, P., Ravens-Sieberer, U., Klasen, F., & group, T. B. s. (2014). Inanspruchnahme von ärztlichen und

- psychotherapeutischen Leistungen durch Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten: Ergebnisse der BELLA-Studie. *Kindheit und Entwicklung*, 23(4), 229–238. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000148>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2013). *Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: Recognition, intervention and management (national clinical guideline number 158)*. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg158/evidence/full-guideline-pdf-189848413>
- Schünemann, H., Brożek, J., Guyatt, G., & Oxman, A. (Eds.). (2013). *GRADE Handbook. Introduction to GRADE Handbook. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendation using the GRADE approach*. <https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html>.
- Sterne, J. A. C., Higgins, J. P. T., Elbers, R. G., Reeves, B. C., & ROBINS-I Development Group. (2025). *The Risk Of Bias In Non-randomized Studies - of Interventions, Version 2 (ROBINS-I V2) assessment tool*. <https://sites.google.com/site/riskofbiastool/welcome/robins-i-v2?authuser=0>

V Anlagen

- | | |
|-----------|--|
| Anlage 1: | Kurzfassung |
| Anlage 2: | Langfassung |
| Anlage 3: | Leitlinienreport |
| Anlage 4: | Zielgruppenspezifische Informationen für Kinder ab 6 Jahren |
| Anlage 5: | Zielgruppenspezifische Informationen für Jugendliche ab 12 Jahren |
| Anlage 6: | Zielgruppenspezifische Informationen für Eltern bzw. primäre Bezugspersonen |
| Anlage 7: | Zielgruppenspezifische Informationen für Mitarbeitende des Bildungssystems |
| Anlage 8: | Zielgruppenspezifische Informationen für Mitarbeitende der Kinder- und Jugendhilfe |
| Anlage 9: | Zielgruppenspezifische Informationen für Mitarbeitende des Justizsystems |

publiziert bei:	 AWMF online Das Portal der wissenschaftlichen Medizin
-----------------	---

AWMF-Register Nr.: 028-020	Klasse: S3
-----------------------------------	-------------------

Kurzversion der S3-Leitlinie
Störungen des Sozialverhaltens:
Empfehlungen zur Diagnostik und Behandlung von Kindern, Jugendlichen und
jungen Erwachsenen

der
Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und
Psychotherapie e.V. (DGKJP)
und

-	ADHS Deutschland e.V. (Selbsthilfe)
BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V.
BDP	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. – Sektion Schulpsychologie
BKJ	Bundesverband für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie e. V.
BKJPP	Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V.
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
BVKE	Bundesverband Caritas Kinder- und Jugendhilfe e.V.
DAG-SHG	Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.
DGKJ	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V.
DGPs	Deutsche Gesellschaft für Psychologie e. V., Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie (DGPs)
DGSF	Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie
DGSPJ	Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V.
Dgvt	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.
DPTV	Deutsche Psychotherapeutenvereinigung e. V.
DVJJ	Deutsche Vereinigung für Jugendgerichte und Jugendgerichtshilfen e. V.
KJPVT	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Verhaltenstherapie (ehemals: BVKJ)

Knw	Kindernetzwerk e. V.- Dachverband der Selbsthilfe von Familien mit Kindern und jungen Erwachsenen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen
ÖGKJP	Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
SGKJPP	Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
VAKJP	Vereinigung für analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie e. V.
vds	Verband Sonderpädagogik e. V.



Steuerungsgruppe:

Prof. Dr. Anja Görtz-Dorten: Dipl.-Heilpädagogin, Diplom-Psychologin, Klinische Psychologin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin; Mitglied des Berufsverbands Deutscher Psychologinnen und Psychologen, Sektion Klinische Psychologie, der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie sowie des Berufs- und Fachverbands Heilpädagogik

Prof. Dr. Manfred Döpfner: Diplom-Psychologe, Klinischer Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut; Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Fachgruppe Klinische Psychologie; der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Prof. Dr. Michael Kölch: Facharzt für Kinder- & Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, (stellvertretender) Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Prof. Dr. Dr. Tobias Banaschewski: Facharzt für Kinder- & Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Diplom-Psychologe; Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Dr. Myriam Bea: Juristin; Geschäftsführerin ADHS-Deutschland e.V.

Dr. Norbert Beck: Diplom-Sozialpädagoge, Diplom-Psychologe; Mitglied des Bundesverbands Caritas Kinder- und Jugendhilfe e.V. (BVKE)

Prof. Dr. Jörg M. Fegert: Facharzt für Kinder- & Jugendpsychiatrie und -psychotherapie; Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Prof. Dr. Thomas Hennemann: Diplom-Sonderpädagoge, Diplom-Psychologe

Petra Hiller: Diplom-Sozialpädagogin, Diplom-Sozialwirtin, M.A. Sozialmanagement, Systemische Familienberaterin

Prof. Dr. Paul Plener: Facharzt für Kinder- & Jugendpsychiatrie und -psychotherapie; Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Prof. Dr. Dr. Christina Stadler: Diplom-Psychologin, Klinische Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin; Mitglied der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sowie der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Expert:innen:

Prof. Marc Allroggen, Prof. Tobias Banaschewski, Dr. Norbert Beck, Prof. Ulrike Becker, Dr. Cyril Boonmann, Dr. Filip Caby, Dr. Christina Dose, Prof. Manfred Döpfner, Angela Ehlers, Prof. Anja Görtz-Dorten, Prof. Charlotte Hanisch, Prof. Nina Heinrichs, Prof. Thomas Hennemann, PD Dr. Arvid Herwig, Prof. Clemens Hillenbrand, Petra Hiller, Leonie Hofmann, Prof. Martin Holtmann, Dr. Marie-Theres Klemp, Prof. Michael Kölch, Dr. Lea Teresa Kohl, Prof. Paul Plener, Prof. Marc Schmid, Klaus Seifried, Prof. Christina Stadler, Dr. Anne-Katrin Treier, Dr. Laura Wähnke

Koordinatorin der Leitlinie:

Prof. Dr. Anja Görtz-Dorten

Projektkoordination:

Dr. Lea Teresa Kohl

Finanzierung:

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF21016 gefördert.

Wir danken für die Mitarbeit an der Leitlinie: Maria von Beulwitz, Johanna Dahm, Anna Harnacke, Elisa Lasry, Vanessa Pytel, Jana Rausch, Finja Rutz, Johanna Schäfer und Lucie Waedel.

Version: 6.0

Herausgebende und federführende Fachgesellschaft

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

geschaeftsstelle@dgkjp.de

Bitte wie folgt zitieren:

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (2026). *Kurzfassung der evidenz- und konsensbasierten S3-Leitlinie „Störung des Sozialverhaltens: Empfehlungen zur Diagnostik und Behandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen“* (AWMF-Registernummer 028-020; Version 6.0, Stand 15.09.2025). Verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-020> (Zugriff am TT.MM.JJJJ)

INHALT

<u>EIN ÜBERBLICK ÜBER DIE LEITLINIENEMPFEHLUNGEN</u>	<u>1</u>
<u>1. EMPFEHLUNGEN ZU RAHMENBEDINGUNGEN UND DER KOORDINATION VON VERSORGUNGSANGEBOTEN</u>	<u>6</u>
<u>2. EMPFEHLUNGEN ZUR DIAGNOSTIK</u>	<u>10</u>
<u>3. EMPFEHLUNGEN ZUR BEHANDLUNGSPLANUNG, -INDIKATION UND ZUM BEHANDLUNGSSETTING</u>	<u>15</u>
<u>4. EMPFEHLUNGEN ZU PSYCHOSOZIALEN PRÄVENTIONSMAßNAHMEN UND INTERVENTIONEN</u>	<u>20</u>
4.1. ELTERN- UND ELTERN-KINDZENTRIERTE PRÄVENTIVE MAßNAHMEN	20
4.2. ELTERN- UND ELTERN-KINDZENTRIERTE THERAPEUTISCHE INTERVENTIONEN	21
4.3. PATIENT:INNENZENTRIERTE PRÄVENTIVE MAßNAHMEN	25
4.4. PATIENT:INNENZENTRIERTE THERAPEUTISCHE INTERVENTIONEN	26
4.5. MAßNAHMEN UND INTERVENTIONEN IN BILDUNGSEINRICHTUNGEN	28
4.6. SYSTEMÜBERGREIFENDE, INTENSIVE, MULTIMODALE INTERVENTIONEN	31
<u>5. EMPFEHLUNGEN ZU PHARMAKOLOGISCHEN INTERVENTIONEN</u>	<u>32</u>
<u>6. EMPFEHLUNGEN ZUR KOOPERATION DES GESUNDHEITSSYSTEMS MIT WEITEREN VERSORGUNGSSYSTEMEN</u>	<u>34</u>
6.1. KOOPERATION MIT DER KINDER- UND JUGENDHILFE	34
6.2. KOOPERATION MIT DEM JUSTIZSYSTEM	38
6.3. KOOPERATION MIT DEM BILDUNGSSYSTEM	41
<u>7. LITERATURVERZEICHNIS</u>	<u>45</u>

Ein Überblick über die Leitlinienempfehlungen

Kapitel	Subkapitel	Empfehlungstext [Empfehlungsnummer; Qualität der Evidenz ¹ ; Empfehlungsgrad ² ; therapeutische Ausrichtung] oder Schlagwort der Empfehlung [Empfehlungsnummer]
Rahmenbedingungen und Koordination [1.]		Gesprächsatmosphäre, Beziehungsgestaltung und Offenlegung von Rollen [1.1., 1.2., 1.3. & 1.5.], Überprüfung von Behandlungsvereinbarungen [1.4.], Gelingensbedingungen [1.6.], kultureller, ethnischer und religiöser Hintergrund von Familien [1.7. & 1.8.], rechtliche Grundlagen [1.9.], Kindeswohlgefährdung und andere Grenzen der Schweigepflicht [1.10. & 1.11.], weitere Versorgungsmöglichkeiten, Austausch und Koordination [1.12., 1.13., 1.15. & 1.16.], Betreuungskonstanz [1.14.], Übergang ins Erwachsenenalter [1.17.]
Diagnostik [2.]		Erste diagnostische Untersuchung [2.1. - 2.4.], ausführliche diagnostische Untersuchung [2.5. - 2.10.]
Behandlungsplanung, -indikation und -setting [3.]		Behandlungsplanung und spezifische Indikationen für Maßnahmen der verschiedenen Versorgungssysteme [3.1. - 3.5.], Multimodale Ausrichtung der Behandlung und Indikationen für Behandlungssettings [3.6. - 3.9.]

¹ Auf Basis des etablierten GRADE-Systems (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) wurde für jede Leitlinienempfehlung die Qualität der vorliegenden Evidenz anhand der Kategorien „hoch“, „moderat“, „niedrig“ oder „sehr niedrig“ bewertet. Es wurden drei endpunktspezifische Beurteilungen sowie eine endpunktübergreifende Gesamtbeurteilung vorgenommen. In dieser Übersicht dargestellt ist die jeweilige Gesamtbeurteilung.

² Es wird zwischen offenen Empfehlungen (Empfehlungsgrad 0, Symbol ⇔), schwachen Empfehlungen (Empfehlungsgrad B, Symbol ⚡) und starken Empfehlungen (Empfehlungsgrad A, Symbol ⚡⚡) differiert. Wenn zwei Empfehlungsgrade bzw. Symbole berichtet werden (z. B. 0 ⇔ / B ⚡), enthält die jeweilige Empfehlung zweierlei Empfehlungsgrade.

Kapitel	Subkapitel	Empfehlungstext [Empfehlungsnummer; Qualität der Evidenz ¹ ; Empfehlungsgrad ² ; therapeutische Ausrichtung] oder Schlagwort der Empfehlung [Empfehlungsnummer]
Eltern-/ eltern-kindzentrierte & patient:innen-zentrierte präventive Maßnahmen [4.1. & 4.3.]		Spezifische psychosoziale Unterstützung der Familie [4.1.1.], Elterntraining [4.1.2.], patient:innenzentrierte Unterstützungsangebote [4.3.1.]
Eltern-/ eltern-kindzentrierte therapeutische Interventionen [4.2.]	Indikation	<i>"Primären Bezugspersonen von Kindern bis zum Alter von 3 Jahren, bei denen ein klinisch relevantes oppositionell-aggressives Verhalten vorliegt, kann ein Elterntraining angeboten werden. Die Intervention sollte in diesem Altersbereich insbesondere auf die Verminderung derjenigen Faktoren ausgerichtet sein, die sich im Zusammenhang mit der Entstehung und Aufrechterhaltung von Störungen des Sozialverhaltens als bedeutsam erwiesen haben (z. B. Verbesserung der Interaktion zwischen primären Bezugspersonen und Kindern)."</i> [4.2.1.; niedrig; 0 ⇔ / B ↑; sozial lerntheoretisches Therapiekonzept]
		<i>"Elterntrainings im Einzel- oder Gruppensetting sollten primären Bezugspersonen von Kindern im Alter von 3 bis 12 Jahren angeboten werden, wenn deren Kinder die diagnostischen Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllen oder wenn bei den Kindern ein klinisch relevantes oppositionell-aggressives Verhalten vorliegt."</i> [4.2.2.; niedrig; B ↑; sozial lerntheoretisches Therapiekonzept]
		<i>"Bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ab 12 Jahren, welche die diagnostischen Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllen oder bei denen ein klinisch relevantes oppositionell-aggressives Verhalten vorliegt, kann ein, an das Jugend bzw. junge Erwachsenenalter angepasstes, Elterntraining angeboten werden."</i> [4.2.3.; moderat, 0 ⇔; sozial lerntheoretisches Therapiekonzept]
	Format, Ausrichtung, Methoden	Einzel- oder Gruppensetting [4.2.4.], Einbezug beider primären Bezugspersonen [4.2.5.], evidenzbasiertes Vorgehen [4.2.6.], aufsuchender Kontext [4.2.7.], Ferntherapie und Selbsthilfeinterventionen [4.2.8.], Eltern-Kind-Interaktionstherapie [4.2.9.], Vorgehen bei begrenzter prosozialer Emotionalität [4.2.10.], ergänzende Maßnahmen bei ungünstigen psychosozialen Bedingungen [4.2.11.]

Kapitel	Subkapitel	Empfehlungstext [Empfehlungsnummer; Qualität der Evidenz ¹ ; Empfehlungsgrad ² ; therapeutische Ausrichtung] oder Schlagwort der Empfehlung [Empfehlungsnummer]
Patient:innen-zentrierte therapeutische Interventionen [4.4.]	Indikation	"In Kombination mit Interventionen mit den Eltern bzw. primären Bezugspersonen sowie pädagogischen Fachkräften können bei Kindern zwischen 4 und 6 Jahren , welche die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllen oder bei denen ein klinisch relevantes oppositionell aggressives Verhalten vorliegt, patient:innenzentrierte, an den Entwicklungsstand der Kinder angepasste, Interventionen durchgeführt werden." [4.4.1.; niedrig; 0 ⇔; sozial emotionales & kognitiv behaviorales Lernen]
		"Bei Kindern, Jugendlichen ab dem Alter von 6 Jahren , welche die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllen oder bei denen ein klinisch relevantes oppositionell aggressives Verhalten vorliegt, sollten patient:innenzentrierte Interventionen durchgeführt werden. Sie sind vor allem beim Vorliegen gleichaltrigenbezogener Aggression oder sozialer Problemlöse- und Verhaltensfertigkeitendefizite indiziert. Diese patient:innenzentrierten Interventionen sollten möglichst in Kombination mit elternzentrierten Interventionen sowie gegebenenfalls Interventionen in Bildungseinrichtungen durchgeführt werden." [4.4.2.; niedrig; B ↑; sozial emotionales & kognitiv behaviorales Lernen]
	Format, Ausrichtung, Methoden	Einzel-/ Gruppensetting & ambulant oder (teil-)stationär [4.4.3.], evidenzbasiertes Vorgehen, geschultes Personal, Behandlungsfokus und Gruppengeschehen [4.4.4.], Berücksichtigung störungsauslösender und -aufrechterhaltender Bedingungen, intraindividuelle Faktoren und Ressourcen [4.4.5.]
Maßnahmen und Interventionen in Bildungseinrichtungen [4.5.]	Rahmenkonzept	"Die institutionelle Bildung von Kindern, Jugendlichen, und jungen Erwachsenen sollte durch Maßnahmen der universellen, selektiven und indizierten Prävention zur Verbesserung der sozial emotionalen und Problemlösekompetenz unterstützt werden. Diese Präventionsmaßnahmen sollten in einem mehrstufigen, konsequent präventiv ausgerichteten Rahmenkonzept organisiert werden. Die mehrstufigen Rahmenkonzepte sollten evidenzbasierte Verfahren integrieren, multimodal und multiprofessionell ausgerichtet sein, eine Verlaufsdiagnostik beinhalten und datenbasierte Förderentscheidungen vorsehen. Diese Angebote sollten Kenntnisse und Kompetenzen von pädagogischen Fachkräften und Lehrkräften verbessern." [4.5.1.; sehr niedrig; B ↑; Gruppenmanagement, Gruppenkontingenzverfahren und sozial emotionales Lernen]
	Übergänge sowie präventive Maßnahmen	Übergänge im Bildungssystem [4.5.2.], verlässliches Gruppenmanagement [4.5.3.], universelle Prävention [4.5.4.], selektive Prävention [4.5.5.], indizierte Prävention [4.5.6.]

Kapitel	Subkapitel	Empfehlungstext [Empfehlungsnummer; Qualität der Evidenz ¹ ; Empfehlungsgrad ² ; therapeutische Ausrichtung] oder Schlagwort der Empfehlung [Empfehlungsnummer]
Multimodale Intensiv-behandlungen [4.6.]	Indikation	<i>"Bei schwerwiegender, mehrere Lebensbereiche betreffender Symptomatik einer Störung des Sozialverhaltens und bei stark ausgeprägten Funktions bzw. Teilhabebeeinträchtigungen sollte bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine aufsuchende, systemübergreifende, multimodale Intensivbehandlung umgesetzt werden."</i> [4.6.1.; moderat; B ↑; kognitiv-behaviorales und systemisch ausgerichtetes Therapiekonzept]
	Format, Ausrichtung, Methoden	Format, Ausrichtung, Methoden [4.6.2.]
Pharmakologische Interventionen [5.]	Indikation	<i>"Wenn beim Vorliegen einer Störung des Sozialverhaltens mit ausgeprägter Impulsivität, chronischer Reizbarkeit und Aggressivität durch psychosoziale (einschließlich psychotherapeutische) Interventionen keine hinreichende Symptomreduktion erzielt werden konnte, soll in der Regel frühestens ab einem Alter von 6 Jahren eine ergänzende Pharmakotherapie erwogen werden."</i> [5.1.; moderat; A ↑↑]
	Indikationsstellung sowie spezifische Präparate	Ärztliche Qualifikation [5.2.], Monitoring [5.3.], Stimulanzien [5.4.], Antipsychotika zweiter Generation [5.5.], SSRI [5.6.], medikamentöse Akuttherapie [5.7.]
Kooperation mit der Kinder- und Jugendhilfe [6.1.]	Vorraussetzungen & Anlässe	Einverständnis der Patient:innen und Sorgeberechtigten [6.1.1.], Kindeswohlgefährdung [6.1.2.], Anlässe für Einbezug des Kinder- und Jugendhilfesystems [6.1.3.], Anlässe für Einbezug der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie [6.1.4.]
	Gestaltung der Zusammenarbeit	Fallbezogene Zusammenarbeit [6.1.5.], Bezugsperson aus dem Kinder- und Jugendhilfesystem [6.1.6.], Hilfeplanung [6.1.7.], Notfallvorstellungen im Gesundheitssystem [6.1.8.], strukturelle Kooperation [6.1.9.], Transition ins Erwachsenenalter [6.1.10.]
Kooperation mit dem Justizsystem [6.2.]	Anlässe	Einbezug des Justizsystems [6.2.1.], Selbstanzeige [6.2.2.], diagnostische Abklärung, störungsspezifische Therapie und Beratung [6.2.3. & 6.2.4.]
	Gestaltung der Zusammenarbeit	Qualifikation und Rollen [6.2.5.], fallbezogene Zusammenarbeit [6.2.6.], Einverständnis der Patient:innen und Sorgeberechtigten sowie Offenbarungen [6.2.7. & 6.2.10.], Beauftragung als Sachverständige:r [6.2.8.], Vertraulichkeit [6.2.9.], gerichtliche Therapieauflagen [6.2.11.]

Kapitel	Subkapitel	Empfehlungstext [Empfehlungsnummer; Qualität der Evidenz ¹ ; Empfehlungsgrad ² ; therapeutische Ausrichtung] oder Schlagwort der Empfehlung [Empfehlungsnummer]
Kooperation mit dem Bildungssystem [6.3.]	Prävention	Fortbildung für Lehr- und pädagogische Fachkräfte, Fallberatungen, Intervention und Supervision [6.3.1.], sonderpädagogischer Förderbedarf, individueller Förderplan und Diagnostik [6.3.2.], Konzepte zur inklusiven Bildung [6.3.3.]
	Anlässe	Einbezug des Bildungssystems in Diagnostik [6.3.4.], Austausch von Befunden [6.3.5.], Einbezug des Bildungssystems in Behandlung [6.3.6. und 6.3.7.], inklusive schulische Förderung [6.3.8.], Anlässe für Einbezug der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie [6.3.9.]
	Gestaltung der Zusammenarbeit	Fallbezogene Zusammenarbeit [6.3.10.], Bezugsperson aus dem Kinder- und Jugendhilfe- sowie Bildungssystem [6.3.11.], gemeinsame Fallbesprechungen [6.3.12.], (teil-)stationärer Aufenthalt und Reintegration [6.3.13., 6.3.14. & 6.3.15.]

1. Empfehlungen zu Rahmenbedingungen und der Koordination von Versorgungsangeboten

Beziehungsgestaltung und Grundsätze der Interaktion mit den Familien

1.1.	Empfehlung	Bestätigt (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Es soll sichergestellt werden, dass Gespräche in einer ungestörten, von Respekt und Wertschätzung gekennzeichneten Atmosphäre stattfinden. Die Tatsache, dass Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Störungen des Sozialverhaltens nicht selten negative Erfahrungen mit bisherigen Bezugspersonen gemacht haben und Erwachsenen häufig misstrauisch und ablehnend gegenüberstehen, sollte ebenso berücksichtigt werden, wie die damit verbundene Konsequenz, dass der Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung ausreichend Zeit erfordert. Kinder/Jugendliche/junge Erwachsene sollen vorab darüber informiert werden, wie vertrauliche Informationen behandelt werden und unter welchen Bedingungen (unter Beachtung der gesetzlichen Grundlagen) Informationen an die Sorgeberechtigten oder andere Bezugspersonen weitergegeben werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

1.2.	Empfehlung	Bestätigt (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Um eine positive Beziehung zu den Kindern, Jugendlichen oder jungen Erwachsenen zu ermöglichen, kann es hilfreich sein, für die sekundären Folgen problematischen Verhaltens Verständnis zu zeigen (z. B. Verärgerung über Bestrafung, Auseinandersetzung und Streit mit Eltern bzw. Lehrkräften). Es sollten keine Vorverurteilungen hinsichtlich oppositionellen, aggressiven oder dissozialen Verhaltens geäußert werden. Die Perspektive der Kinder/Jugendlichen/jungen Erwachsenen sowie der Wunsch nach Autonomie sollten berücksichtigt und Partizipation in der Behandlungsplanung aufgezeigt werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

1.3.	Empfehlung	Bestätigt (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Die Rolle der Untersuchenden (z. B. beratend, behandelnd versus begutachtend) sollte gegenüber den Kindern/Jugendlichen/jungen Erwachsenen und beteiligten Sorgeberechtigten offen dargelegt werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

1.4.	Empfehlung	Bestätigt (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Getroffene Behandlungsvereinbarungen sollten im Behandlungsverlauf kontinuierlich überprüft werden, um sie gegebenenfalls an eingetretene Veränderungen anpassen zu können.	
	Konsensstärke: 100 %	

1.5.	Empfehlung	Bestätigt (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Initial kann es sinnvoll sein, Eltern/Sorgeberechtigte und deren Kinder/Jugendliche/junge Erwachsene gemeinsam zu befragen, um deren Interaktion und gegenseitige Kommunikation über das Problemverhalten zu beobachten. Besonders wenn oppositionelle, aggressive oder dissoziale Verhaltensweisen thematisiert werden, können die Kinder/Jugendlichen/jungen Erwachsenen jedoch das Gefühl entwickeln, auf einer Anklagebank zu sitzen. Ob zunächst mit den Kindern/Jugendlichen/jungen Erwachsenen oder den Eltern/Sorgeberechtigten oder beiden gemeinsam gesprochen wird, sollte von dem Vorstellungsanlass und der Situation abhängig gemacht werden.	
	Konsensstärke: 95,45 %	

1.6.	Empfehlung	Neu (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Eine erfolgreiche kinder- und jugendpsychiatrische/-psychotherapeutische Behandlung erfordert: - den Aufbau einer vertrauensvollen Therapiebeziehung zu den Kindern/Jugendlichen/jungen Erwachsenen und deren primären Bezugspersonen, - den Aufbau einer Veränderungs- und Behandlungsmotivation bei den betroffenen Personen und ihren Familien, - die Aktivierung und Einbeziehung vorhandener Ressourcen sowohl bei den betroffenen Personen selbst als auch in ihrem Umfeld (u. a. Familie, Bildungseinrichtung, Gleichaltrigengruppe).	
	Konsensstärke: 100 %	

Berücksichtigung kultureller, ethnischer und religiöser Hintergründe

1.7.	Empfehlung	Bestätigt (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Wenn sich Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene oder deren Eltern/Sorgeberechtigten mit Migrationshintergrund in der deutschen Sprache nicht sicher fühlen, sollten qualifizierte Sprach- und Kulturmittler:innen hinzugezogen werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

1.8.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Fachkräfte sollten sich darüber bewusst sein, dass die Art und Weise, wie Kinder/Jugendliche/junge Erwachsene oder Eltern/Sorgeberechtigte Probleme und psychische Schwierigkeiten schildern, nicht nur alters- und geschlechtsbedingt variiert, sondern auch in Abhängigkeit des kulturellen, ethnischen oder religiösen Hintergrundes der Familie. Sowohl bei der Aufklärung über Ursachen der Störung als auch bei der Bestimmung der Interventionsziele und der Durchführung von Interventionsmaßnahmen ist es hilfreich, sozio-kulturelle und ethnische Faktoren zu berücksichtigen.	
	Konsensstärke: 100 %	

Rechtliche Grundlagen und Beratungsmöglichkeiten

1.9.	Empfehlung	Bestätigt (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Es sollte sichergestellt werden, dass behandelnde Fachkräfte über relevante rechtliche Grundlagen hinsichtlich Schweigepflicht, Fremdunterbringung, Inobhutnahme, Kinderschutzmaßnahmen, usw. ausreichend informiert sind.	
	Konsensstärke: 89,47 %	

1.10.	Empfehlung	Bestätigt (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Wenn Anhaltspunkte für eine mögliche Kindeswohlgefährdung (Misshandlung, mangelnde Fürsorge) vorliegen, soll zum Schutz der Kinder bzw. Jugendlichen eine Beratung über eine insoweit erfahrene Fachkraft und/oder die Einbindung des Jugendamtes erfolgen.	
	Konsensstärke: 100 %	

1.11.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Bei Ankündigungen, Drohungen oder Hinweisen hinsichtlich fremd- oder selbstgefährdenden Verhaltens kann eine Weitergabe von Informationen entgegen dem Willen der Kinder/Jugendlichen/jungen Erwachsenen und/oder der Sorgeberechtigten notwendig und die Zusammenarbeit mit anderen Fachstellen erforderlich sein. Bei direkt bevorstehenden schweren Straftaten gibt es teilweise Offenbarungspflichten.	
	Konsensstärke: 90,45 %	

Möglichkeiten der Versorgung und Koordination von Hilfen

1.12.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Es sollten niederschwellige, im Lebensumfeld betroffener Personen verortete (lokale, gemeindenahе), Versorgungsmöglichkeiten (diagnostische Abklärung, Beratung) für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Störungen des Sozialverhaltens (SSV) oder einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer SSV sowie deren Eltern/Sorgeberechtigte umgesetzt werden. Dabei sollten, bei Bedarf, auch Vertretende des Bildungssystems, des Kinder- und Jugendhilfesystems oder des Justizsystems involviert werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

1.13.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Fachpersonen sollten ausreichend informiert sein über lokale und bundesweite Fachstellen (z. B. Institutionen für Kinderbetreuung, Erziehungsberatungsstellen, Ehe- und Familienberatungsstellen, Kinder- und Jugendhilfe, Anlaufstellen für Notfälle), um Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit einer Störung des Sozialverhaltens, aber auch Eltern/Sorgeberechtigten bei Vorliegen persönlicher, sozialer oder ökonomischer Schwierigkeiten zusätzliche Unterstützung vermitteln und im Falle von Krisensituationen Maßnahmen umsetzen zu können. Eltern/Sorgeberechtigte sollten motiviert und unterstützt werden, begleitende Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen. Dabei sollte, bei Bedarf, auch auf das Bildungssystem, das Kinder- und Jugendhilfesystem oder das Justizsystem zugegangen werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

1.14.	Empfehlung	Bestätigt (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Fachkräfte sollten konstant für eine betroffene Person und deren Familie zuständig sein, um eine hohe Behandlungskontinuität zu ermöglichen. Es sollte vermieden werden, dass unnötigerweise mehrfach die gleichen anamnestischen oder diagnostischen Erhebungen durchgeführt werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

1.15.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Ein übergreifender fachspezifischer Austausch verschiedener Systeme und Institutionen (z. B. Schule, Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe), die in die Bildung, Behandlung und Versorgung eines Kindes, eines/einer Jugendlichen oder eines/einer jungen Erwachsenen involviert sind bzw. bei weiteren pädagogischen oder therapeutischen Maßnahmen involviert sein werden, sollte umgesetzt werden. Ziele sollten aufeinander abgestimmt und fortlaufend überprüft werden.	
	Konsensstärke: 95,45 %	

1.16.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 11/2024)
Empfehlungs- grad: B ↑	In komplexen Fallkonstellationen sollte eine verantwortliche Fachkraft in Abstimmung mit den verschiedenen Systemen Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Störungen des Sozialverhaltens bei Bedarf auch längerfristig begleiten, Hilfsangebote koordinieren und den Verlauf dokumentieren.	
Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: sehr niedrig Komorbide Symptomatik: - Funktionsniveau/Lebensqualität: sehr niedrig Gesamtbeurteilung: sehr niedrig	
Literatur- hinweise	Olson et al. (2021); Suter und Bruns (2009)	
	Konsensstärke: 100 %	

Übergang ins Erwachsenenalter

1.17.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 11/2024)
Experten- konsens	In der Arbeit mit jungen Erwachsenen, bei denen die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens nach wie vor erfüllt sind, sollte berücksichtigt werden, dass häufig Reifungs- und Entwicklungsverzögerungen vorliegen, die eine weitere Umsetzung der Empfehlungen dieser Leitlinie auch über die Volljährigkeit hinaus erforderlich machen. Dies sollte nicht nur hinsichtlich möglicher Interventionen des Gesundheitssystems, sondern auch hinsichtlich möglicher Angebote und Interventionen des Kinder- und Jugendhilfesystems, des Justizsystems und des Bildungssystems bedacht werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

2. Empfehlungen zur Diagnostik

Erste diagnostische Untersuchung

2.1.	Empfehlung	Bestätigt (Stand: 11/2024)
Experten- konsens	Wenn Eltern oder andere Bezugspersonen der Kinder, Jugendlichen oder jungen Erwachsenen oder Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen, der Kinder- und Jugendhilfe oder der Bildungseinrichtung Hinweise auf ein überdauerndes oppositionelles, aggressives oder dissoziales Verhalten geben, dann soll eine Abklärung des Verdachts auf eine Störung des Sozialverhaltens erfolgen.	
	Konsensstärke: 95,45 %	

2.2.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 11/2024)
Empfehlungs- grad: B ↑ / A ↑↑	Wenn bei Kindern/Jugendlichen/jungen Erwachsenen Hinweise auf eine andere psychische Störung (v.a. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Autismus-Spektrum-Störung, Reaktive Bindungsstörung, Störungen durch Substanzgebrauch, Persönlichkeitsstörungen, Depressive Störungen, Angst- oder furchtbezogene Störungen, Posttraumatische Belastungsstörung, Störungen durch Verhaltenssüchte) vorliegen, dann sollte überprüft werden, ob auch eine Störung des Sozialverhaltens vorliegt. Das Vorliegen einer dieser psychischen Störungen soll kein Hindernis für eine diagnostische Abklärung der Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens sein.	
Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: - Komorbide Symptomatik: sehr niedrig Funktionsniveau/Lebensqualität: - Gesamtbeurteilung: sehr niedrig	
Literatur- hinweise	Kaat und Lecavalier (2013); Konrad et al. (2022); Richard et al. (2020); Talmón-Knuser et al. (2023)	
	Konsensstärke: 90,48 %	

2.3.	Empfehlung	Bestätigt (Stand: 11/2024)
Experten- konsens	Für die erste diagnostische Untersuchung von Kindern/Jugendlichen/jungen Erwachsenen mit Verdacht auf eine Störung des Sozialverhaltens kann der Einsatz von störungsübergreifenden Fragebogenverfahren im Selbst- oder Fremdurteil erwogen werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

2.4.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 11/2024)
Experten- konsens	Wenn im Rahmen erster diagnostischer Maßnahmen Hinweise auf eine Störung des Sozialverhaltens (oder eine häufig existierende komorbide Störung) identifiziert werden können, sollte eine ausführliche diagnostische Untersuchung bei einem Spezialisten bzw. einer Spezialistin für die Diagnostik psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen erfolgen (z. B. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen, Fachpsychotherapeut:innen für Kinder und Jugendliche, Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie).	
	Konsensstärke: 94,45 %	

Ausführliche diagnostische Untersuchung

2.5.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 11/2024)
Experten- konsens	Bei einer ausführlichen diagnostischen Untersuchung sollen folgende Aspekte exploriert werden:	

	<u>Symptomatik</u> - Symptome einer Störung des Sozialverhaltens nach ICD-10 bzw. ICD-11 (inklusive chronischer Reizbarkeit und Verärgerung sowie begrenzter prosozialer Emotionalität, welche in den Klassifikationssystemen als potenzielle Diagnose-Spezifikationen Berücksichtigung finden können), - Beginn (u. a. da die Angabe hinsichtlich des Beginns in der Kindheit versus Adoleszenz in den Klassifikationssystemen als potenzielle Diagnose-Spezifikation Berücksichtigung finden kann), Verlauf sowie Schweregrad der Symptomatik, - Persönlichkeitsfaktoren und psychopathologische Auffälligkeiten, die mit einer Störung des Sozialverhaltens in enger Beziehung stehen (z. B. aggressive Phantasien, affektive Dysregulation und Impulsivität, mangelnde Problemlösekompetenzen, mangelnde soziale Fertigkeiten), - aktuelle Funktionsbeeinträchtigungen in der Familie, der Kindertageseinrichtung, der Schule, der Ausbildung, der Tagesbetreuung und der Gleichaltrigengruppe (z. B. Ausschluss der Kinder oder Jugendlichen aus einer außerfamiliären Betreuung aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten). <u>auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen</u> - Bedingungen in der Familie, der Schule oder der Gleichaltrigengruppe sowie intraindividuelle Bedingungen (z. B. Impulsivität), welche oppositionelles, aggressives oder dissoziales Verhalten auslösen oder aufrechterhalten. Zur Ermittlung dieser sollten einzelne Ereignisse oppositionellen, aggressiven oder dissozialen Verhaltens einer Analyse von (internen oder externen) auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen unterzogen werden. <u>Komorbiditäten und mögliche Differenzialdiagnosen</u> - frühere und aktuelle psychische Störungen, die als komorbide psychische Störungen und als differenzialdiagnostisch abzugrenzende psychische Störungen in Betracht gezogen werden können, - neuromentale Entwicklungsstörungen (z. B. Entwicklungsstörungen der Sprache, Lernentwicklungsstörungen), Lernbehinderungen oder geistige Behinderung, - frühere und aktuelle körperliche Erkrankungen und Behinderungen. <u>störungsspezifische Entwicklungsgeschichte</u> - Schwangerschafts- und Geburtsanamnese: prä- und perinatale Komplikationen einschließlich der Frage, ob Medikamenteneinnahme, Nikotin-, Alkohol- oder Drogenkonsum 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 Temperamentsmerkmalen im Säuglings- und Kleinkindalter und daraus resultierenden Belastungen für die Bezugspersonen, - Meilensteine der Entwicklung: sprachliche, emotionale, motorische und kognitive Entwicklung, - Entwicklung in der Kindertageseinrichtung und der Schule/Ausbildung: Art der Verhaltensauffälligkeiten (insbesondere frühes oppositionelles oder aggressives Verhalten), Entwicklungs- oder Schulleistungsdefizite, Schulwechsel aufgrund schulischer oder verhaltensbezogener Schwierigkeiten, schulische Motivation, Schul-/Ausbildungsabsenzen,
--	--

	- Beziehungen zu Gleichaltrigen: insbesondere die Einbindung in prosoziale bzw. deviante Gleichaltrigengruppen sowie ausreichendes Monitoring durch die Hauptbezugspersonen, - Freizeitverhalten: Häufigkeit von Internet- und Computerspielen, - psychosexuelle Entwicklung, - Delinquenzanamnese: Art, Umstände und Häufigkeit von Straffälligkeiten sowie Alter bei den Delikten, - Selbstbild/-wert der Kinder/Jugendlichen/jungen Erwachsenen: relative Stärken, Kompetenzen, Interessen und positive Eigenschaften.
	Konsensstärke: 100 %

2.6.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Im Rahmen der ausführlichen diagnostischen Untersuchung sollten standardisierte und strukturierte diagnostische Verfahren Anwendung finden: - validierte Fragebogen- und/oder Interviewverfahren zur Erfassung eines breiten Spektrums von emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten sowie störungsspezifische Verfahren zur Erfassung von Störungen des Sozialverhaltens und möglicher komorbider Störungen, - ein validiertes Instrument zur Einschätzung der kognitiven Fähigkeiten für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Verdacht auf Intelligenzminderung oder Lernentwicklungsstörungen, - ein validierter Test zur Erfassung von neuromentalen Entwicklungsstörungen (inklusive Lernentwicklungsstörungen) für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Verdacht auf neuromentale Entwicklungsstörungen.	
	Konsensstärke: 80 %	

2.7.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Eine ausführliche diagnostische Untersuchung soll eine Familien-/Umfeld-Anamnese einschließen, bei der insbesondere folgende Aspekte exploriert und familiäre Risikofaktoren und Ressourcen identifiziert werden: - aktuelle Lebenssituation/Wohnumfeld, Familiensystem, erweiterte Bezugspersonen, Halbgeschwister, Stiefgeschwister, - sozio-ökonomische Belastungsfaktoren und finanzielle Einschränkungen in der Familie (z. B. Wohn- bzw. nachbarschaftliche Verhältnisse), - Stressbelastung, psychische Störungen, körperliche Erkrankungen, Behinderungen und/oder Straffälligkeit der Eltern, - Vorgeschichte der Eltern (z. B. Broken Home Situation, belastende Erfahrungen, eigene Fremdunterbringung) oder andere psychosoziale Risikofaktoren (z. B. mütterliche/väterliche Isolation), - positive und negative Beziehungen zwischen Erwachsenen in der Familie (einschließlich chronischer Disharmonie der Eltern und häuslicher Gewalt), - günstige und ungünstige Erziehungsstrategien, vor allem sich wechselseitig verstärkende negative Interaktionsmuster sowie negative Disziplinierungsstrategien, - Qualität der Eltern-Kind-Beziehung.	

	Konsensstärke: 100 %
--	----------------------

2.8.	Empfehlung	Neu (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Eine Anamnese hinsichtlich der schulischen und beruflichen Situation und Perspektive sollte unter Einbezug der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen selbst sowie der Eltern und Lehrer:innen bzw. Ausbilder:innen erfolgen. Dabei sollte die Regelmäßigkeit des Schul- bzw. Ausbildungsbesuchs evaluiert werden. Bei Bedarf sollten auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen des Schulabsentismus sowie ein möglicher Unterstützungsbedarf bezüglich einer erfolgreichen schulischen und beruflichen Integration identifiziert werden.	
	Konsensstärke: 95,45 %	

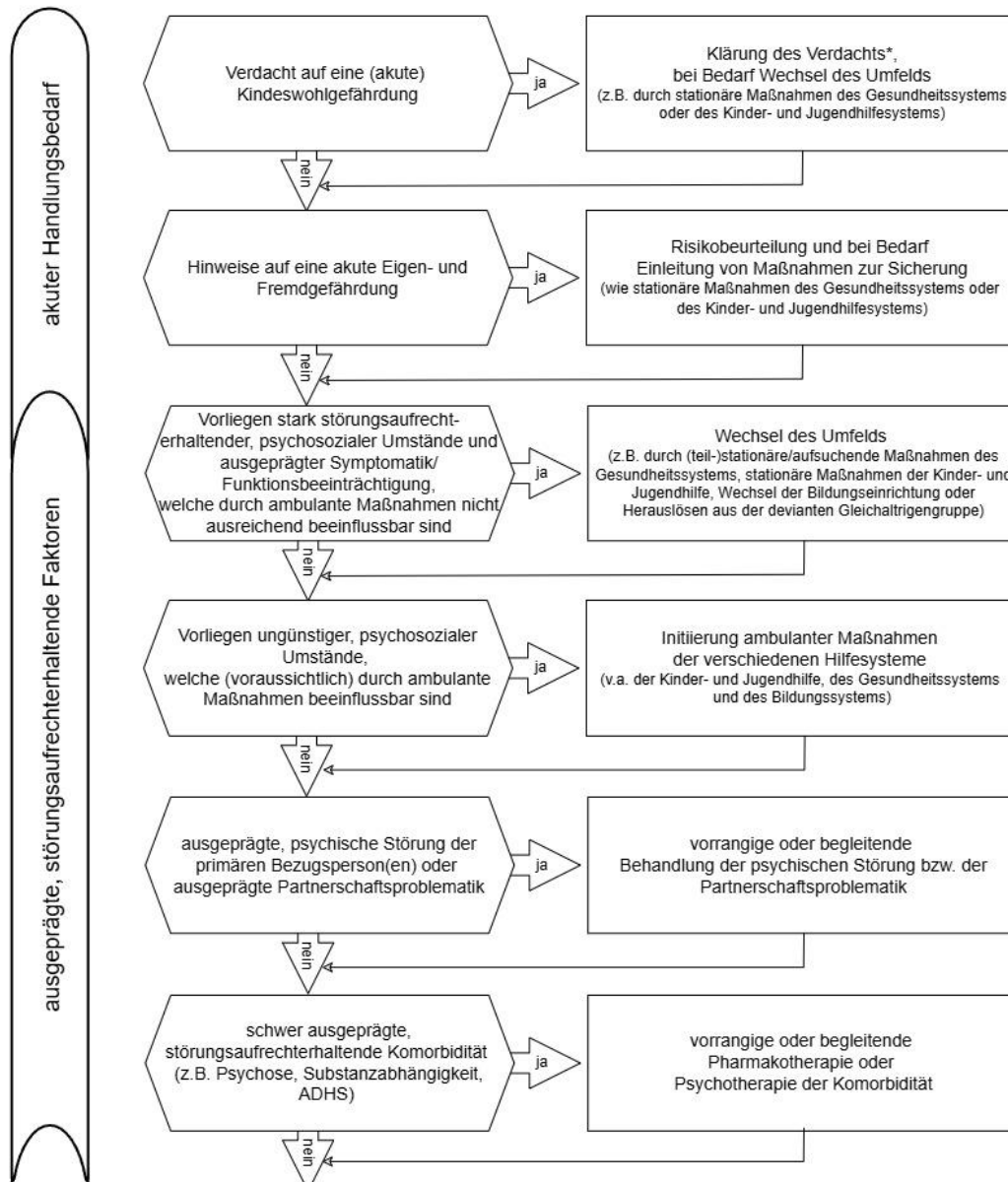
2.9.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Im Rahmen einer ausführlichen diagnostischen Untersuchung sollte eine ausführliche Anamnese von belastenden Lebensereignissen durchgeführt werden, da Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit einer Störung des Sozialverhaltens oft nicht von sich aus von negativen Erfahrungen berichten. Im Rahmen einer Exploration bezüglich Vernachlässigung, körperlicher oder emotionaler Misshandlung, sexuellem Missbrauch oder Gewalt- und Mobbing Erfahrungen ist insbesondere abzuklären, inwiefern traumaassoziierte Erinnerungen Auslöser für aggressives Verhalten oder Vermeidungsverhalten sein könnten. Gegebenenfalls sollte die Indikation für eine Diagnose einer komorbiden Posttraumatischen Belastungsstörung geprüft werden.	
	Konsensstärke: 95 %	

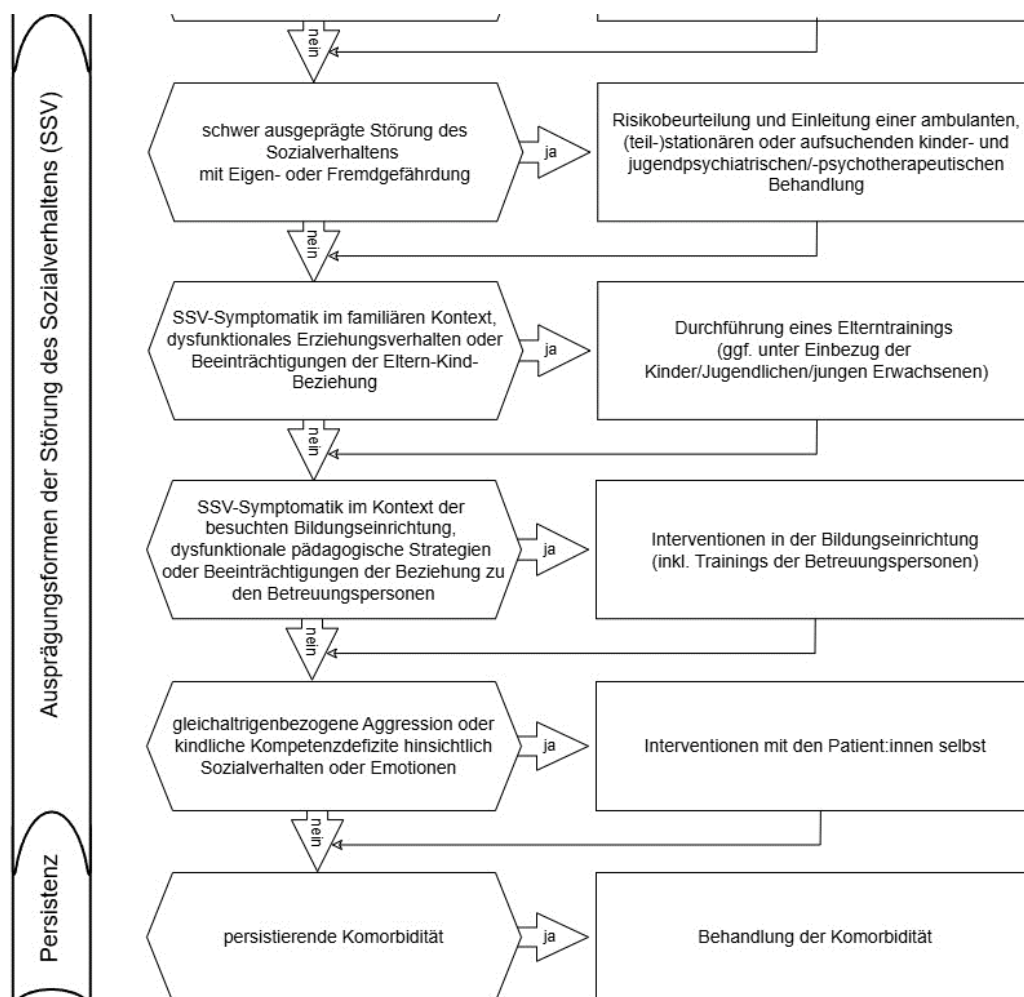
2.10.	Empfehlung	Bestätigt (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Die ausführliche diagnostische Untersuchung der Kinder, Jugendlichen oder jungen Erwachsenen sollte eine körperliche Anamnese und Untersuchung umfassen.	
	Konsensstärke: 80,95 %	

3. Empfehlungen zur Behandlungsplanung, -indikation und zum Behandlungssetting

Abbildung 1 zeigt einen Entscheidungsbaum zur Indikation von Maßnahmen und Interventionen der verschiedenen Versorgungssysteme, zur Wahl des Therapiesettings sowie für die Ausrichtung einer kinder- und jugendpsychiatrischen/-psychotherapeutischen Behandlung. Die einzelnen Schritte des Entscheidungsbaums spiegeln sich in den folgenden Empfehlungen.

Abbildung 1: Entscheidungsbaum zur Behandlungsplanung





* Die Klärung des Verdachts auf eine Kindeswohlgefährdung sollte durch die Kontaktaufnahme mit dem Kinder- und Jugendhilfesystem erfolgen. Es besteht die Möglichkeit einer (ggf. auch anonymen) fachlichen Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft. Für weitere Informationen siehe Kinderschutzleitlinie (AWMF-Register-Nr. 027 – 069) sowie §8a SGB VIII.

Behandlungsplanung und spezifische Indikationen für Massnahmen und Interventionen der verschiedenen Versorgungssysteme

3.1.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Die Planung von Angeboten und Maßnahmen der verschiedenen Versorgungssysteme soll in Abstimmung mit den Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen sowie deren Eltern bzw. primären Bezugspersonen erfolgen. Bei der Behandlungsplanung sollten unter anderem folgende Aspekte berücksichtigt werden: - Alter und aktuelle Lebenssituation der Kinder/Jugendlichen/jungen Erwachsenen, - Ausprägungen der Kernsymptomatik (inkl. des Vorliegens typischer/begrenzter prosozialer Emotionalität sowie chronischer Reizbarkeit oder Wut), - Art und Stärke komorbider Symptomatik (wie Symptomatik einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Depressivität oder Substanzabhängigkeit), - individuelle Stärken und Ressourcen, - familiäre Ressourcen und Belastungen,	

	- Ausmaß der Funktions- und Teilhabebeeinträchtigungen, - Bedürfnisse und Präferenzen der Kinder/Jugendlichen/jungen Erwachsenen sowie ihrer Familien, - Verlauf und Erfolg vorangegangener Hilfen.
	Konsensstärke: 100 %

3.2.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Wenn störungsaufrechterhaltende Bedingungen in der Familie, der besuchten Bildungseinrichtung oder der Gleichaltrigengruppe vorliegen, die mit starken Symptomausprägungen und Funktions- bzw. Teilhabebeeinträchtigungen einhergehen und die durch ambulante Maßnahmen und Interventionen des Kinder- und Jugendhilfesystems, des Gesundheitssystems und des Bildungssystems nicht ausreichend beeinflussbar erscheinen, sollte ein Wechsel des störungsaufrechterhaltenden Umfeldes geprüft und angeregt werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

3.3.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Wenn störungsaufrechterhaltende Bedingungen in der Familie, der besuchten Bildungseinrichtung oder der Gleichaltrigengruppe vorliegen (z. B. schulische Überforderung, beengtes familiäres Umfeld, enge Einbindung in eine delinquente Gleichaltrigengruppe), die durch ambulante Angebote der Kinder- und Jugendhilfe, des Gesundheitssystems und/oder des Bildungssystems beeinflussbar erscheinen, sollte die Familie bei der Inanspruchnahme der jeweiligen ambulanten Angebote unterstützt werden, um die ungünstigen psychosozialen Umstände positiv zu beeinflussen.	
	Konsensstärke: 100 %	

3.4.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Wenn bei den Eltern bzw. primären Bezugspersonen eine ausgeprägte psychische Störung oder eine ausgeprägte Partnerschaftsproblematik vorliegt, welche zur Aufrechterhaltung der Störung des Sozialverhaltens der Kinder/Jugendlichen/jungen Erwachsenen beiträgt, sollte eine vorrangige oder begleitende Beratung hinsichtlich bzw. Therapie der psychischen Störung oder der Partnerschaftsproblematik angestoßen werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

3.5.	Empfehlung	Neu (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Wenn bei den betroffenen Kindern/Jugendlichen/jungen Erwachsenen eine schwer ausgeprägte, komorbide psychische Störung vorliegt, welche bedeutend zur Aufrechterhaltung der Störung des Sozialverhaltens beiträgt (z. B. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Substanzabhängigkeit, Psychose), sollte eine Behandlung der komorbiden psychischen Störung entsprechend der gültigen klinischen Leitlinien vorrangig oder zumindest begleitend zur Behandlung der Störung des Sozialverhaltens durchgeführt werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

Multimodale Ausrichtung der Behandlung und Indikationen für Behandlungssettings

3.6.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Die kinder- und jugendpsychiatrische/-psychotherapeutische Behandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, welche die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllen oder bei denen ein klinisch relevantes oppositionell-aggressives Verhalten vorliegt, soll multimodal ausgerichtet werden. Bei der Indikationsstellung für spezifische Interventionen sollten alle Lebensbereiche der Kinder/Jugendlichen/jungen Erwachsenen (u. a. Familie, besuchte Bildungseinrichtung, Gleichaltrigengruppe, Freizeitaktivitäten) geprüft werden. Bei vorliegender Symptomatik und Funktions- bzw. Teilhabebeeinträchtigung in dem jeweiligen Lebensbereich sollten im jeweiligen Kontext entsprechende Interventionen durchgeführt werden: - Wenn die Symptomatik der Störung des Sozialverhaltens im familiären Kontext auftritt, die Eltern bzw. primären Bezugspersonen dysfunktionale Erziehungsverhaltensweisen zeigen, die Eltern-Kind-Beziehung beeinträchtigt ist, oder dysfunktionale Kommunikationsmuster in der Familie vorliegen, sollten Elterntrainings, gegebenenfalls unter Einbezug der Kinder/Jugendlichen/jungen Erwachsenen, bzw. familiäre Kommunikationstrainings durchgeführt werden. - Wenn die Symptomatik der Störung des Sozialverhaltens im Kontext der besuchten Bildungseinrichtung auftritt, die jeweiligen Betreuungspersonen ungünstige pädagogische Strategien im Umgang mit herausforderndem Verhalten betroffener Kinder/Jugendlicher/junger Erwachsener zeigen oder die Beziehung zwischen Betreuungspersonen und Kindern/Jugendlichen/jungen Erwachsenen beeinträchtigt ist, sollten Interventionen in der Bildungseinrichtung (inkl. einer Schulung der Betreuungspersonen) durchgeführt werden. - Wenn Kinder, Jugendliche oder junge Erwachsene mit einer Störung des Sozialverhaltens gleichaltrigenbezogene Aggressionen, eine verzerrte sozial-kognitive Informationsverarbeitung, eine beeinträchtigte Emotionswahrnehmung und -kontrolle oder mangelnde soziale Fertigkeiten sowie Problemlösefertigkeiten aufweisen, sollten patient:innenzentrierte Interventionen durchgeführt werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

3.7.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	In der Regel sollten Kinder/Jugendliche/junge Erwachsene mit Störungen des Sozialverhaltens ambulant behandelt werden. Die Indikation für eine (teil-)stationäre kinder- und jugendpsychiatrische/-psychotherapeutische Behandlung sollte geprüft werden, wenn eine ambulante Therapie nicht hinreichend erfolgreich war bzw. wenig erfolgsversprechend erscheint und eine (teil-)stationäre Behandlung erfolgsversprechend erscheint.	
	Konsensstärke: 100 %	

3.8.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Multimodale Intensivbehandlung im aufsuchenden Kontext, bei denen die Versorgung in der Regel durch ein multiprofessionelles Team realisiert wird, sollten bei Nicht-Vorliegen einer akuten Eigen- oder Fremdgefährdung vorrangig zu (teil-)stationären Behandlungen durchgeführt werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

3.9.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Bei entsprechender Indikation sollten kinder- und jugendpsychiatrische/-psychotherapeutische Behandlungen auch im Kontext der Kinder- und Jugendhilfe für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Störungen des Sozialverhaltens durchgeführt werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

4. Empfehlungen zu psychosozialen Präventionsmaßnahmen und Interventionen

4.1. Eltern- und eltern-kindzentrierte präventive Maßnahmen

4.1.1.	Empfehlung	Neu (Stand: 09/2025)
Empfehlungs-grad: B ↑	Bei Vorliegen von kindlichen oder familiären Risikofaktoren sollte den Familien der Kinder eine spezifische psychosoziale Unterstützung mit dem Ziel der langfristigen Reduktion des Risikos der Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens angeboten werden.	
Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: niedrig Komorbide Symptomatik: - Funktionsniveau/Lebensqualität: - Gesamtbeurteilung: niedrig	
Literatur-hinweise	Barone et al. (2019); Barry et al. (2022); Beelmann et al. (2023); Bernstein et al. (2019); Booth-LaForce et al. (2023); Charpak et al. (2017); Colditz et al. (2019); Curtis et al. (2019); Edwards und Hans (2022); El-Khani et al. (2020); Gardner et al. (2019a); Kendall et al. (2020); Keown et al. (2018); Labella et al. (2020); Leijten et al. (2017); Lindstrom Johnson et al. (2018); Liu et al. (2021); Martinez et al. (2022); Matalon und Turliuc (2023); McLean et al. (2022); Nogueira et al. (2021); Parra-Cardona et al. (2021); Schaub et al. (2019); Sherman et al. (2018); Silva Garcia (2020); Ulvund (2022)	
	Konsensstärke: 95,2 %	

4.1.2.	Empfehlung	Neu (Stand: 09/2025)
Empfehlungs-grad: B ↑	Wenn bei Kindern im Alter von 3 bis 12 Jahren kindliche oder familiäre Risikofaktoren vorliegen, sollte präventiv ein Elternttraining angeboten werden. Auch im Jugendalter sollten primäre Bezugspersonen in die Präventionsmaßnahmen einbezogen werden.	
Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: moderat Komorbide Symptomatik: - Funktionsniveau/Lebensqualität: - Gesamtbeurteilung: moderat	
Literatur-hinweise	Barry et al. (2022); Beelmann et al. (2023); El-Khani et al. (2020); Gardner et al. (2019a); Keown et al. (2018); Leijten et al. (2017); Lindstrom Johnson et al. (2018); Martinez et al. (2022); Matalon und Turliuc (2023); Nogueira et al. (2021); Parra-Cardona et al. (2021); Silva Garcia (2020)	
	Konsensstärke: 95,2 %	

4.2. Eltern- und eltern-kindzentrierte therapeutische Interventionen

Indikation für eltern- und eltern-kindzentrierte Interventionen

4.2.1.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 09/2025)
Empfehlungs- grad: 0 ⇔ / B ↑	Primären Bezugspersonen von Kindern bis zum Alter von 3 Jahren, bei denen ein klinisch relevantes oppositionell-aggressives Verhalten vorliegt, kann ein Elterntaining angeboten werden. Die Intervention sollte in diesem Altersbereich insbesondere auf die Verminderung derjenigen Faktoren ausgerichtet sein, die sich im Zusammenhang mit der Entstehung und Aufrechterhaltung von Störungen des Sozialverhaltens als bedeutsam erwiesen haben (z. B. Verbesserung der Interaktion zwischen primären Bezugspersonen und Kindern).	
Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: niedrig Komorbide Symptomatik: moderat Funktionsniveau/Lebensqualität: - Gesamtbeurteilung: niedrig	
Literatur- hinweise	Neuman und Bagner (2023); O'Farrelly et al. (2021)	
	Konsensstärke: 100 %	

HINWEISE zur therapeutischen Ausrichtung eltern- und elternkindzentrierter Interventionen: Die größte Evidenzbasis liegt für Ansätze vor, die auf der sozialen Lerntheorie beruhen. Entsprechend wird in den Empfehlungen dieses Subkapitels der, in diesem Bereich gängige, Begriff des Elterntrainings genutzt.

4.2.2.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 09/2025)
Empfehlungs- grad: B ↑	Elterntrainings im Einzel- oder Gruppensetting sollten primären Bezugspersonen von Kindern im Alter von 3 bis 12 Jahren angeboten werden, wenn deren Kinder die diagnostischen Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllen oder wenn bei den Kindern ein klinisch relevantes oppositionell-aggressives Verhalten vorliegt.	
Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: niedrig Komorbide Symptomatik: niedrig Funktionsniveau/Lebensqualität: sehr niedrig Gesamtbeurteilung: niedrig	
Literatur- hinweise	Aghaie Meybodi et al. (2019); Allen et al. (2022); Bagner et al. (2016); Baumel et al. (2023); Baumel et al. (2021); Bausback und Bunge (2021); Beelmann et al. (2023); Booker et al. (2020); Chan et al. (2022); Chhangur et al. (2017); Comer et al. (2017); Dadds et al. (2019b); de Jong et al. (2023); Elizur und Somech (2018); Elizur et al. (2017); Engelbrektsson et al. (2023a); Engelbrektsson et al. (2023b); Fleming et al. (2020); Florean et al. (2020); Fossum et al. (2018); Fung (2018); Gardner et al. (2019a); Gardner et al. (2019b); Gewirtz et al. (2019); Ghaderi et al. (2018); Grasmann und Stadler (2011); Graziano et al. (2020); Hautmann et al. (2018); Hautmann et al. (2023); Hawes et al. (2014); Helander et al. (2022); Helander et al. (2023); Helander et al. (2018); Herr et al. (2015); Högström et al. (2017); Hua und Leijten (2022); Huijzer-Engbreghof et al. (2023); Hukkelberg et al. (2019); Kaminski und Claussen (2017); Kaminski et al. (2024); Katzmann et al. (2017); Kazdin et al.	

	(2018); Larsson et al. (2009); Lees et al. (2019); Leijten et al. (2019); Leijten et al. (2022); Leijten et al. (2018); McAloon und de la Poer Beresford (2023); Mingebach et al. (2018); Mouton et al. (2018); Overbeek et al. (2021); Prinz et al. (2022); Savaglio et al. (2023); Sheidow et al. (2022); Sluiter et al. (2023); Somech (2021); Sourander et al. (2018); Sourander et al. (2016); Thomas et al. (2017); Treier et al. (2022); Valero-Aguayo et al. (2021); Van Holen et al. (2018); Van Holen et al. (2017); Ward et al. (2020); Weeland et al. (2022); Weeland et al. (2018); Zarakoviti et al. (2021)
	Konsensstärke: 95,2 %

HINWEISE zur therapeutischen Ausrichtung eltern- und elternkindzentrierter Interventionen: Die größte Evidenzbasis liegt für Ansätze vor, die auf der sozialen Lerntheorie beruhen. Entsprechend wird in den Empfehlungen dieses Subkapitels der, in diesem Bereich gängige, Begriff des Elterstrainings genutzt.

4.2.3.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 06/2025)
Empfehlungs- grad: 0 ⇔	Bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ab 12 Jahren, welche die diagnostischen Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllen oder bei denen ein klinisch relevantes oppositionell-aggressives Verhalten vorliegt, kann ein, an das Jugend- bzw. junge Erwachsenenalter angepasstes, Elternt raining angeboten werden.	
Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: niedrig Komorbide Symptomatik: moderat Funktionsniveau/Lebensqualität: moderat Gesamtbeurteilung: moderat	
Literatur- hinweis	Baumel et al. (2017); Beelmann et al. (2023); Sheidow et al. (2022); Wetterborg et al. (2019)	
	Konsensstärke: 100 %	

HINWEISE zur therapeutischen Ausrichtung eltern- und elternkindzentrierter Interventionen: Die größte Evidenzbasis liegt für Ansätze vor, die auf der sozialen Lerntheorie beruhen. Entsprechend wird in den Empfehlungen dieses Subkapitels der, in diesem Bereich gängige, Begriff des Elterstrainings genutzt.

Format, inhaltliche Ausrichtung und Methoden der eltern- und eltern-kindzentrierten Interventionen

4.2.4.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 06/2025)
Experten- konsens	Ein Elternt raining kann im Einzel- oder im Gruppensetting durchgeführt werden. Beim Vorliegen einer komplexen Symptomatik oder wenn es den primären Bezugspersonen nicht möglich ist, an einem Elternt raining im Gruppenformat teilzunehmen, sollte das Elternt raining im Einzelsetting durchgeführt werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

4.2.5.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Ein Elterntaining (im Einzel- oder Gruppenformat) sollte, wenn möglich und vorhanden, beide primären Bezugspersonen einbeziehen. Die Entscheidung darüber, welche Personen einbezogen werden, sollten unter Berücksichtigung der Interessen der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen getroffen werden (z. B. Betreuungssituation, getrenntlebende Bezugspersonen).	
	Konsensstärke: 100 %	

4.2.6.	Empfehlung	Neu (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Das Elterntaining (im Einzel- oder Gruppenformat) sollte auf Grundlage und nach Maßgabe eines evaluierten und etablierten Trainingsmanuals durchgeführt werden. Die Anzahl der Sitzungen im Einzelsetting kann entsprechend der individuellen Bedürfnisse der Bezugspersonen sowie der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen angepasst werden.	
	Konsensstärke: 89,5 %	

4.2.7.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 06/2025)
Empfehlungs-grad: 0 ⇔	Elterntainings können auch im aufsuchenden Kontext angeboten werden.	
Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: niedrig Komorbide Symptomatik: niedrig Funktionsniveau/Lebensqualität: - Gesamtbeurteilung: niedrig	
Literatur-hinweise	Bagner et al. (2016); Lees et al. (2019); Neuman und Bagner (2023); O'Farrelly et al. (2021); Van Holen et al. (2018); Van Holen et al. (2017)	
	Konsensstärke: 100 %	

4.2.8.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 09/2025)
Empfehlungs-grad: 0 ⇔ / A ↑↑ / B ↑	Wenn Elterntainings nicht in Präsenz vor Ort durchgeführt werden können, können Inhalte von Elterntainings auch mittels Ferntherapie oder begleiteter Selbsthilfe angeboten werden. Der Durchführung einer Ferntherapie oder einer Selbsthilfe-Intervention soll eine persönliche Untersuchung der Kinder/Jugendlichen/jungen Erwachsenen durch ärztliches bzw. psychotherapeutisches Fachpersonal vorausgehen. Im Falle einer komplexen Symptomatik in mehreren Lebensbereichen, behandlungsbedürftiger Komorbiditäten oder eines stark belasteten Familiensystems sollte ein Elterntaining mit intensiveren therapeutischen Kontakten vor Ort einer Selbsthilfe-Intervention vorgezogen werden.	

Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: moderat Komorbide Symptomatik: niedrig Funktionsniveau/Lebensqualität: sehr niedrig Gesamtbeurteilung: niedrig
Literaturhinweise	Baumel et al. (2017); Bausback und Bunge (2021); Comer et al. (2017); Dadds et al. (2019b); de Jong et al. (2023); Engelbrektsson et al. (2023a); Engelbrektsson et al. (2023b); Fleming et al. (2020); Florean et al. (2020); Fossum et al. (2018); Ghaderi et al. (2018); Hautmann et al. (2018); Hautmann et al. (2023); Katzmann et al. (2017); McAloon und de la Poer Beresford (2023); Prinz et al. (2022); Sourander et al. (2018); Sourander et al. (2016); Treier et al. (2022); Wetterborg et al. (2019)
	Konsensstärke: 90 %

4.2.9.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 06/2025)
Empfehlungsgrad: B ↑	Insbesondere im Kleinkind- und Vorschulalter und wenn die Interaktion zwischen primären Bezugspersonen und Kindern als problemaufrechterhaltender Faktor für oppositionelles oder aggressives Verhalten des Kindes angenommen wird, sollten die primären Bezugspersonen in Einzelsitzungen während der Interaktion mit ihrem Kind durch eine Fachperson angeleitet werden (Eltern-Kind-Interaktionstherapie).	
Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: sehr niedrig Komorbide Symptomatik: - Funktionsniveau/Lebensqualität: sehr niedrig Gesamtbeurteilung: sehr niedrig	
Literaturhinweise	Allen et al. (2022); Beelmann et al. (2023); Comer et al. (2017); Fleming et al. (2020); Fung (2018); Graziano et al. (2020); Helander et al. (2022); Thomas et al. (2017); Valero-Aguayo et al. (2021)	
	Konsensstärke: 100 %	

Bedarfsgerechte Intensivierung bzw. Erweiterung der Massnahmen

4.2.10.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 09/2025)
Empfehlungsgrad: 0 ↔ / B ↑	Bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit begrenzten prosozialen Emotionen kann eine Intensivierung der vorwiegend elternzentrierten Behandlung indiziert sein, um einer geringeren Wirksamkeit der Behandlung entgegenzuwirken. Im Rahmen dessen sollte der Fokus vor allem auf der Förderung einer positiven Beziehung zwischen den primären Bezugspersonen und den Kindern/Jugendlichen/jungen Erwachsenen und auf die positive Verstärkung von Zielverhalten gesetzt werden.	
Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: niedrig Komorbide Symptomatik: - Funktionsniveau/Lebensqualität: sehr niedrig Gesamtbeurteilung: niedrig	

Literaturhinweise	Comer et al. (2017); Dadds et al. (2019a); Elizur und Somech (2018); Elizur et al. (2017); Fleming et al. (2020); Fleming et al. (2022); Hawes et al. (2014); Perlstein et al. (2023); Somech (2021)
	Konsensstärke: 95,2 %

4.2.11.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 09/2025)
Empfehlungsgrad: 0 ⇔	In Familien mit ungünstigen psychosozialen Bedingungen oder vorliegender sozio-ökonomischer Benachteiligung kann die Inanspruchnahme ergänzender Maßnahmen (z. B. Kinderbetreuung, Fahrtkostenerstattung, Unterstützung durch Kinder- und Jugendhilfe, externe Anreize) unterstützt werden, um eine regelmäßige Teilnahme an einem Elterntaining zu ermöglichen. Darüber hinaus kann erwogen werden, zusätzliche Sitzungen anzubieten, um einen nachhaltigen Erfolg zu gewährleisten.	
Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: sehr niedrig Komorbide Symptomatik: - Funktionsniveau/Lebensqualität: niedrig Gesamtbeurteilung: niedrig	
Literaturhinweise	Hodson et al. (2025); Leijten et al. (2013)	
	Konsensstärke: 95,2 %	

4.3. Patient:innenzentrierte präventive Maßnahmen

4.3.1.	Empfehlung	Neu (Stand: 08/2025)
Empfehlungsgrad: B ↑	Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Risikofaktoren für die Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens sollten frühzeitig, bereits bevor eine manifestierte Störung auftritt, spezifische präventive Unterstützungsangebote erhalten. Die präventiven Maßnahmen sollten sich an den Behandlungskonzepten und -methoden für Kinder/Jugendliche/junge Erwachsene mit einer diagnostizierten Störung des Sozialverhaltens orientieren.	
Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: niedrig Komorbide Symptomatik: - Funktionsniveau/Lebensqualität: - Gesamtbeurteilung: niedrig	
Literaturhinweise	Aebi et al. (2022); Beelmann und Lösel (2021); Burrow-Sanchez et al. (2021); Carter et al. (2022); Castillo-Eito et al. (2020); Chen et al. (2014); Goldstein et al. (2018); Hein et al. (2020); Hektner et al. (2017); Kiziltepe et al. (2023); Larden et al. (2021); McClure (2017); Olaghere et al. (2021); Pereira et al. (2020); Ramdhoney-Dowlot et al. (2021); Ren et al. (2021); Schleider et al. (2020); Schuurmans et al. (2023); Umbach et al. (2018); van der Stouwe et al. (2021); Waxmonsky et al. (2021)	

	Konsensstärke: 100 %
--	----------------------

4.4. Patient:innenzentrierte therapeutische Interventionen

Indikation für patient:innenzentrierte Interventionen

4.4.1.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 06/2025)
Empfehlungs- grad: 0 ↔	In Kombination mit Interventionen mit den Eltern bzw. primären Bezugspersonen sowie pädagogischen Fachkräften können bei Kindern zwischen 4 und 6 Jahren, welche die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllen oder bei denen ein klinisch relevantes oppositionell-aggressives Verhalten vorliegt, patient:innenzentrierte, an den Entwicklungsstand der Kinder angepasste, Interventionen durchgeführt werden.	
Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: niedrig Komorbide Symptomatik: sehr niedrig Funktionsniveau/Lebensqualität: - Gesamtbeurteilung: niedrig	
Literatur- hinweise	Beelmann und Lösel (2021); Bratton et al. (2013); Kjøbli et al. (2018); Parker et al. (2021)	
	Konsensstärke: 100 %	

HINWEISE zur therapeutischen Ausrichtung patient:innenzentrierter Interventionen finden sich in Empfehlung 4.4.4.

4.4.2.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 06/2025)
Empfehlungs- grad: B ↑	Bei Kindern, Jugendlichen ab dem Alter von 6 Jahren, welche die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllen oder bei denen ein klinisch relevantes oppositionell-aggressives Verhalten vorliegt, sollten patient:innenzentrierte Interventionen durchgeführt werden. Sie sind vor allem beim Vorliegen gleichaltrigenbezogener Aggression oder sozialer Problemlöse- und Verhaltensfertigkeitendefizite indiziert. Diese patient:innenzentrierten Interventionen sollten möglichst in Kombination mit elternzentrierten Interventionen sowie gegebenenfalls Interventionen in Bildungseinrichtungen durchgeführt werden.	
Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: niedrig Komorbide Symptomatik: niedrig Funktionsniveau/Lebensqualität: moderat Gesamtbeurteilung: niedrig	
Literatur- hinweise	Akbas und Yigitoglu (2022); Alsem et al. (2023); Beelmann und Lösel (2021); Boldrini et al. (2023); Byrne und Cullen (2023); Chalfon und Ramos (2022); Clifford et al. (2022); Crombach und Elbert (2015); Del Giudice et al. (2023); Ducharme et al. (2021); Ensafadaran et al. (2019); Epstein et al. (2015); Fung (2018); Fung und Lee (2018); Görtz-Dorten et al. (2019); Görtz-Dorten et al. (2022); Granski et al. (2020);	

	Haller et al. (2022); Hasani et al. (2020); Heidary et al. (2022); Heshmati et al. (2023); Hoogsteder et al. (2022); Hoogsteder et al. (2023); Kaminski und Claussen (2017); Kaminski et al. (2024); Katzmann et al. (2019); Kendall et al. (2017); Kjøbli et al. (2018); Kuhn et al. (2022); Li et al. (2023); Li et al. (2019); Lui et al. (2019); Morshed et al. (2019); Nayeri et al. (2021); Nijhof et al. (2021); Njardvik et al. (2022); Parker et al. (2021); Pilling et al. (2020); Riise et al. (2021); Roux et al. (2021); Saba et al. (2023); Salzer et al. (2014); Schippers et al. (2020); Singh (2017); Stadler et al. (2023); te Brinke et al. (2021); Weber und Petermann (2018)
	Konsensstärke: 100 %

HINWEISE zur therapeutischen Ausrichtung patient:innenzentrierter Interventionen finden sich in Empfehlung 4.4.4.

Format, inhaltliche Ausrichtung und Methoden patient:innenzentrierter Interventionen

4.4.3.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 06/2025)
Empfehlungs- grad: 0 ⇔	Patient:innenzentrierte Interventionen zur Behandlung von Symptomatik der Störungen des Sozialverhaltens können im Gruppenformat oder im Einzelformat und im ambulanten (einschließlich aufsuchenden) oder (teil-)stationären Setting durchgeführt werden.	
Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: niedrig Komorbide Symptomatik: - Funktionsniveau/Lebensqualität: sehr niedrig Gesamtbeurteilung: niedrig	
Literatur- hinweise	Boldrini et al. (2023); Granski et al. (2020); Lochman et al. (2019); Morshed et al. (2019); Riise et al. (2021); Wagner et al. (2004)	
	Konsensstärke: 100 %	

4.4.4.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 06/2025)
Experten- konsens	Patient:innenzentrierte Interventionen zur Behandlung von Symptomatik der Störungen des Sozialverhaltens sollten von entsprechend geschultem Personal auf der Grundlage und entsprechend der Maßgabe publizierter und evaluierter Therapieprogramme durchgeführt werden. Insbesondere im Vorschul- und Grundschulalter sollte der Fokus bei patient:innenzentrierten Interventionen auf sozial-emotionales und kognitiv-behaviorales Lernen gelegt werden. Im Jugendalter kann der Fokus bei patient:innenzentrierten Interventionen ebenfalls auf diese Bereiche gelegt werden. Im Gruppensetting sollte eine ausreichende Sitzungszahl angeboten werden und es sollte sichergestellt werden, dass keine negativen Lerneffekte zwischen den Gruppenmitgliedern entstehen. Auch im Einzelformat sollte eine ausreichende Sitzungszahl angeboten werden. Bei komplexen Fällen können auch mehr Sitzungen notwendig sein und die Interventionen sollten in besonderem Maße auf den Einzelfall angepasst werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

4.4.5.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Patient:innenzentrierte Interventionen zur Behandlung von Symptomatik der Störungen des Sozialverhaltens sollten die jeweiligen störungsauslösenden und -aufrechterhaltenden Bedingungen in der Familie, der besuchten Bildungseinrichtung oder der Gleichaltrigengruppe, intraindividuelle Faktoren (z. B. chronische Reizbarkeit oder Wut, begrenzte prosoziale Emotionalität) sowie die vorhandenen Ressourcen der betroffenen Personen und deren Umfeld berücksichtigen und daraus therapeutische Ansatzpunkte ableiten.	
	Konsensstärke: 100 %	

4.5. Maßnahmen und Interventionen in Bildungseinrichtungen

Rahmenkonzept der Prävention in Bildungseinrichtungen

4.5.1.	Empfehlung	Neu (Stand: 06/2025)
Empfehlungs-grad: B ↑	Die institutionelle Bildung von Kindern, Jugendlichen, und jungen Erwachsenen sollte durch Maßnahmen der universellen, selektiven und indizierten Prävention zur Verbesserung der sozial-emotionalen und Problemlösekompetenz unterstützt werden. Diese Präventionsmaßnahmen sollten in einem mehrstufigen, konsequent präventiv ausgerichteten Rahmenkonzept organisiert werden. Die mehrstufigen Rahmenkonzepte sollten evidenzbasierte Verfahren integrieren, multimodal und multiprofessionell ausgerichtet sein, eine Verlaufsdiagnostik beinhalten und datenbasierte Förderentscheidungen vorsehen. Diese Angebote sollten Kenntnisse und Kompetenzen von pädagogischen Fachkräften und Lehrkräften verbessern.	
Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: sehr niedrig Komorbide Symptomatik: sehr niedrig Funktionsniveau/Lebensqualität: - Gesamtbeurteilung: sehr niedrig	
Literatur-hinweise	Nitz et al. (2023a); Nitz et al. (2023b)	
	Konsensstärke: 94,7 %	

HINWEISE zur inhaltlichen Ausrichtung der Interventionen in Bildungseinrichtung finden sich in Empfehlung 4.5.3., 4.5.4., 4.5.5. und 4.5.6. sowie in den assoziierten Hintergrundtexten (siehe Langfassung der Leitlinie).

Übergänge innerhalb des Bildungssystems sowie Massnahmen der universellen, selektiven und indizierten Prävention in Bildungseinrichtungen

4.5.2.	Empfehlung	Neu (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Übergänge im Bildungssystem (Transitionen Kindertageseinrichtung – Schule – Berufsausbildung/Studium sowie Schul- und Klassenwechsel) sollten bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit einem erhöhten Risiko zur Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens vorbereitet und begleitet werden. Zur	

	Überwindung der bestehenden Transitionsücken kann insbesondere eine systematische, multiprofessionelle und auf die individuelle Ausgangslage des Kindes, der/des Jugendlichen oder der/des jungen Erwachsenen ausgerichtete Kooperation aller Bezugs- und Betreuungspersonen realisiert werden.
	Konsensstärke: 100 %

4.5.3.	Empfehlung	Neu (Stand: 06/2025)
Empfehlungs- grad: B ↑	In jeder Lern- oder pädagogischen Gruppe sollte ein verlässliches Gruppenmanagement sowohl proaktiv als auch reaktiv geschaffen werden.	
Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: niedrig Komorbide Symptomatik: - Funktionsniveau/Lebensqualität: - Gesamtbeurteilung: niedrig	
Literatur- hinweise	Bierman et al. (2021); Calhoun et al. (2020); Korpershoek et al. (2016); Oliver et al. (2011); Reinke et al. (2021); Wilson et al. (2003)	
	Konsensstärke: 100 %	

4.5.4.	Empfehlung	Bestätigt (Stand: 06/2025)
Empfehlungs- grad: B ↑	In jeder Lern- oder pädagogischen Gruppe sollten folgende Bereiche adressiert werden: - Förderung der Selbst- und Fremdwahrnehmung von Gefühlen, - Unterstützung der Selbstkontrolle von emotionaler Erregung und Verhalten, - Förderung eines positiven Selbstkonzepts und guter Peer-Beziehungen, - Verbesserung der sozial-kognitiven Informationsverarbeitung.	
Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: moderat Komorbide Symptomatik: - Funktionsniveau/Lebensqualität: - Gesamtbeurteilung: moderat	
Literatur- hinweise	Baker-Henningham et al. (2012); Baker-Henningham et al. (2021); Beelmann et al. (2014); Bradshaw et al. (2009); Cipriano et al. (2023); Domitrovich et al. (2007); Durlak et al. (2011); Franzen und Kamps (2008); Gansle (2005); Hahn et al. (2007); Murano et al. (2020); O'Leary-Barrett et al. (2013); Sklad et al. (2012); Wilson und Lipsey (2007)	
	Konsensstärke: 100 %	

4.5.5.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 06/2025)
Empfehlungs- grad: B ↑	Präventionsmaßnahmen in Bildungseinrichtungen, welche sich, im Sinne einer selektiven Prävention, an einzelne Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens richten, sollten an Angebote der universellen Prävention anknüpfen und diese vertiefen.	
Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: niedrig Komorbide Symptomatik: - Funktionsniveau/Lebensqualität: - Gesamtbeurteilung: niedrig	
Literatur- hinweise	Bierman et al. (2021); Bierman et al. (2023); Calhoun et al. (2020); Coggins und Carnes-Holt (2021); Conroy et al. (2018); Downer et al. (2017); Fischmann et al. (2020); McClure (2017); Murano et al. (2020); Reinke et al. (2021); Senior et al. (2023); Wade et al. (2018); Wagner et al. (2014); Webster-Stratton et al. (2008); Wilson und Lipsey (2007)	
	Konsensstärke: 100 %	

4.5.6.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 08/2025)
Empfehlungs- grad: B ↑	Wenn Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in der besuchten Bildungseinrichtung ausgeprägtes oppositionelles, aggressives oder dissoziales Verhalten zeigen, sollten Maßnahmen der indizierten Prävention im Kontext der Bildungseinrichtung durch ein multiprofessionelles Team, datengestützt und unter Berücksichtigung eines effektiven Gruppenmanagements geplant und umgesetzt werden.	
Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: moderat Komorbide Symptomatik: - Funktionsniveau/Lebensqualität: niedrig Gesamtbeurteilung: moderat	
Literatur- hinweise	Barker und de Lugt (2022); Downer et al. (2017); Hoogendijk et al. (2020); Iznardo et al. (2020); Liber et al. (2013); Mytton et al. (2006); Nijhof et al. (2021); Plück et al. (2015); Reddy et al. (2022); Shen et al. (2025); Stoltz et al. (2012); Van Craeyveldt et al. (2017); van den Berg und Stoltz (2018); Wilson und Ray (2018); Wilson und Lipsey (2007); Zhang und Zhang (2021)	
	Konsensstärke: 95,2 %	

4.6. Systemübergreifende, intensive, multimodale Interventionen

Indikation für multimodale Intensivbehandlungen

4.6.1.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 09/2025)
Empfehlungs- grad: B ↑	Bei schwerwiegender, mehrere Lebensbereiche betreffender Symptomatik einer Störung des Sozialverhaltens und bei stark ausgeprägten Funktions- bzw. Teilhabebeeinträchtigungen sollte bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine aufsuchende, systemübergreifende, multimodale Intensivbehandlung umgesetzt werden.	
Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: moderat Komorbide Symptomatik: hoch Funktionsniveau/Lebensqualität: niedrig Gesamtbeurteilung: moderat	
Literatur- hinweise	Dodge et al. (2015); Fonagy et al. (2018); Fonagy et al. (2020); Markham (2018); Santisteban et al. (2017); Schaeffer et al. (2022)	
	Konsensstärke: 95,2 %	

HINWEISE zur therapeutischen Ausrichtung multimodaler Intensivbehandlungen finden sich in Empfehlung 4.6.2.

Format, inhaltliche Ausrichtung und Methoden der multimodalen Intensivbehandlungen

4.6.2.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 08/2025)
Empfehlungs- grad: B ↑	Eine aufsuchende, systemübergreifende multimodale Intensivbehandlung sollte: - einen unterstützenden Fokus auf das familiäre System haben (familienzentriert), - systemübergreifend arbeiten (d.h. Einbezug der Kinder/Jugendlichen/jungen Erwachsenen, deren Eltern, deren Peer-Gruppe und der relevanten Betreuungspersonen im Rahmen von Bildungseinrichtung und Freizeitaktivitäten), - auf einem evaluierten kognitiv-behavioralen und systemisch ausgerichteten, vorzugsweise manualisierten, Therapiekonzept beruhen, entsprechende Therapiematerialien verwenden und die Umsetzung des Konzepts fortlaufend und kritisch beobachten, - mehrere Sitzungen die Woche vorsehen und, - über einen Zeitraum von mindestens 3 Monaten (in der Regel zwischen 3 und 12 Monaten) verlaufen.	
Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: sehr niedrig Komorbide Symptomatik: - Funktionsniveau/Lebensqualität: - Gesamtbeurteilung: sehr niedrig	
Literatur- hinweise	McCart et al. (2023); Schoenwald et al. (2008); van der Pol et al. (2019)	

	Konsensstärke: 100 %
--	----------------------

5. Empfehlungen zu pharmakologischen Interventionen

Indikation für pharmakologische Interventionen

5.1.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 06/2025)
Empfehlungs- grad: A ↑↑	Wenn beim Vorliegen einer Störung des Sozialverhaltens mit ausgeprägter Impulsivität, chronischer Reizbarkeit und Aggressivität durch psychosoziale (einschließlich psychotherapeutische) Interventionen keine hinreichende Symptomreduktion erzielt werden konnte, soll, in der Regel frühestens ab einem Alter von 6 Jahren, eine ergänzende Pharmakotherapie erwogen werden.	
Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: moderat Komorbide Symptomatik: - Funktionsniveau/Lebensqualität: - Gesamtbeurteilung: moderat	
Literatur- hinweise	Balía et al. (2018); Khan et al. (2019); Loy et al. (2017); Pringsheim et al. (2015a); Pringsheim et al. (2015b); Shafiq und Pringsheim (2018); van Schalkwyk et al. (2017)	
	Konsensstärke: 100 %	

Indikationsstellung für pharmakologische Interventionen sowie spezifische pharmakologische Präparate

5.2.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 06/2025)
Experten- konsens	Die Indikationsstellung für eine pharmakologische Intervention sowie die medikamentöse Behandlung der Patient:innen sollen durch Ärzt:innen mit Expertise im Bereich Psychopharmakotherapie bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit externaler Symptomatik erfolgen.	
	Konsensstärke: 100 %	

5.3.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 06/2025)
Experten- konsens	Nach erfolgter medikamentöser Einstellung und in regelmäßigen Abständen soll eine Überprüfung der erwünschten und unerwünschten Wirkungen der Medikation sowie der Notwendigkeit zur Fortführung erfolgen.	
	Konsensstärke: 100 %	

5.4.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 06/2025)
Empfehlungs- grad: B ↑	Wenn im klinischen Bild der Störung des Sozialverhaltens eine ausgeprägte Impulsivität, chronische Reizbarkeit und/oder Aggressivität vorliegen, die eine medikamentöse Behandlung erforderlich machen, sollte ein Behandlungsversuch vorzugsweise mit Stimulanzien erwogen werden.	
Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: niedrig Komorbide Symptomatik: - Funktionsniveau/Lebensqualität: - Gesamtbeurteilung: niedrig	
Literatur- hinweise	Agency for Healthcare Research and Quality (2015); Balia et al. (2018); Connor et al. (2002); Khan et al. (2019); Pringsheim et al. (2015a)	
	Konsensstärke: 100 %	

5.5.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 06/2025)
Empfehlungs- grad: 0 ⇔	Wenn im klinischen Bild der Störung des Sozialverhaltens ausgeprägte Impulsivität, chronische Reizbarkeit und/oder Aggressivität vorliegen und unter einer medikamentösen Monotherapie mit, zur Behandlung einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung zugelassenen, Substanzen (Stimulanzien und Nicht-Stimulanzien) keine ausreichende Besserung der impulsiven, aggressiven Symptomatik erzielt wurde, kann eine Mono- oder Kombinationstherapie mit einem Antipsychotikum zweiter Generation erwogen werden.	
Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: moderat (Monotherapie) bis hoch (Kombinationstherapie) Komorbide Symptomatik: - Funktionsniveau/Lebensqualität: - Gesamtbeurteilung: moderat (Monotherapie) bis hoch (Kombinationstherapie)	
Literatur- hinweise	Balia et al. (2018); Khan et al. (2019); Loy et al. (2017); Pringsheim et al. (2015b); Rajkumar (2022); Shafiq und Pringsheim (2018); van Schalkwyk et al. (2017)	
	Konsensstärke: 100 %	

5.6.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 06/2025)
Experten- konsens	Liegt komorbid zu einer Störung des Sozialverhaltens eine depressive Störung/Symptomatik vor und ist eine pharmakologische Behandlung indiziert, kann eine Behandlung mit Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) auch zur Verringerung der aggressiven Symptomatik erfolgen.	
	Konsensstärke: 100 %	

5.7.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Sollte im Rahmen einer Störung des Sozialverhaltens ein akuter Erregungszustand auftreten, der durch anderweitige (psychosoziale) Deeskalationsmöglichkeiten nicht ausreichend reduziert werden kann, kann eine medikamentöse Akuttherapie unter Einsatz von Antipsychotika und Benzodiazepinen erwogen werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

6. Empfehlungen zur Kooperation des Gesundheitssystems mit weiteren Versorgungssystemen

6.1. Kooperation mit der Kinder- und Jugendhilfe

Voraussetzungen und Anlässe für die Kooperation zwischen Gesundheitssystem und Kinder- und Jugendhilfe

6.1.1.	Empfehlung	Neu (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Grundsätzlich soll ein Einbezug der Kinder- und Jugendhilfe mit den Sorgeberechtigten sowie den Patient:innen (orientiert an dem Alter und dem Entwicklungsstand; spätestens mit 16 Jahren) vorbesprochen werden und nur mit Einverständnis dieser erfolgen.	
	Konsensstärke: 100 %	

6.1.2.	Empfehlung	Neu (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Im Falle des Vorliegens gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung kann ein Einbezug der Kinder- und Jugendhilfe auch ohne Einverständnis der Sorgeberechtigten und Patient:innen notwendig sein.	
	Konsensstärke: 100 %	

6.1.3.	Empfehlung	Neu (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Das Kinder- und Jugendhilfesystem sollte sich durch den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie einbeziehen lassen, - wenn im Rahmen der Diagnostik oder der kinder- und jugendpsychiatrischen oder -psychotherapeutischen Behandlung ein Bedarf der Eltern bzw. Sorgeberechtigten an Hilfen zur Erziehung erkennbar wird. - wenn im Rahmen der Diagnostik, während oder zum Ende einer kinder- und jugendpsychiatrischen oder -psychotherapeutischen Behandlung hinreichende Hinweise darauf vorliegen, dass eine kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Behandlung nicht ausreichend sein könnte und eine Maßnahme der Kinder- und Jugendhilfe geeignet und notwendig sein könnte, um die Teilhabe am gesellschaftlichen	

	Leben zu verbessern (siehe SGB VIII). Es sollte darauf hingewirkt werden, dass die Patient:innen bzw. deren Sorgeberechtigten Kontakt mit dem zuständigen Jugendamt aufnehmen. Bei Bedarf sollten die Patient:innen bzw. deren Sorgeberechtigten bei der Kontaktaufnahme und der Inanspruchnahme von Hilfen unterstützt werden. - wenn aus der Anamnese erkennbar ist, dass die Patient:innen bzw. deren Sorgeberechtigten Hilfen, Maßnahmen oder Angebote der Kinder- und Jugendhilfe aktuell wahrnehmen oder in der Vergangenheit wahrgenommen haben und ein Austausch mit den Durchführenden der Hilfen für die weitere Behandlung relevant erscheint. Es sollte (nach Zustimmung der Patient:innen und Sorgeberechtigten und einer Entbindung von der Schweigepflicht) eine Kontaktaufnahme mit dem zuständigen Jugendamt oder dem zuständigen freien Träger der Kinder- und Jugendhilfe erfolgen. - wenn es im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen oder -psychotherapeutischen Behandlung gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung gibt oder die Patient:innen selbst um eine Inobhutnahme bitten. Es muss eine Kontaktaufnahme zu dem zuständigen Jugendamt erfolgen.
	Konsensstärke: 100 %

6.1.4.	Empfehlung	Neu (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Der Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sollte sich durch das Kinder- und Jugendhilfesystem einbeziehen lassen: - für die diagnostische Abklärung einer Störung des Sozialverhaltens sowie möglicher Differentialdiagnosen und komorbider Störungen, wenn Hinweise darauf vorliegen, dass die Symptome der Patient:innen allein durch Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe nicht hinreichend vermindert werden können und eine multimodale Behandlung notwendig sein könnte, - für die Prüfung der Indikation einer kinder- und jugendpsychiatrischen oder -psychotherapeutischen Maßnahme und bei gestellter Indikation, der Durchführung dieser, - für eine Beratung hinsichtlich der therapeutischen Möglichkeiten und Grenzen von kinder- und jugendpsychiatrischen oder -psychotherapeutischen Maßnahmen, - für eine diagnostische Abklärung, ob bei den Patient:innen eine länger als 6 Monate andauernde psychische Störung vorliegt und entsprechend Eingliederungshilfe nach §35a SGB VIII zu prüfen ist, - in krisenhaften Situationen, welche mit akuter Selbst- oder Fremdgefährdung einhergehen, - o für die diagnostische Abklärung einer Störung des Sozialverhaltens sowie möglicher Differentialdiagnosen und komorbider Störungen, - o für die Indikationsstellung einer kinder- und jugendpsychiatrischen oder -psychotherapeutischen Maßnahme sowie für die Unterstützung bei der Indikationsstellung für andere Versorgungsangebote,	

	○ für die Durchführung von kinder- und jugendpsychiatrischen oder -psychotherapeutischen Maßnahmen zur Reduktion der Selbst- und Fremdgefährdung, ○ wenn im Rahmen von Kinder- und Jugendhilfverläufen die Notwendigkeit von Maßnahmen nach 1631b BGB³ erwogen werden, zur Differentialdiagnostik und Unterstützung bei der Klärung der Frage nach der Geeignetheit.
	Konsensstärke: 100 %

Gestaltung der Zusammenarbeit zwischen Gesundheitssystem und Kinder- und Jugendhilfesystem

6.1.5.	Empfehlung	Neu (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Die fallbezogene Zusammenarbeit sollte je nach Symptomatik der Patient:innen und deren Verlauf regelmäßig erfolgen.	
	Konsensstärke: 100 %	

6.1.6.	Empfehlung	Neu (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Bei Kindern und Jugendlichen, die sich in Hilfe zur Erziehung befinden, sollte bei Bedarf eine Bezugsperson aus dem Kinder- und Jugendhilfesystem für Kontakte im Rahmen des Gesundheitssystems zur Verfügung stehen.	
	Konsensstärke: 100 %	

6.1.7.	Empfehlung	Neu (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Die Leistungserbringenden im Gesundheitssystems sollten im Rahmen der Hilfeplanung nach §36 SGB VIII ihre Expertise zu den Patient:innen einbringen. Möglichkeiten von Fallbesprechungen zu Patient:innen können sinnvoll sein.	
	Konsensstärke: 100 %	

6.1.8.	Empfehlung	Neu (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Bei Symptomatik der Patient:innen, die ggfs. zu Notfallvorstellungen im Gesundheitssystem führen können, kann eine Absprache zum Prozedere zwischen den Leistungserbringenden im SGB V und den Personen aus dem System der Kinder- und Jugendhilfe hilfreich sein.	
	Konsensstärke: 95,45 %	

³ BGB = Bürgerliches Gesetzbuch
Version 6.0 (Stand: 15.09.2025)

6.1.9.	Empfehlung	Neu (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Bei Patient:innen mit Störungen des Sozialverhaltens, bei denen absehbar Bedarfe für strukturelle Kooperationen bestehen, die auch Prozesse der gemeinsamen Aufgaben bei Behandlung und Hilfe zur Erziehung betreffen (z. B. Kooperation mit freien Trägern, anonyme Fallberatung), können anonyme Fallbesprechungen sowie Supervisionen sinnvoll sein. Eine strukturelle Kooperation über einzelne Patient:innen ist regional sinnvoll und beispielsweise im Rahmen von §78 SGB VIII möglich auch unter Einbeziehung weiterer Systeme, wie freie Träger, Gesundheitsamt, Polizei, Berufsagentur usw.	
	Konsensstärke: 100 %	

6.1.10.	Empfehlung	Neu (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Aufgrund vielfältiger rechtlicher Änderungen mit Erreichen der Volljährigkeit, gleichzeitig aber aufgrund der Symptomatik weiter bestehenden, möglichen Teilhabebeeinträchtigungen, ist es im Rahmen der Transition sinnvoll, dass Behandler:innen folgende Aspekte erwägen: - bei weiter bestehender Behandlungsbedürftigkeit sollte, bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, eine Weiterbehandlung über die Volljährigkeit hinaus erwogen werden, - bei weiter bestehender Behandlungsbedürftigkeit sollte der Übergang zu Leistungserbringenden aus dem Erwachsenenbereich erwogen sowie bei Bedarf empfohlen und begleitet werden, - bei bestehenden Maßnahmen aus dem SGB VIII sollten bestehende Kooperationen auch im Rahmen von Hilfen nach §41 SGB VIII fortgeführt werden, - im Rahmen der Verselbstständigung sollten wichtige Teilhabebereiche, wie Schule oder Berufsausbildung, auch im Rahmen der Behandlung berücksichtigt und angeregt werden, aus den betreffenden Bereichen entsprechende Unterstützung in Anspruch zu nehmen (z. B. Jugendberufsagenturen).	
	Konsensstärke: 100 %	

6.2. Kooperation mit dem Justizsystem

Anlässe für die Kooperation zwischen Gesundheitssystem und Justizsystem

6.2.1.	Empfehlung	Neu (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Ein Einbeziehen des Justizsystems im Rahmen der Diagnostik oder Behandlung sollte insbesondere dann erfolgen, wenn es bereits zu erheblichen delinquenten Verhaltensweisen gekommen und bereits ein Ermittlungsverfahren erfolgt ist, Anklage erhoben worden ist oder bestehende gerichtliche Auflagen existieren. Primäre Kontaktstelle sollte die Jugendgerichtshilfe/Kinder- und Jugendhilfe im Strafverfahren sein. Notwendig dazu ist das Einverständnis der Patient:innen sowie der Sorgeberechtigten.	
	Konsensstärke: 100 %	

6.2.2.	Empfehlung	Neu (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Falls erhebliche delinquente Verhaltensweisen vorliegen, aber noch kein Kontakt zum Justizsystem besteht, kann im Einzelfall geprüft werden, ob Patient:innen und deren Sorgeberechtigte bezüglich einer Selbstanzeige beraten werden sollten, um Zugang zu bestimmten Hilfsangeboten (z. B. spezialisierte Angebote für sexuell aggressive Jugendliche) zu bekommen.	
	Konsensstärke: 100 %	

6.2.3.	Empfehlung	Neu (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Wenn Kinder, Jugendliche und Heranwachsende delinquentes Verhalten zeigen, können eine diagnostische Abklärung und ggf. nachfolgende Interventionen erwogen werden, die auch vom Justizsystem angeregt werden können. Bei gerichtlichen Therapieauflagen sollte auf der Basis einer fachspezifischen Diagnostik und bei entsprechender Indikation ein störungsspezifisches Therapieangebot erfolgen. In komplexen Fallsituationen sollte, ggf. bereits in Zusammenhang mit einem Ermittlungsverfahren, eine kinder- und jugendpsychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychotherapeutische Beratung des Justizsystems erfolgen.	
	Konsensstärke: 95,45 %	

6.2.4.	Empfehlung	Neu (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Jugendlichen und Heranwachsenden mit einer Störung des Sozialverhaltens in Justizvollzugsanstalten sollte bei entsprechender Indikation eine kinder- und jugendpsychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychotherapeutische Diagnostik und Behandlung durch einen Konsil- und Liaisondienst angeboten werden. Entsprechende Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen sind dabei dem spezifischen Setting anzupassen.	
	Konsensstärke: 100 %	

Gestaltung der Zusammenarbeit zwischen Gesundheitssystem und Justizsystem

6.2.5.	Empfehlung	Neu (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Im Rahmen von Gutachten in Jugendstrafrechtssachen sollten sich nur Psycholog:innen mit entsprechender Expertise, Kinder- und Jugendpsychiater:innen und -psychotherapeut:innen bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen, Fachpsychotherapeut:innen für Kinder und Jugendliche oder Psychologische Psychotherapeut:innen mit Zusatzqualifikation „Kinder und Jugendliche“ zur Tätigkeit als Sachverständige:r bereit erklären. Die Tätigkeit als Sachverständige:r ist dabei von der Rolle als Behandler:in zu trennen und eine Tätigkeit als Sachverständige:r und Behandler:in schließt sich in der Regel aus.	
	Konsensstärke: 100 %	

6.2.6.	Empfehlung	Neu (Stand (11/2024)
Experten-konsens	Die fallbezogene Zusammenarbeit hängt stark von dem zugrundeliegenden Setting ab. Von besonderer Bedeutung ist dabei eine klare Definition von Aufträgen und Zuständigkeiten sowie Transparenz und ggf. Einverständnis der Patient:innen/Sorgeberechtigten in Bezug auf den Datenaustausch.	
	Konsensstärke: 100 %	

6.2.7.	Empfehlung	Neu (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Grundsätzlich soll jeglicher Austausch des Gesundheitssystems mit dem Justizsystem mit den Sorgeberechtigten sowie den Patient:innen (spätestens mit dem Alter von 14 Jahren) vorbesprochen werden und nur mit Einverständnis dieser erfolgen. Lediglich im Rahmen schwerer erwartbarer Straftaten kann (Offenbarungsbefugnis gemäß §34 StGB ⁴) bzw. muss (Offenbarungsverpflichtung gemäß §138 StGB) ggf. gegen die Schweigepflicht verstoßen werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

⁴ StGB = Strafgesetzbuch

6.2.8.	Empfehlung	Neu (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Bei einer Beauftragung als Sachverständige:r müssen die Begutachteten und Sorgeberechtigten transparent über die zugrundeliegenden rechtlichen Rahmenbedingungen sowie die verpflichtende Weitergabe von relevanten Informationen an den Auftraggeber informiert werden. Die Vorgaben der StPO ⁵ sind dabei zu beachten.	
	Konsensstärke: 100 %	

6.2.9.	Empfehlung	Neu (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Bei der Behandlung von Inhaftierten sollen sowohl Möglichkeiten zur Vertraulichkeit zwischen Behandelnden und Inhaftierten als auch Möglichkeiten zum Austausch von Behandelnden und Justizsystem (Sozialdienst, ärztlicher Dienst der Justizvollzugsanstalt) geschaffen werden. Die Behandlung setzt die Schaffung verlässlicher konsiliarischer Strukturen voraus.	
	Konsensstärke: 100 %	

6.2.10.	Empfehlung	Neu (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Eine Beratung der Justiz setzt das Einverständnis der betroffenen Personen zum Austausch zwischen dem Gesundheitssystem und dem Justizsystem voraus. Idealerweise findet diese Beratung in festen Strukturen (z. B. Häuser des Jugendrechts) statt.	
	Konsensstärke: 100 %	

6.2.11.	Empfehlung	Neu (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Bei gerichtlichen Therapieauflagen muss eine Klärung des Informationsaustausches erfolgen. Bei fehlender Indikation für eine psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung soll eine Rückmeldung an das Gericht erfolgen.	
	Konsensstärke: 100 %	

⁵ StPO = Strafprozessordnung

6.3. Kooperation mit dem Bildungssystem

Beitrag des Bildungssystems zur Prävention von Störungen des Sozialverhaltens

6.3.1.	Empfehlung	Neu (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Für Lehrkräfte und pädagogische Fachkräfte sollten in Schulen Fortbildungen zu oppositionellem, aggressivem, regelbrechendem und dissozialem Verhalten angeboten werden. Zusätzlich sollten regelmäßig moderierte Fallberatungen, Interventionsgruppen oder Supervisionen zur Prävention umgesetzt werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

6.3.2.	Empfehlung	Neu (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Bei Hinweisen auf Symptome der Störung des Sozialverhaltens im schulischen Kontext sollte der sonderpädagogische Förderbedarf „Emotionale und soziale Entwicklung“ überprüft, ein entsprechender Förderplan erarbeitet, sowie eine klinische Überprüfung der Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens angeregt werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

6.3.3.	Empfehlung	Neu (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Da Kinder und Jugendliche mit Symptomen von Störungen des Sozialverhaltens erhebliche Beeinträchtigungen zeigen können, die mit Einschränkungen in der Lern- und Sozialkompetenz sowie der sozialen Teilhabe einhergehen, sollte das Bildungssystem Konzepte zur inklusiven Bildung entwickeln und nutzen (z. B. Einrichtung von temporären Kleingruppen).	
	Konsensstärke: 100 %	

Anlässe für die Kooperation zwischen Gesundheitssystem und Bildungssystem

6.3.4.	Empfehlung	Neu (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Grundsätzlich sollte das Bildungssystem im Rahmen der diagnostischen Abklärung einer Störung des Sozialverhaltens einbezogen werden, um das Auftreten von Symptomen im Kontext der Bildungseinrichtung (u. a. Schule) abzuklären.	
	Konsensstärke: 100 %	

6.3.5.	Empfehlung	Neu (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Das Bildungssystem und das Gesundheitssystem sollten sich um den Austausch erhobener und vorhandener Befunde bemühen.	
	Konsensstärke: 100 %	

6.3.6.	Empfehlung	Neu (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Wenn im Rahmen der Diagnostik oder Behandlung von Kindern oder Jugendlichen mit einer Störung des Sozialverhaltens deutlich wird, dass die Symptomatik (innerhalb oder außerhalb des Kontextes der Bildungseinrichtung) durch Bedingungen in der Bildungseinrichtung ausgelöst bzw. aufrechterhalten wird oder wenn Interventionen in der Bildungseinrichtung entscheidend zur Lösung beitragen können, soll das Bildungssystem einbezogen werden. Dabei sollten Therapieziele mit den pädagogischen Zielen und Möglichkeiten der Bildungseinrichtung abgestimmt werden, um eine möglichst effektive Behandlung zu erreichen.	
	Konsensstärke: 100 %	

6.3.7.	Empfehlung	Neu (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Wenn Symptome der Störung des Sozialverhaltens (auch) im Kontext der Bildungseinrichtung auftreten, sollen neben familienzentrierten Interventionen auch Interventionen in der Bildungseinrichtung umgesetzt werden. Es sollte ein Austausch zwischen Behandler:innen, Sorgeberechtigten, Lehrkräften, (Schul-)psycholog:innen und/oder (Schul-)sozialarbeiter:innen erfolgen, um den Transfer, der im Therapiekontext erzielten, Verhaltensänderungen in den Alltag zu unterstützen.	
	Konsensstärke: 100 %	

6.3.8.	Empfehlung	Neu (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Der Bedarf sowie die Möglichkeiten einer inklusiven schulischen Förderung, einschließlich der Erstellung eines Förderplans, sollten mit der Schule diskutiert werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

6.3.9.	Empfehlung	Neu (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Der Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie sollte sich durch das Bildungssystem einbeziehen lassen: - zur diagnostischen Abklärung einer Störung des Sozialverhaltens, von Differenzialdiagnosen oder komorbiden Störungen, wenn die Symptome durch pädagogische, sonderpädagogische oder Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe nicht ausreichend reduziert werden können und eine multimodale Behandlung erfordern,	

	- für die Prüfung der Indikation und Beratung hinsichtlich einer kinder- und jugendpsychiatrischen/-psychotherapeutischen Maßnahme, - für eine diagnostische Abklärung, ob bei Patient:innen eine länger als 6 Monate andauernde psychische Störung vorliegt und eine Eingliederungshilfe nach §35a SGB⁶ VIII zu empfehlen ist, - bei der Unterstützung in krisenhaften Situationen mit akuter Selbst- oder Fremdgefährdung, - für die Durchführung von kinder- und jugendpsychiatrischen/-psychotherapeutischen Maßnahmen zur Reduktion der Selbst- und Fremdgefährdung.
	Konsensstärke: 100 %

Gestaltung der Zusammenarbeit zwischen Gesundheitssystem und Bildungssystem

6.3.10.	Empfehlung	Neu (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Die fallbezogene Zusammenarbeit sollte je nach Symptomatik der Patient:innen und deren Verlauf regelmäßig erfolgen.	
	Konsensstärke: 100 %	

6.3.11.	Empfehlung	Neu (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Bei Kindern und Jugendlichen, die sich in Hilfen zur Erziehung (HzE) befinden und/oder sonderpädagogischer Förderbedarf im Bereich „Emotionale und soziale Entwicklung“ beschieden wurde und schulpflichtig sind, sollte bei Bedarf eine Bezugsperson aus dem Kinder- und Jugendhilfesystem sowie aus der Schule (Lehrkraft oder Fachkraft für Schulsozialarbeit, sonderpädagogische oder schulpsychologische Fachkraft aus dem schulinternen Unterstützungssystem oder Mitarbeitende von unterstützenden Fachdiensten der Schulaufsicht) für Kontakte im Rahmen des Gesundheitssystems zur Verfügung stehen.	
	Konsensstärke: 100 %	

6.3.12.	Empfehlung	Neu (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Gemeinsame Fallbesprechungen zwischen der Bildungseinrichtung, dem Gesundheitssystem und ggf. der Kinder- und Jugendhilfe sollten in den Fällen, in denen die Symptomatik besonders in der Bildungseinrichtung auftritt, erwogen werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

⁶ SGB = Sozialgesetzbuch

6.3.13.	Empfehlung	Neu (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Die „Schule für Kranke“ und die Herkunftsschule sollten während eines stationären Aufenthaltes miteinander kooperieren.	
	Konsensstärke: 100 %	

6.3.14.	Empfehlung	Neu (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Nach längerer Abwesenheit der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen aufgrund einer (teil-) stationären Unterbringung sollte die Reintegration der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in das Bildungssystem sowie in die bisherige oder neue Klassen- bzw. Gruppengemeinschaft durch einen intensiven Austausch zwischen Behandler:innen, Lehrkräften, (Schul-)psycholog:innen und/oder (Schul-)sozialarbeiter:innen vorbereitet und begleitet werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

6.3.15.	Empfehlung	Neu (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Bei einer stationären Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sollte ein Austausch vor der Entlassung stattfinden, um die therapeutischen Ziele mit den pädagogischen Zielen und Möglichkeiten der Bildungseinrichtung abzustimmen.	
	Konsensstärke: 90 %	

7. Literaturverzeichnis

- Aebi, M., Krause, C., Barra, S., Vogt, G., Vertone, L., Manetsch, M., Imbach, D., Endrass, J., Rossegger, A., Schmeck, K., & Bessler, C. (2022). What kind of therapy works with juveniles who have sexually offended? A randomized-controlled trial of two versions of a specialized cognitive behavioral outpatient treatment program. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 34(8), 973–1002. <https://doi.org/10.1177/10790632211070804>
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2015). *Psychosocial and pharmacologic interventions for disruptive behavior in children and adolescents* (Report No. 15(16)-EHC019-EF). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK327222>
- Aghaie Meybodi, F., Mohammadkhani, P., Pourshahbaz, A., Dolatshahi, B., & Havighurst, S. S. (2019). Improving parent emotion socialization practices: Piloting Tuning in to Kids in Iran for children with disruptive behavior problems. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 68(5), 596–607. <https://doi.org/10.1111/fare.12387>
- Akbas, E., & Yigitoglu, G. T. (2022). The effect of solution-focused approach on anger management and violent behavior in adolescents: A randomized controlled trial. *Archives of Psychiatric Nursing*, 41, 166–174. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.07.029>
- Allen, K., Harrington, J., Quetsch, L. B., Masse, J., Cooke, C., & Paulson, J. F. (2022). Parent–Child Interaction Therapy for children with disruptive behaviors and autism: A randomized clinical trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53, 390–404. <https://doi.org/10.1007/s10803-022-05428-y>
- Alsem, S. C., van Dijk, A., Verhulp, E. E., Dekkers, T. J., & De Castro, B. O. (2023). Treating children's aggressive behavior problems using cognitive behavior therapy with virtual reality: A multicenter randomized controlled trial. *Child Development*, 94(6), e344–e361. <https://doi.org/10.1111/cdev.13966>
- Bagner, D. M., Coxe, S., Hungerford, G. M., Garcia, D., Barroso, N. E., Hernandez, J., & Rosa-Olivares, J. (2016). Behavioral parent training in infancy: A window of opportunity for high-risk families. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(5), 901–912. <https://doi.org/10.1007/s10802-015-0089-5>
- Baker-Henningham, H., Scott, S., Jones, K., & Walker, S. (2012). Reducing child conduct problems and promoting social skills in a middle-income country: Cluster randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 201(2), 101–108. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.096834>
- Baker-Henningham, H., Scott, Y., Francis, T., & Walker, S. P. (2021). Effects of a teacher-training violence prevention program in jamaican preschools on child behavior, academic achievement, and school attendance in grade one of primary school: Follow up of a cluster randomized trial. *Frontiers in Psychology*, 12, Article 652050. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.652050>
- Balia, C., Carucci, S., Coghill, D., & Zuddas, A. (2018). The pharmacological treatment of aggression in children and adolescents with conduct disorder. Do callous-unemotional traits modulate the efficacy of medication? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 91, 218–238. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.01.024>
- Barker, C., & de Lugt, J. (2022). A review of evidence based practices to support students with oppositional defiant disorder in classroom settings. *International Journal of Special Education*, 37(1), 85–98. <https://doi.org/10.52291/ijse.2022.37.29>
- Barone, L., Ozturk, Y., & Lionetti, F. (2019). The key role of positive parenting and children's temperament in post-institutionalized children's socio-emotional adjustment after adoption placement. A RCT study. *Social Development*, 28(1), 136–151. <https://doi.org/10.1111/sode.12329>
- Barry, C. M., Robinson, L. R., Kaminski, J. W., Danielson, M. L., Jones, C. L., & Lang, D. L. (2022). Behavioral and socioemotional outcomes of the Legacy for Children TM randomized control trial to promote healthy development of children living in poverty, 4 to 6 years

- postintervention. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 43(1), e39–e47. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000962>
- Baumel, A., Brandes, O., Brendryen, H., Muench, F., Kane, J. M., & Saar, C. (2023). The impact of therapeutic persuasiveness on engagement and outcomes in unguided interventions: A randomized pilot trial of a digital parent training program for child behavior problems. *Internet Interventions*, 34, Article 100680. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2023.100680>
- Baumel, A., Mathur, N., Pawar, A., & Muench, F. (2021). Psychosocial interventions for children with externalized behavior problems: An updated meta-analysis of moderator effects. *Journal of Child and Family Studies*, 30(1), 65–86. <https://doi.org/10.1007/s10826-020-01863-6>
- Baumel, A., Pawar, A., Mathur, N., Kane, J. M., & Correll, C. U. (2017). Technology-assisted parent training programs for children and adolescents with disruptive behaviors: A systematic review. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 78(8), e957–e969. <https://doi.org/10.4088/JCP.16r11063>
- Bausback, K. B., & Bunge, E. L. (2021). Meta-analysis of parent training programs utilizing behavioral intervention technologies. *Social Sciences*, 10(10), Article 367. <https://doi.org/10.3390/socsci10100367>
- Beelmann, A., Arnold, L. S., & Hercher, J. (2023). Parent training programs for preventing and treating antisocial behavior in children and adolescents: A comprehensive meta-analysis of international studies. *Aggression and Violent Behavior*, 68, Article 101798. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2022.101798>
- Beelmann, A., & Lösel, F. (2021). A comprehensive meta-analysis of randomized evaluations of the effect of child social skills training on antisocial development. *Journal of Developmental and Life-Course Criminology*, 7(1), 41–65. <https://doi.org/10.1007/s40865-020-00142-8>
- Beelmann, A., Pfof, M., & Schmitt, C. (2014). Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen: Eine Meta-Analyse der deutschsprachigen Wirksamkeitsforschung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 22(1), 1–14. <https://doi.org/10.1026/0943-8149/a000104>
- Bernstein, R. E., Timmons, A. C., & Lieberman, A. F. (2019). Interpersonal violence, maternal perception of infant emotion, and child-parent psychotherapy. *Journal of Family Violence*, 34(4), 309–320. <https://doi.org/10.1007/s10896-019-00041-7>
- Bierman, K. L., Heinrichs, B. S., Welsh, J. A., & Nix, R. L. (2021). Reducing adolescent psychopathology in socioeconomically disadvantaged children with a preschool intervention: A randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 178(4), 305–312. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20030343>
- Bierman, K. L., Welsh, J. A., Hall, C. M., Jacobson, L. N., Lee, D. L., & Jones, D. E. (2023). Efficacy of the Fast Track Friendship Group program for peer-rejected children: A randomized-controlled trial. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 52(6), 763–779. <https://doi.org/10.1080/15374416.2022.2051523>
- Boldrini, T., Ghiandoni, V., Mancinelli, E., Salcuni, S., & Solmi, M. (2023). Systematic review and meta-analysis: Psychosocial treatments for disruptive behavior symptoms and disorders in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 62(2), 169–189. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.05.002>
- Booker, J. A., Capriola-Hall, N. N., Greene, R. W., & Ollendick, T. H. (2020). The parent-child relationship and posttreatment child outcomes across two treatments for oppositional defiant disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 49(3), 405–419. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1555761>
- Booth-LaForce, C., Oxford, M. L., O'Leary, R., & Buchwald, D. S. (2023). Promoting First Relationships® for primary caregivers and toddlers in a native community: A randomized controlled trial. *Prevention Science*, 24(1), 39–49. <https://doi.org/10.1007/s11211-022-01415-y>
- Bradshaw, C. P., Mitchell, M. M., & Leaf, P. J. (2009). Examining the effects of schoolwide positive behavioral interventions and supports on student outcomes: Results from a randomized controlled effectiveness trial in elementary schools. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 12(3), 133–148. <https://doi.org/10.1177/1098300709334798>

- 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), 28–42.
<https://doi.org/10.1037/a0030318>
- Burrow-Sanchez, J. J., Totsky, J., Ratcliff, B. R., & Corrales, C. (2021). Generalizing treatment outcomes to externalizing behaviors for Latino/a adolescents with substance use disorders: A secondary analysis. *Psychology of Addictive Behaviors*, 35(7), 797–802.
<https://doi.org/10.1037/adb0000713>
- Byrne, G., & Cullen, C. (2023). Acceptance and commitment therapy for anger, irritability, and aggression in children, adolescents, and young adults: A systematic review of intervention studies. *Trauma, Violence & Abuse*, 25(2), 935–946.
<https://doi.org/10.1177/15248380231167393>
- Calhoun, B., Williams, J., Greenberg, M., Domitrovich, C., Russell, M. A., & Fishbein, D. H. (2020). Social emotional learning program boosts early social and behavioral skills in low-income urban children. *Frontiers in Psychology*, 11, Article 561196.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.561196>
- Carter, P. M., Cunningham, R. M., Eisman, A. B., Resnicow, K., Roche, J. S., Cole, J. T., Goldstick, J., Kilbourne, A. M., & Walton, M. A. (2022). Translating violence prevention programs from research to practice: SafERteens implementation in an urban emergency department. *The Journal of Emergency Medicine*, 62(1), 109–124.
<https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2021.09.003>
- Castillo-Eito, L., Armitage, C. J., Norman, P., Day, M. R., Dogru, O. C., & Rowe, R. (2020). How can adolescent aggression be reduced? A multi-level meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 78, Article 101853. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101853>
- Chalfon, M. S. T., & Ramos, D. G. (2022). Sandplay therapy in the treatment of children with oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Estudios de Psicología*, 39, Article e200223. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202239e200223>
- Chan, C. K. Y., Fu, K., & Liu, S. K. Y. (2022). Incorporating emotion coaching into behavioral parent training program: Evaluation of its effectiveness. *Child psychiatry and human development*, 55, 236–246. <https://doi.org/10.1007/s10578-022-01402-y>
- Charpak, N., Tessier, R., Ruiz, J. G., Hernandez, J. T., Uriza, F., Villegas, J., Nadeau, L., Mercier, C., Maheu, F., Marin, J., & et al. (2017). Twenty-year follow-up of Kangaroo Mother Care versus traditional care. *Pediatrics*, 139(1), Article e20162063. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-2063>
- Chen, C., Li, C., Wang, H., Ou, J. J., Zhou, J. S., & Wang, X. P. (2014). Cognitive behavioral therapy to reduce overt aggression behavior in Chinese young male violent offenders. *Aggressive Behavior*, 40(4), 329–336. <https://doi.org/10.1002/ab.21521>
- Chhangur, R. R., Weeland, J., Overbeek, G., Matthys, W., Orobio de Castro, B., van der Giessen, D., & Belsky, J. (2017). Genetic moderation of intervention efficacy: Dopaminergic genes, the Incredible Years, and externalizing behavior in children. *Child Development*, 88(3), 796–811. <https://doi.org/10.1111/cdev.12612>
- Cipriano, C., Strambler, M. J., Naples, L. H., Ha, C., Kirk, M., Wood, M., Sehgal, K., Zieher, A. K., Eveleigh, A., McCarthy, M., Funaro, M., Ponnock, A., Chow, J. C., & Durlak, J. (2023). The state of evidence for social and emotional learning: A contemporary meta-analysis of universal school-based SEL interventions. *Child Development*, 94(5), 1181–1204.
<https://doi.org/10.1111/cdev.13968>
- Clifford, P., Gevers, C., Jonkman, K. M., Boer, F., & Begeer, S. (2022). The effectiveness of an attention-based intervention for school-aged autistic children with anger regulating problems: A randomized controlled trial. *Autism Research*, 15(10), 1971–1984.
<https://doi.org/10.1002/aur.2800>
- Coggins, K., & Carnes-Holt, K. (2021). The efficacy of child–teacher relationship training as an early childhood mental health intervention in Head Start programs. *International Journal of Play Therapy*, 30(2), 112–124. <https://doi.org/10.1037/pla0000154>

- Colditz, P. B., Boyd, R. N., Winter, L., Pritchard, M., Gray, P. H., Whittingham, K., O'Callaghan, M., Jardine, L., O'Rourke, P., Marquart, L., Forrest, K., Spry, C., & Sanders, M. R. (2019). A randomized trial of Baby Triple P for Preterm Infants: Child outcomes at 2 years of corrected age. *The Journal of Pediatrics*, 210, 48–54.e42. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2019.01.024>
- Comer, J. S., Furr, J. M., Miguel, E. M., Cooper-Vince, C. E., Carpenter, A. L., Elkins, R. M., Kerns, C. E., Cornacchio, D., Chou, T., Coxe, S., DeSerisy, M., Sanchez, A. L., Golik, A., Martin, J., Myers, K. M., & Chase, R. (2017). Remotely delivering real-time parent training to the home: An initial randomized trial of internet-delivered parent-child interaction therapy (I-PCIT). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(9), 909–917. <https://doi.org/10.1037/ccp0000230>
- Connor, D. F., Glatt, S. J., Lopez, I. D., Jackson, D., & Melloni, R. H., Jr. (2002). Psychopharmacology and aggression. I: A meta-analysis of stimulant effects on overt/covert aggression-related behaviors in ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(3), 253–261. <https://doi.org/10.1097/00004583-200203000-00004>
- Conroy, M. A., Sutherland, K. S., Algina, J., Werch, B., & Ladwig, C. (2018). Prevention and treatment of problem behaviors in young children: Clinical implications from a randomized controlled trial of BEST in CLASS. *AERA Open*, 4(1), Article 233285841775037. <https://doi.org/10.1177/2332858417750376>
- Crombach, A., & Elbert, T. (2015). Controlling offensive behavior using narrative exposure therapy: A randomized controlled trial of former street children. *Clinical Psychological Science*, 3(2), 270–282. <https://doi.org/10.1177/2167702614534239>
- Curtis, P. R., Kaiser, A. P., Estabrook, R., & Roberts, M. Y. (2019). The longitudinal effects of early language intervention on children's problem behaviors. *Child Development*, 90(2), 576–592. <https://doi.org/10.1111/cdev.12942>
- Dadds, M. R., English, T., Wimalaweera, S., Schollar-Root, O., & Hawes, D. J. (2019a). Can reciprocated parent-child eye gaze and emotional engagement enhance treatment for children with conduct problems and callous-unemotional traits: A proof-of-concept trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(6), 676–685. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13023>
- Dadds, M. R., Thai, C., Mendoza Diaz, A., Broderick, J., Moul, C., Tully, L. A., Hawes, D. J., Davies, S., Burchfield, K., & Cane, L. (2019b). Therapist-assisted online treatment for child conduct problems in rural and urban families: Two randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(8), 706–719. <https://doi.org/10.1037/ccp0000419>
- de Jong, S. R. C., van den Hoofdakker, B. J., van der Veen-Mulders, L., Veenman, B., Twisk, J. W. R., Oosterlaan, J., & Luman, M. (2023). The efficacy of a self-help parenting program for parents of children with externalizing behavior: A randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(10), 2031–2042. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02028-0>
- Del Giudice, T., Lindenschmidt, T., Hellmich, M., Hautmann, C., Döpfner, M., & Görtz-Dorten, A. (2023). Stability of the effects of a social competence training program for children with oppositional defiant disorder/conduct disorder: A 10-month follow-up. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(9), 1599–1608. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01932-1>
- Dodge, K. A., Bierman, K. L., Coie, J. D., Greenberg, M. T., Lochman, J. E., McMahon, R. J., & Pinderhughes, E. E. (2015). Impact of early intervention on psychopathology, crime, and well-being at age 25. *American Journal of Psychiatry*, 172(1), 59–70. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13060786>
- Domitrovich, C. E., Cortes, R. C., & Greenberg, M. T. (2007). Improving young children's social and emotional competence: A randomized trial of the preschool "PATHS" curriculum. *Journal of Primary Prevention*, 28(2), 67–91. <https://doi.org/10.1007/s10935-007-0081-0>
- Downer, J. T., Williford, A. P., Bulotsky-Shearer, R. J., Vitiello, V. E., Bouza, J., Reilly, S., & Lhospital, A. (2017). Using data-driven, video-based early childhood consultation with teachers to reduce children's challenging behaviors and improve engagement in preschool classrooms. *School Mental Health*, 10(3), 226–242. <https://doi.org/10.1007/s12310-017-9237-0>
- Ducharme, P., Kahn, J., Vaudreuil, C., Gusman, M., Waber, D., Ross, A., Rotenberg, A., Rober, A., Kimball, K., Peechatka, A. L., & Gonzalez-Heydrich, J. (2021). A "Proof of Concept"

- randomized controlled trial of a video game requiring emotional regulation to augment Anger Control Training. *Frontiers in Psychiatry*, 12, Article 591906. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.591906>
- Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82(1), 405–432. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x>
- Edwards, R. C., & Hans, S. L. (2022). Young mother risk-taking moderates doula home visiting impacts on parenting and toddler social-emotional development. *Development and Psychopathology*, 36(1), 236–254. <https://doi.org/10.1017/S0954579422001158>
- El-Khani, A., Maalouf, W., Baker, D. A., Zahra, N., Noubani, A., & Cartwright, K. (2020). Caregiving for children through conflict and displacement: A pilot study testing the feasibility of delivering and evaluating a light touch parenting intervention for caregivers in the West Bank. *International Journal of Psychology*, 55(S1), 26–39. <https://doi.org/10.1002/ijop.12591>
- Elizur, Y., & Somech, L. Y. (2018). Callous-unemotional traits and effortful control mediate the effect of parenting intervention on preschool conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 46(8), 1631–1642. <https://doi.org/10.1007/s10802-018-0412-z>
- Elizur, Y., Somech, L. Y., & Vinokur, A. D. (2017). Effects of parent training on callous-unemotional traits, effortful control, and conduct problems: Mediation by parenting. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(1), 15–26. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0163-7>
- Engelbrektsson, J., Salomonsson, S., Hogstrom, J., Sorjonen, K., Sundell, K., & Forster, M. (2023a). Is internet-based parent training for everyone? Predictors and moderators of outcomes in group vs. internet-based parent training for children with disruptive behavior problems. *Behavior Research and Therapy*, 171, Article 104426. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104426>
- Engelbrektsson, J., Salomonsson, S., Hogstrom, J., Sorjonen, K., Sundell, K., & Forster, M. (2023b). Parent training via internet or in group for disruptive behaviors: A randomized clinical noninferiority trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 62(9), 987–997. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2023.01.019>
- Ensafdar, F., Krahé, B., Njad, S. B., & Arshadi, N. (2019). Efficacy of different versions of Aggression Replacement Training (ART): A review. *Aggression and Violent Behavior*, 47, 230–237. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.02.006>
- Epstein, R. A., Fonnesebeck, C., Potter, S., Rizzone, K. H., & McPheeters, M. (2015). Psychosocial interventions for child disruptive behaviors: A meta-analysis. *Pediatrics*, 136(5), 947–960. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-2577>
- Fischmann, T., Asseburg, L. K., Green, J., Hug, F., Neubert, V., Wan, M., & Leuzinger-Bohleber, M. (2020). Can psychodynamically oriented early prevention for "children-at-risk" in urban areas with high social problem density strengthen their developmental potential? A cluster randomized trial of two kindergarten-based prevention programs. *Frontiers in Psychology*, 11, Article 599477. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.599477>
- Fleming, G. E., Kimonis, E. R., Furr, J. M., & Comer, J. S. (2020). Internet-delivered parent training for preschoolers with conduct problems: Do callous-unemotional traits moderate efficacy and engagement? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 48(9), 1169–1182. <https://doi.org/10.1007/s10802-020-00660-5>
- Fleming, G. E., Neo, B., Briggs, N. E., Kaouar, S., Frick, P. J., & Kimonis, E. R. (2022). Parent training adapted to the needs of children with callous-unemotional traits: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 53(6), 1265–1281. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.07.001>
- Florea, I. S., Dobrea, A., Pasarelu, C. R., Georgescu, R. D., & Milea, I. (2020). The efficacy of internet-based parenting programs for children and adolescents with behavior problems: A meta-analysis of randomized clinical trials. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 23(4), 510–528. <https://doi.org/10.1007/s10567-020-00326-0>
- Fonagy, P., Butler, S., Cottrell, D., Scott, S., Pilling, S., Eisler, I., Fuggle, P., Kraam, A., Byford, S., Wason, J., Ellison, R., Simes, E., Ganguli, P., Allison, E., & Goodyer, I. M. (2018). Multisystemic

- therapy versus management as usual in the treatment of adolescent antisocial behaviour (START): A pragmatic, randomised controlled, superiority trial. *Lancet Psychiatry*, 5(2), 119–133. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30001-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30001-4)
- Fonagy, P., Butler, S., Cottrell, D., Scott, S., Pilling, S., Eisler, I., Fuggle, P., Kraam, A., Byford, S., Wason, J., Smith, J. A., Anokhina, A., Ellison, R., Simes, E., Ganguli, P., Allison, E., & Goodyer, I. M. (2020). Multisystemic therapy versus management as usual in the treatment of adolescent antisocial behaviour (START): 5-year follow-up of a pragmatic, randomised, controlled, superiority trial. *Lancet Psychiatry*, 7(5), 420–430. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30131-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30131-0)
- Fossum, S., Cunningham, C., Ristkari, T., McGrath, P. J., Hinkka-Yli-Salomaki, S., & Sourander, A. (2018). Does parental mental health moderate the effect of a telephone and internet-assisted remote parent training for disruptive 4-year-old children? *Scandinavian Journal of Psychology*, 59(3), 273–280. <https://doi.org/10.1111/sjop.12430>
- Franzen, K., & Kamps, D. (2008). The utilization and effects of positive behavior support strategies on an urban school playground. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 10(3), 150–161. <https://doi.org/10.1177/1098300708316260>
- Fung, A. L. C. (2018). Reducing reactive aggression in schoolchildren through child, parent, and conjoint parent-child group interventions: An efficacy study of longitudinal outcomes. *Family Process*, 57(3), 594–612. <https://doi.org/10.1111/famp.12323>
- Fung, A. L. C., & Lee, T. K. H. (2018). Effectiveness of Chinese martial arts and philosophy to reduce reactive and proactive aggression in schoolchildren. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 39(5), 404–414. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000565>
- Gansle, K. (2005). The effectiveness of school-based anger interventions and programs: A meta-analysis. *Journal of School Psychology*, 43(4), 321–341. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2005.07.002>
- Gardner, F., Leijten, P., Harris, V., Mann, J., Hutchings, J., Beecham, J., Bonin, E.-M., Berry, V., McGilloway, S., Gaspar, M., Joao Seabra-Santos, M., Orobio de Castro, B., Menting, A., Williams, M., Axberg, U., Morch, W.-T., Scott, S., & Landau, S. (2019a). Equity effects of parenting interventions for child conduct problems: A pan-European individual participant data meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 6(6), 518–527. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30162-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30162-2)
- Gardner, F., Leijten, P., Melendez-Torres, G. J., Landau, S., Harris, V., Mann, J., Beecham, J., Hutchings, J., & Scott, S. (2019b). The earlier the better? Individual participant data and traditional meta-analysis of age effects of parenting interventions. *Child Development*, 90(1), 7–19. <https://doi.org/10.1111/cdev.13138>
- Gewirtz, A. H., Lee, S. S., August, G. J., & He, Y. (2019). Does giving parents their choice of interventions for child behavior problems improve child outcomes? *Prevention Science*, 20(1), 78–88. <https://doi.org/10.1007/s11121-018-0865-x>
- Ghaderi, A., Kadesjo, C., Bjornsdotter, A., & Enebrink, P. (2018). Randomized effectiveness trial of the Family Check-Up versus internet-delivered parent training (iComet) for families of children with conduct problems. *Scientific Reports*, 8(1), Article 11486. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-29550-z>
- Goldstein, N. E. S., Giallella, C. L., Haney-Caron, E., Peterson, L., Serico, J., Kemp, K., Romaine, C. R., Zelechowski, A. D., Holliday, S. B., Kalbeitzner, R., Kelley, S. M., Hinz, H., Sallee, M., Pennacchia, D., Prelic, A., Burkard, C., Grisso, T., Heilbrun, K., Nunez, A., ... Lochman, J. (2018). Juvenile Justice Anger Management (JJAM) Treatment for Girls: Results of a randomized controlled trial. *Psychological Services*, 15(4), 386–397. <https://doi.org/10.1037/ser0000184>
- Görtz-Dorten, A., Benesch, C., Berk-Pawlitzeck, E., Faber, M., Hautmann, C., Hellmich, M., Lindenschmidt, T., Schuh, L., Stadermann, R., & Döpfner, M. (2019). Efficacy of individualized social competence training for children with oppositional defiant disorders/conduct disorders: A randomized controlled trial with an active control group. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(2), 165–175. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1144-x>

- Görtz-Dorten, A., Dose, C., Hofmann, L., Katzmann, J., Groth, M., Detering, K., Hellmann, A., Stadler, L., Braun, B., Hellmich, M., & Döpfner, M. (2022). Effects of computer-assisted social skills training in children with disruptive behavior disorders: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 61(11), 1329–1340. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.03.027>
- Granski, M., Javdani, S., Anderson, V. R., & Caires, R. (2020). A meta-analysis of program characteristics for youth with disruptive behavior problems: The moderating role of program format and youth gender. *American Journal of Community Psychology*, 65(1-2), 201–222. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12377>
- Grasmann, D., & Stadler, C. (2011). VIA – Intensivtherapeutischer Behandlungsansatz bei Störungen des Sozialverhaltens. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 39(1), 23–31. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000080>
- Graziano, P. A., Ros-Demarize, R., & Hare, M. M. (2020). Condensing parent training: A randomized trial comparing the efficacy of a briefer, more intensive version of Parent-Child Interaction Therapy (I-PCIT). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(7), 669–679. <https://doi.org/10.1037/ccp0000504>
- Hahn, R., Fuqua-Whitley, D., Wethington, H., Lowy, J., Crosby, A., Fullilove, M., Johnson, R., Liberman, A., Moscicki, E., Price, L., Snyder, S., Tuma, F., Cory, S., Stone, G., Mukhopadhyaya, K., Chattopadhyay, S., & Dahlberg, L. (2007). Effectiveness of universal school-based programs to prevent violent and aggressive behavior: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 33(2 Suppl), S114–S129. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.04.012>
- Haller, S. P., Stoddard, J., Botz-Zapp, C., Clayton, M., MacGillivray, C., Perhamus, G., Stiles, K., Kircanski, K., Penton-Voak, I. S., Bar-Haim, Y., Munafò, M., Towbin, K. E., & Brotman, M. A. (2022). A randomized controlled trial of computerized interpretation bias training for disruptive mood dysregulation disorder: A fast-fail study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 61(1), 37–45. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.05.022>
- Hasani, S. M., Askary, P., Heidari, A., & Zadeh, P. E. (2020). The comparative effectiveness of parental behavior management training and schema therapy on aggression and oppositional defiant in adolescents. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 7(3), 146–152. https://doi.org/10.4103/JNMS.JNMS_6_20
- Hautmann, C., Dose, C., Duda-Kirchhof, K., Greimel, L., Hellmich, M., Imort, S., Katzmann, J., Pinior, J., Scholz, K., Schurmann, 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. *Behavior Therapy*, 49(6), 951–965. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.02.002>
- Hautmann, C., Dose, C., Hellmich, M., Scholz, K., Katzmann, J., Pinior, J., Gebauer, S., Nordmann, L., Wolff Metternich-Kaizman, T., Schurmann, S., & Döpfner, M. (2023). Behavioural and nondirective parent training for children with externalising disorders: First steps towards personalised treatment recommendations. *Behaviour Research and Therapy*, 163, Article 104271. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104271>
- Hawes, D. J., Price, M. J., & Dadds, M. R. (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. <https://doi.org/10.1007/s10567-014-0167-1>
- Heidary, M., Hashemi Nosrat Abad, T., & Linden, W. (2022). Mindfulness-based intervention and aggression and rule-breaking behaviours in elementary school boys: A proof of concept trial. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools*, 32(1), 15–22. <https://doi.org/10.1017/jgc.2021.11>
- Hein, S., Weeland, J., Square, A., Haeffel, G. J., Chapman, J., Macomber, D., Lee, M., Foley Geib, C., & Grigorenko, E. L. (2020). Effectiveness of a social problem solving training in youth in detention or on probation: An RCT and pre-post community implementation. *International Journal of Law and Psychiatry*, 72, Article 101626. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101626>
- Hektner, J. M., Brennan, A. L., & August, G. J. (2017). Incorporating well-adjusted peers in a conduct problems prevention program: Evaluation of acceptability, fidelity, and safety of

- implementation. *School Mental Health*, 9(1), 66–77. <https://doi.org/10.1007/s12310-016-9199-7>
- Helander, M., Asperholm, M., Wetterborg, D., Ost, L.-G., Hellner, C., Herlitz, A., & Enebrink, P. (2022). The efficacy of Parent Management Training with or without involving the child in the treatment among children with clinical levels of disruptive behavior: A meta-analysis. *Child Psychiatry and Human Development*, 55, 164–181. <https://doi.org/10.1007/s10578-022-01367-y>
- Helander, M., Enebrink, P., Hellner, C., & Ahlen, J. (2023). Parent management training combined with group-CBT compared to parent management training only for oppositional defiant disorder symptoms: 2-year follow-up of a randomized controlled trial. *Child psychiatry and human development*, 54(4), 1112–1126. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01306-3>
- Helander, M., Lochman, J., Hogstrom, J., Ljotsson, B., Hellner, C., & Enebrink, P. (2018). The effect of adding Coping Power Program-Sweden to Parent Management Training-effects and moderators in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 103, 43–52. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.02.001>
- Herr, L., Mingeback, T., Becker, K., Christiansen, H., & Kamp-Becker, I. (2015). Wirksamkeit elternzentrierter Interventionen bei Kindern im Alter von zwei bis zwölf Jahren: Ein systematisches Review. *Kindheit und Entwicklung: Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie*, 24(1), 6–19. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000154>
- Heshmati, R., Esmailpour, K., Hajsaghati, R., & Barenji, F. A. (2023). The effect of child-centered play therapy (CCPT) on the symptoms of oppositional defiant disorder in preschool children. *International Journal of Play*, 12(2), 193–205. <https://doi.org/10.1080/21594937.2023.2209240>
- Hodson, N., Majid, M., James, R., Graham, E. K., Mroczek, D. K., & Beidas, R. S. (2025). Review: Systematic review and meta-analysis - financial incentives increase engagement with parenting programs for disruptive behavior problems. *Child and Adolescent Mental Health*, 30(1), 53–65. <https://doi.org/10.1111/camh.12746>
- Högström, J., Olofsson, V., Özdemir, M., Enebrink, P., & Stattin, H. (2017). Two-year findings from a national effectiveness trial: Effectiveness of behavioral and non-behavioral parenting programs. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(3), 527–542. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0178-0>
- Hoogendijk, K., Holland, J. G., Tick, N. T., Hofman, A. W. H., Severiens, S. E., Vuijk, P., Maras, A., & van Veen, D. (2020). Effect of Key2Teach on Dutch teachers' relationships with students with externalizing problem behavior: A randomized controlled trial. *European Journal of Psychology of Education*, 35(1), 111–135. <https://doi.org/10.1007/s10212-019-00415-x>
- Hoogsteder, L. M., Ten Thijs, L., Schippers, E. E., & Stams, G. J. J. M. (2022). A meta-analysis of the effectiveness of EMDR and TF-CBT in reducing trauma symptoms and externalizing behavior problems in adolescents. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 66(6-7), 735–757. <https://doi.org/10.1177/0306624X211010290>
- Hoogsteder, L. M., Van Os, R. C. J., Lutjens, J. B., Sweers, N., & Stams, G. J. M. M. (2023). A multilevel meta-analysis on the effect of mindfulness-based interventions in reducing externalizing problem behavior in adolescents. *International Journal of Stress Management*, 30(3), 309–320. <https://doi.org/10.1037/str0000285>
- Hua, N., & Leijten, P. (2022). Parenting Programs for Disruptive Child Behavior in China: A Meta-Analysis and Systematic Review. *Research on Social Work Practice*, 32(1), 32–48. <https://doi.org/10.1177/10497315211018509>
- Huijzer-Engbrengthof, M., van Rijn-van Gelderen, L., van den Akker, A., Jorgensen, T. D., & Overbeek, G. (2023). Intervention-induced temperament changes in children: Evidence from a randomized controlled trial of the Incredible Years parent program. *Developmental Psychology*, 59(10), 1839–1851. <https://doi.org/10.1037/dev0001591>
- Hukkelberg, S., Tømmerås, T., & Ogden, T. (2019). Parent training: Effects beyond conduct problems. *Children and Youth Services Review*, 100, 405–414. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.03.009>

- Iznardo, M., Rogers, M. A., Volpe, R. J., Labelle, P. R., & Robaey, P. (2020). The effectiveness of Daily Behavior Report Cards for children with ADHD: A meta-analysis. *Journal of Attention Disorders*, 24(12), 1623–1636. <https://doi.org/10.1177/1087054717734646>
- Kaat, A. J., & Lecavalier, L. (2013). Disruptive behavior disorders in children and adolescents with autism spectrum disorders: A review of the prevalence, presentation, and treatment. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(12), 1579–1594. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2013.08.012>
- Kaminski, J. W., & Claussen, A. H. (2017). Evidence base update for psychosocial treatments for disruptive behaviors in children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46(4), 477–499. <https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1310044>
- Kaminski, J. W., Claussen, A. H., Sims, R. S., & Bhupalam, S. (2024). Evidence-based psychosocial treatments for disruptive behaviors in children: Update. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. <https://doi.org/10.1080/15374416.2024.2405988>
- Katzmann, J., Görtz-Dorten, A., Hautmann, C., & Döpfner, M. (2019). Social skills training and play group intervention for children with oppositional-defiant disorders/conduct disorder: Mediating mechanisms in a head-to-head comparison. *Psychotherapy Research*, 29(6), 784–798. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1425559>
- Katzmann, J., Hautmann, C., Greimel, L., Imort, S., Pinior, J., Scholz, K., & Döpfner, M. (2017). Behavioral and nondirective guided self-help for parents of children with externalizing behavior: Mediating mechanisms in a head-to-head comparison. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(4), 719–730. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0195-z>
- Kazdin, A. E., Glick, A., Pope, J., Kaptchuk, T. J., Lecza, B., Carrubba, E., McWhinney, E., & Hamilton, N. (2018). Parent management training for conduct problems in children: Enhancing treatment to improve therapeutic change. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(2), 91–101. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.12.002>
- Kendall, A. D., Emerson, E. M., Hartmann, W. E., Zinbarg, R. E., & Donenberg, G. R. (2017). A two-week psychosocial intervention reduces future aggression and incarceration in clinically aggressive juvenile offenders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(12), 1053–1061. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.09.424>
- Kendall, A. D., Young, C. B., Bray, B. C., Emerson, E. M., Freels, S., & Donenberg, G. R. (2020). Changes in externalizing and internalizing symptoms among African American female adolescents over 1 year following a mother-daughter sexual health intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(6), 495–503. <https://doi.org/10.1037/ccp0000491>
- Keown, L. J., Sanders, M. R., Franke, N., & Shepherd, M. (2018). Te Whanau Pou Toru: A randomized controlled trial (RCT) of a culturally adapted low-intensity variant of the Triple P-Positive Parenting Program for indigenous Maori families in New Zealand. *Prevention Science*, 19(7), 954–965. <https://doi.org/10.1007/s11121-018-0886-5>
- Khan, S., Down, J., Aouira, N., Bor, W., Haywood, A., Littlewood, R., Heussler, H., & McDermott, B. (2019). Current pharmacotherapy options for conduct disorders in adolescents and children. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 20(5), 571–583. <https://doi.org/10.1080/14656566.2018.1561862>
- Kiziltepe, R., Gumusten, D., Sagel-Cetiner, E., Ebeoglu Duman, M., Yilmaz Irmak, T., & Aksel, S. (2023). An intervention program for male juvenile offenders in Turkey: A pilot randomized trial. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 67(13-14), 1307–1322. <https://doi.org/10.1177/0306624X231165417>
- Kjøbli, J., Zachrisson, H. D., & Bjørnebekk, G. (2018). Three randomized effectiveness trials — One question: Can callous-unemotional traits in children be altered? *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(3), 436–443. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1178123>
- Konrad, K., Kohls, G., Baumann, S., Bernhard, A., Martinelli, A., Ackermann, K., Smaragdi, A., Gonzalez-Madruga, K., Wells, A., Rogers, J. C., Pauli, R., Clanton, R., Baker, R., Kersten, L., Prätzlich, M., Oldenhof, H., Jansen, L., Kleeven, A., Bigorra, A.,...Freitag, C. M. (2022). Sex differences in psychiatric comorbidity and clinical presentation in youths with conduct

- disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(2), 218–228.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.13428>
- Korpershoek, H., Harms, T., de Boer, H., van Kuijk, M., & Doolaard, S. (2016). A meta-analysis of the effects of classroom management strategies and classroom management programs on students' academic, behavioral, emotional, and motivational outcomes. *Review of Educational Research*, 86(3), 643–680. <https://doi.org/10.3102/0034654315626799>
- Kuhn, M., Gonzalez, E., Weil, L., Izguttinov, A., & Walker, S. (2022). Effectiveness of child-focused interventions for externalizing behavior: A rapid evidence review. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 50(8), 987–1009. <https://doi.org/10.1007/s10802-022-00904-6>
- Labella, M. H., Lind, T., Sellers, T., Roben, C. K. P., & Dozier, M. (2020). Emotion regulation among children in foster care versus birth parent care: Differential effects of an early home-visiting intervention. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 48(8), 995–1006.
<https://doi.org/10.1007/s10802-020-00653-4>
- Larden, M., Hogstrom, J., & Langstrom, N. (2021). Effectiveness of an individual cognitive-behavioral intervention for serious, young male violent offenders: Randomized controlled study with twenty-four-month follow-up. *Frontiers in Psychiatry*, 12, Article 670957.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.670957>
- Larsson, B., Fossum, S., Clifford, G., Drugli, M. B., Handegård, B. H., & Mørch, W. T. (2009). Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children: Results of a randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18(1), 42–52.
<https://doi.org/10.1007/s00787-008-0702-z>
- Lees, D., Frampton, C. M., & Merry, S. N. (2019). Efficacy of a home visiting enhancement for high-risk families attending parent management programs: A randomized superiority clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 76(3), 241–248. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.4183>
- Leijten, P., Gardner, F., Melendez-Torres, G. J., van Aar, J., Hutchings, J., Schulz, S., Knerr, W., & Overbeek, G. (2019). Meta-analyses: Key parenting program components for disruptive child behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(2), 180–190.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.07.900>
- Leijten, P., Melendez-Torres, G. J., & Gardner, F. (2022). Research review: The most effective parenting program content for disruptive child behavior - a network meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(2), 132–142. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13483>
- Leijten, P., Melendez-Torres, G. J., Gardner, F., van Aar, J., Schulz, S., & Overbeek, G. (2018). Are relationship enhancement and behavior management "the golden couple" for disruptive child behavior? Two meta-analyses. *Child Development*, 89(6), 1970–1982.
<https://doi.org/10.1111/cdev.13051>
- Leijten, P., Raaijmakers, M., & Matthys, W. (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. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.769169>
- Leijten, P., Raaijmakers, M. A., Orobio de Castro, B., van den Ban, E., & Matthys, W. (2017). Effectiveness of the Incredible Years parenting program for families with socioeconomically disadvantaged and ethnic minority backgrounds. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46(1), 59–73. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1038823>
- Li, F., Li, X., & Kou, H. (2023). Emotional recognition training enhances attention to emotional stimuli among male juvenile delinquents. *Psychology Research and Behavior Management*, 16, 575–586. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S403512>
- Li, Y., Roslan, S. B., Ahmad, N. A. B., Omar, Z. B., & Zhang, L. (2019). Effectiveness of group interpersonal psychotherapy for decreasing aggression and increasing social support among Chinese university students: A randomized controlled study. *Journal of Affective Disorders*, 251, 274–279. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.051>
- Liber, J. M., De Boo, G. M., Huizenga, H., & Prins, P. J. M. (2013). School-based intervention for childhood disruptive behavior in disadvantaged settings: A randomized controlled trial with and without active teacher support. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(6), 975–987. <https://doi.org/10.1037/a0033577>

- Lindstrom Johnson, S., Elam, K., Rogers, A. A., & Hilley, C. (2018). A meta-analysis of parenting practices and child psychosocial outcomes in trauma-informed parenting interventions after violence exposure. *Prevention Science*, 19(7), 927–938. <https://doi.org/10.1007/s11121-018-0943-0>
- Liu, S., Phu, T., Dominguez, A., Hurwich-Reiss, E., McGee, D., Watamura, S., & Fisher, P. (2021). Improving caregiver self-efficacy and children's behavioral outcomes via a brief strength-based video coaching intervention: Results from a randomized controlled trial. *Prevention Science*, 26(Suppl 1), 52–65. <https://doi.org/10.1007/s11121-021-01251-6>
- Lochman, J. E., Glenn, A. L., Powell, N. P., Boxmeyer, C. L., Bui, C., Kassing, F., Qu, L., Romero, D. E., & Dishion, T. (2019). Group versus individual format of intervention for aggressive children: Moderators and predictors of outcomes through 4 years after intervention. *Development and Psychopathology*, 31(5), 1757–1775. <https://doi.org/10.1017/S0954579419000968>
- Loy, J. H., Merry, S. N., Hetrick, S. E., & Stasiak, K. (2017). Atypical antipsychotics for disruptive behaviour disorders in children and youths. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008559.pub3>
- Lui, J. H. L., Barry, C. T., & Marcus, D. K. (2019). A short-term intervention for adolescents with callous-unemotional traits and emotion-processing deficits. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 38(6), 475–500. <https://doi.org/10.1521/jscp.2019.38.6.475>
- Markham, A. (2018). A review following systematic principles of Multisystemic Therapy for antisocial behavior in adolescents aged 10-17 years. *Adolescent Research Review*, 3(1), 67–93. <https://doi.org/10.1007/s40894-017-0072-1>
- Martinez, C. R., Jr., Eddy, J. M., McClure, H. H., & Cobb, C. L. (2022). Promoting strong Latino families within an emerging immigration context: Results of a replication and extension trial of a culturally adapted preventive intervention. *Prevention Science*, 23(2), 283–294. <https://doi.org/10.1007/s11121-021-01323-7>
- Matalon, C., & Turluc, M. N. (2023). The effectiveness of a home-based parent management training for preschoolers with oppositional behaviors in Israel: A randomized controlled trial. *Early Childhood Research Quarterly*, 63, 386–399. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2023.01.010>
- McAloon, J., & de la Poer Beresford, K. (2023). Online behavioral parenting interventions for disruptive behavioral disorders: A PRISMA based systematic review of clinical trials. *Child psychiatry and human development*, 54(2), 379–396. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01253-z>
- McCart, M. R., Sheidow, A. J., & Jaramillo, J. (2023). Evidence base update of psychosocial treatments for adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 52(4), 447–474. <https://doi.org/10.1080/15374416.2022.2145566>
- McClure, B. M. (2017). *Investigation of CASEL SElect programs with minority students from high poverty communities* (Publication Number 10240306) [Doctoral dissertation, Indiana University of Pennsylvania]. ProQuest Dissertations & Theses Global.
- McLean, M. A., Scoten, O. C., Yu, W., Ye, X. Y., Petrie, J., Church, P. T., Soraisham, A. S., Mirea, L. S., Weinberg, J., Synnes, A. R., O'Brien, K., & Grunau, R. E. (2022). Lower maternal chronic physiological stress and better child behavior at 18 months: Follow-up of a cluster randomized trial of neonatal intensive care unit Family Integrated Care. *The Journal of Pediatrics*, 243, 107–115.e104. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2021.12.055>
- Mingebach, T., Kamp-Becker, I., Christiansen, H., & Weber, L. (2018). Meta-meta-analysis on the effectiveness of parent-based interventions for the treatment of child externalizing behavior problems. *PLOS ONE*, 13(9), Article e0202855. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202855>
- Morshed, N., Babamiri, M., Zemestani, M., & Alipour, N. (2019). A comparative study on the effectiveness of individual and group play therapy on symptoms of oppositional defiant disorder among children. *Korean Journal of Family Medicine*, 40(6), 368–372. <https://doi.org/10.4082/kjfm.18.0045>
- Mouton, B., Loop, L., Stievenart, M., & Roskam, I. (2018). Parenting programs to reduce young children's externalizing behavior: A meta-analytic review of their behavioral or cognitive

- orientation. *Child & Family Behavior Therapy*, 40(2), 115–147.
<https://doi.org/10.1080/07317107.2018.1477348>
- Murano, D., Sawyer, J. E., & Lipnevich, A. A. (2020). A meta-analytic review of preschool social and emotional learning interventions. *Review of Educational Research*, 90(2), 227–263.
<https://doi.org/10.3102/0034654320914743>
- Mytton, J., DiGuseppi, C., Gough, D., Taylor, R., & Logan, S. (2006). School-based secondary prevention programmes for preventing violence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004606.pub2>
- Nayeri, M. F., Soltanifar, A., Moharreri, F., & Akbarzadeh, F. (2021). A randomized controlled trial of group reality therapy in attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in adolescents. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 15(1), Article e68643. <https://doi.org/10.5812/IJPBS.68643>
- Neuman, K. J., & Bagner, D. M. (2023). A pilot trial of a home-based parenting intervention for high-risk infants: Effects on and moderating role of effortful control. *Behavior Therapy*, 55(1), 42–54. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.05.003>
- Nijhof, K., te Brinke, L. W., Njardvik, U., & Liber, J. M. (2021). The role of perspective taking and self-control in a preventive intervention targeting childhood disruptive behavior. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 49(5), 657–670. <https://doi.org/10.1007/s10802-020-00761-1>
- Nitz, J., Brack, F., Hertel, S., Krull, J., Stephan, H., Hennemann, T., & Hanisch, C. (2023a). Multi-tiered systems of support with focus on behavioral modification in elementary schools: A systematic review. *Heliyon*, 9(6), Article e17506.
<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e17506>
- Nitz, J., Hagen, T., Krull, J., Verbeck, L., Eiben, K., Hanisch, C., & Hennemann, T. (2023b). Tiers 1 and 2 of a German MTSS: Impact of a multiple baseline study on elementary school students with disruptive behavior. *Frontiers in Education*, 8, Article 1208854.
<https://doi.org/10.3389/feduc.2023.1208854>
- Njardvik, U., Smaradottir, H., & Ost, L.-G. (2022). The effects of emotion regulation treatment on disruptive behavior problems in children: A randomized controlled trial. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 50(7), 895–905. <https://doi.org/10.1007/s10802-022-00903-7>
- Nogueira, S., Abreu-Lima, I., Canário, C., & Cruz, O. (2021). Group triple P – A randomized controlled trial with low-income mothers. *Children and Youth Services Review*, 121, Article 105862.
<https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105862>
- O'Farrelly, C., Watt, H., Babalis, D., Bakermans-Kranenburg, M. J., Barker, B., Byford, S., Ganguli, P., Grimas, E., Iles, J., Mattock, H., McGinley, J., Phillips, C., Ryan, R., Scott, S., Smith, J., Stein, A., Stevens, E., van Ijzendoorn, M. H., Warwick, J., & Ramchandani, P. G. (2021). A brief home-based parenting intervention to reduce behavior problems in young children: A pragmatic randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics*, 175(6), 567–576.
<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.6834>
- O'Leary-Barrett, M., Topper, L., Al-Khudhairy, 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 American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(9), 911–920.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.020>
- Olaghere, A., Wilson, D. B., & Kimbrell, C. S. (2021). Trauma-informed interventions for at-risk and justice-involved youth: A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 48(9), 1261–1277.
<https://doi.org/10.1177/00938548211003117>
- Oliver, R., Wehby, J., & Reschly, D. (2011). Teacher classroom management practices: Effects on disruptive or aggressive student behavior. *Campbell Systematic Reviews*, 7(1), 1–55.
<https://doi.org/10.4073/csr.2011.4>
- Olson, J. R., Benjamin, P. H., Azman, A. A., Kellogg, M. A., Pullmann, M. D., Suter, J. C., & Bruns, E. J. (2021). Systematic review and meta-analysis: Effectiveness of wraparound care coordination

- for children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 60(11), 1353–1366. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.02.022>
- Overbeek, G., van Aar, J., de Castro, B. O., Matthys, W., Weeland, J., Chhangur, R. R., & Leijten, P. (2021). Longer-term outcomes of the Incredible Years parenting intervention. *Prevention Science*, 22(4), 419–431. <https://doi.org/10.1007/s11121-020-01176-6>
- Parker, M. M., Hunnicutt Hollenbaugh, K. M., & Kelly, C. T. (2021). Exploring the impact of child-centered play therapy for children exhibiting behavioral problems: A meta-analysis. *International Journal of Play Therapy*, 30(4), 259–271. <https://doi.org/10.1037/pla0000128>
- Parra-Cardona, R., Fuentes-Balderrama, J., Vanderziel, A., López-Zerón, G., Domenech Rodríguez, M. M., DeGarmo, D. S., & Anthony, J. C. (2021). A culturally adapted parenting intervention for Mexican-origin immigrant families with adolescents: Integrating science, culture, and a focus on immigration-related adversity. *Prevention Science*, 23, 271–282. <https://doi.org/10.1007/s11121-021-01317-5>
- Pereira, A. I., Ferreira, C., Oliveira, M., Evangelista, E. S., Ferreira, J., Roberto, M. S., Tereso, S., Pereira, A. M., Neves, S., & Crespo, C. (2020). Effectiveness of a combined surf and psychological preventive intervention with children and adolescents in residential childcare: A randomized controlled trial. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(2), 22–31. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.07.2.3>
- Perlstein, S., Fair, M., Hong, E., & Waller, R. (2023). Treatment of childhood disruptive behavior disorders and callous-unemotional traits: A systematic review and two multilevel meta-analyses. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 64(9), 1372–1387. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13774>
- Pilling, S., Fonagy, P., Allison, E., Barnett, P., Campbell, C., Constantinou, M., Gardner, T., Lorenzini, N., Matthews, H., Ryan, A., Sacchetti, S., Truscott, A., Ventura, T., Watchorn, K., Whittington, C., & Kendall, T. (2020). Long-term outcomes of psychological interventions on children and young people’s mental health: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 15(11), Article e0236525. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236525>
- Plück, J., Eichelberger, I., Hautmann, C., Hanisch, C., Jaenen, N., & Döpfner, M. (2015). Effectiveness of a teacher-based indicated prevention program for preschool children with externalizing problem behavior. *Prevention Science*, 16(2), 233–241. <https://doi.org/10.1007/s11121-014-0487-x>
- Pringsheim, T., Hirsch, L., Gardner, D., & Gorman, D. A. (2015a). The pharmacological management of oppositional behaviour, conduct problems, and aggression in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: A systematic review and meta-analysis. Part 1: Psychostimulants, alpha-2 agonists, and atomoxetine. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(2), 42–51. <https://doi.org/10.1177/070674371506000202>
- Pringsheim, T., Hirsch, L., Gardner, D., & Gorman, D. A. (2015b). The pharmacological management of oppositional behaviour, conduct problems, and aggression in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: A systematic review and meta-analysis. Part 2: Antipsychotics and traditional mood stabilizers. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(2), 52–61. <https://doi.org/10.1177/070674371506000203>
- Prinz, R. J., Metzler, C. W., Sanders, M. R., Rusby, J. C., & Cai, C. (2022). Online-delivered parenting intervention for young children with disruptive behavior problems: A noninferiority trial focused on child and parent outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(2), 199–209. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1111/jcpp.13426>
- Rajkumar, R. P. (2022). Antipsychotics in the management of disruptive behavior disorders in children and adolescents: An update and critical review. *Biomedicine*, 10(11), Article 2818. <https://doi.org/10.3390/biomedicine10112818>
- Ramdhoney-Dowlot, K., Balloo, K., & Essau, C. A. (2021). Effectiveness of the Super Skills for Life programme in enhancing the emotional wellbeing of children and adolescents in residential

- care institutions in a low- and middle-income country: A randomised waitlist-controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 278, 327–338. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.053>
- Reddy, L. A., Glover, T. A., Dudek, C. M., Alperin, A., Wiggs, N. B., & Bronstein, B. (2022). A randomized trial examining the effects of paraprofessional behavior support coaching for elementary students with disruptive behavior disorders: Paraprofessional and student outcomes. *Journal of School Psychology*, 92, 227–245. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2022.04.002>
- Reinke, W. M., Stormont, M., Herman, K. C., & Dong, N. (2021). The Incredible Years Teacher Classroom Management program: Effects for students receiving special education services. *Remedial and Special Education*, 42(1), 7–17. <https://doi.org/10.1177/0741932520937442>
- Ren, Z., Zhao, Z., Yu, X., Zhang, L., & Li, X. (2021). Modification of hostile interpretation bias and self-reported aggression in juvenile delinquents: A randomized controlled trial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21(2), Article 100226. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2021.100226>
- Richard, J., Fletcher, É., Boutin, S., Derevensky, J., & Temcheff, C. (2020). Conduct problems and depressive symptoms in association with problem gambling and gaming: A systematic review. *Journal of Behavioral Addictions*, 9(3), 497–533. <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00045>
- Riise, E. N., Wergeland, G. J. H., Njardvik, U., & Öst, L.-G. (2021). Cognitive behavior therapy for externalizing disorders in children and adolescents in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 83, Article 101954. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101954>
- Roux, B., Pérez-Peña, M., & Philippot, P. (2021). A mindfulness-based intervention for adolescents with behavior disorders: Controlled trial with partial randomization. *Mindfulness*, 12(11), 2794–2809. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01743-0>
- Saba, P., Qi, H. W., Saleem, A., Chen, I. J., Kausar, F. N., & Iqbal, M. F. (2023). Effects of animated movies on the aggression and behavior performance of primary school students and their control using a cognitive behavioral anger-control training (CBACT) program. *Behavioral Sciences*, 13(8), Article 659. <https://doi.org/10.3390/bs13080659>
- Salzer, S., Cropp, C., Jaeger, U., Masuhr, O., & Streeck-Fischer, A. (2014). Psychodynamic therapy for adolescents suffering from co-morbid disorders of conduct and emotions in an in-patient setting: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 44(10), 2213–2222. <https://doi.org/10.1017/S003329171300278X>
- Santisteban, D. A., Czaja, S. J., Nair, S. N., Mena, M. P., & Tulloch, A. R. (2017). Computer informed and flexible family-based treatment for adolescents: A randomized clinical trial for at-risk racial/ethnic minority adolescents. *Behavior Therapy*, 48(4), 474–489. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.001>
- Savaglio, M., Yap, M. B., O'Donnell, R., & Skouteris, H. (2023). Targeted community-based programmes for children's mental health: A systematic review and meta-analysis of the Australian literature. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 57(2), 197–212. <https://doi.org/10.1177/00048674221124506>
- Schaeffer, C. M., Dimeff, L. A., Koerner, K., Chung, J., Kelley-Brimer, A., Kako, N., Ilac, M., Tuerk, E., Carroll, D., & Beadnell, B. (2022). A smartphone app for parental management of adolescent conduct problems: Randomized clinical trial of iKinnect. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 54(1), 52–66. <https://doi.org/10.1080/15374416.2022.2070851>
- Schaub, S., Ramseier, E., Neuhauser, A., Burkhardt, S. C. A., & Lanfranchi, A. (2019). Effects of home-based early intervention on child outcomes: A randomized controlled trial of parents as teachers in Switzerland. *Early Childhood Research Quarterly*, 48, 173–185. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2019.03.007>
- Schippers, E. E., Hoogsteder, L. M., & Stams, G. J. J. M. (2020). Responsive Aggression Regulation Therapy (Re-ART) improves executive functioning in adolescents and young adults with severe aggression problems: A pilot study. *Journal of Forensic Sciences*, 65(6), 2058–2064. <https://doi.org/10.1111/1556-4029.14539>

- Schleider, J. L., Burnette, J. L., Widman, L., Hoyt, C., & Prinstein, M. J. (2020). Randomized trial of a single-session growth mind-set intervention for rural adolescents' internalizing and externalizing problems. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 49(5), 660–672. <https://doi.org/10.1080/15374416.2019.1622123>
- Schoenwald, S. K., Carter, R. E., Chapman, J. E., & Sheidow, A. J. (2008). Therapist adherence and organizational effects on change in youth behavior problems one year after multisystemic therapy. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 35(5), 379–394. <https://doi.org/10.1007/s10488-008-0181-z>
- Schuurmans, A. A. T., Nijhof, K. S., Popma, A., Scholte, R., & Otten, R. (2023). The effectiveness of game-based meditation therapy for adolescents with posttraumatic symptoms in residential care: A randomized controlled trial. *Residential Treatment for Children & Youth*, 41(3), 275–294. <https://doi.org/10.1080/0886571X.2023.2246365>
- Senior, C. J., Godovich, S. A., Shiffrin, N. D., Cummings, C. M., Alvord, M. K., & Rich, B. A. (2023). The effects of a school-based resilience intervention for youth with socioemotional difficulties. *Journal of Child and Family Studies*, 32(2), 384–397. <https://doi.org/10.1007/s10826-022-02362-6>
- Shafiq, S., & Pringsheim, T. (2018). Using antipsychotics for behavioral problems in children. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 19(13), 1475–1488. <https://doi.org/10.1080/14656566.2018.1509069>
- Sheidow, A. J., McCart, M. R., & Drazdowski, T. K. (2022). Family-based treatments for disruptive behavior problems in children and adolescents: An updated review of rigorous studies (2014–April 2020). *Journal of Marital and Family Therapy*, 48(1), 56–82. <https://doi.org/10.1111/jmft.12567>
- Shen, L., Jiang, S., & Tan, S. (2025). The effectiveness of school-based programs on aggressive behaviors among children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, 35(2), 149–169. <https://doi.org/10.1177/10497315241227147>
- Sherman, M. D., Monn, A., Larsen, J. L., & Gewirtz, A. (2018). Evaluation of a Sesame Street multimedia intervention for families transitioning out of the military. *Journal of Child and Family Studies*, 27(8), 2533–2540. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1083-7>
- Silva Garcia, K. (2020). *The impact of a parent education program for helping mothers help their children cope with stress on children's coping and adjustment* (Publication Number 27828701) [Doctoral dissertation, Washington State University]. ProQuest Dissertations & Theses Global.
- Singh, P. (2017). Altering the way adolescents attribute negative ambiguous social encounters: A social-cognitive intervention for reducing aggression. *Asia Pacific Journal of Counselling and Psychotherapy*, 8(1), 15–28. <https://doi.org/10.1080/21507686.2016.1256903>
- Sklad, M., Diekstra, R., de Ritter, M., Ben, J., & Gravesteyn, C. (2012). Effectiveness of school-based universal social, emotional, and behavioral programs: Do they enhance students' development in the area of skill, behavior, and adjustment? *Psychology in the Schools*, 49(9), 892–909. <https://doi.org/10.1002/pits.21641>
- Sluiter, M. N., Bos, E. H., Doornenbal, J. M., De Jonge, P., & Batstra, L. (2023). Wild and willful kids: Can we help parents? The effectiveness of a group parent training program without a psychiatric label. *Journal of Psychiatric Practice*, 29(3), 246–259. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000704>
- Somech, L. Y. (2021). Effortful control mediates the effect of parenting intervention on preschool callous-unemotional traits. *Journal of Child and Family Studies*, 30(8), 1920–1932. <https://doi.org/10.1007/s10826-021-01988-2>
- Sourander, A., McGrath, P. J., Ristkari, T., Cunningham, C., Huttunen, J., Hinkka-Yli-Salomäki, S., Kurki, M., & Lingley-Pottie, P. (2018). Two-year follow-up of internet and telephone assisted parent training for disruptive behavior at age 4. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(9), 658–668.e651. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.07.001>
- Sourander, A., McGrath, P. J., Ristkari, T., Cunningham, C., Huttunen, J., Lingley-Pottie, P., Hinkka-Yli-Salomäki, S., Kinnunen, M., Vuorio, J., & Sinokki, A. (2016). Internet-assisted parent training

- intervention for disruptive behavior in 4-year-old children: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 73(4), 378–387. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.3411>
- Stadler, C., Freitag, C. M., Popma, A., Nauta-Jansen, L., Konrad, K., Unternährer, E., Ackermann, K., Bernhard, A., Martinelli, A., Oldenhof, H., Gundlach, M., Kohls, G., Prätzlich, M., Kieser, M., Limprecht, R., Raschle, N. M., Vriends, N., Trestman, R. L., Kirchner, M., & Kersten, L. (2023). START NOW: A cognitive behavioral skills training for adolescent girls with conduct or oppositional defiant disorder - a randomized clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 65(3), 316–327. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13896>
- Stoltz, S. E. M. J., Londen, M., Deković, M., & Prinzie, P. (2012). Effectiveness of individually delivered indicated school-based interventions on externalizing behavior. *International Journal of Behavioral Development*, 36(5), 381–388. <https://doi.org/10.1177/0165025412450525>
- Suter, J. C., & Bruns, E. J. (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. <https://doi.org/10.1007/s10567-009-0059-y>
- Talmón-Knuser, F., González-Sala, F., Lacomba-Trejo, L., & Samper-García, P. (2023). Reactive attachment disorder and its relationship to psychopathology: A systematic review. *Children*, 10(12), Article 1892. <https://doi.org/10.3390/children10121892>
- te Brinke, L. W., Menting, A. T. A., Schuiringa, H. D., Deković, M., Weisz, J. R., & de Castro, B. O. (2021). Emotion regulation training as a treatment element for externalizing problems in adolescence: A randomized controlled micro-trial. *Behaviour Research and Therapy*, 143, Article 103889. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103889>
- Thomas, R., Abell, B., Webb, H. J., Avdagic, E., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2017). Parent-child interaction therapy: A meta-analysis. *Pediatrics*, 140(3), Article e20170352. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-0352>
- Treier, A.-K., Hautmann, C., Dose, C., Nordmann, L., Katzmann, J., Pinior, J., Scholz, K. K., & Döpfner, M. (2022). Process mechanisms in behavioral versus nondirective guided self-help for parents of children with externalizing behavior. *Child Psychiatry & Human Development*, 55, 453–466. <https://doi.org/10.1007/s10578-022-01400-0>
- Ulvund, S. E. (2022). Early intervention in families with preterm infants: A review of findings from a randomized controlled trial following children up to 9 years of age. *Children*, 9(4), Article 474. <https://doi.org/10.3390/children9040474>
- Umbach, R., Raine, A., & Leonard, N. R. (2018). Cognitive decline as a result of incarceration and the effects of a CBT/MT intervention: A cluster-randomized controlled trial. *Criminal Justice and Behavior*, 45(1), 31–55. <https://doi.org/10.1177/0093854817736345>
- Valero-Aguayo, L., Rodríguez-Bocanegra, M., Ferro-García, R., & Ascanio-Velasco, L. (2021). Meta-analysis of the efficacy and effectiveness of Parent Child Interaction Therapy (PCIT) for child behaviour problems. *Psicothema*, 33(4), 544–555. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.70>
- Van Craeyevelt, S., Verschueren, K., Vancraeyveldt, C., Wouters, S., & Colpin, H. (2017). The role of preschool teacher-child interactions in academic adjustment: An intervention study with Playing-2-gether. *British Journal of Educational Psychology*, 87(3), 345–364. <https://doi.org/10.1111/bjep.12153>
- van den Berg, Y. H. M., & Stoltz, S. (2018). Enhancing social inclusion of children with externalizing problems through classroom seating arrangements: A randomized controlled trial. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 26(1), 31–41. <https://doi.org/10.1177/1063426617740561>
- van der Pol, T. M., van Domburgh, L., van Widenfelt, B. M., Hurlburt, M. S., Garland, A. F., & Vermeiren, R. (2019). Common elements of evidence-based systemic treatments for adolescents with disruptive behaviour problems. *Lancet Psychiatry*, 6(10), 862–868. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(19\)30085-9](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(19)30085-9)
- van der Stouwe, T., Gubbels, J., Castenmiller, Y. L., van der Zouwen, M., Asscher, J. J., Hoeve, M., van der Laan, P. H., & Stams, G. J. J. M. (2021). The effectiveness of social skills training (SST) for

- juvenile delinquents: A meta-analytical review. *Journal of Experimental Criminology*, 17(3), 369–396. <https://doi.org/10.1007/s11292-020-09419-w>
- Van Holen, F., Vanderfaeillie, J., Omer, H., & Vanschoonlandt, F. (2018). Training in nonviolent resistance for foster parents: A randomized controlled Trial. *Research on Social Work Practice*, 28(8), 931–942. <https://doi.org/10.1177/1049731516662915>
- Van Holen, F., Vanschoonlandt, F., & Vanderfaeillie, J. (2017). Evaluation of a foster parent intervention for foster children with externalizing problem behaviour. *Child & Family Social Work*, 22(3), 1216–1226. <https://doi.org/10.1111/cfs.12338>
- van Schalkwyk, G. I., Lewis, A. S., Beyer, C., Johnson, J., van Rensburg, S., & Bloch, M. H. (2017). Efficacy of antipsychotics for irritability and aggression in children: A meta-analysis. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 17(10), 1045–1053. <https://doi.org/10.1080/14737175.2017.1371012>
- Wade, L., Smith, J. J., Duncan, M. J., & Lubans, D. R. (2018). Mediators of aggression in a school-based physical activity intervention for low-income adolescent boys. *Mental Health and Physical Activity*, 14, 39–46. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2017.12.006>
- Wagner, A., Jennen-Steinmetz, C., Göpel, C., & Schmidt, M. H. (2004). Wie effektiv sind Interventionen bei Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens? - Eine Inanspruchnahmestudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 32(1), 5–16. <https://doi.org/10.1024/1422-4917.32.1.5>
- Wagner, E. F., Graziano, J. N., Morris, S. L., & Gil, A. G. (2014). A randomized controlled trial of guided self-change with minority adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), 1128–1139. <https://doi.org/10.1037/a0036939>
- Ward, C. L., Wessels, I. M., Lachman, J. M., Hutchings, J., Cluver, L. D., Kassanjee, R., Nhapi, R., Little, F., & Gardner, F. (2020). Parenting for Lifelong Health for Young Children: A randomized controlled trial of a parenting program in South Africa to prevent harsh parenting and child conduct problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(4), 503–512. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13129>
- Waxmonsky, J. G., Baweja, R., Bansal, P. S., & Waschbusch, D. A. (2021). A review of the evidence base for psychosocial interventions for the treatment of emotion dysregulation in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 30(3), 573–594. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2021.04.008>
- Weber, H. M., & Petermann, F. (2018). Gruppentherapie bei Kindern und Jugendlichen mit aggressivem Verhalten. *Kindheit und Entwicklung: Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie*, 27(4), 199–219. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000260>
- Webster-Stratton, C., Jamila Reid, M., & Stoolmiller, M. (2008). Preventing conduct problems and improving school readiness: Evaluation of the Incredible Years Teacher and Child Training Programs in high-risk schools. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(5), 471–488. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01861.x>
- Weeland, J., Brummelman, E., Jaffee, S. R., Chhangur, R. R., van der Giessen, D., Matthys, W., Orobio de Castro, B., & Overbeek, G. (2022). Does caregivers' use of praise reduce children's externalizing behavior? A longitudinal observational test in the context of a parenting program. *Developmental Psychology*, 58(7), 1371–1385. <https://doi.org/10.1037/dev0001357>
- Weeland, J., Chhangur, R. R., Jaffee, S. R., Van Der Giessen, D., Matthys, W., Orobio De Castro, B., & Overbeek, G. (2018). Does the Incredible Years reduce child externalizing problems through improved parenting? The role of child negative affectivity and serotonin transporter linked polymorphic region (5-HTTLPR) genotype. *Development and Psychopathology*, 30(1), 93–112. <https://doi.org/10.1017/S0954579417000499>
- Wetterborg, D., Enebrink, P., Lonn Rhodin, K., Forster, M., Risto, E., Dahlstrom, J., Forsberg, K., & Ghaderi, A. (2019). A pilot randomized controlled trial of internet-delivered parent training for parents of teenagers. *Journal of Family Psychology*, 33(7), 764–774. <https://doi.org/10.1037/fam0000541>

- Wilson, B. J., & Ray, D. (2018). Child-centered play therapy: Aggression, empathy, and self-regulation. *Journal of Counseling & Development*, 96(4), 399–409. <https://doi.org/10.1002/jcad.12222>
- Wilson, S., Lipsey, M., & Derzon, J. (2003). The effects of school-based intervention programs on aggressive behavior: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 136–149. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.71.1.136>
- Wilson, S. J., & Lipsey, M. W. (2007). School-based interventions for aggressive and disruptive behavior: Update of a meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 33(2, Suppl.), S130–S143. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.04.011>
- Zarakoviti, E., Shafran, R., Papadimitriou, D., & Bennett, S. D. (2021). The efficacy of parent training interventions for disruptive behavior disorders in treating untargeted comorbid internalizing symptoms in children and adolescents: A systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 24(3), 542–552. <https://doi.org/10.1007/s10567-021-00349-1>
- Zhang, A., & Zhang, Q. (2021). How could mindfulness-based intervention reduce aggression in adolescent? Mindfulness, emotion dysregulation and self-control as mediators. *Current Psychology*, 42, 4483–4497. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01778-5>

Versionsnummer:	6.0.
Erstveröffentlichung:	TT/MM/JJJJ
Letzte inhaltliche Überarbeitung:	15.09.2025
Nächste Überprüfung geplant:	14.09.2028

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

publiziert bei:	 AWMF online Das Portal der wissenschaftlichen Medizin
-----------------	---

AWMF-Register Nr.: 028-020	Klasse: S3
-----------------------------------	-------------------

Langversion der S3-Leitlinie
Störungen des Sozialverhaltens:
Empfehlungen zur Diagnostik und Behandlung von Kindern, Jugendlichen und
jungen Erwachsenen

der
Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und
Psychotherapie e.V. (DGKJP)
und

-	ADHS Deutschland e.V. (Selbsthilfe)
BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V.
BDP	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. – Sektion Schulpsychologie
BKJ	Bundesverband für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie e. V.
BKJPP	Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V.
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
BVKE	Bundesverband Caritas Kinder- und Jugendhilfe e.V.
DAG-SHG	Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.
DGKJ	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V.
DGPs	Deutsche Gesellschaft für Psychologie e. V., Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie (DGPs)
DGSF	Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie
DGSPJ	Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V.
Dgvt	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.
DPTV	Deutsche Psychotherapeutenvereinigung e. V.
DVJJ	Deutsche Vereinigung für Jugendgerichte und Jugendgerichtshilfen e. V.
KJPVT	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Verhaltenstherapie (ehemals: BVKJ)

Knw	Kindernetzwerk e. V.- Dachverband der Selbsthilfe von Familien mit Kindern und jungen Erwachsenen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen
ÖGKJP	Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
SGKJPP	Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
VAKJP	Vereinigung für analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie e. V.
vds	Verband Sonderpädagogik e. V.



Steuerungsgruppe:

Prof. Dr. Anja Görtz-Dorten: Dipl.-Heilpädagogin, Diplom-Psychologin, Klinische Psychologin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin; Mitglied des Berufsverbands Deutscher Psychologinnen und Psychologen, Sektion Klinische Psychologie, der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie sowie des Berufs- und Fachverbands Heilpädagogik

Prof. Dr. Manfred Döpfner: Diplom-Psychologe, Klinischer Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut; Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Fachgruppe Klinische Psychologie; der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Prof. Dr. Michael Kölch: Facharzt für Kinder- & Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, (stellvertretender) Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Prof. Dr. Dr. Tobias Banaschewski: Facharzt für Kinder- & Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Diplom-Psychologe; Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Dr. Myriam Bea: Juristin; Geschäftsführerin ADHS-Deutschland e.V.

Dr. Norbert Beck: Diplom-Sozialpädagoge, Diplom-Psychologe; Mitglied des Bundesverbands Caritas Kinder- und Jugendhilfe e.V. (BVKE)

Prof. Dr. Jörg M. Fegert: Facharzt für Kinder- & Jugendpsychiatrie und -psychotherapie; Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Prof. Dr. Thomas Hennemann: Diplom-Sonderpädagoge, Diplom-Psychologe

Petra Hiller: Diplom-Sozialpädagogin, Diplom-Sozialwirtin, M.A. Sozialmanagement, Systemische Familienberaterin

Prof. Dr. Paul Plener: Facharzt für Kinder- & Jugendpsychiatrie und -psychotherapie; Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Prof. Dr. Dr. Christina Stadler: Diplom-Psychologin, Klinische Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin; Mitglied der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sowie der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Expert:innen:

Prof. Marc Allroggen, Prof. Tobias Banaschewski, Dr. Norbert Beck, Prof. Ulrike Becker, Dr. Cyril Boonmann, Dr. Filip Caby, Dr. Christina Dose, Prof. Manfred Döpfner, Angela Ehlers, Prof. Anja Görtz-Dorten, Prof. Charlotte Hanisch, Prof. Nina Heinrichs, Prof. Thomas Hennemann, PD Dr. Arvid Herwig, Prof. Clemens Hillenbrand, Petra Hiller, Leonie Hofmann, Prof. Martin Holtmann, Dr. Marie-Theres Klemp, Prof. Michael Kölch, Dr. Lea Teresa Kohl, Prof. Paul Plener, Prof. Marc Schmid, Klaus Seifried, Prof. Christina Stadler, Dr. Anne-Katrin Treier, Dr. Laura Wähnke

Koordinatorin der Leitlinie:

Prof. Dr. Anja Görtz-Dorten

Projektkoordination:

Dr. Lea Teresa Kohl

Finanzierung:

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF21016 gefördert.

Wir danken für die Mitarbeit an der Leitlinie: Maria von Beulwitz, Johanna Dahm, Anna Harnacke, Elisa Lasry, Vanessa Pytel, Jana Rausch, Finja Rutz, Johanna Schäfer und Lucie Waedel.

Version: 6.0

Herausgebende und federführende Fachgesellschaft

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

geschaeftsstelle@dgkjp.de

Bitte wie folgt zitieren:

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (2026). *Langfassung der evidenz- und konsensbasierten S3-Leitlinie „Störung des Sozialverhaltens: Empfehlungen zur Diagnostik und Behandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen“* (AWMF-Registernummer 028-020; Version 6.0, Stand 15.09.2025). Verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-020> (Zugriff am TT.MM.JJJJ)

INHALT

<u>WAS GIBT ES NEUES?</u>	<u>1</u>
<u>EIN ÜBERBLICK ÜBER DIE LEITLINIENEMPFEHLUNGEN</u>	<u>3</u>
<u>I. EINLEITUNG IN DIE LEITLINIE</u>	<u>8</u>
<u>1. STÖRUNGEN DES SOZIALVERHALTENS</u>	<u>8</u>
<u>2. GELTUNGSBEREICH UND ZWECK</u>	<u>9</u>
2.1. ZIELSETZUNG UND FRAGESTELLUNG	9
2.2. VERSORGUNGSBEREICH	10
2.3. PATIENT:INNENZIELGRUPPE	10
2.4. ANWENDENDENGRUPPE/ADRESSAT:INNEN	10
2.5. DOKUMENTE ZUR ANWENDUNG DER LEITLINIE	10
<u>3. ZUSAMMENSETZUNG DER LEITLINIENGRUPPE</u>	<u>11</u>
3.1. LEITLINIENKOORDINATION	11
3.2. BETEILIGTE FACHGESELLSCHAFTEN UND ORGANISATIONEN	11
3.3. PATIENT:INNEN/BÜGER:INNENBETEILIGUNG	13
3.4. METHODISCHE BEGLEITUNG	13
<u>II. EMPFEHLUNGEN DER LEITLINIE</u>	<u>14</u>
<u>1. EMPFEHLUNGEN ZU RAHMENBEDINGUNGEN UND DER KOORDINATION VON VERSORGUNGSANGEBOTEN</u>	<u>14</u>
<u>2. EMPFEHLUNGEN ZUR DIAGNOSTIK</u>	<u>21</u>
<u>3. EMPFEHLUNGEN ZUR BEHANDLUNGSPLANUNG, -INDIKATION UND ZUM BEHANDLUNGSSETTING</u>	<u>27</u>
<u>4. EMPFEHLUNGEN ZU PSYCHOSOZIALEN PRÄVENTIONSMAßNAHMEN UND INTERVENTIONEN</u>	<u>33</u>
4.1. ELTERN- UND ELTERN-KINDZENTRIERTE PRÄVENTIVE MAßNAHMEN	33
4.2. ELTERN- UND ELTERN-KINDZENTRIERTE THERAPEUTISCHE INTERVENTIONEN	37
4.3. PATIENT:INNENZENTRIERTE PRÄVENTIVE MAßNAHMEN	51
4.4. PATIENT:INNENZENTRIERTE THERAPEUTISCHE INTERVENTIONEN	55
4.5. MAßNAHMEN UND INTERVENTIONEN IN BILDUNGSEINRICHTUNGEN	65
4.6. SYSTEMÜBERGREIFENDE, INTENSIVE, MULTIMODALE INTERVENTIONEN	73

5. EMPFEHLUNGEN ZU PHARMAKOLOGISCHEN INTERVENTIONEN	76
6. EMPFEHLUNGEN ZUR KOOPERATION DES GESUNDHEITSSYSTEMS MIT WEITEREN VERSORGUNGSSYSTEMEN	83
6.1. KOOPERATION MIT DER KINDER- UND JUGENDHILFE	86
6.2. KOOPERATION MIT DEM JUSTIZSYSTEM	91
6.3. KOOPERATION MIT DEM BILDUNGSSYSTEM	95
III. LITERATURVERZEICHNIS	100
ANHANG	1
[ANHANG 1] DEUTSCHSPRACHIGE, PSYCHOMETRISCH UNTERSUCHTE VERFAHREN ZUR ERFASSUNG VON SYMPTOMATIK DER STÖRUNGEN DES SOZIALVERHALTENS, AGGRESSIVEM VERHALTEN ODER SPEZIFISCHEN ASPEKTEN VON AGGRESSIVITÄT IM KINDES- UND JUGENDALTER	1
[ANHANG 2] DEUTSCHSPRACHIGE PRÄVENTIONS- UND THERAPIEPROGRAMME ZUR BEHANDLUNG DER SYMPTOMATIK DER STÖRUNGEN DES SOZIALVERHALTENS BEI KINDERN, JUGENDLICHEN UND JUNGEN ERWACHSENEN	3

Was gibt es Neues?

Die vorliegende S3-Leitlinie zu Störungen des Sozialverhaltens bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen wurde umfassend aktualisiert und inhaltlich weiterentwickelt. 44 % der Empfehlungen wurden inhaltlich modifiziert und 42 % neu aufgenommen. Neben der Aktualisierung und Weiterentwicklung aller bestehenden Kapitel wurde ein Kapitel zur Kooperation des Gesundheitssystems mit weiteren zentralen Versorgungssystemen neu geschaffen. Es beinhaltet 36 praxisnahe Empfehlungen für die Zusammenarbeit von Fachkräften des Gesundheitssystems mit Fachkräften des Bildungssystems, der Kinder- und Jugendhilfe und des Justizsystems. Das bisherige Kapitel zur Deeskalation und zum Einsatz von Zwangsmaßnahmen bei akut aggressiver Symptomatik entfällt; an seiner Stelle verweist die aktualisierte Leitlinie auf die kürzlich erschienene, eigenständige Leitlinie zu diesem Thema (S2k-Leitlinie Prävention, Durchführung und Nachsorge von freiheitsentziehenden Unterbringungen und Maßnahmen in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie; Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 2025).

Bestehende Kapitel wurden so verdichtet, dass der Fokus auf wesentliche störungsspezifische Empfehlungen verstärkt wurde. Erweitert wurde das Kapitel zu Maßnahmen und Interventionen in Bildungseinrichtungen. Darüber hinaus berücksichtigt die überarbeitete Leitlinie präventive Ansätze für unterschiedliche Zielgruppen und in verschiedenen Settings systematischer, nimmt dabei allerdings weiterhin Maßnahmen der indizierten und selektiven Prävention stärker in den Blick als Maßnahmen der universellen Prävention. Ergänzend wurden zielgruppenspezifische Informationen für Kinder (ab 6 Jahren), Jugendliche (ab 12 Jahren), deren Eltern bzw. primäre Bezugspersonen sowie für Fachkräfte aus Bildungswesen, Justiz sowie Kinder- und Jugendhilfe entwickelt mit dem Ziel die Versorgung von jungen Menschen mit Symptomatik einer Störung des Sozialverhaltens noch wirksamer zu gestalten.

Ein Überblick über die Leitlinienempfehlungen

Kapitel	Subkapitel	Empfehlungstext [Empfehlungsnummer; Qualität der Evidenz ¹ ; Empfehlungsgrad ² ; therapeutische Ausrichtung] oder Schlagwort der Empfehlung [Empfehlungsnummer]
Rahmenbedingungen und Koordination [1.]		Gesprächsatmosphäre, Beziehungsgestaltung und Offenlegung von Rollen [1.1., 1.2., 1.3. & 1.5.], Überprüfung von Behandlungsvereinbarungen [1.4.], Gelingensbedingungen [1.6.], kultureller, ethnischer und religiöser Hintergrund von Familien [1.7. & 1.8.], rechtliche Grundlagen [1.9.], Kindeswohlgefährdung und andere Grenzen der Schweigepflicht [1.10. & 1.11.], weitere Versorgungsmöglichkeiten, Austausch und Koordination [1.12., 1.13., 1.15. & 1.16.], Betreuungskonstanz [1.14.], Übergang ins Erwachsenenalter [1.17.]
Diagnostik [2.]		Erste diagnostische Untersuchung [2.1. - 2.4.], ausführliche diagnostische Untersuchung [2.5. - 2.10.]
Behandlungsplanung, -indikation und -setting [3.]		Behandlungsplanung und spezifische Indikationen für Maßnahmen der verschiedenen Versorgungssysteme [3.1. - 3.5.], Multimodale Ausrichtung der Behandlung und Indikationen für Behandlungssettings [3.6. - 3.9.]

¹ Auf Basis des etablierten GRADE-Systems (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation; Schünemann et al. (2013)) wurde für jede Leitlinienempfehlung die Qualität der vorliegenden Evidenz anhand der Kategorien „hoch“, „moderat“, „niedrig“ oder „sehr niedrig“ bewertet. Es wurden drei endpunktspezifische Beurteilungen sowie eine endpunktübergreifende Gesamtbeurteilung vorgenommen. In dieser Übersicht dargestellt ist die jeweilige Gesamtbeurteilung. Hinweise zur berücksichtigten Evidenz finden sich jeweils tabellarisch in Anhang 9 des Leitlinienreports sowie in Form von sprachlichen Zusammenfassungen am Ende des jeweiligen Subkapitels.

² Es wird zwischen offenen Empfehlungen (Empfehlungsgrad 0, Symbol ⇔), schwachen Empfehlungen (Empfehlungsgrad B, Symbol ⬆) und starken Empfehlungen (Empfehlungsgrad A, Symbol ⬆⬆) differiert. Wenn zwei Empfehlungsgrade bzw. Symbole berichtet werden (z. B. 0 ⇔ / B ⬆), enthält die jeweilige Empfehlung zweierlei Empfehlungsgrade.

Kapitel	Subkapitel	Empfehlungstext [Empfehlungsnummer; Qualität der Evidenz ¹ ; Empfehlungsgrad ² ; therapeutische Ausrichtung] oder Schlagwort der Empfehlung [Empfehlungsnummer]
Eltern-/ eltern-kindzentrierte & patient:innen-zentrierte präventive Maßnahmen [4.1. & 4.3.]		Spezifische psychosoziale Unterstützung der Familie [4.1.1.], Elterntraining [4.1.2.], patient:innenzentrierte Unterstützungsangebote [4.3.1.]
Eltern-/ eltern-kindzentrierte therapeutische Interventionen [4.2.]	Indikation	<i>"Primären Bezugspersonen von Kindern bis zum Alter von 3 Jahren, bei denen ein klinisch relevantes oppositionell-aggressives Verhalten vorliegt, kann ein Elterntraining angeboten werden. Die Intervention sollte in diesem Altersbereich insbesondere auf die Verminderung derjenigen Faktoren ausgerichtet sein, die sich im Zusammenhang mit der Entstehung und Aufrechterhaltung von Störungen des Sozialverhaltens als bedeutsam erwiesen haben (z. B. Verbesserung der Interaktion zwischen primären Bezugspersonen und Kindern)."</i> [4.2.1.; niedrig; 0 ⇔ / B ↑; sozial lerntheoretisches Therapiekonzept]
		<i>"Elterntrainings im Einzel- oder Gruppensetting sollten primären Bezugspersonen von Kindern im Alter von 3 bis 12 Jahren angeboten werden, wenn deren Kinder die diagnostischen Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllen oder wenn bei den Kindern ein klinisch relevantes oppositionell-aggressives Verhalten vorliegt."</i> [4.2.2.; niedrig; B ↑; sozial lerntheoretisches Therapiekonzept]
		<i>"Bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ab 12 Jahren, welche die diagnostischen Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllen oder bei denen ein klinisch relevantes oppositionell-aggressives Verhalten vorliegt, kann ein, an das Jugend bzw. junge Erwachsenenalter angepasstes, Elterntraining angeboten werden."</i> [4.2.3.; moderat, 0 ⇔; sozial lerntheoretisches Therapiekonzept]
	Format, Ausrichtung, Methoden	Einzel- oder Gruppensetting [4.2.4.], Einbezug beider primären Bezugspersonen [4.2.5.], evidenzbasiertes Vorgehen [4.2.6.], aufsuchender Kontext [4.2.7.], Ferntherapie und Selbsthilfeinterventionen [4.2.8.], Eltern-Kind-Interaktionstherapie [4.2.9.], Vorgehen bei begrenzter prosozialer Emotionalität [4.2.10.], ergänzende Maßnahmen bei ungünstigen psychosozialen Bedingungen [4.2.11.]

Kapitel	Subkapitel	Empfehlungstext [Empfehlungsnummer; Qualität der Evidenz ¹ ; Empfehlungsgrad ² ; therapeutische Ausrichtung] oder Schlagwort der Empfehlung [Empfehlungsnummer]
Patient:innen-zentrierte therapeutische Interventionen [4.4.]	Indikation	"In Kombination mit Interventionen mit den Eltern bzw. primären Bezugspersonen sowie pädagogischen Fachkräften können bei Kindern zwischen 4 und 6 Jahren , welche die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllen oder bei denen ein klinisch relevantes oppositionell aggressives Verhalten vorliegt, patient:innenzentrierte, an den Entwicklungsstand der Kinder angepasste, Interventionen durchgeführt werden." [4.4.1.; niedrig; 0 ⇔; sozial emotionales & kognitiv behaviorales Lernen]
		"Bei Kindern, Jugendlichen ab dem Alter von 6 Jahren , welche die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllen oder bei denen ein klinisch relevantes oppositionell aggressives Verhalten vorliegt, sollten patient:innenzentrierte Interventionen durchgeführt werden. Sie sind vor allem beim Vorliegen gleichaltrigenbezogener Aggression oder sozialer Problemlöse- und Verhaltensfertigkeitendefizite indiziert. Diese patient:innenzentrierten Interventionen sollten möglichst in Kombination mit elternzentrierten Interventionen sowie gegebenenfalls Interventionen in Bildungseinrichtungen durchgeführt werden." [4.4.2.; niedrig; B ↑; sozial emotionales & kognitiv behaviorales Lernen]
	Format, Ausrichtung, Methoden	Einzel-/ Gruppensetting & ambulant oder (teil-)stationär [4.4.3.], evidenzbasiertes Vorgehen, geschultes Personal, Behandlungsfokus und Gruppengeschehen [4.4.4.], Berücksichtigung störungsauslösender und -aufrechterhaltender Bedingungen, intraindividuelle Faktoren und Ressourcen [4.4.5.]
Maßnahmen und Interventionen in Bildungseinrichtungen [4.5.]	Rahmenkonzept	"Die institutionelle Bildung von Kindern, Jugendlichen, und jungen Erwachsenen sollte durch Maßnahmen der universellen, selektiven und indizierten Prävention zur Verbesserung der sozial emotionalen und Problemlösekompetenz unterstützt werden. Diese Präventionsmaßnahmen sollten in einem mehrstufigen, konsequent präventiv ausgerichteten Rahmenkonzept organisiert werden. Die mehrstufigen Rahmenkonzepte sollten evidenzbasierte Verfahren integrieren, multimodal und multiprofessionell ausgerichtet sein, eine Verlaufsdiagnostik beinhalten und datenbasierte Förderentscheidungen vorsehen. Diese Angebote sollten Kenntnisse und Kompetenzen von pädagogischen Fachkräften und Lehrkräften verbessern." [4.5.1.; sehr niedrig; B ↑; Gruppenmanagement, Gruppenkontingenzverfahren und sozial emotionales Lernen]
	Übergänge sowie präventive Maßnahmen	Übergänge im Bildungssystem [4.5.2.], verlässliches Gruppenmanagement [4.5.3.], universelle Prävention [4.5.4.], selektive Prävention [4.5.5.], indizierte Prävention [4.5.6.]

Kapitel	Subkapitel	Empfehlungstext [Empfehlungsnummer; Qualität der Evidenz ¹ ; Empfehlungsgrad ² ; therapeutische Ausrichtung] oder Schlagwort der Empfehlung [Empfehlungsnummer]
Multimodale Intensivbehandlungen [4.6.]	Indikation	<i>"Bei schwerwiegender, mehrere Lebensbereiche betreffender Symptomatik einer Störung des Sozialverhaltens und bei stark ausgeprägten Funktions bzw. Teilhabebeeinträchtigungen sollte bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine aufsuchende, systemübergreifende, multimodale Intensivbehandlung umgesetzt werden."</i> [4.6.1.; moderat; B ↑; kognitiv-behaviorales und systemisch ausgerichtetes Therapiekonzept]
	Format, Ausrichtung, Methoden	Format, Ausrichtung, Methoden [4.6.2.]
Pharmakologische Interventionen [5.]	Indikation	<i>"Wenn beim Vorliegen einer Störung des Sozialverhaltens mit ausgeprägter Impulsivität, chronischer Reizbarkeit und Aggressivität durch psychosoziale (einschließlich psychotherapeutische) Interventionen keine hinreichende Symptomreduktion erzielt werden konnte, soll in der Regel frühestens ab einem Alter von 6 Jahren eine ergänzende Pharmakotherapie erwogen werden."</i> [5.1.; moderat; A ↑↑]
	Indikationsstellung sowie spezifische Präparate	Ärztliche Qualifikation [5.2.], Monitoring [5.3.], Stimulanzien [5.4.], Antipsychotika zweiter Generation [5.5.], SSRI [5.6.], medikamentöse Akuttherapie [5.7.]
Kooperation mit der Kinder- und Jugendhilfe [6.1.]	Vorraussetzungen & Anlässe	Einverständnis der Patient:innen und Sorgeberechtigten [6.1.1.], Kindeswohlgefährdung [6.1.2.], Anlässe für Einbezug des Kinder- und Jugendhilfesystems [6.1.3.], Anlässe für Einbezug der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie [6.1.4.]
	Gestaltung der Zusammenarbeit	Fallbezogene Zusammenarbeit [6.1.5.], Bezugsperson aus dem Kinder- und Jugendhilfesystem [6.1.6.], Hilfeplanung [6.1.7.], Notfallvorstellungen im Gesundheitssystem [6.1.8.], strukturelle Kooperation [6.1.9.], Transition ins Erwachsenenalter [6.1.10.]
Kooperation mit dem Justizsystem [6.2.]	Anlässe	Einbezug des Justizsystems [6.2.1.], Selbstanzeige [6.2.2.], diagnostische Abklärung, störungsspezifische Therapie und Beratung [6.2.3. & 6.2.4.]
	Gestaltung der Zusammenarbeit	Qualifikation und Rollen [6.2.5.], fallbezogene Zusammenarbeit [6.2.6.], Einverständnis der Patient:innen und Sorgeberechtigten sowie Offenbarungen [6.2.7. & 6.2.10.], Beauftragung als Sachverständige:r [6.2.8.], Vertraulichkeit [6.2.9.], gerichtliche Therapieauflagen [6.2.11.]

Kapitel	Subkapitel	Empfehlungstext [Empfehlungsnummer; Qualität der Evidenz ¹ ; Empfehlungsgrad ² ; therapeutische Ausrichtung] oder Schlagwort der Empfehlung [Empfehlungsnummer]
Kooperation mit dem Bildungssystem [6.3.]	Prävention	Fortbildung für Lehr- und pädagogische Fachkräfte, Fallberatungen, Intervention und Supervision [6.3.1.], sonderpädagogischer Förderbedarf, individueller Förderplan und Diagnostik [6.3.2.], Konzepte zur inklusiven Bildung [6.3.3.]
	Anlässe	Einbezug des Bildungssystems in Diagnostik [6.3.4.], Austausch von Befunden [6.3.5.], Einbezug des Bildungssystems in Behandlung [6.3.6. und 6.3.7.], inklusive schulische Förderung [6.3.8.], Anlässe für Einbezug der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie [6.3.9.]
	Gestaltung der Zusammenarbeit	Fallbezogene Zusammenarbeit [6.3.10.], Bezugsperson aus dem Kinder- und Jugendhilfe- sowie Bildungssystem [6.3.11.], gemeinsame Fallbesprechungen [6.3.12.], (teil-)stationärer Aufenthalt und Reintegration [6.3.13., 6.3.14. & 6.3.15.]

I. EINLEITUNG IN DIE LEITLINIE

1. Störungen des Sozialverhaltens

In den gängigen Diagnosesystemen (ICD-10/11, DSM-5) wird der Terminus der Störung des Sozialverhaltens verwendet, um eine heterogene Gruppe von Verhaltensauffälligkeiten zu beschreiben, die durch oppositionelle, aggressive und/oder dissoziale Verhaltensweisen gekennzeichnet sind (American Psychiatric Association, 2018; Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, n.d.; Dilling et al., 2015; Dilling et al., 2016). Das so klassifizierte Verhalten äußert sich in ausgeprägtem Verweigerungsverhalten gegenüber Erwachsenen, körperlicher oder verbaler Aggression gegenüber Personen oder Gegenständen sowie in Verletzungen der Rechte anderer. Solche Verhaltensweisen treten in abgeschwächter Form im Verlauf der Entwicklung durchaus bei vielen Kindern und Jugendlichen auf, ohne dass von einer klinisch relevanten Verhaltensstörung gesprochen wird. Entwickelt sich jedoch ein wiederkehrendes und anhaltendes Verhaltensmuster, dessen Schweregrad deutlich über dem von Gleichaltrigen liegt, spricht man von einer Störung des Sozialverhaltens.

Entsprechend des ICD-11 kann sowohl bei Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionell-aufsässigem Verhalten (6C90) als auch bei Störungen des Sozialverhaltens mit dissozialem Verhalten (6C91) zusätzlich kodiert werden, ob eine reduzierte prosoziale Emotionalität vorliegt. Diese ist gekennzeichnet durch einen Mangel an Reue oder Schuldgefühl, eingeschränkte Empathie, Gleichgültigkeit gegenüber eigener Leistung sowie oberflächlichen oder eingeschränkten Affekt (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, n.d.). Hilfreich kann auch sein reaktive Aggression, welche impulsiv als unmittelbare Reaktion auf wahrgenommene Bedrohungen oder Frustrationen auftritt und proaktive Aggression, die zielgerichtet eingesetzt wird, um bestimmte Ziele zu erreichen, zu unterscheiden (Petermann et al., 2016).

Störungen des Sozialverhaltens gehören zu den häufigsten Vorstellungsanlässen in kinder- und jugendpsychiatrischen und kinder- und jugendpsychotherapeutischen Einrichtungen. Unter Anwendung etablierter diagnostischer Kriterien liegt die Prävalenz von Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem-aufsässigem Verhalten bei etwa 3 % (zwischen 1 % und 11 %) und für Störungen mit aggressiv-dissozialem Verhalten bei etwa 4 % (zwischen 2 % und 10 %; American Psychiatric Association, 2018). Störungen des Sozialverhaltens treten häufig gemeinsam mit weiteren psychischen Störungen auf (z. B. Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung und Störungen durch Substanzgebrauch). Gleichzeitig können aggressives und sozial unangepasstes Verhalten auch als Begleitsymptom anderer psychischer Störungen auftreten, sodass eine sorgfältige differentialdiagnostische Abgrenzung erforderlich ist.

Die Entstehung von Störungen des Sozialverhaltens lässt sich im Sinne eines biopsychosozialen Modells verstehen. Intrapsychische Risikofaktoren umfassen Störungen sozialer Kognitionen (z. B. der sozial-kognitiven Informationsverarbeitung und Problemlösung), Störungen der Emotionsverarbeitung (z. B. eingeschränkte Impulskontrolle oder reduzierte prosoziale Emotionalität) sowie Defizite sozial kompetenter Verhaltensfertigkeiten. Befunde aus Adoptions-, Zwillings- und molekulargenetische Studien weisen auf eine bedeutsame Rolle genetischer Faktoren hin, wobei die Heritabilität aggressiven Verhaltens auf etwa 50 % geschätzt wird. Oppositionelle, aggressive und dissoziale Verhaltenstendenzen werden unter anderem mit der Funktion des serotonergen sowie dopamingeren Neurotransmittersystems, dem Neuropeptid Vasopressin sowie Sexualhormonen in Zusammenhang gebracht. Auf neuronaler Ebene sind komplexe Netzwerke kortikaler und subkortikaler Hirnregionen beteiligt. Darüber hinaus wurden einige (psycho-)soziale Risikofaktoren identifiziert (u. a. geringer sozioökonomischer Status, belastetes Familiensystem, elterliche Psychopathologie, inkonsistente Erziehungsverhaltensweisen). Dabei scheint vor allem die Kumulation (psycho-)sozialer Risikofaktoren die Wahrscheinlichkeit für oppositionelle und aggressiv-dissoziale Verhaltensstörungen zu erhöhen. Zahlreiche Studien belegen zudem Wechselwirkungen zwischen genetischen Faktoren und

Umwelteinflüssen. Darüber hinaus können ungünstige wechselseitige Einflüsse innerhalb delinquent geprägter Peergruppen zur Stabilisierung problematischen Verhaltens beitragen (für eine Übersicht zur Ätiologie siehe Görtz-Dorten et al., 2024).

Junge Menschen mit Störungen des Sozialverhaltens sowie deren Familie weisen häufig einen Unterstützungsbedarf auf, der über Maßnahmen des Gesundheitssystems hinausgeht und auch Angebote der Kinder- und Jugendhilfe, des Bildungssystems sowie in Einzelfällen des Justizsystems bedarf. Eine enge Kooperation zwischen den verschiedenen Versorgungssystemen sowie eine Koordination der Maßnahmen sind daher zentral für eine gelungene Versorgung der jungen Menschen.

Im Gesundheitssystem bildet eine multimodale Verhaltens- und Psychodiagnostik den Ausgangspunkt der Behandlung (Petermann et al., 2016). Eine solche umfasst mehrere Informationsquellen (insbesondere Eltern bzw. primäre Bezugspersonen, Patient:innen sowie Lehr- bzw. pädagogische Fachkräfte), detaillierte anamnestische Informationen sowie strukturierte und standardisierte diagnostische Verfahren. Für die Therapieplanung ist eine umfassende Erhebung der Kernsymptomatik, komorbider Störungen sowie auslösender und aufrechterhaltender Faktoren erforderlich. Im Gesundheitssystem stehen psychosoziale sowie pharmakotherapeutische Behandlungsansätze zur Verfügung, wobei psychosoziale Interventionen im Bereich der Störungen des Sozialverhaltens eine größere Bedeutung zukommt.

Psychosoziale Maßnahmen und Interventionen lassen sich nach Zielgruppen und Präventionsebenen differenzieren. Maßnahmen der universellen Prävention richten sich an alle Kinder, Jugendlichen und junge Erwachsene bzw. deren Bezugspersonen mit dem Ziel, Gesundheit zu fördern. Maßnahmen der selektiven Prävention adressieren junge Menschen mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer psychischen Störung sowie deren Bezugspersonen. Indizierte Präventionsmaßnahmen richten sich an junge Menschen, die bereits erste Symptome einer psychischen Störung zeigen, sowie an deren Bezugspersonen. Interventionen für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit einer diagnostizierten Störung sowie deren Bezugspersonen werden als therapeutische Interventionen bezeichnet. Psychosoziale Maßnahmen und Interventionen lassen sich zudem danach unterscheiden, an welche Zielgruppe sie primär gerichtet sind: elternzentrierte Interventionen richten sich an Eltern bzw. primäre Bezugspersonen, patient:innenzentrierte Interventionen an die jungen Menschen selbst. Präventionsmaßnahmen und Interventionen in Bildungseinrichtungen können sich an die jungen Menschen selbst oder die dortigen Bezugspersonen richten oder Rahmenbedingungen adressieren. Werden die Patient:innen in primär elternzentrierte Maßnahmen einbezogen oder steht die Eltern-Kind-Interaktion im Fokus, werden diese Ansätze auch als eltern-kindzentriert bezeichnet. Eine weitere Behandlungsmöglichkeit bei schwerwiegenden Störungen des Sozialverhaltens stellen multimodale Intensivbehandlung dar.

2. Geltungsbereich und Zweck

2.1. Zielsetzung und Fragestellung

Die klinische S3-Leitlinie zu Störungen des Sozialverhaltens bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen verfolgt das Ziel evidenz- und konsensbasierte Standards für die Identifikation, Diagnostik und (psychiatrische und psychotherapeutische) Behandlung von jungen Menschen mit Störungen des Sozialverhaltens, für die Prävention von Störungen des Sozialverhaltens sowie für die interdisziplinäre Kooperation mit weiteren zentralen Versorgungssystemen zu benennen und zu etablieren. Die Verbreitung und Implementierung der Leitlinienempfehlungen soll dazu beitragen, dass mehr Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene eine adäquate Diagnostik und Behandlung erhalten. Die Behandlung zielt darauf ab die Symptomatik sowie die Dauer und die Anzahl von Erkrankungsepisoden zu reduzieren und das Risiko für sekundäre Erkrankungen und Funktionsbeeinträchtigungen (z. B. Schulabbrüche, delinquentes Verhalten) zu verringern.

2.2. Versorgungsbereich

Störungen des Sozialverhaltens zählen zu den häufigsten Vorstellungsgründen in kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Einrichtungen. Entsprechend liegt der Fokus der klinischen S3-Leitlinie auf der Identifikation, Diagnostik und Behandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Störungen des Sozialverhaltens im ambulanten und (teil-) stationären klinischen Setting. Ergänzend werden notwendige Rahmenbedingungen der Versorgung und die Notwendigkeit der Koordination verschiedener Versorgungsangebote thematisiert. Neben therapeutischen Interventionen werden auch wirksame Maßnahmen der selektiven und indizierten Prävention benannt. Im Rahmen der BELLA-Studie offenbarte sich, dass aktuell nur einer von sieben jungen Menschen mit Verhaltensproblemen in Deutschland eine adäquate diagnostische und therapeutische Versorgung erhält (14,2 %; Hintzpeter et al., 2014). Die Barrieren für die Inanspruchnahme sind dabei vielfältig: Nichterkennen der Diagnose, inadäquate Information der Betroffenen, negative Einstellungen und Vorurteile gegenüber psychischen Störungen und den Möglichkeiten der Behandlung, sozioökonomische Nachteile und familiäre Belastungsfaktoren sowie ein Fehlen von Versorgungsangeboten in schlecht versorgten Regionen bzw. eine mangelnde Vernetzung von Versorgungssystemen. Junge Menschen mit Störungen des Sozialverhaltens sowie deren Familie weisen in der Regel einen Unterstützungsbedarf auf, der nicht allein durch Maßnahmen des Gesundheitssystems adressiert werden kann. Dem Bildungssystem, der Kinder- und Jugendhilfe und dem Justizsystem kommt bei der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Störungen des Sozialverhaltens eine besondere Bedeutung zu. Eine gelingende Kooperation der zentralen Versorgungssysteme sowie eine enge Abstimmung und Koordination der Maßnahmen ist essenziell für die Versorgung der jungen Menschen.

2.3. Patient:innenzielgruppe

Die Leitlinie bezieht sich auf Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 0 bis 21 Jahren, welche die diagnostischen Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllen, die einzelne Symptome einer Störung des Sozialverhaltens zeigen oder die ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens aufweisen. Die multimodale Behandlung der jungen Menschen inkludiert unter anderem auch Interventionen mit zentralen Bezugspersonen, wie Eltern bzw. primären Bezugspersonen und pädagogischen- bzw. Lehrkräften, der jungen Menschen.

2.4. Anwendendengruppe/Adressat:innen

Zur Anwendendengruppe der Leitlinie zählen Assistenz- und Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen, Fachpsychotherapeut:innen für Kinder und Jugendliche sowie klinische Psycholog:innen, Psychiatr:innen und Psychologische Psychotherapeut:innen, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten. Neben den benannten Fachkräften des Gesundheitssystems richtet sich die klinische Leitlinie auch an Fachkräfte weiterer Versorgungssysteme, die professionell an der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Symptomen einer Störung des Sozialverhaltens sowie Kindern und Jugendlichen mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens beteiligt sind. Der besonderen Bedeutung des Bildungssystems, der Kinder- und Jugendhilfe und des Justizsystems für die Versorgung dieser Zielgruppe wird durch ein neu geschaffenes Kapitel zur Kooperation der Versorgungssysteme begegnet. Den Patient:innen, ihren Angehörigen und anderen interessierten Personen kann die klinische Leitlinie, insbesondere die erstellten zielgruppenspezifischen Informationen, zur Information dienen.

2.5. Dokumente zur Anwendung der Leitlinie

Die interdisziplinär erarbeitete evidenz- und konsensbasierte S3-Leitlinie zu Störungen des Sozialverhaltens (AWMF-Registernummer 028-020) besteht aus drei zentralen Dokumenten:

- 1) dem vorliegenden Leitlinienreport,
- 2) einer Kurzfassung der Leitlinie mit allen Leitlinienempfehlungen und
- 3) einer Langfassung der Leitlinie, welche neben den Leitlinienempfehlungen auch Einleitungen, Hintergrundtexte sowie Hinweise zu der vorliegenden Evidenz beinhaltet.

Ergänzend zur klinischen Leitlinie wurden zielgruppenspezifische Informationen für Patient:innen (eine Version ab 6 Jahre und eine Version ab 12 Jahre), Eltern bzw. weitere primäre Bezugspersonen sowie Fachkräfte des Bildungssystems, der Kinder- und Jugendhilfe und des Justizsystems entwickelt.

Alle Inhalte der Leitlinie sind abrufbar unter:

<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-020>

3. Zusammensetzung der Leitliniengruppe

3.1. Leitlinienkoordination

Leitlinienkoordination (ab August 2024) & Leitliniensekretariat:

Prof. Dr. Anja Görtz-Dorten

Centrum/Ausbildungsinstitut für Kinder- Jugendlichenpsychotherapie an der Uniklinik Köln

(CEKIP/AKiP)³

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Uniklinik Köln

Pohligstr. 9

50969 Köln

Leitlinienkoordination (bis August 2024):

Prof. Dr. Manfred Döpfner

Centrum/Ausbildungsinstitut für Kinder- Jugendlichenpsychotherapie an der Uniklinik Köln

(CEKIP/AKiP)³

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Uniklinik Köln

Pohligstr. 9

50969 Köln

Projektkoordination:

Dr. Lea Teresa Kohl

Centrum/Ausbildungsinstitut für Kinder- Jugendlichenpsychotherapie an der Uniklinik Köln

(CEKIP/AKiP)³

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Uniklinik Köln

Pohligstr. 9

50969 Köln

3.2. Beteiligte Fachgesellschaften und Organisationen

In Tabelle 1 findet sich eine Auflistung der am Leitlinienprozess beteiligten Fachgesellschaften und deren Vertretenden.

³ Ausgehend von dem reformierten Psychotherapeutengesetz und der neuen Weiterbildungsordnung wurde das Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (AKiP) schrittweise in das Centrum für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an der Uniklinik Köln (CEKIP) umgewandelt.

Tabelle 1: Mandatstragende und Fachgesellschaften

Mandatstragende	Fachgesellschaft/ Organisation
Michael Kölch	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP)
Myriam Bea	ADHS Deutschland e. V.
Klaus Fröhlich-Gildhoff	Bundesverband für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie e. V. (BKJ)
Klaus Seifried	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. - Sektion Schulpsychologie (BDP)
Marianne Klein	Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP)
Marianne Klein	Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (BPtK)
Cornelia Metge	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
Christina Schwenck	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Verhaltenstherapie (KJPVT) (ehemals: BVKJ)
Raimund Geene	Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG-SHG)
Nina Heinrichs	Deutsche Gesellschaft für Psychologie, Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie (DGPs)
Gitta Reuner	Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ)
Filip Caby	Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF)
Michael Borg-Laufs	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.
Eva Frank	Deutsche Psychotherapeutenvereinigung e. V. (DPTV)
Marc Allroggen	Deutsche Vereinigung für Jugendgerichte und Jugendgerichtshilfen e.V. (DVJJ)
Oliver Fricke	Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)
Elke Hauke	Kindernetzwerk e.V.- Dachverband der Selbsthilfe von Familien mit Kindern und jungen Erwachsenen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen (knw)
Kathrin Sevecke	Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (ÖGKJP)
Christina Stadler	Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (SGKJPP)
Angela Ehlers	Verband Sonderpädagogik e.V. (vds)
Katrin Luise Läzer	Vereinigung für analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie e. V. (VAKJP)
Norbert Beck	Bundesverband Caritas Kinder- und Jugendhilfe e.V. (BVkE)

Der Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen und der Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (BVVP), welche für eine Mitwirkung in der Konsensusgruppe angefragt wurde, gaben an aufgrund begrenzter Ressourcen nicht an dem Leitlinienupdate mitzuwirken zu können.

3.3. Patient:innen/Bürger:innenbeteiligung

Die Leitlinie wurde unter direkter Beteiligung von Vertretenden der Patient:innen bzw. deren Angehörigen erstellt. Frau Myriam Bea (ADHS Deutschland e. V.), Frau Elke Hauke (knw) und Herr Raimund Geene (DAG-SHG) waren stimmberechtigt und seit Projektbeginn an der Erstellung der Leitlinie beteiligt.

Auch die Entwicklung der zielgruppenspezifischen Informationen erfolgte in Rücksprache mit diesen Vertretenden. Darüber hinaus wurden 14 Eltern bzw. primäre Bezugspersonen von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Symptomen oder einer Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens hinsichtlich der Akzeptanz der erstellten zielgruppenspezifischen Informationen für Eltern bzw. primäre Bezugspersonen befragt.

3.4. Methodische Begleitung

Bei der Aktualisierung wurde die Leitlinie durch Frauke Schwier, AWMF-Leitlinienberaterin, methodisch beraten und neutral moderiert. Die Evidenzaufbereitung erfolgte durch das Projektteam sowie unter direkter Anleitung von Frau Dr. Lea Teresa Kohl.

II. EMPFEHLUNGEN DER LEITLINIE

1. Empfehlungen zu Rahmenbedingungen und der Koordination von Versorgungsangeboten

Beziehungsgestaltung und Grundsätze der Interaktion mit den Familien

1.1.	Empfehlung	Bestätigt (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Es soll sichergestellt werden, dass Gespräche in einer ungestörten, von Respekt und Wertschätzung gekennzeichneten Atmosphäre stattfinden. Die Tatsache, dass Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Störungen des Sozialverhaltens nicht selten negative Erfahrungen mit bisherigen Bezugspersonen gemacht haben und Erwachsenen häufig misstrauisch und ablehnend gegenüberstehen, sollte ebenso berücksichtigt werden, wie die damit verbundene Konsequenz, dass der Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung ausreichend Zeit erfordert. Kinder/Jugendliche/junge Erwachsene sollen vorab darüber informiert werden, wie vertrauliche Informationen behandelt werden und unter welchen Bedingungen (unter Beachtung der gesetzlichen Grundlagen) Informationen an die Sorgeberechtigten oder andere Bezugspersonen weitergegeben werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

1.2.	Empfehlung	Bestätigt (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Um eine positive Beziehung zu den Kindern, Jugendlichen oder jungen Erwachsenen zu ermöglichen, kann es hilfreich sein, für die sekundären Folgen problematischen Verhaltens Verständnis zu zeigen (z. B. Verärgerung über Bestrafung, Auseinandersetzung und Streit mit Eltern bzw. Lehrkräften). Es sollten keine Vorverurteilungen hinsichtlich oppositionellen, aggressiven oder dissozialen Verhaltens geäußert werden. Die Perspektive der Kinder/Jugendlichen/jungen Erwachsenen sowie der Wunsch nach Autonomie sollten berücksichtigt und Partizipation in der Behandlungsplanung aufgezeigt werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

1.3.	Empfehlung	Bestätigt (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Die Rolle der Untersuchenden (z. B. beratend, behandelnd versus begutachtend) sollte gegenüber den Kindern/Jugendlichen/jungen Erwachsenen und beteiligten Sorgeberechtigten offen dargelegt werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

1.4.	Empfehlung	Bestätigt (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Getroffene Behandlungsvereinbarungen sollten im Behandlungsverlauf kontinuierlich überprüft werden, um sie gegebenenfalls an eingetretene Veränderungen anpassen zu können.	
	Konsensstärke: 100 %	

1.5.	Empfehlung	Bestätigt (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Initial kann es sinnvoll sein, Eltern/Sorgeberechtigte und deren Kinder/Jugendliche/junge Erwachsene gemeinsam zu befragen, um deren Interaktion und gegenseitige Kommunikation über das Problemverhalten zu beobachten. Besonders wenn oppositionelle, aggressive oder dissoziale Verhaltensweisen thematisiert werden, können die Kinder/Jugendlichen/jungen Erwachsenen jedoch das Gefühl entwickeln, auf einer Anklagebank zu sitzen. Ob zunächst mit den Kindern/Jugendlichen/jungen Erwachsenen oder den Eltern/Sorgeberechtigten oder beiden gemeinsam gesprochen wird, sollte von dem Vorstellungsanlass und der Situation abhängig gemacht werden.	
	Konsensstärke: 95,45 %	

1.6.	Empfehlung	Neu (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Eine erfolgreiche kinder- und jugendpsychiatrische/-psychotherapeutische Behandlung erfordert: - den Aufbau einer vertrauensvollen Therapiebeziehung zu den Kindern/Jugendlichen/jungen Erwachsenen und deren primären Bezugspersonen, - den Aufbau einer Veränderungs- und Behandlungsmotivation bei den betroffenen Personen und ihren Familien, - die Aktivierung und Einbeziehung vorhandener Ressourcen sowohl bei den betroffenen Personen selbst als auch in ihrem Umfeld (u. a. Familie, Bildungseinrichtung, Gleichaltrigengruppe).	
	Konsensstärke: 100 %	

Berücksichtigung kultureller, ethnischer und religiöser Hintergründe

1.7.	Empfehlung	Bestätigt (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Wenn sich Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene oder deren Eltern/Sorgeberechtigten mit Migrationshintergrund in der deutschen Sprache nicht sicher fühlen, sollten qualifizierte Sprach- und Kulturmittler:innen hinzugezogen werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

1.8.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Fachkräfte sollten sich darüber bewusst sein, dass die Art und Weise, wie Kinder/Jugendliche/junge Erwachsene oder Eltern/Sorgeberechtigte Probleme und psychische Schwierigkeiten schildern, nicht nur alters- und geschlechtsbedingt variiert, sondern auch in Abhängigkeit des kulturellen, ethnischen oder religiösen Hintergrundes der Familie. Sowohl bei der Aufklärung über Ursachen der Störung als auch bei der Bestimmung der Interventionsziele und der Durchführung von Interventionsmaßnahmen ist es hilfreich, sozio-kulturelle und ethnische Faktoren zu berücksichtigen.	
	Konsensstärke: 100 %	

HINTERGRUNDTEXT: Die Empfehlung wurde dahingehend modifiziert, dass auch bei der Bestimmung der Interventionsziele sozio-kulturelle und ethische Faktoren Berücksichtigung finden.

Rechtliche Grundlagen und Beratungsmöglichkeiten

1.9.	Empfehlung	Bestätigt (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Es sollte sichergestellt werden, dass behandelnde Fachkräfte über relevante rechtliche Grundlagen hinsichtlich Schweigepflicht, Fremdunterbringung, Inobhutnahme, Kinderschutzmaßnahmen, usw. ausreichend informiert sind.	
	Konsensstärke: 89,47 %	

1.10.	Empfehlung	Bestätigt (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Wenn Anhaltspunkte für eine mögliche Kindeswohlgefährdung (Misshandlung, mangelnde Fürsorge) vorliegen, soll zum Schutz der Kinder bzw. Jugendlichen eine Beratung über eine insoweit erfahrene Fachkraft und/oder die Einbindung des Jugendamtes erfolgen.	
	Konsensstärke: 100 %	

EXTERNER VERWEIS: Für weitere Informationen zum Vorgehen bei Anhaltspunkten für eine mögliche Kindeswohlgefährdung und den Möglichkeiten einer fachlichen Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft siehe Kinderschutzleitlinie (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019) sowie §8a SGB⁴ VIII.

1.11.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Bei Ankündigungen, Drohungen oder Hinweisen hinsichtlich fremd- oder selbstgefährdenden Verhaltens kann eine Weitergabe von Informationen entgegen dem Willen der Kinder/Jugendlichen/jungen Erwachsenen und/oder der Sorgeberechtigten notwendig und die Zusammenarbeit mit anderen Fachstellen erforderlich sein. Bei direkt bevorstehenden schweren Straftaten gibt es teilweise Offenbarungspflichten.	
	Konsensstärke: 90,45 %	

⁴ SGB = Sozialgesetzbuch

HINTERGRUNDTXT: Entsprechend rechtlicher Rahmenbedingungen wurde die Empfehlung dahingehend überarbeitet, dass eine Weitergabe von Informationen nicht nur entgegen dem Willen der Kinder/Jugendlichen/jungen Erwachsenen, sondern auch entgegen dem Willen der Sorgeberechtigten notwendig sein kann.

EXTERNER VERWEIS: Für weitere Informationen zu Offenbarungspflichten siehe auch §138 StGB⁵.

Möglichkeiten der Versorgung und Koordination von Hilfen

1.12.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Es sollten niederschwellige, im Lebensumfeld betroffener Personen verortete (lokale, gemeindenah), Versorgungsmöglichkeiten (diagnostische Abklärung, Beratung) für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Störungen des Sozialverhaltens (SSV) oder einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer SSV sowie deren Eltern/Sorgeberechtigte umgesetzt werden. Dabei sollten, bei Bedarf, auch Vertretende des Bildungssystems, des Kinder- und Jugendhilfesystems oder des Justizsystems involviert werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

HINTERGRUNDTXT: Im Sinne einer verbesserten Sichtbarkeit wurde die Empfehlung dahingehend modifiziert, dass Vertretende des Bildungssystems, des Kinder- und Jugendhilfesystems oder des Justizsystems explizit benannt werden.

INTERNER VERWEIS: Für weitere Informationen zu den Anlässen, dem empfohlenen Vorgehen sowie den Voraussetzungen für die Kooperation mit dem Bildungssystem, dem Kinder- und Jugendhilfesystem und dem Justizsystem siehe auch die jeweiligen Kapitel dieser Leitlinie: 6.1., 6.2., 6.3.

1.13.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Fachpersonen sollten ausreichend informiert sein über lokale und bundesweite Fachstellen (z. B. Institutionen für Kinderbetreuung, Erziehungsberatungsstellen, Ehe- und Familienberatungsstellen, Kinder- und Jugendhilfe, Anlaufstellen für Notfälle), um Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit einer Störung des Sozialverhaltens, aber auch Eltern/Sorgeberechtigten bei Vorliegen persönlicher, sozialer oder ökonomischer Schwierigkeiten zusätzliche Unterstützung vermitteln und im Falle von Krisensituationen Maßnahmen umsetzen zu können. Eltern/Sorgeberechtigte sollten motiviert und unterstützt werden, begleitende Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen. Dabei sollte, bei Bedarf, auch auf das Bildungssystem, das Kinder- und Jugendhilfesystem oder das Justizsystem zugegangen werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

HINTERGRUNDTXT: Im Sinne einer verbesserten Sichtbarkeit wurde die Empfehlung dahingehend modifiziert, dass das Bildungssystem, das Kinder- und Jugendhilfesystem und das Justizsystem als Anbieter begleitender Hilfsangebote explizit benannt werden.

⁵ StGB = Strafgesetzbuch

INTERNER VERWEIS: Für weitere Informationen zu den Angeboten des Bildungssystems, des Kinder- und Jugendhilfesystems und des Justizsystems siehe auch die jeweiligen Kapitel dieser Leitlinie: 6.1., 6.2., 6.3.

1.14.	Empfehlung	Bestätigt (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Fachkräfte sollten konstant für eine betroffene Person und deren Familie zuständig sein, um eine hohe Behandlungskontinuität zu ermöglichen. Es sollte vermieden werden, dass unnötigerweise mehrfach die gleichen anamnestischen oder diagnostischen Erhebungen durchgeführt werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

1.15.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Ein übergreifender fachspezifischer Austausch verschiedener Systeme und Institutionen (z. B. Schule, Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe), die in die Bildung, Behandlung und Versorgung eines Kindes, eines/einer Jugendlichen oder eines/einer jungen Erwachsenen involviert sind bzw. bei weiteren pädagogischen oder therapeutischen Maßnahmen involviert sein werden, sollte umgesetzt werden. Ziele sollten aufeinander abgestimmt und fortlaufend überprüft werden.	
	Konsensstärke: 95,45 %	

HINTERGRUNDTEXT: Ein übergreifender fachspezifischer Austausch setzt das Einverständnis der betroffenen Personen und ihrer Sorgeberechtigten voraus. Im Sinne einer verbesserten Sichtbarkeit wurde die Empfehlung dahingehend modifiziert, dass neben der Schule auch Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe beispielhaft benannt werden.

INTERNER VERWEIS: Für weitere Informationen zu den Möglichkeiten und Voraussetzungen eines fachspezifischen Austauschs mit dem Bildungssystem, dem Kinder- und Jugendhilfesystem und dem Justizsystem siehe auch die jeweiligen Kapitel dieser Leitlinie: 6.1., 6.2., 6.3.

1.16.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 11/2024)
Empfehlungs-grad: B ↑	In komplexen Fallkonstellationen sollte eine verantwortliche Fachkraft in Abstimmung mit den verschiedenen Systemen Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Störungen des Sozialverhaltens bei Bedarf auch längerfristig begleiten, Hilfsangebote koordinieren und den Verlauf dokumentieren.	
Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: sehr niedrig Komorbide Symptomatik: - Funktionsniveau/Lebensqualität: sehr niedrig Gesamtbeurteilung: sehr niedrig ⁶	
Literatur-hinweise	Olson et al. (2021); Suter und Bruns (2009)	

⁶ Die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz wurde vor allem aufgrund methodischer Limitationen (Risiko für Bias) sowie der Indirektheit der Befunde und mitunter aufgrund der Ungenauigkeit als sehr niedrig bewertet.

	Konsensstärke: 100 %
--	----------------------

HINTERGRUNDTXT: In der Empfehlung wurde der notwendige Hinweis ergänzt, dass die Aktivitäten der koordinierenden Fachkraft mit den verschiedenen Versorgungssystemen abgestimmt werden sollten. Aufgrund der konservativeren Einschätzung der Evidenzqualität gegenüber der bisherigen Leitlinienfassung ergab sich, abweichend zur bisherigen Einschätzung der Evidenz, eine sehr niedrige Qualität der Evidenz (Gesamtbeurteilung). Die Leitliniengruppe erzielte einen starken Konsens hinsichtlich einer schwachen Empfehlung bei (sehr) niedriger Qualität der Evidenz (Gesamtbeurteilung) basierend auf einer positiven Abwägung von Nutzen und Schaden sowie Kosten und Nutzen und einem hohen Bedarf bzw. einer hohen Akzeptanz des Einsatzes einer koordinierenden Fachkraft.

INTERNER VERWEIS: Für weitere Informationen zu der Kooperation mit dem Bildungssystem, dem Kinder- und Jugendhilfesystem und dem Justizsystem siehe auch die jeweiligen Kapitel dieser Leitlinie: 6.1., 6.2., 6.3.

Übergang ins Erwachsenenalter

1.17.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	In der Arbeit mit jungen Erwachsenen, bei denen die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens nach wie vor erfüllt sind, sollte berücksichtigt werden, dass häufig Reifungs- und Entwicklungsverzögerungen vorliegen, die eine weitere Umsetzung der Empfehlungen dieser Leitlinie auch über die Volljährigkeit hinaus erforderlich machen. Dies sollte nicht nur hinsichtlich möglicher Interventionen des Gesundheitssystems, sondern auch hinsichtlich möglicher Angebote und Interventionen des Kinder- und Jugendhilfesystems, des Justizsystems und des Bildungssystems bedacht werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

HINTERGRUNDTXT: Im Sinne einer verbesserten Sichtbarkeit wurde die Empfehlung dahingehend modifiziert, dass nun auch die Angebote und Interventionen des Kinder- und Jugendhilfesystems, des Justizsystems und des Bildungssystems explizit benannt werden.

INTERNER VERWEIS: Für weitere Informationen zu der Versorgung bei dem Übergang ins Erwachsenenalter siehe auch die jeweiligen Kapitel zur Kooperation des Gesundheitssystems mit dem Bildungssystem, dem Kinder- und Jugendhilfesystem und dem Justizsystem dieser Leitlinie: 6.1., 6.2., 6.3.

Evidenz zu den Empfehlungen

Bislang liegt nur geringe Evidenz zur längerfristigen Begleitung, Koordination der Hilfsangebote sowie Verlaufsdokumentation durch eine verantwortliche Fachkräfte bei komplexen Fallkonstellationen vor (**Empfehlung 1.16.**). Zwei Metaanalysen deuten darauf hin, dass eine koordinierte, längerfristige Begleitung durch eine verantwortliche Fachkraft („Wraparound Care Coordination/Case Management“) im Vergleich zu keiner oder einer geringeren Fallsteuerung („service as usual“) mit kleinen bis moderaten positiven Effekten einhergeht. In der Metaanalyse von Suter und Bruns (2009), in die sieben Studien eingeschlossen wurden (Zeitraum: 1986–2008), zeigten sich mittlere Effekte hinsichtlich der Lebenssituation des Jugendlichen (ES = 0,44) sowie kleine Effekte hinsichtlich der Verbesserung der psychischen Symptomatik (ES = 0,31), des allgemeinen psychosozialen Funktionsniveaus (ES = 0,25), des schulischen Funktionsniveaus (ES = 0,27) sowie dem verringerten Auftreten von Delinquenz (ES = 0,21). Die Metaanalyse von Olson et al. (2021), die 17 Studien

einschloss (Zeitraum: 1991–2019), deutete ebenfalls auf positive Effekte von Hilfeplan-Konferenzen (Casemanagement), insbesondere in Bezug auf den Verbleib von Jugendlichen mit schwerwiegenden emotionalen Störungen im häuslichen Umfeld und in der Gemeinschaft, hin. Mittlere Effekte zugunsten des durchgeführten Wraparound-Programms gegenüber aktiven Kontrollgruppen zeigten sich in Bezug auf die Wohnsituation ($g = 0,41$, $p = ,001$) und das schulische Funktionsniveau ($g = 0,40$, $p = ,007$). Kleine Effekte wurden hinsichtlich einer Verbesserung der psychischen Symptomatik ($g = 0,36$, $p = ,03$) und des allgemeinen Funktionsniveaus ($g = 0,32$, $p = ,007$) beobachtet. Die Überlappung eingeschlossener Studien in den Metaanalysen von Suter und Bruns (2009) und Olson et al. (2021) ist gering. Da die Qualität der vorliegenden Evidenz entsprechend des GRADE-Ansatzes als sehr niedrig beurteilt wurde (Gesamtbeurteilung, Kernsymptomatik, Funktionsniveau/Lebensqualität), sollten diese Befunde mit Vorsicht interpretiert werden.

2. Empfehlungen zur Diagnostik

Erste diagnostische Untersuchung

2.1.	Empfehlung	Bestätigt (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Wenn Eltern oder andere Bezugspersonen der Kinder, Jugendlichen oder jungen Erwachsenen oder Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen, der Kinder- und Jugendhilfe oder der Bildungseinrichtung Hinweise auf ein überdauerndes oppositionelles, aggressives oder dissoziales Verhalten geben, dann soll eine Abklärung des Verdachts auf eine Störung des Sozialverhaltens erfolgen.	
	Konsensstärke: 95,45 %	

HINTERGRUNDTXT: Eine Abklärung des Verdachts kann im Regelfall ausschließlich durch betroffene Personen bzw. deren Sorgeberechtigte initiiert werden.

2.2.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 11/2024)
Empfehlungs-grad: B ↑ / A ↑↑	Wenn bei Kindern/Jugendlichen/jungen Erwachsenen Hinweise auf eine andere psychische Störung (v.a. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Autismus-Spektrum-Störung, Reaktive Bindungsstörung, Störungen durch Substanzgebrauch, Persönlichkeitsstörungen, Depressive Störungen, Angst- oder furchtbezogene Störungen, Posttraumatische Belastungsstörung, Störungen durch Verhaltenssüchte) vorliegen, dann sollte überprüft werden, ob auch eine Störung des Sozialverhaltens vorliegt. Das Vorliegen einer dieser psychischen Störungen soll kein Hindernis für eine diagnostische Abklärung der Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens sein.	
Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: - Komorbide Symptomatik: sehr niedrig Funktionsniveau/Lebensqualität: - Gesamtbeurteilung: sehr niedrig ⁷	
Literatur-hinweise	Kaat und Lecavalier (2013); Konrad et al. (2022); Richard et al. (2020); Talmón-Knuser et al. (2023)	
	Konsensstärke: 90,48 %	

HINTERGRUNDTXT: Die Empfehlung wurde dahingehend modifiziert, dass nun häufige Komorbiditäten benannt werden und explizit aufgefördert wird, bei dem Vorliegen dieser das komorbide Vorliegen einer Störung des Sozialverhaltens zu überprüfen. Die vorgenommenen, inhaltlichen Überarbeitungen dienen vor allem der Konkretisierung der Empfehlung. Zudem wurde der bisherige Expertenkonsens in eine evidenzbasierte Empfehlung überführt. Die Leitliniengruppe erzielte einen Konsens hinsichtlich einer schwachen bzw. starken Empfehlung bei (sehr) niedriger Qualität der Evidenz (Gesamtbeurteilung) basierend auf einer positiven Abwägung von Nutzen und Schaden, Kosten und Nutzen sowie versorgungspraktischer Aspekte.

⁷ Die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz wurde vor allem aufgrund methodischer Limitationen (Risiko für Bias) und mitunter aufgrund der Inkonsistenz sowie Ungenauigkeit der Befunde als sehr niedrig bewertet.

2.3.	Empfehlung	Bestätigt (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Für die erste diagnostische Untersuchung von Kindern/Jugendlichen/jungen Erwachsenen mit Verdacht auf eine Störung des Sozialverhaltens kann der Einsatz von störungsübergreifenden Fragebogenverfahren im Selbst- oder Fremdurteil erwogen werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

INTERNER VERWEIS: Eine Übersicht über deutschsprachige, diagnostische Verfahren findet sich im Anhang 1.

2.4.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Wenn im Rahmen erster diagnostischer Maßnahmen Hinweise auf eine Störung des Sozialverhaltens (oder eine häufig existierende komorbide Störung) identifiziert werden können, sollte eine ausführliche diagnostische Untersuchung bei einem Spezialisten bzw. einer Spezialistin für die Diagnostik psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen erfolgen (z. B. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen, Fachpsychotherapeut:innen für Kinder und Jugendliche, Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie).	
	Konsensstärke: 94,45 %	

HINTERGRUNDTXT: Im Sinne der Aktualisierung wurde die Empfehlung dahingehend überarbeitet, dass auch die neu geschaffene Berufsgruppe der Fachpsychotherapeut:innen für Kinder und Jugendliche benannt werden. Zur Vermeidung von Redundanzen wurde die bisherige Nennung einzelner komorbider Störungen zugunsten eines allgemeineren Hinweises entfernt.

Ausführliche diagnostische Untersuchung

2.5.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Bei einer ausführlichen diagnostischen Untersuchung sollen folgende Aspekte exploriert werden: <u>Symptomatik</u> - Symptome einer Störung des Sozialverhaltens nach ICD-10 bzw. ICD-11 (inklusive chronischer Reizbarkeit und Verärgerung sowie begrenzter prosozialer Emotionalität, welche in den Klassifikationssystemen als potenzielle Diagnose-Spezifikationen Berücksichtigung finden können), - Beginn (u. a. da die Angabe hinsichtlich des Beginns in der Kindheit versus Adoleszenz in den Klassifikationssystemen als potenzielle Diagnose-Spezifikation Berücksichtigung finden kann), Verlauf sowie Schweregrad der Symptomatik, - Persönlichkeitsfaktoren und psychopathologische Auffälligkeiten, die mit einer Störung des Sozialverhaltens in enger Beziehung stehen (z. B. aggressive Phantasien, affektive Dysregulation und Impulsivität, mangelnde Problemlösekompetenzen, mangelnde soziale Fertigkeiten), - aktuelle Funktionsbeeinträchtigungen in der Familie, der Kindertageseinrichtung, der Schule, der Ausbildung, der Tagesbetreuung und	

	der Gleichaltrigengruppe (z. B. Ausschluss der Kinder oder Jugendlichen aus einer außerfamiliären Betreuung aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten). <u>auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen</u> - Bedingungen in der Familie, der Schule oder der Gleichaltrigengruppe sowie intraindividuelle Bedingungen (z. B. Impulsivität), welche oppositionelles, aggressives oder dissoziales Verhalten auslösen oder aufrechterhalten. Zur Ermittlung dieser sollten einzelne Ereignisse oppositionellen, aggressiven oder dissozialen Verhaltens einer Analyse von (internen oder externen) auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen unterzogen werden. <u>Komorbiditäten und mögliche Differenzialdiagnosen</u> - frühere und aktuelle psychische Störungen, die als komorbide psychische Störungen und als differenzialdiagnostisch abzugrenzende psychische Störungen in Betracht gezogen werden können, - neuromentale Entwicklungsstörungen (z. B. Entwicklungsstörungen der Sprache, Lernentwicklungsstörungen), Lernbehinderungen oder geistige Behinderung, - frühere und aktuelle körperliche Erkrankungen und Behinderungen. <u>störungsspezifische Entwicklungsgeschichte</u> - Schwangerschafts- und Geburtsanamnese: prä- und perinatale Komplikationen einschließlich der Frage, ob Medikamenteneinnahme, Nikotin-, Alkohol- oder Drogenkonsum 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 Temperamentsmerkmalen im Säuglings- und Kleinkindalter und daraus resultierenden Belastungen für die Bezugspersonen, - Meilensteine der Entwicklung: sprachliche, emotionale, motorische und kognitive Entwicklung, - Entwicklung in der Kindertageseinrichtung und der Schule/Ausbildung: Art der Verhaltensauffälligkeiten (insbesondere frühes oppositionelles oder aggressives Verhalten), Entwicklungs- oder Schulleistungsdefizite, Schulwechsel aufgrund schulischer oder verhaltensbezogener Schwierigkeiten, schulische Motivation, Schul-/Ausbildungsabsenzen, - Beziehungen zu Gleichaltrigen: insbesondere die Einbindung in prosoziale bzw. deviante Gleichaltrigengruppen sowie ausreichendes Monitoring durch die Hauptbezugspersonen, - Freizeitverhalten: Häufigkeit von Internet- und Computerspielen, - psychosexuelle Entwicklung, - Delinquenzanamnese: Art, Umstände und Häufigkeit von Straffälligkeiten sowie Alter bei den Delikten, - Selbstbild/-wert der Kinder/Jugendlichen/jungen Erwachsenen: relative Stärken, Kompetenzen, Interessen und positive Eigenschaften.
	Konsensstärke: 100 %

HINTERGRUNDTXT: Es erscheint sinnvoll im Rahmen der Erfassung von gezeigten Verhaltensweisen der Kinder/Jugendlichen/jungen Erwachsenen auch prosoziales Verhalten zu erfassen (z. B. durch

entsprechende Subskalen des SDQ⁸ oder DISYPS-III⁹). Die Empfehlung wurde deutlich modifiziert, indem vielfältige Ergänzungen vorgenommen wurden (u. a. Diagnosen und Diagnose-Spezifikationen des ICD-11, Delinquenzanamnese, Beziehungen zu Gleichaltrigen) und neue Zwischenüberschriften eingeführt wurden (u. a. auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen). Dadurch konnte eine inhaltliche Aktualisierung und Vervollständigung erreicht werden. Zur Vermeidung von Redundanzen wurde außerdem die bisherige Nennung einzelner komorbider Störungen zugunsten eines allgemeineren Hinweises entfernt.

2.6.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Im Rahmen der ausführlichen diagnostischen Untersuchung sollten standardisierte und strukturierte diagnostische Verfahren Anwendung finden: - validierte Fragebogen- und/oder Interviewverfahren zur Erfassung eines breiten Spektrums von emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten sowie störungsspezifische Verfahren zur Erfassung von Störungen des Sozialverhaltens und möglicher komorbider Störungen¹⁰, - ein validiertes Instrument zur Einschätzung der kognitiven Fähigkeiten für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Verdacht auf Intelligenzminderung oder Lernentwicklungsstörungen, - ein validierter Test zur Erfassung von neuromentalen Entwicklungsstörungen (inklusive Lernentwicklungsstörungen) für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Verdacht auf neuromentale Entwicklungsstörungen.	
	Konsensstärke: 80 %	

HINTERGRUNDTXT: Zur besseren Orientierung wurde die Empfehlung dahingehend überarbeitet, dass die ausführliche diagnostische Untersuchung als Rahmen des Einsatzes von standardisierten und strukturierten diagnostischen Verfahren benannt wurde. Im Sinne der Aktualisierung wurde die Sprachlichkeiten des ICD-11 übernommen. Zur Vermeidung von Redundanzen wurde die bisherige Nennung einzelner komorbider Störungen zugunsten eines allgemeineren Hinweises entfernt.

2.7.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Eine ausführliche diagnostische Untersuchung soll eine Familien-/Umfeld-Anamnese einschließen, bei der insbesondere folgende Aspekte exploriert und familiäre Risikofaktoren und Ressourcen identifiziert werden: - aktuelle Lebenssituation/Wohnumfeld, Familiensystem, erweiterte Bezugspersonen, Halbgeschwister, Stiefgeschwister, - sozio-ökonomische Belastungsfaktoren und finanzielle Einschränkungen in der Familie (z. B. Wohn- bzw. nachbarschaftliche Verhältnisse), - Stressbelastung, psychische Störungen, körperliche Erkrankungen, Behinderungen und/oder Straffälligkeit der Eltern, - Vorgeschichte der Eltern (z. B. Broken Home Situation, belastende Erfahrungen, eigene Fremdunterbringung) oder andere psychosoziale Risikofaktoren (z. B. mütterliche/väterliche Isolation),	

⁸ SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire (deutsche Selbstbeurteilungsversion; Lohbeck et al., 2015).

⁹ DISYPS-III = Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-5 für Kinder und Jugendliche (dritte Fassung) (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017).

¹⁰ Für einen Überblick über deutschsprachige, diagnostische Verfahren siehe Anhang 1.

	- positive und negative Beziehungen zwischen Erwachsenen in der Familie (einschließlich chronischer Disharmonie der Eltern und häuslicher Gewalt), - günstige und ungünstige Erziehungsstrategien, vor allem sich wechselseitig verstärkende negative Interaktionsmuster sowie negative Disziplinierungsstrategien, - Qualität der Eltern-Kind-Beziehung.
	Konsensstärke: 100 %

HINTERGRUNDTEXT: Im Sinne der inhaltlichen Vervollständigung wurde die Empfehlung deutlich überarbeitet, indem auch familiäre Ressourcen, mögliche finanzielle Einschränkungen sowie mögliche körperliche Erkrankungen und Behinderungen der Eltern explizit benannt werden. Im Rahmen dessen wurden mitunter Aspekte ergänzt, die in der revidierten Leitlinienfassung nicht mehr als separate Empfehlungen bestehen bleiben. Im Sinne der Konkretisierung wurde zudem ein Beispiel für einen psychosozialen Risikofaktor auf Seiten der Eltern ergänzt (mütterliche/väterliche Isolation).

2.8.	Empfehlung	Neu (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Eine Anamnese hinsichtlich der schulischen und beruflichen Situation und Perspektive sollte unter Einbezug der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen selbst sowie der Eltern und Lehrer:innen bzw. Ausbilder:innen erfolgen. Dabei sollte die Regelmäßigkeit des Schul- bzw. Ausbildungsbesuchs evaluiert werden. Bei Bedarf sollten auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen des Schulabsentismus sowie ein möglicher Unterstützungsbedarf bezüglich einer erfolgreichen schulischen und beruflichen Integration identifiziert werden.	
	Konsensstärke: 95,45 %	

2.9.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Im Rahmen einer ausführlichen diagnostischen Untersuchung sollte eine ausführliche Anamnese von belastenden Lebensereignissen durchgeführt werden, da Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit einer Störung des Sozialverhaltens oft nicht von sich aus von negativen Erfahrungen berichten. Im Rahmen einer Exploration bezüglich Vernachlässigung, körperlicher oder emotionaler Misshandlung, sexuellem Missbrauch oder Gewalt- und Mobbing Erfahrungen ist insbesondere abzuklären, inwiefern traumaassoziierte Erinnerungen Auslöser für aggressives Verhalten oder Vermeidungsverhalten sein könnten. Gegebenenfalls sollte die Indikation für eine Diagnose einer komorbiden Posttraumatischen Belastungsstörung geprüft werden.	
	Konsensstärke: 95 %	

HINTERGRUNDTEXT: Zur besseren Orientierung wurde die Empfehlung dahingehend überarbeitet, dass nun die ausführliche diagnostische Untersuchung als Rahmen der Anfertigung einer Anamnese von belastenden Lebensereignissen benannt wird. Zur inhaltlichen Vervollständigung wird außerdem die emotionale Misshandlung als weiterer Explorationsbereich explizit benannt. Auch wurden vorhandene Spezifikationen möglicher belastender Lebensereignisse entfernt, um unpassende Einschränkungen zu vermeiden. Zuletzt wurde der Satzbau des letzten Satzes entsprechend einer Empfehlung gestaltet und der bisherige Verweis auf eine andere klinische Leitlinie in den folgenden externen Verweis überführt.

EXTERNER VERWEIS: Für weitere Informationen zur Diagnosestellung und Behandlung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) siehe PTBS-Leitlinie (Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e.V., 2019).

2.10.	Empfehlung	Bestätigt (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Die ausführliche diagnostische Untersuchung der Kinder, Jugendlichen oder jungen Erwachsenen sollte eine körperliche Anamnese und Untersuchung umfassen.	
	Konsensstärke: 80,95 %	

Evidenz zu den Empfehlungen

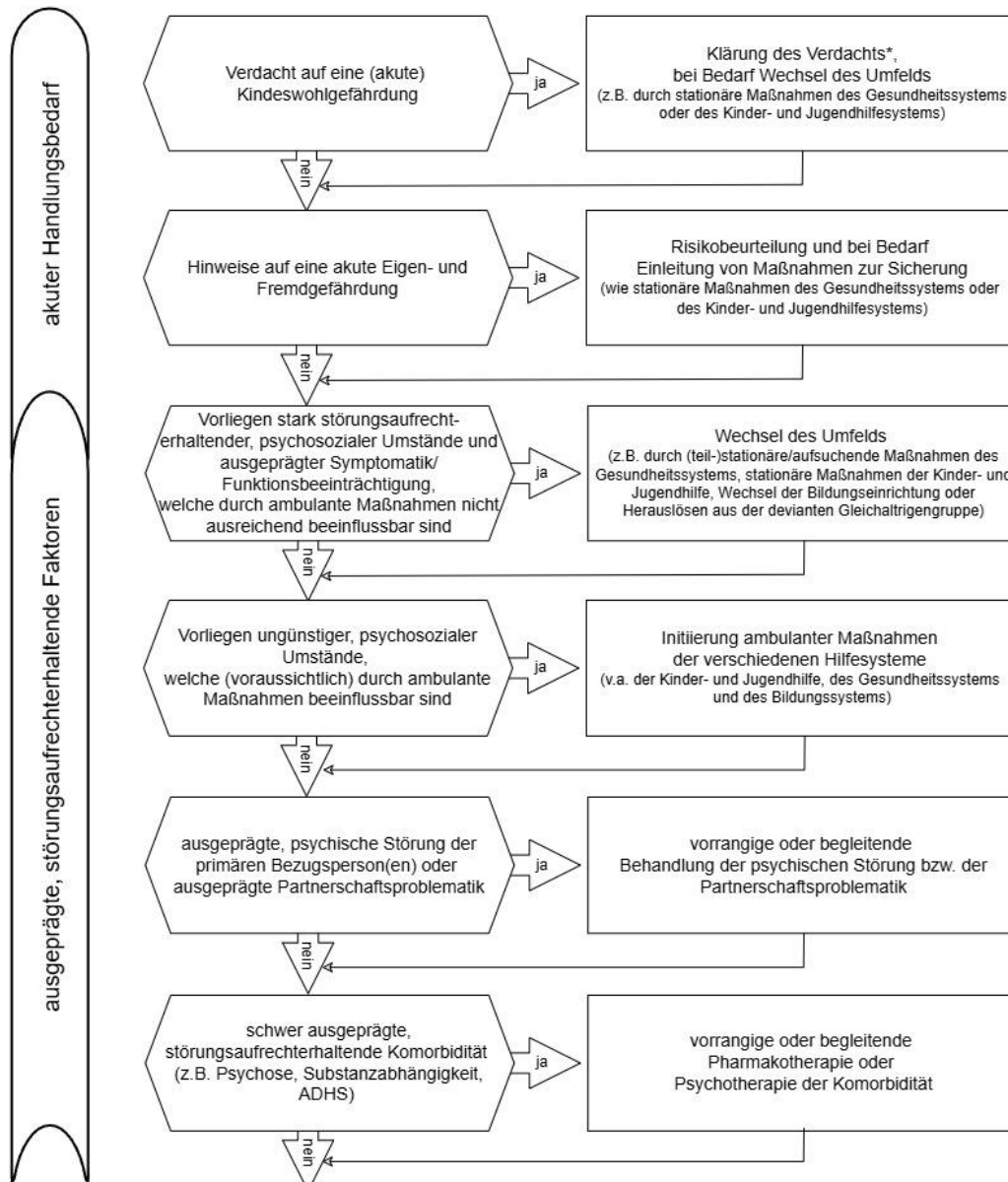
Es konnte keine Übersichtsarbeit identifiziert werden, welche einen Überblick über die Prävalenzen verschiedener, komorbider Störungen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit einer Störung des Sozialverhaltens präsentierte. Allerdings gibt eine große, multizentrische Studie, die in acht europäischen Ländern (u. a. Deutschland) von Konrad et al. (2022) durchgeführt wurde, einen (geschlechtsspezifischen) Überblick über häufige Komorbiditäten bei Störungen des Sozialverhaltens. Bei der Untersuchung von 454 Mädchen und 295 Jungen mit einer Störung des Sozialverhaltens im Alter von 9 bis 18 Jahren zeigten sich folgende Komorbiditäten (aktuell/Lebenszeit): Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten (weiblich: 78,6 %/84,1 %; männlich: 76,3 %/79,7 %), Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (weiblich: 30,4 %/31,9 %; männlich: 44,7 %/48,8 %), Borderline-Persönlichkeitsstörung (weiblich: 22,7 %; männlich: 5,4 %), Substanzkonsumstörung (weiblich: 18,5 %/28,4 %; männlich: 17,6 %/21,0 %), Depression (weiblich: 18,7 %/33,3 %; männlich: 11,2 %/15,6 %), Angsterkrankungen (weiblich: 13,7 %/17,4 %; männlich: 11,5 %/19,7 %), Posttraumatische Belastungsstörung (weiblich: 10,8 %/17,4 %; männlich: 4,1 %/5,8 %) und Ausscheidungsstörungen (weiblich: 3,1 %/10,6 %; männlich: 6,1 %/15,9 %). Darüber hinaus zeigten Kaat und Lecavalier (2013) in ihrer Übersichtsarbeit, dass 21 % der untersuchten Kinder und Jugendlichen mit Autismus-Spektrum-Störung komorbid eine Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten und 5 % komorbid eine Störung des Verhaltens mit dissozialem Verhalten aufwiesen. Folglich zeigte sich die Prävalenz für eine Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten gegenüber der Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung erhöht. In der systematischen Übersichtsarbeit von Talmón-Knuser et al. (2023) wurde ein Zusammenhang zwischen dem Vorliegen einer reaktiven Bindungsstörung und dem Vorliegen von Symptomen einer Störung des Sozialverhaltens gefunden. In einer weiteren systematischen Übersichtsarbeit wiesen die Ergebnisse von 71 inkludierten Studien darauf hin, dass Symptome einer Störung des Sozialverhaltens vor allem mit problematischen Verhaltensweisen einer Glücksspielsucht, aber auch mit problematischen Verhaltensweisen einer Computerspielsucht einhergehen (Richard et al., 2020).

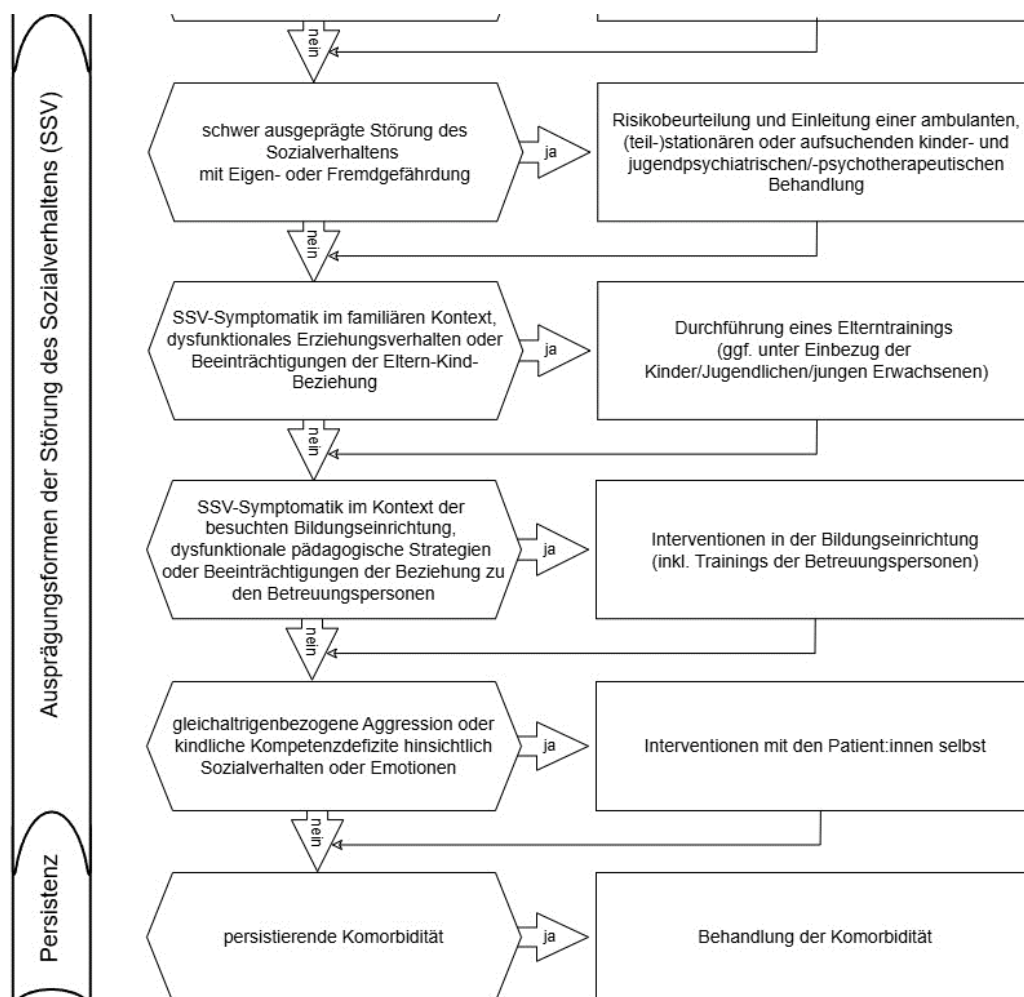
Entsprechend **Empfehlung 2.2.** sollte, wenn eine der genannten Störungen vorliegt, überprüft werden, ob auch eine Störung des Sozialverhaltens vorliegt. Insgesamt ist jedoch zu beachten, dass die Vertrauenswürdigkeit der aufgelisteten Evidenz entsprechend des GRADE-Ansatzes als sehr niedrig beurteilt wurde.

3. Empfehlungen zur Behandlungsplanung, -indikation und zum Behandlungssetting

Abbildung 1 zeigt einen Entscheidungsbaum zur Indikation von Maßnahmen und Interventionen der verschiedenen Versorgungssysteme, zur Wahl des Therapiesettings sowie für die Ausrichtung einer kinder- und jugendpsychiatrischen/-psychotherapeutischen Behandlung. Die einzelnen Schritte des Entscheidungsbaums spiegeln sich in den folgenden Empfehlungen.

Abbildung 1: Entscheidungsbaum zur Behandlungsplanung





* Die Klärung des Verdachts auf eine Kindeswohlgefährdung sollte durch die Kontaktaufnahme mit dem Kinder- und Jugendhilfesystem erfolgen. Es besteht die Möglichkeit einer (ggf. auch anonymen) fachlichen Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft. Für weitere Informationen siehe Kinderschutzleitlinie (AWMF-Register-Nr. 027 – 069) sowie §8a SGB VIII.

Behandlungsplanung und spezifische Indikationen für Massnahmen und Interventionen der verschiedenen Versorgungssysteme

3.1.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Die Planung von Angeboten und Maßnahmen der verschiedenen Versorgungssysteme soll in Abstimmung mit den Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen sowie deren Eltern bzw. primären Bezugspersonen erfolgen. Bei der Behandlungsplanung sollten unter anderem folgende Aspekte berücksichtigt werden: - Alter und aktuelle Lebenssituation der Kinder/Jugendlichen/jungen Erwachsenen, - Ausprägungen der Kernsymptomatik (inkl. des Vorliegens typischer/begrenzter prosozialer Emotionalität sowie chronischer Reizbarkeit oder Wut), - Art und Stärke komorbider Symptomatik (wie Symptomatik einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Depressivität oder Substanzabhängigkeit), - individuelle Stärken und Ressourcen, - familiäre Ressourcen und Belastungen,	

	- Ausmaß der Funktions- und Teilhabebeeinträchtigungen, - Bedürfnisse und Präferenzen der Kinder/Jugendlichen/jungen Erwachsenen sowie ihrer Familien, - Verlauf und Erfolg vorangegangener Hilfen.
	Konsensstärke: 100 %

HINTERGRUNDTXT: Im Sinne der Konkretisierung wurde die Empfehlung dahingehend überarbeitet, dass nun spezifische Gesichtspunkte benannt werden, die für die Behandlungsplanung relevant sind. In diese Auflistung wurden mehrere Inhalte aufgenommen, die in der revidierten Leitlinienfassung nicht mehr als separate Empfehlungen bestehen bleiben. Auch wurde die Empfehlung einem alternativen Kapitel zugeordnet.

3.2.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Wenn störungsaufrechterhaltende Bedingungen in der Familie, der besuchten Bildungseinrichtung oder der Gleichaltrigengruppe vorliegen, die mit starken Symptomausprägungen und Funktions- bzw. Teilhabebeeinträchtigungen einhergehen und die durch ambulante Maßnahmen und Interventionen des Kinder- und Jugendhilfesystems, des Gesundheitssystems und des Bildungssystems nicht ausreichend beeinflussbar erscheinen, sollte ein Wechsel des störungsaufrechterhaltenden Umfeldes geprüft und angeregt werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

HINTERGRUNDTXT: Ein Wechsel des störungsaufrechterhaltenden Umfeldes kann beispielsweise durch eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische/-psychotherapeutische Behandlung, eine stationäre Maßnahme der Kinder- und Jugendhilfe, einen Wechsel der Bildungseinrichtung oder einer Herauslösung aus der devianten Gleichaltrigengruppe erzielt werden. Im Sinne einer Konkretisierung und erhöhten Verständlichkeit wurde die Empfehlung dahingehend überarbeitet, dass nun die Begrifflichkeit von störungsaufrechterhaltenden Bedingungen eingeführt, ein alleiniger Fokus auf den Wechsel des Umfeldes gelegt und die Anbieter der ambulanten Maßnahmen und Interventionen explizit benannt werden. Zuletzt wurde die Empfehlung einem alternativen Kapitel zugeordnet.

INTERNER VERWEIS: Für detailliertere Informationen zu den Angeboten und Maßnahmen des Kinder- und Jugendhilfesystems sowie des Bildungssystems siehe Kapitel 6.1. und Kapitel 6.3.

EXTERNER VERWEIS: Für weitere Informationen zum Vorgehen bei Anhaltspunkten für eine mögliche Kindeswohlgefährdung, den Voraussetzungen unter denen eine Weitergabe von Informationen trotz Schweigepflicht entsprechend §4 KKG¹¹ zulässig ist und zu den Möglichkeiten einer fachlichen Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft siehe Kinderschutzleitlinie (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019) sowie §8a SGB¹² VIII.

3.3.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Wenn störungsaufrechterhaltende Bedingungen in der Familie, der besuchten Bildungseinrichtung oder der Gleichaltrigengruppe vorliegen (z. B. schulische Überforderung, beengtes familiäres Umfeld, enge Einbindung in eine delinquente Gleichaltrigengruppe), die durch ambulante Angebote der Kinder- und Jugendhilfe,	

¹¹ KKG = Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz

¹² SGB = Sozialgesetzbuch

	des Gesundheitssystems und/oder des Bildungssystems beeinflussbar erscheinen, sollte die Familie bei der Inanspruchnahme der jeweiligen ambulanten Angebote unterstützt werden, um die ungünstigen psychosozialen Umstände positiv zu beeinflussen.
	Konsensstärke: 100 %

HINTERGRUNDTXT: Im Sinne der inhaltlichen Vervollständigung wurde die Empfehlung dahingehend überarbeitet, dass eine günstige Prognose als relevanter Punkt für die Indikation ambulanter Maßnahmen der verschiedenen Versorgungssysteme benannt wird. Darüber hinaus werden nun die Anbieter verschiedener Unterstützungsangebote, im Sinne der besseren Sichtbarkeit und Konkretisierung, explizit benannt. Zuletzt wurde die Empfehlung einem alternativen Kapitel zugeordnet.

INTERNER VERWEIS: Für detaillierte Informationen zu den Angeboten und Maßnahmen des Kinder- und Jugendhilfesystems sowie des Bildungssystems siehe Kapitel 6.1. und Kapitel 6.3.

3.4.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Wenn bei den Eltern bzw. primären Bezugspersonen eine ausgeprägte psychische Störung oder eine ausgeprägte Partnerschaftsproblematik vorliegt, welche zur Aufrechterhaltung der Störung des Sozialverhaltens der Kinder/Jugendlichen/jungen Erwachsenen beiträgt, sollte eine vorrangige oder begleitende Beratung hinsichtlich bzw. Therapie der psychischen Störung oder der Partnerschaftsproblematik angestoßen werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

HINTERGRUNDTXT: Die Empfehlung wurde dahingehend überarbeitet, dass auf die Nennung beispielhafter psychischer Störungen der Eltern verzichtet wird. Im Sinne einer inhaltlichen Konkretisierung werden außerdem sowohl eine vorrangige als auch eine begleitende Behandlung der elterlichen, psychischen Störung oder der vorliegenden Partnerschaftsproblematik explizit als Möglichkeiten benannt. Auch wurde die Empfehlung einem alternativen Kapitel zugeordnet.

3.5.	Empfehlung	Neu (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Wenn bei den betroffenen Kindern/Jugendlichen/jungen Erwachsenen eine schwer ausgeprägte, komorbide psychische Störung vorliegt, welche bedeutend zur Aufrechterhaltung der Störung des Sozialverhaltens beiträgt (z. B. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Substanzabhängigkeit, Psychose), sollte eine Behandlung der komorbiden psychischen Störung entsprechend der gültigen klinischen Leitlinien vorrangig oder zumindest begleitend zur Behandlung der Störung des Sozialverhaltens durchgeführt werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

Multimodale Ausrichtung der Behandlung und Indikationen für Behandlungssettings

3.6.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Die kinder- und jugendpsychiatrische/-psychotherapeutische Behandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, welche die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllen oder bei denen ein klinisch relevantes oppositionell-aggressives Verhalten vorliegt, soll multimodal ausgerichtet werden. Bei der Indikationsstellung für spezifische Interventionen sollten alle Lebensbereiche der Kinder/Jugendlichen/jungen Erwachsenen (u. a. Familie, besuchte Bildungseinrichtung, Gleichaltrigengruppe, Freizeitaktivitäten) geprüft werden. Bei vorliegender Symptomatik und Funktions- bzw. Teilhabebeeinträchtigung in dem jeweiligen Lebensbereich sollten im jeweiligen Kontext entsprechende Interventionen durchgeführt werden: - Wenn die Symptomatik der Störung des Sozialverhaltens im familiären Kontext auftritt, die Eltern bzw. primären Bezugspersonen dysfunktionale Erziehungsverhaltensweisen zeigen, die Eltern-Kind-Beziehung beeinträchtigt ist, oder dysfunktionale Kommunikationsmuster in der Familie vorliegen, sollten Elterntrainings, gegebenenfalls unter Einbezug der Kinder/Jugendlichen/jungen Erwachsenen, bzw. familiäre Kommunikationstrainings durchgeführt werden. - Wenn die Symptomatik der Störung des Sozialverhaltens im Kontext der besuchten Bildungseinrichtung auftritt, die jeweiligen Betreuungspersonen ungünstige pädagogische Strategien im Umgang mit herausforderndem Verhalten betroffener Kinder/Jugendlicher/junger Erwachsener zeigen oder die Beziehung zwischen Betreuungspersonen und Kindern/Jugendlichen/jungen Erwachsenen beeinträchtigt ist, sollten Interventionen in der Bildungseinrichtung (inkl. einer Schulung der Betreuungspersonen) durchgeführt werden. - Wenn Kinder, Jugendliche oder junge Erwachsene mit einer Störung des Sozialverhaltens gleichaltrigenbezogene Aggressionen, eine verzerrte sozial-kognitive Informationsverarbeitung, eine beeinträchtigte Emotionswahrnehmung und -kontrolle oder mangelnde soziale Fertigkeiten sowie Problemlösefertigkeiten aufweisen, sollten patient:innenzentrierte Interventionen durchgeführt werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

HINTERGRUNDTEXT: Im Sinne einer inhaltlich notwendigen Generalisierung wurde die Empfehlung dahingehend überarbeitet, dass eine multimodale Ausrichtung einer Behandlung als allgemeingültiger Standard formuliert und die Berücksichtigung aller Lebensbereiche bei der Indikationsstellung explizit eingefordert wird. Im Sinne einer Konkretisierung wurden außerdem detailliertere Hinweise zur Interventionsplanung in verschiedenen Lebensbereichen angefügt, welche in der bisherigen Fassung der Leitlinie im Hintergrundtext enthalten waren. Auch wurde die Empfehlung einem alternativen Kapitel zugeordnet.

3.7.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	In der Regel sollten Kinder/Jugendliche/junge Erwachsene mit Störungen des Sozialverhaltens ambulant behandelt werden. Die Indikation für eine (teil-)stationäre kinder- und jugendpsychiatrische/-psychotherapeutische Behandlung sollte geprüft werden, wenn eine ambulante Therapie nicht	

	hinreichend erfolgreich war bzw. wenig erfolgsversprechend erscheint und eine (teil-)stationäre Behandlung erfolgsversprechend erscheint.
	Konsensstärke: 100 %

HINTERGRUNDTXT: Zum besseren Verständnis der Empfehlung selbst und einer verbesserten Übersicht innerhalb der Leitlinie wurde die Empfehlung dahingehend überarbeitet, dass sie nun ausschließlich die Indikation für ambulante und (teil-)stationäre Behandlungen benennt. Die hier nicht mehr vorhandenen Inhalte flossen in anderen Empfehlungen der Leitlinie ein. Der Empfehlungsgrad wurde entsprechend angepasst.

3.8.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Multimodale Intensivbehandlung im aufsuchenden Kontext, bei denen die Versorgung in der Regel durch ein multiprofessionelles Team realisiert wird, sollten bei Nicht-Vorliegen einer akuten Eigen- oder Fremdgefährdung vorrangig zu (teil-)stationären Behandlungen durchgeführt werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

HINTERGRUNDTXT: Im Sinne einer Konkretisierung wurde die Empfehlung so überarbeitet, dass die akute Eigen- und Fremdgefährdung als Kontraindikationen für multimodale Intensivbehandlungen im aufsuchenden Kontext benannt und (teil-)stationäre Behandlungen als Alternative explizit benannt werden.

3.9.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Bei entsprechender Indikation sollten kinder- und jugendpsychiatrische/-psychotherapeutische Behandlungen auch im Kontext der Kinder- und Jugendhilfe für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Störungen des Sozialverhaltens durchgeführt werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

HINTERGRUNDTXT: Kinder- und jugendpsychiatrische/-psychotherapeutische Behandlungen im Kontext der Kinder- und Jugendhilfe können durch eine Kooperation mit kinder- und jugendpsychiatrischen/-psychotherapeutischen Praxen, Institutsambulanzen und anderen Behandlungseinrichtungen (Liaison-Modell) realisiert werden. Im Sinne einer inhaltlichen Konkretisierung wurde im Rahmen der Überarbeitung der Empfehlung ein Hinweis auf die entsprechende Indikation für kinder- und jugendpsychiatrische/-psychotherapeutische Behandlungen ergänzt. Gleichzeitig wurden, im Sinne einer stärkeren Fokussierung auf das Wesentliche, sekundäre Inhalte in den Hintergrundtext überführt.

INTERNER VERWEIS: Für detailliertere Empfehlungen zur Kooperation des Gesundheitssystems mit dem Kinder- und Jugendhilfesystem siehe Kapitel 6.1.

4. Empfehlungen zu psychosozialen Präventionsmaßnahmen und Interventionen

4.1. Eltern- und eltern-kindzentrierte präventive Maßnahmen

4.1.1.	Empfehlung	Neu (Stand: 09/2025)
Empfehlungs-grad: B ↑	Bei Vorliegen von kindlichen oder familiären Risikofaktoren sollte den Familien der Kinder eine spezifische psychosoziale Unterstützung mit dem Ziel der langfristigen Reduktion des Risikos der Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens angeboten werden.	
Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: niedrig Komorbide Symptomatik: - Funktionsniveau/Lebensqualität: - Gesamtbeurteilung: niedrig ¹³	
Literatur-hinweise	Barone et al. (2019); Barry et al. (2022); Beelmann et al. (2023); Bernstein et al. (2019); Booth-LaForce et al. (2023); Charpak et al. (2017); Colditz et al. (2019); Curtis et al. (2019); Edwards und Hans (2022); El-Khani et al. (2020); Gardner et al. (2019a); Kendall et al. (2020); Keown et al. (2018); Labella et al. (2020); Leijten et al. (2017); Lindstrom Johnson et al. (2018); Liu et al. (2021); Martinez et al. (2022); Matalon und Turliuc (2023); McLean et al. (2022); Nogueira et al. (2021); Parra-Cardona et al. (2021); Schaub et al. (2019); Sherman et al. (2018); Silva Garcia (2020); Ulvund (2022)	
	Konsensstärke: 95,2 %	

HINTERGRUNDTXT: Psychosoziale Unterstützungsangebote für Familien, bei denen kindliche oder familiäre Risikofaktoren für die Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens vorliegen, stellen einen zentralen Baustein früher Prävention dar. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Präventionsmaßnahmen zielgerichtet und risikofaktorspezifisch erfolgen sollten.

Kinder mit Sprachentwicklungsverzögerungen, beispielsweise, profitieren insbesondere von einem gezielten Sprachtraining. Für Familien mit frühgeborenen Kindern erscheint eine früh initiierte, psychosoziale Unterstützung der primären Bezugspersonen, welche eine sensible, responsive und positive Interaktion zwischen Kind und Bezugsperson fördert, erforderlich. Liegen familiäre Risikofaktoren (wie ausgeprägte Partnerschaftskonflikte, psychische Erkrankungen der Eltern oder eine eingeschränkte elterliche Erziehungskompetenz) vor, sollten zielgerichtete Elterntrainings angeboten werden. Ein Großteil der vorliegenden Studien untersuchte kurzfristige Effekte psychosozialer Präventionsmaßnahmen (v.a. unmittelbar nach Beendigung der Maßnahme). Es liegen kaum Studien vor, welche die langfristigen Effekte dieser Präventionsmaßnahmen untersuchen. Die wenigen vorliegenden Ergebnisse lassen die Vermutung zu, dass frühe psychosoziale Präventionsmaßnahmen langfristig positive Effekte erzielen und die Entstehung einer manifesten Störung des Sozialverhaltens möglicherweise verhindern. Entsprechend erzielte die Leitliniengruppe einen starken Konsens hinsichtlich einer schwachen Empfehlung bei niedriger Qualität der vorliegenden Evidenz (Gesamtbeurteilung).

¹³ Die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz wurde vor allem aufgrund der Ungenauigkeit der Befunde und mitunter aufgrund methodischer Limitationen (Risiko für Bias) als niedrig bewertet.

4.1.2.	Empfehlung	Neu (Stand: 09/2025)
Empfehlungs- grad: B ↑	Wenn bei Kindern im Alter von 3 bis 12 Jahren kindliche oder familiäre Risikofaktoren vorliegen, sollte präventiv ein Elternttraining ¹⁴ angeboten werden. Auch im Jugendalter sollten primäre Bezugspersonen in die Präventionsmaßnahmen einbezogen werden.	
Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: moderat Komorbide Symptomatik: - Funktionsniveau/Lebensqualität: - Gesamtbeurteilung: moderat ¹⁵	
Literatur- hinweise	Barry et al. (2022); Beelmann et al. (2023); El-Khani et al. (2020); Gardner et al. (2019a); Keown et al. (2018); Leijten et al. (2017); Lindstrom Johnson et al. (2018); Martinez et al. (2022); Matalon und Turliuc (2023); Nogueira et al. (2021); Parra-Cardona et al. (2021); Silva Garcia (2020)	
	Konsensstärke: 95,2 %	

HINTERGRUNDTXT: Maßnahmen zur Prävention einer Störung des Sozialverhaltens sind insbesondere dann wirksam, wenn Kinder/Jugendliche/junge Erwachsene bereits klinisch relevante Symptome zeigen. Im Bereich dieser sogenannten indizierten Prävention liegt die Wirksamkeit in der Regel höher als im Bereich der selektiven Prävention, die sich an Personen mit einem erhöhten Risiko, aber ohne manifeste Symptomatik richtet. Gleichwohl kann auch bei einem vorliegenden Risiko – insbesondere bei einer Kumulation mehrerer Risikofaktoren oder dem Vorhandensein spezifischer Risikokonstellationen (z. B. kriminelles Verhalten eines Elternteils, chronische intrafamiliäre Konflikte) – eine präventive Maßnahme fachlich geboten sein. In solchen Fällen können frühzeitige, gezielte Maßnahmen eine ungünstige Entwicklung unterbrechen und das Entstehen einer manifesten Störung des Sozialverhaltens möglicherweise verhindern.

Evidenz zu den Empfehlungen

Entsprechend **Empfehlung 4.1.1.** sollte beim Vorliegen von kindlichen oder familiären Risikofaktoren den Familien der Kinder eine spezifische psychosoziale Unterstützung mit dem Ziel der langfristigen Reduktion des Risikos der Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens angeboten werden. Die Qualität der vorliegenden Evidenz wurde entsprechend des GRADE-Ansatzes als niedrig eingestuft (Gesamtbeurteilung, Kernsymptomatik).

Innerhalb der Evidenz zu dieser Empfehlung ist eine bedeutende Varianz hinsichtlich der Zielgruppe und der untersuchten Interventionen zu beachten. Die vorliegenden Übersichtsarbeiten zu Elterntrainings für Familien in ungünstigen psychosozialen Umständen offenbarte positive Effekte hinsichtlich Verhaltensproblemen und antisozialem Verhalten der Kinder und Jugendlichen (Beelmann et al., 2023; Gardner et al., 2019a). Randomisiert-kontrollierte Studien zu verschiedenen, kulturell adaptierten Elterntrainings zeigten häufig kleine Effekte, allerdings durchaus auch keine Effekte gegenüber einer Wartelistenbedingung oder einer Routineversorgung (Booth-LaForce et al., 2023; Kendall et al., 2020; Keown et al., 2018; Leijten et al., 2017; Martinez et al., 2022; Matalon & Turliuc, 2023; Parra-Cardona et al., 2021; Silva Garcia, 2020) und verwiesen so auf einen spezifischen Entwicklungsbedarf hinsichtlich Kulturspezifität von Elterntrainings. Für die Versorgung im deutschen Sprachraum scheint die von Gardner et al. (2019a) identifizierte kleine bis mittlere Effektstärke für die

¹⁴ Für eine Definition des Begriffs Elterntrainings siehe Kapitel 4.2.

¹⁵ Eine Einschränkung der Vertrauenswürdigkeit der Evidenz erfolgte vor allem aufgrund der Ungenauigkeit der Befunde und mitunter aufgrund methodischer Limitationen (Risiko für Bias).

Reduktion disruptiven Verhaltens durch das in europäischen Ländern durchgeführte *Incredible-Years*-Programm ($d = -0,43$) von besonderem Interesse. Eine Metaanalyse von Lindstrom Johnson et al. (2018) legte nahe, dass eine traumaspezifische Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit gewaltbezogener Traumaerfahrung neben Erziehungsverhaltensweisen und traumabezogenen, auch externalisierende Verhaltensweisen der jungen Menschen positiv verändern können. Die randomisiert-kontrollierte Studie von Curtis et al. (2019) wies darauf hin, dass eine elternbasierte Sprachförderung bei Vorschulkindern mit einer Reduktion externalisierender Symptome einhergehen kann ($d = 0,35$, 95 %-KI [-7,01; -1,33]). Es liegen einige Studien vor, die psychosoziale Unterstützungsangebote (u. a. *Baby Triple P*, *Kangaroo mother care*, aufsuchende Betreuung durch eine Doula) für Familien mit frögeborenen Kindern bzw. Kindern mit geringem Geburtsgewicht und Müttern mit geringem Einkommen untersuchten. Positive Effekte dieser frühen Unterstützungsangebote im Vergleich zur Routineversorgung sind für die Zielvariablen dieser klinischen Leitlinie nicht durchgängig zu beobachten (Barry et al., 2022; Charpak et al., 2017; Colditz et al., 2019; McLean et al., 2022; Schaub et al., 2019; Ulvund, 2022). Untersucht wurden auch spezifische Unterstützungsangebote für Familien, die aus dem Militärdienst ausschieden (Sherman et al., 2018) sowie Familien, die Opfer eines politischen Konflikts geworden waren (El-Khani et al., 2020).

Nach **Empfehlung 4.1.2.** sollte primären Bezugspersonen von Kindern im Alter von 3 bis 12 Jahren mit vorliegenden Risikofaktoren präventiv ein Elterntaining angeboten werden. Darüber hinaus sollten primäre Bezugspersonen auch bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in die Präventionsmaßnahmen einbezogen werden. Die Aussagesicherheit der vorliegenden Evidenz wurde entsprechend des GRADE-Ansatzes als moderat eingestuft (Gesamtbeurteilung, Kernsymptomatik).

Beelmann et al. (2023) untersuchten in ihrer Metaanalyse die Wirksamkeit von Elterntainings zur Prävention und Behandlung von antisozialem Verhalten bei Kindern und Jugendlichen und führten dazu die Ergebnisse von 241 Studien zusammen. Hinsichtlich der Wirksamkeit der Elterntainings gegenüber keiner Behandlung oder einer Routineversorgung wurden signifikante Altersunterschiede aufgedeckt:

Obwohl die stärksten Effekte für Kinder im Alter von 4–7 Jahren gefunden wurden ($d = 0,54$; 95 %-KI [0,47; 0,61], $k = 118$), wiesen alle anderen untersuchten Altersgruppen ebenfalls signifikante Effekte auf (< 4 Jahre: $d = 0,46$; 95 %-KI [0,36; 0,56], $k = 51$; 8–10 Jahre: $d = 0,39$; 95 %-KI [0,29; 0,49], $k = 49$; 11–18 Jahre: $d = 0,38$; 95 %-KI [0,26; 0,50], $k = 40$). Darüber hinaus fanden sich abweichende Effekte in den verschiedenen Zielgruppen: Die stärksten Effekte fanden sich für die Anwendung bei jungen Menschen mit einer psychischen Diagnose (klinische Anwendung: $d = 0,59$; 95 %-KI [0,48; 0,70], $k = 48$) bzw. mit einzelnen klinisch relevanten Symptomen (indizierte Prävention: $d = 0,51$; 95 %-KI [0,43; 0,59], $k = 80$). Für Kinder und Jugendliche mit einem Risikofaktor (selektive Prävention) wurde eine Effektstärke von $d = 0,41$; 95 %-KI [0,32; 0,50], $k = 66$ berichtet, für universelle Prävention $d = 0,38$; 95 %-KI [0,30; 0,46], $k = 64$. Entsprechend dieser systematischen Übersichtsarbeit waren die am häufigsten untersuchten, spezifischen Programme *Triple P* ($d = 0,44$; 95 %-KI [0,34; 0,54], $k = 55$) und *Incredible Years* ($d = 0,42$; 95 %-KI [0,30; 0,54], $k = 37$). Die am häufigsten untersuchte Gruppe von Behandlungsansätzen stellten die (anderen) kognitiv-behavioralen Programme dar ($d = 0,46$; 95 %-KI [0,39; 0,53], $k = 100$).

Die Metaanalyse von Gardner et al. (2019a) bestätigte, unter Auswertung individueller Daten von Patient:innen, die Überlegenheit des Programm *Incredible-Years* gegenüber verschiedener Kontrollgruppen zur Reduktion von externalisierenden Verhaltensproblemen von Kindern aus psychosozial belasteten Familien in Europa.

Einige der zusammengetragenen, randomisiert-kontrollierten Studien untersuchten die Wirksamkeit von kulturelladaptierten Elterntainings bzw. Elterntainings in (spezifischen) gesellschaftlichen Gruppen (u. a. lateinamerikanische Immigranten in Amerika, indigene Bevölkerung in Neuseeland, aus dem Militärdienst ausgeschiedene Familien) und identifizieren, bei inkonsistenten Ergebnissen, weitere Forschungsbedarfe (Barry et al., 2022; El-Khani et al., 2020; Keown et al., 2018; Martinez et al., 2022; Matalon & Turliuc, 2023; Parra-Cardona et al., 2021; Silva Garcia, 2020).

Eine Metaanalyse, welche sowohl randomisiert-kontrollierte Studien als auch Beobachtungsstudien mit und ohne Kontrollgruppe berücksichtigte, untersuchte die Wirkung trauma-fokussierter Interventionen bei Kindern und Jugendlichen mit gewaltebezogener Traumaerfahrung und offenbarte moderate Reduktionen externalisierender Symptome ($d = 0,48$, 95 %-KI [0,34; 0,62]). Darüber hinaus konnten Verbesserungen der Erziehungsverhaltensweisen ($d = 0,63$ – $0,72$) sowie internalisierender Symptome ($d = 0,59$) und traumbezogener Symptome ($d = 0,56$) der jungen Menschen aufgedeckt werden (Lindstrom Johnson et al., 2018).

4.2. Eltern- und eltern-kindzentrierte therapeutische Interventionen

In der vorliegenden Leitlinie wird der gängige Begriff des Elterntrainings genutzt. Adressat:innen dieser psychosozialen Intervention sind die primären Bezugspersonen der Kinder und Jugendlichen. Diese können die (biologischen/sozialen) Eltern, aber auch anderweitige primäre Bezugspersonen wie Großeltern oder (sorgeberechtigte) Geschwister/Tanten/Onkel sein. Die größte Evidenzbasis liegt für die Durchführung von Elterntrainings mit leiblichen Elternteilen der betroffenen Kinder und Jugendlichen vor. Im Falle einer Unterbringung der Kinder und Jugendlichen in einem familienanalogen Versorgungssystem werden, trotz geringer Evidenzbasis, analoge Trainings primärer Bezugspersonen empfohlen. Wenn Kinder und Jugendliche nicht in einem familienanalogen Setting fremduntergebracht sind und mehrere Bezugserzieher:innen als primäre Bezugspersonen fungieren, erscheint es sinnvoll, die gesamte Einrichtung – einschließlich des Leitungspersonals und des gesamten Teams der Erziehenden – zu schulen.

Indikation für eltern- und eltern-kindzentrierte Interventionen

4.2.1.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 09/2025)
Empfehlungs- grad: 0 ⇔ / B ↑	Primären Bezugspersonen von Kindern bis zum Alter von 3 Jahren, bei denen ein klinisch relevantes oppositionell-aggressives Verhalten vorliegt, kann ein Elterntaining angeboten werden. Die Intervention sollte in diesem Altersbereich insbesondere auf die Verminderung derjenigen Faktoren ausgerichtet sein, die sich im Zusammenhang mit der Entstehung und Aufrechterhaltung von Störungen des Sozialverhaltens als bedeutsam erwiesen haben (z. B. Verbesserung der Interaktion zwischen primären Bezugspersonen und Kindern).	
Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: niedrig Komorbide Symptomatik: moderat Funktionsniveau/Lebensqualität: - Gesamtbeurteilung: niedrig ¹⁶	
Literatur- hinweise	Neuman und Bagner (2023); O'Farrelly et al. (2021)	
	Konsensstärke: 100 %	

HINTERGRUNDTXT: Im Sinne einer besseren Verständlichkeit wurde die Empfehlung dahingehend überarbeitet, dass nun die Bezugspersonen als Rezipienten des Elterntrainings explizit benannt werden. Auch wird, im Sinne einer anzustrebenden Konsistenz innerhalb der Leitlinie, der Indikationsbereich für das Elterntaining konsistent zu den übrigen Empfehlungen formuliert. Zur inhaltlichen Vervollständigung und Konkretisierung wurden außerdem an einzelnen Stellen Begriffe ergänzt (u. a. Aufrechterhaltung der Störung) oder sprachlich ersetzt (u. a. Verbesserung der Interaktion zwischen primären Bezugspersonen und Kindern). Aufgrund der konservativeren Einschätzung der Evidenzqualität gegenüber der bisherigen Leitlinienfassung und der daraus resultierenden niedrigen Qualität der Evidenz (Gesamtbeurteilung) wurde im ersten Satz der Empfehlung eine „kann“-Formulierung (offene Empfehlung) anstelle einer „sollte“-Empfehlung (schwache Empfehlung) gewählt.

¹⁶ Die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz wurde vor allem aufgrund der Indirektheit der Befunde (Stichproben mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten) und mitunter aufgrund der Ungenauigkeit als niedrig bewertet.

INTERNER VERWEIS: Hinweise zur empfohlenen therapeutischen Ausrichtung eltern- und eltern-kindzentrierter Interventionen finden sich in Empfehlung 4.2.6. sowie dem assoziierten Hintergrundtext.

4.2.2.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 09/2025)
Empfehlungs- grad: B ↑	Elterntrainings im Einzel- oder Gruppensetting sollten primären Bezugspersonen von Kindern im Alter von 3 bis 12 Jahren angeboten werden, wenn deren Kinder die diagnostischen Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllen oder wenn bei den Kindern ein klinisch relevantes oppositionell-aggressives Verhalten vorliegt.	
Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: niedrig Komorbide Symptomatik: niedrig Funktionsniveau/Lebensqualität: sehr niedrig Gesamtbeurteilung: niedrig ¹⁷	
Literatur- hinweise	Aghaie Meybodi et al. (2019); Allen et al. (2022); Bagner et al. (2016); Baumel et al. (2023); Baumel et al. (2021); Bausback und Bunge (2021); Beelmann et al. (2023); Booker et al. (2020); Chan et al. (2022); Chhangur et al. (2017); Comer et al. (2017); Dadds et al. (2019b); de Jong et al. (2023); Elizur und Somech (2018); Elizur et al. (2017); Engelbrektsson et al. (2023a); Engelbrektsson et al. (2023b); Fleming et al. (2020); Florean et al. (2020); Fossum et al. (2018); Fung (2018); Gardner et al. (2019a); Gardner et al. (2019b); Gewirtz et al. (2019); Ghaderi et al. (2018); Grasmann und Stadler (2011); Graziano et al. (2020); Hautmann et al. (2018b); Hautmann et al. (2023); Hawes et al. (2014); Helander et al. (2022); Helander et al. (2023); Helander et al. (2018); Herr et al. (2015); Högström et al. (2017); Hua und Leijten (2022); Huijzer-Engbrengenhof et al. (2023); Hukkelberg et al. (2019); Kaminski und Claussen (2017); Kaminski et al. (2024); Katzmann et al. (2017); Kazdin et al. (2018); Larsson et al. (2009); Lees et al. (2019); Leijten et al. (2019); Leijten et al. (2022); Leijten et al. (2018); McAloon und de la Poer Beresford (2023); Mingeback et al. (2018); Mouton et al. (2018); Overbeek et al. (2021); Prinz et al. (2022); Savaglio et al. (2023); Sheidow et al. (2022); Sluiter et al. (2023); Somech (2021); Sourander et al. (2018); Sourander et al. (2016); Thomas et al. (2017); Treier et al. (2022a); Valero-Aguayo et al. (2021); Van Hoen et al. (2018); Van Hoen et al. (2017); Ward et al. (2020); Weeland et al. (2022); Weeland et al. (2018); Zarakoviti et al. (2021)	
	Konsensstärke: 95,2 %	

HINTERGRUNDTEXT: Im Sinne einer inhaltlichen Konkretisierung und Vervollständigung wurde die Empfehlung dahingehend modifiziert, dass ein Hinweis ergänzt wurde, dass die Elterntrainings im Einzel- oder Gruppenformat durchführbar sind. Aufgrund der konservativeren Einschätzung der Evidenzqualität gegenüber der bisherigen Leitlinienfassung und der daraus resultierenden niedrigen Qualität der Evidenz (Gesamtbeurteilung) wurde im ersten Satz der Empfehlung eine „sollte“-Formulierung (schwache Empfehlung) anstelle einer „soll“-Empfehlung (starke Empfehlung) gewählt. Die Leitliniengruppe erzielte einen starken Konsens hinsichtlich einer schwachen Empfehlung bei niedriger Qualität der vorliegenden Evidenz (Gesamtbeurteilung) basierend auf einem hohen klinischen Vertrauen in die Evidenz, einer positiven Abwägung von Nutzen und Schaden sowie Kosten

¹⁷ Die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz wurde vor allem aufgrund methodischer Limitationen (Risiko für Bias) sowie der Ungenauigkeit und mitunter aufgrund der Indirektheit der Befunde (Stichproben mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten) als niedrig bewertet.

und Nutzen sowie einer hohen Akzeptanz und einer guten Umsetzbarkeit von Elterntrainings zur Behandlung von Kindern im Alter von 3 bis 12 Jahren.

INTERNER VERWEIS: Hinweise zur empfohlenen therapeutischen Ausrichtung eltern- und eltern-kindzentrierter Interventionen finden sich in Empfehlung 4.2.6. sowie dem assoziierten Hintergrundtext.

4.2.3.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 06/2025)
Empfehlungs- grad: 0 ⇔	Bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ab 12 Jahren, welche die diagnostischen Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllen oder bei denen ein klinisch relevantes oppositionell-aggressives Verhalten vorliegt, kann ein, an das Jugend- bzw. junge Erwachsenenalter angepasstes, Elterntraining angeboten werden.	
Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: niedrig Komorbide Symptomatik: moderat Funktionsniveau/Lebensqualität: moderat Gesamtbeurteilung: moderat ¹⁸	
Literatur- hinweis	Baumel et al. (2017); Beelmann et al. (2023); Sheidow et al. (2022); Wetterborg et al. (2019)	
	Konsensstärke: 100 %	

HINTERGRUNDTXT: Neben der Reduktion der Kernsymptomatik von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen können zentrale Ziele von Elterntrainings ab dem Jugendalter sein, den elterlichen Stress bzw. das elterliche Belastungserleben zu reduzieren, das elterliche Wohlbefinden zu steigern, die Selbstwirksamkeit der primären Bezugspersonen in Erziehungsfragen und im Umgang mit herausfordernden Interaktionen mit ihren Kindern zu stärken sowie die familiäre Kommunikation zu verbessern. Es ist davon auszugehen, dass sich diese positiven Effekte mittel- und langfristig günstig auch auf die Symptomatik der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen auswirken kann. Die Leitliniengruppe erzielte einen starken Konsens hinsichtlich einer offenen Empfehlung bei moderater Qualität der Evidenz (Gesamtbeurteilung), da das Vertrauen in die Evidenz für Elterntrainings im Jugendalter geringer ist als das Vertrauen in die Evidenz für Elterntrainings für die Behandlung von Kindern im Alter zwischen 3 und 12 Jahren (siehe Empfehlung 4.2.2.: schwache Empfehlung). Zudem erscheint der Leitliniengruppe der Einbezug der betroffenen Personen spätestens ab dem Jugendalter unabdingbar und damit der Einsatz stärker interaktionsorientierter Behandlungsansätze tendenziell attraktiver.

INTERNER VERWEIS: Hinweise zur empfohlenen therapeutischen Ausrichtung eltern- und eltern-kindzentrierter Interventionen finden sich in Empfehlung 4.2.6. sowie dem assoziierten Hintergrundtext.

¹⁸ Eine Einschränkung der Vertrauenswürdigkeit der Evidenz erfolgte vor allem aufgrund der Indirektheit der Befunde (Stichproben mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten).

Format, inhaltliche Ausrichtung und Methoden der eltern- und eltern-kindzentrierten Interventionen

4.2.4.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Ein Elterntaining kann im Einzel- oder im Gruppensetting durchgeführt werden. Beim Vorliegen einer komplexen Symptomatik oder wenn es den primären Bezugspersonen nicht möglich ist, an einem Elterntaining im Gruppenformat teilzunehmen, sollte das Elterntaining im Einzelsetting durchgeführt werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

HINTERGRUNDTXT: Im Sinne einer inhaltlichen Konkretisierung und Vervollständigung wurde die Empfehlung dahingehend modifiziert, dass ein Hinweis ergänzt wurde, dass die Elterntainings im Einzel- oder im Gruppensetting durchführbar sind. Die bisherigen Hinweise zu Anzahl der Sitzungen und inhaltlicher Ausrichtung wurden, verallgemeinert für die beiden Settings, in eine neue Empfehlung (4.2.6.) überführt. Der bisherige Hinweis zum Einbezug beider Elternteile ist, ebenfalls verallgemeinert für die beiden Settings, in Empfehlung 4.2.5. aufgegriffen.

4.2.5.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Ein Elterntaining (im Einzel- oder Gruppenformat) sollte, wenn möglich und vorhanden, beide primären Bezugspersonen einbeziehen. Die Entscheidung darüber, welche Personen einbezogen werden, sollten unter Berücksichtigung der Interessen der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen getroffen werden (z. B. Betreuungssituation, getrenntlebende Bezugspersonen).	
	Konsensstärke: 100 %	

HINTERGRUNDTXT: Im Sinne einer inhaltlichen Konkretisierung wurde die Empfehlung dahingehend modifiziert, dass ein Hinweis ergänzt wurde, dass Elterntainings im Einzel- oder im Gruppenformat durchführbar sind. Die bisherigen Hinweise zu Anzahl der Sitzungen, inhaltlicher Ausrichtung und Gruppengröße wurden in eine neue Empfehlung bzw. den assoziierten Hintergrundtext überführt (siehe Empfehlung 4.2.6.).

4.2.6.	Empfehlung	Neu (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Das Elterntaining (im Einzel- oder Gruppenformat) sollte auf Grundlage und nach Maßgabe eines evaluierten und etablierten Trainingsmanuals durchgeführt werden. Die Anzahl der Sitzungen im Einzelsetting kann entsprechend der individuellen Bedürfnisse der Bezugspersonen sowie der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen angepasst werden.	
	Konsensstärke: 89,5 %	

HINTERGRUNDTXT: Elterntainings sollten auf einem sozial-lerntheoretischen Therapiekonzept beruhen und folgende Inhalte enthalten, um die Interaktion zwischen primären Bezugspersonen und Kindern sowie elterliche Kompetenzen und Erziehungsfertigkeiten zu verbessern:

- Psychoedukation (u. a. störungsspezifisches Verständnis, emotionale Grundbedürfnisse von Kindern und Jugendlichen),
- Verstärkertechniken,
- Modelllernen,

- Feedback: insbesondere Rückmeldung von angemessenem Erziehungs- und Interaktionsverhalten (direkt, verbal, per Video),
- Selbstmanagementmethoden (z. B. Entspannungsverfahren und Selbstregulation),
- Übungen und Unterstützung von Verhaltensänderungen im natürlichen Umfeld, Einsatz von Transfertechniken,
- Techniken zur Verbesserung der Konfliktlösung (einschließlich elterlicher Ärger- und Stressregulation) und Strategien zum Aufbau einer angemessenen familiären Kommunikation.

Es liegen erste Studien zu Therapiekonzepten mit einem Schwerpunkt auf der Arbeit mit primären Bezugspersonen vor (z. B. Lighthouse), welche nicht auf einem sozial-lerntheoretischen Konzept beruhen. Allerdings beleuchten die Endpunkte dieser Studie vor allem die Vermeidung von Risikofaktoren für die Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens (u. a. Missbrauch) und nicht kindliches oppositionell-aggressives oder dissoziales Verhalten.

Die im deutschen Sprachraum evaluierten Programme umfassen in der Regel 8–14 Sitzungen à 60–120 Minuten in Einzel- oder Gruppensettings und sehen 6 bis 12 Teilnehmende pro Gruppe und eine Begleitung durch ein bis zwei Trainer:innen vor. Zu Bedenken ist, dass beispielsweise bei einer komplexen Symptomatik oder einem stark belasteten Familiensystem auch mehr Sitzungen oder eine zusätzliche Einzeltherapie der Kinder/Jugendlichen/jungen Erwachsenen notwendig sein kann. Internationale Studien haben vergleichbare Effekte mit einer geringeren Sitzungszahl und/oder größeren Gruppengrößen nachgewiesen.

4.2.7.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 06/2025)
Empfehlungs- grad: 0 ⇔	Elterntrainings können auch im aufsuchenden Kontext angeboten werden.	
Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: niedrig Komorbide Symptomatik: niedrig Funktionsniveau/Lebensqualität: - Gesamtbeurteilung: niedrig ¹⁹	
Literatur- hinweise	Bagner et al. (2016); Lees et al. (2019); Neuman und Bagner (2023); O'Farrelly et al. (2021); Van Holen et al. (2018); Van Holen et al. (2017)	
	Konsensstärke: 100 %	

HINTERGRUNDTEXT: Orientiert an der vorliegenden Evidenz wurde die Empfehlung dahingehend modifiziert, dass keine spezifischen Indikationen und keine spezifischen Altersbereiche benannt werden. Aufgrund der konservativeren Einschätzung der Evidenzqualität gegenüber der bisherigen Leitlinienfassung ergab sich, abweichend zur bisherigen Einschätzung der Evidenz, eine niedrige Qualität der Evidenz (Gesamtbeurteilung). Die Leitliniengruppe konsentiert entsprechend in der aktuellen Leitlinienfassung eine offene Empfehlung anstelle einer schwachen Empfehlung (bisherige Leitlinienfassung).

¹⁹ Die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz wurde vor allem aufgrund der Indirektheit der Befunde (Stichproben mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten) sowie der Ungenauigkeit und mitunter aufgrund methodischer Limitationen (Risiko für Bias) sowie der Inkonsistenz als niedrig bewertet.

4.2.8.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 09/2025)
Empfehlungs- grad: 0 ⇔ / A ↑↑ / B ↑	Wenn Elterntrainings nicht in Präsenz vor Ort durchgeführt werden können, können Inhalte von Elterntrainings auch mittels Ferntherapie oder begleiteter Selbsthilfe angeboten werden. Der Durchführung einer Ferntherapie oder einer Selbsthilfe-Intervention soll eine persönliche Untersuchung der Kinder/Jugendlichen/jungen Erwachsenen durch ärztliches bzw. psychotherapeutisches Fachpersonal vorausgehen. Im Falle einer komplexen Symptomatik in mehreren Lebensbereichen, behandlungsbedürftiger Komorbiditäten oder eines stark belasteten Familiensystems sollte ein Elterntraining mit intensiveren therapeutischen Kontakten vor Ort einer Selbsthilfe-Intervention vorgezogen werden.	
Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: moderat Komorbide Symptomatik: niedrig Funktionsniveau/Lebensqualität: sehr niedrig Gesamtbeurteilung: niedrig ²⁰	
Literatur- hinweise	Baumel et al. (2017); Bausback und Bunge (2021); Comer et al. (2017); Dadds et al. (2019b); de Jong et al. (2023); Engelbrektsson et al. (2023a); Engelbrektsson et al. (2023b); Fleming et al. (2020); Florean et al. (2020); Fossum et al. (2018); Ghaderi et al. (2018); Hautmann et al. (2018b); Hautmann et al. (2023); Katzmann et al. (2017); McAloon und de la Poer Beresford (2023); Prinz et al. (2022); Sourander et al. (2018); Sourander et al. (2016); Treier et al. (2022a); Wetterborg et al. (2019)	
	Konsensstärke: 90 %	

HINTERGRUNDTXT: Bei entsprechenden Voraussetzungen (wie z. B. ausreichenden Sprachkenntnissen) können sich primäre Bezugspersonen Inhalte von Elterntrainings auch mittels Selbststudium erarbeiten. Methodisch kann das Selbststudium über das Durcharbeiten eines Buches (Bibliotherapie) oder auch über digitale Medien (wie z. B. Apps oder Websites) erfolgen. Hilfreich für das erfolgreiche Durcharbeiten der Interventionen ist eine fachliche Begleitung (angeleitete Selbsthilfe) oder zumindest eine kurze persönliche Erinnerung zur weiteren Motivation. Bei Bedarf können Elemente aus Präsenztherapien, Ferntherapien und begleiteter Selbsthilfe flexibel miteinander verbunden werden. Aufgrund der konservativeren Einschätzung der Evidenzqualität gegenüber der bisherigen Leitlinienfassung ergab sich, abweichend zur bisherigen Einschätzung der Evidenz, eine niedrige Qualität der Evidenz (Gesamtbeurteilung). Entsprechend erzielte die Leitliniengruppe einen starken Konsens hinsichtlich einer „kann“-Empfehlung im ersten Satz der Empfehlung. Für die letzten beiden Sätze der Empfehlung, welche ergänzende Informationen zum Vorgehen liefern, erzielte die Leitliniengruppe einen starken Konsens einer starken bzw. schwachen Empfehlung. Der zweite Satz beschreibt aus Sicht der Leitliniengruppe einen berufsethischen und -rechtlichen Standard (starke Empfehlung) und der letzte Satz ergibt sich sekundär als Resultat aus der niedrigen Qualität der Evidenz (Gesamtbeurteilung, schwache Empfehlung).

4.2.9.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 06/2025)
Empfehlungs- grad:	Insbesondere im Kleinkind- und Vorschulalter und wenn die Interaktion zwischen primären Bezugspersonen und Kindern als problemaufrechterhaltender Faktor für oppositionelles oder aggressives Verhalten des Kindes angenommen wird, sollten	

²⁰ Die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz wurde vor allem aufgrund methodischer Limitationen (Risiko für Bias) und mitunter aufgrund der Indirektheit der Befunde (Stichproben mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten) sowie der Ungenauigkeit als niedrig bewertet.

B ↑	die primären Bezugspersonen in Einzelsitzungen während der Interaktion mit ihrem Kind durch eine Fachperson angeleitet werden (Eltern-Kind-Interaktionstherapie).
Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: sehr niedrig Komorbide Symptomatik: - Funktionsniveau/Lebensqualität: sehr niedrig Gesamtbeurteilung: sehr niedrig ²¹
Literaturhinweise	Allen et al. (2022); Beelmann et al. (2023); Comer et al. (2017); Fleming et al. (2020); Fung (2018); Graziano et al. (2020); Helander et al. (2022); Thomas et al. (2017); Valero-Aguayo et al. (2021)
	Konsensstärke: 100 %

HINTERGRUNDTXT: Im Sinne einer Konkretisierung wurde die Empfehlung dahingehend modifiziert, dass die entsprechende Verfahrensgruppe explizit benannt wird (Nennung in Klammern). Orientiert an der vorliegenden Evidenz wurde die Empfehlung dahingehend modifiziert, dass keine spezifischen Indikationen und keine spezifischen Altersbereiche benannt werden. Obwohl sich eine sehr niedrige Qualität der Evidenz (Gesamtbeurteilung) ergab, erzielte die Leitliniengruppe einen starken Konsens hinsichtlich der Formulierung einer schwachen Empfehlung basierend auf einer positiven Abwägung von Nutzen und Schaden sowie Kosten und Nutzen sowie einer hohen klinischen Akzeptanz von Eltern-Kind-Interaktionstherapie insbesondere im Kleinkind- und Vorschulalter.

Bedarfsgerechte Intensivierung bzw. Erweiterung der Massnahmen

4.2.10.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 09/2025)
Empfehlungsgrad: 0 ⇔ / B ↑	Bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit begrenzten prosozialen Emotionen kann eine Intensivierung der vorwiegend elternzentrierten Behandlung indiziert sein, um einer geringeren Wirksamkeit der Behandlung entgegenzuwirken. Im Rahmen dessen sollte der Fokus vor allem auf der Förderung einer positiven Beziehung zwischen den primären Bezugspersonen und den Kindern/Jugendlichen/jungen Erwachsenen und auf die positive Verstärkung von Zielverhalten gesetzt werden.	
Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: niedrig Komorbide Symptomatik: - Funktionsniveau/Lebensqualität: sehr niedrig Gesamtbeurteilung: niedrig ²²	
Literaturhinweise	Comer et al. (2017); Dadds et al. (2019a); Elizur und Somech (2018); Elizur et al. (2017); Fleming et al. (2020); Fleming et al. (2022); Hawes et al. (2014); Perlstein et al. (2023); Somech (2021)	
	Konsensstärke: 95,2 %	

²¹ Die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz wurde vor allem aufgrund methodischer Limitationen (Risiko für Bias) und mitunter aufgrund der Indirektheit der Befunde (Stichproben mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten) sowie der Ungenauigkeit als sehr niedrig bewertet.

²² Die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz wurde vor allem aufgrund methodischer Limitationen (Risiko für Bias) sowie der Ungenauigkeit der Befunde als niedrig bewertet.

HINTERGRUNDTXT: Im Rahmen einer Richtlinienpsychotherapie kann es, insbesondere beim Vorliegen begrenzter prosozialer Emotionen, sinnvoll sein, ein erhöhtes Kontingent an Bezugspersonenstunden durchzuführen. Insbesondere in der Behandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit mangelnden prosozialen Emotionen hat sich der Einsatz von bestrafenden Maßnahmen als nicht hilfreich für die Behandlung erwiesen. Im Sinne einer Aktualisierung wurde die Empfehlung dahingehend modifiziert, dass die Sprachlichkeiten des ICD-11 aufgegriffen wurden. Im Sinne einer Konkretisierung wurde ein Hinweis auf die vorwiegend elternzentrierte Behandlung ergänzt. Orientiert an der vorliegenden Literatur wurde der Behandlungsfokus einer positiven Verstärkung von Zielverhalten ergänzt und der vorherige Behandlungsfokus einer Psychoedukation hinsichtlich der Bedeutung von Persönlichkeitsmerkmalen entfernt. Aufgrund der konservativeren Einschätzung der Evidenzqualität gegenüber der bisherigen Leitlinienfassung ergab sich, abweichend zur bisherigen Einschätzung der Evidenz, eine niedrige Qualität der Evidenz (Gesamtbeurteilung). Entsprechend erzielte die Leitliniengruppe einen starken Konsens hinsichtlich einer „kann“-Formulierung (offene Empfehlung) im ersten Satz der Empfehlung. Für den zweiten Satz der Empfehlung, welche Informationen zu geeigneten Behandlungsfokussen aufzeigt, erzielte die Leitliniengruppe, aufgrund eines hohen Vertrauens in die Evidenz, einen starken Konsens für eine „sollte“-Formulierung (schwache Empfehlung).

4.2.11.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 09/2025)
Empfehlungs- grad: 0 ⇔	In Familien mit ungünstigen psychosozialen Bedingungen oder vorliegender sozio-ökonomischer Benachteiligung kann die Inanspruchnahme ergänzender Maßnahmen (z. B. Kinderbetreuung, Fahrtkostenerstattung, Unterstützung durch Kinder- und Jugendhilfe, externe Anreize) unterstützt werden, um eine regelmäßige Teilnahme an einem Elterntaining zu ermöglichen. Darüber hinaus kann erwogen werden, zusätzliche Sitzungen anzubieten, um einen nachhaltigen Erfolg zu gewährleisten.	
Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: sehr niedrig Komorbide Symptomatik: - Funktionsniveau/Lebensqualität: niedrig Gesamtbeurteilung: niedrig ²³	
Literaturhinweise	Hodson et al. (2025); Leijten et al. (2013)	
	Konsensstärke: 95,2 %	

HINTERGRUNDTXT: Im Sinne einer inhaltlichen Konkretisierung wurde die Empfehlung dahingehend modifiziert, dass nun die Rolle des medizinischen Personals in Form einer Unterstützung der Inanspruchnahme ergänzender Maßnahmen beschrieben wird. Orientiert an der vorliegenden Literatur werden nun explizit auch externe Anreize als ergänzende Maßnahmen benannt. Aufgrund der konservativeren Einschätzung der Evidenzqualität gegenüber der bisherigen Leitlinienfassung ergab sich, abweichend zur bisherigen Einschätzung der Evidenz, eine niedrige Qualität der Evidenz (Gesamtbeurteilung). Entsprechend erzielte die Leitliniengruppe einen starken Konsens hinsichtlich einer „kann“-Formulierung (offene Empfehlung).

²³ Die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz wurde vor allem aufgrund des Publikationsbias und mitunter aufgrund methodischer Limitationen (Risiko für Bias), der Indirektheit der Befunde (Stichproben mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten) sowie der Ungenauigkeit als niedrig bewertet.

Evidenz zu den Empfehlungen

Indikation für eltern- und eltern-kindzentrierte Interventionen

Bezüglich **Empfehlung 4.2.1.** zu möglichen Elterntrainings für primäre Bezugspersonen von Kindern unter 3 Jahren mit oppositionell-aggressivem Verhalten liegen lediglich zwei randomisiert-kontrollierte Studien vor und die Aussagesicherheit wurde, entsprechend des GRADE-Ansatzes, als niedrig beurteilt (Gesamtbeurteilung; Kernsymptomatik: niedrig; Komorbide Symptomatik: moderat). O'Farrelly et al. (2021) untersuchten ein Elterntaining mit Videofeedback bei Kleinkindern mit ausgeprägten externalisierenden Verhaltensproblemen und beobachteten einen signifikanten Effekt hinsichtlich störendem Verhalten im klinischen Interview im Vergleich zur Kontrollgruppe ($d = 0,30$, 95 %-KI [0,08; 0,51]). Keine günstigeren Verbesserungen in der Interventionsgruppe gegenüber der Gruppe von Familie, die eine reguläre pädiatrische Versorgung erhielten, zeigten sich hinsichtlich prosozialem Verhalten, externalisierenden Symptomen und internalisierenden Symptomen sowie störendem Verhalten im Elternurteil. Neuman und Bagner (2023) konnten kurzfristig einen mittleren Effekt ($d = 0,56$) auf die Selbstregulation (effortful control) von Kleinkindern mit hohem psychosozialen Risiko und externalisierenden Problemen aufzeigen, der in den Folgemesszeitpunkten allerdings nicht fortbestand.

Die vorliegende Evidenz aus randomisiert-kontrollierten Studien und Übersichtsarbeiten bestätigt die Wirksamkeit elternzentrierter bzw. eltern-kind-zentrierter Interventionen bei Kindern mit Störungen des Sozialverhaltens bzw. oppositionell-aggressivem Verhalten im Alter von 3 bis 12 Jahren (**Empfehlung 4.2.2.**). Die Aussagesicherheit der vorliegenden Evidenz wurde entsprechend des GRADE-Ansatzes mit niedrig bewertet (Gesamtbeurteilung; Kern- und komorbide Symptomatik: niedrig; Funktionsniveau/Lebensqualität: sehr niedrig).

Mehrere Metaanalysen offenbarten signifikante Effekte von eltern- bzw. eltern-kind-zentrierten Interventionen, insbesondere für kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze. In einer Metaanalyse von Beelmann et al. (2023) wurden für indizierte Präventionsprogramme ($d = 0,51$) und klinische Anwendungen ($d = 0,59$) signifikante Symptomreduktionen hinsichtlich antisozialem Verhalten identifiziert. Über die verschiedenen Altersgruppen hinweg fanden sich kleine, bis mittlere Effektstärken: 4–7 Jahre: $d = 0,54$; < 4 Jahre: $d = 0,46$; 8–10 Jahre: $d = 0,39$; 11–18 Jahre: $d = 0,38$. Die am häufigsten untersuchten, spezifischen Programme waren *Triple P* ($k = 55$, $d = 0,44$) und *Incredible Years* ($k = 37$, $d = 0,42$), die am häufigsten untersuchte Gruppe von Behandlungsansätzen waren (andere) kognitiv-behaviorale Programme ($k = 100$, $d = 0,46$). Das Review von Herr et al. (2015) bestätigte signifikante Reduktionen von Verhaltensproblemen im Zusammenhang mit behavioral-, relational- und kognitiv ausgerichteten Elterntrainings mit kleinen bis großen Effektstärken im Vergleich zu verschiedenen Kontrollbedingungen. Im Rahmen dessen stellten die Autor:innen heraus, dass behaviorale Elterntrainings neben einer Reduktion der Verhaltensprobleme auch positive Effekte auf Erziehungsverhalten und das elterliche psychische Wohlbefinden erzielten. Die Arbeitsgruppe rund um Leijten (2019; 2022; 2018) zeigte, übereinstimmend mit den Befunden von Beelmann et al. (2023), dass Elterntrainings in indizierter Prävention und Behandlung bei Kindern im Alter bis zu 13 Jahren größere Effektstärken ($d = -0,57$) erzielten als in universeller oder selektiver Prävention ($d = 0,24$). Ähnliche Befunde fanden sich in weiteren Übersichtsarbeiten: Mouton et al. (2018) fanden einen großen Effekt ($d = 0,84$) und Mingebach et al. (2018) einen mittleren Effekt behavioraler und kognitiver Elterntrainings auf externalisierendes Verhalten der Kinder (SMD = 0,45, 95 %-KI [0,35; 0,55]). In einer Metaanalyse zu Anwendungen des *Incredible Years*-Programms in Europa zeigten sich Reduktionen kindlicher Verhaltensprobleme mit mittleren Effektstärken (Gardner et al., 2019b). Hua und Leijten (2022) fanden, dass verhaltensorientierte Interventionen den Kontrollgruppen überlegen waren, wohingegen rein beziehungsorientierte Programme keine signifikante Überlegenheit aufwiesen. Zarakoviti et al. (2021) zeigten darüber hinaus auf, dass Elterntrainings auch komorbide internalisierende Symptome günstig beeinflussen können: In sieben von 12 eingeschlossenen Studien wurden signifikante Verbesserungen in der Interventionsgruppe beobachtet, u. a. durch Programme wie *Incredible Years*, *Tuning in to Kids* und *Triple P*.

Zur **Empfehlung 4.2.3.**, wonach bei Jugendlichen ab 12 Jahren mit oppositionell-aggressivem Verhalten ein altersgerechtes Elterntaining angeboten werden kann, wurde die Qualität der vorliegenden Evidenz entsprechend des GRADE-Ansatzes endpunkübergreifend als moderat bewertet (Gesamtbeurteilung; Kernsymptomatik: niedrig; Komorbide Symptomatik und Funktionsniveau/Lebensqualität: moderat). Die wiederholt aufgeführte Übersichtsarbeit von Beelmann et al. (2023) ermittelte im Jugendalter eine kleine Reduktion des antisozialen Verhaltens von $d = 0,38$ für eltern-/elternkinzentrierte Präventionsmaßnahmen und Interventionen. Die randomisiert-kontrollierte Studie von Wetterborg et al. (2019) zeigte Vorteile eines onlinegestützten Elterntainings gegenüber einer Warteliste für die oppositionelle Trotzstörung und Verhaltensprobleme, Probleme mit Gleichaltrigen und emotionalen Symptomen, jedoch nicht für prosoziales Verhalten sowie Hyperaktivität und Unaufmerksamkeit der untersuchten Jugendlichen. Baumel et al. (2017) fanden im Rahmen einer systematischen Übersichtsarbeit kleine Effekte ($d = 0,17–0,20$) technologie-assistierter Elterntainingsprogramme auf externalisierende Symptome von Jugendlichen, im Vergleich zu einer Kontrollgruppe. Die Sekundärarbeit von Sheidow et al. (2022) klassifizierte²⁴ behavioral ausgerichtete Elterntainings für das Kindesalter, nicht aber für das Jugendalter, als gut etablierte (Gruppensetting) bzw. wahrscheinlich wirksame (Einzelsetting) Behandlungen. Als wahrscheinlich wirksamen Behandlungsansatz für Jugendliche mit disruptivem Verhalten benannte die Autor:innengruppe stattdessen einen kombinierten Behandlungsansatz aus (kognitiver-) Verhaltenstherapie und Familientherapie, welche sowohl familien-, kind- als auch elternzentrierte Sitzungen beinhaltet.

Format, inhaltliche Ausrichtung und Methoden der eltern- und eltern-kindzentrierten Interventionen

Mehrere randomisiert-kontrollierte Studien untersuchten die Wirksamkeit aufsuchender Elterntainings in der Behandlung von jungen Menschen mit externalisierenden Verhaltensproblemen (**Empfehlung 4.2.7.**). Die Aussagesicherheit der Evidenz zu dieser Empfehlung ist entsprechend des GRADE-Ansatzes als niedrig einzustufen (Gesamtbeurteilung, Kern- und komorbide Symptomatik).

O'Farrelly et al. (2021) fanden für ein videobasiertes Elterntaining im häuslichen Umfeld im Vergleich zur regulären pädiatrischen Grundversorgung bei Kindern im Alter von 21 bis 36 Monaten geringe bis moderate Effekte auf (aggressives) Verhalten ($d = 0,14–0,30$), jedoch keine Unterschiede hinsichtlich prosozialen oder internalisierenden Verhaltensweisen. Neuman und Bagner (2023) berichteten eine positive Beeinflussung der kindlichen Selbstregulation ($d = 0,56$) durch das *Infant Behavior Program* bei Hochrisiko-Kindern im Alter von 12 bis 15 Monaten mit externalisierenden Symptomen im Vergleich zur regulären pädiatrischen Grundversorgung. Allerdings waren diese Effekte in den späteren Follow-up-Messungen (3 und 6 Monate) nicht mehr beobachtbar. Die Arbeitsgruppe rund um Van Hoven (2018; 2017) beobachtete signifikante Reduktionen von externalisierendem und internalisierendem Verhalten zum dreimonatigen Follow-up bei fremduntergebrachten Kindern im Alter von 3 bis 12 Jahren durch ein aufsuchendes Elterntaining im Vergleich zur Routineversorgung, nicht aber bei einer Gruppe von fremduntergebrachten Kindern zwischen 6 und 18 Jahren. Bagner et al. (2016) konnten den Effekt für internalisierende Symptome auch zum sechsmonatigen Follow-up bestätigen. In der Studie von Lees et al. (2019) führte die Augmentierung des *Incredible Years*-Elternprogramms mit strukturierter aufsuchender Unterstützung zu deutlichen Verbesserungen externalisierender Symptome ($d = 0,57–0,63$) von 3 bis 7-jährigen Kindern sowie zu einem geringeren Anteil klinisch auffälliger Kinder zum Postmesszeitpunkt und dem 6-Monats-Follow-up im Vergleich zur alleinigen Elternteilnahme an *Incredible Years*. Im Vergleich der Prä- und Follow-up-Messung ergab sich ein signifikanter Gruppeneffekt hinsichtlich der Sozialkompetenz ($d = 0,54$).

Empfehlung 4.2.8. bezieht sich auf die Möglichkeit der Vermittlung der Inhalte eines Elterntainings mittels Ferntherapie oder begleiteter Selbsthilfe, wenn ein Elterntaining vor Ort nicht durchgeführt

²⁴ Klassifizierung erfolgte anhand anerkannter Kriterien (Southam-Gerow und Prinstein (2014))

werden kann. Die Qualität der Evidenz zu dieser Empfehlung wurde entsprechend des GRADE-Ansatzes endpunktübergreifend als niedrig eingestuft (Gesamtbeurteilung; Kernsymptomatik: moderat; Komorbide Symptomatik: niedrig; Funktionsniveau/Lebensqualität: sehr niedrig).

Die Mehrzahl der identifizierten randomisiert-kontrollierten Studien (Comer et al., 2017; Dadds et al., 2019a; de Jong et al., 2023; Engelbrektsson et al., 2023a; Engelbrektsson et al., 2023b; Fleming et al., 2020; Fossum et al., 2018; Ghaderi et al., 2018; Hautmann et al., 2018b; Hautmann et al., 2023; Katzmann et al., 2017; Sourander et al., 2018; Sourander et al., 2016; Treier et al., 2022a; Wetterborg et al., 2019), weist auf eine Vergleichbarkeit zwischen Online- und Präsenzformaten für relevante Zielvariablen hin. In den Studien von Comer et al. (2017) und Fleming et al. (2020) boten Therapeut:innen im Rahmen einer internetbasierten Eltern-Kind-Interaktionstherapie Echtzeit-Ferncoachings für die Interaktion mit dem jeweiligen Kind im häuslichen Umfeld an. Hinsichtlich der Kernsymptomatik zeigten sich sowohl zum Post-Messzeitpunkt als auch zur Follow-up-Messung vergleichbare Verbesserungen und Anteile klinisch bedeutsamer Responder im Vergleich zu äquivalenten Programmen im direkten Kontakt. Ebenfalls keine signifikanten Unterschiede fanden sich für die Zielvariablen der globalen Symptomschwere und des Funktionsniveaus. In der Metaanalyse von Florean et al. (2020) wurden randomisiert-kontrollierte Studien inkludiert, in welchen Elterntrainings online über einen Computer oder eine App dargeboten wurden, mit und ohne Anleitung. Die Autor:innen resümierten, dass Online-Elterninterventionen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe (keine oder alternative Behandlung) wirksam in der Verringerung von Verhaltensproblemen bei Jugendlichen seien ($g = 0,40$; 95 %-KI [0,19; 0,60]) und sich in ihrer Wirksamkeit nicht von nicht internetbasierten Interventionen unterschieden ($g = -0,07$; 95 %-KI [0,22; 0,09]). Als relevante Prädiktoren der Wirksamkeit erwiesen sich die Anzahl der Sitzungen, die eine stärkere Reduzierung kindlicher Verhaltensprobleme vorhersagte (Slope = 0,09, $p < ,001$), sowie das Bildungsniveau der Eltern, ein höherer Prozentsatz von Eltern mit Hochschulabschluss sagte signifikant bessere Ergebnisse bei Verhaltensproblemen der Kinder voraus (Slope = 0,01, $p < ,030$). Selbsthilfeinterventionen, bei denen eine begleitende Beratung angeboten wurde ($g = 0,63$; 95 %-KI [0,42; 0,85]), waren hinsichtlich der Verringerung von Verhaltensproblemen zwar deskriptiv, aber nicht signifikant wirksamer ($p = ,071$) als Interventionen, bei denen ausschließlich eine technische Unterstützung angeboten wurde ($g = 0,32$; 95 %-KI [0,05; 0,59]) (Florean et al., 2020). In Übereinstimmung konnten auch de Jong et al. (2023) im Rahmen ihrer randomisiert-kontrollierten Studie zu ihrem, der Warteliste überlegenen, Selbsthilfeprogramm keinen Unterschied in der Wirksamkeit einer telefonisch begleiteten und einer unbegleiteten Programmversion feststellen. Die systematische Übersichtsarbeit von Baumel et al. (2017) zeigte anhand der zwei identifizierten Studien eine Überlegenheit eines technologie-assistierten Elterntrainingsprogramms gegenüber einer Warteliste für externalisierende Symptome, mit kleinen Effektstärken zwischen $d = 0,17$ und $d = 0,20$. In der systematischen Übersichtsarbeit von McAloon und de la Poer Beresford (2023) wurden online, behaviorale Elterninterventionen ebenfalls als wirksame Behandlungsmethode für disruptives Verhalten identifiziert: Bereits nach der ersten von mindestens zwei Sitzungen über ein elektronisches Medium, das nicht auf zwischenmenschlicher Kommunikation basierte, berichteten neun von zehn der inkludierten Studien deutliche Verbesserungen. Wirksame Interventionen hatten eine klar definierte Programmstruktur und beruhten auf den Prinzipien des operanten Lernens. Die internetgestützte, angeleitete Selbsthilfe-Intervention, welche Wetterborg et al. (2019) untersuchten, zeigte im Vergleich zu einer Warteliste keinen signifikanten Unterschied für die Variablen prosoziales Verhalten und Hyperaktivität/Unaufmerksamkeit. Allerdings offenbarte sich in der Interventionsgruppe eine stärkere Reduktion von oppositionellen und Verhaltensproblemen, (komorbiden) emotionalen Problemen und Schwierigkeiten mit Gleichaltrigen als in der Wartekontrollgruppe. Während zwischen einem klassisch durchgeführten Elterntaining und einer internetgestützten, unangeleiteten Version (iComet) keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich prosozialem Verhalten und komorbiden Schwierigkeiten gezeigt wurden, schnitten Rezipienten von iComet zum Post-Messzeitpunkt, nicht aber zum Follow-up-Messzeitpunkt schlechter ab hinsichtlich disruptivem Verhalten ($d = 0,24$) und Verhaltensproblemen ($d = 0,30$) der Kinder und Jugendlichen (10–13 Jahre; Ghaderi et al., 2018). Die Arbeitsgruppe rund um Engelbrektsson (2023a; 2023b) untersuchte ebenfalls iComet, allerdings im

Vergleich mit einer Gruppenversion vor Ort (gComet) mit identischen Behandlungsinhalten. Im Rahmen dieser Untersuchung wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Versionen für diverse Zielvariablen gefunden (oppositionelle Trotzstörung, Verhaltensprobleme, prosoziales Verhalten, externalisierendes Verhalten, Aufmerksamkeitsdefizit /Hyperaktivitätsstörung (ADHS), emotionale Probleme, Probleme mit Gleichaltrigen, gesundheitsbezogene Lebensqualität), mit Ausnahme der ADHS im klinischen Urteil. In der Untersuchung von Prinz et al. (2022) wurden zwei Varianten des *Triple-P*-Programms kontrastiert: online, nicht interaktionell durchgeführt versus von Fachpersonal durchgeführt. Hinsichtlich Verhaltensauffälligkeiten (conduct problems) bei Kindern zeigte sich eine vergleichbare Wirksamkeit der beiden Programmversionen. Während sich diese Nichtunterlegenheit auch für oppositionelles Verhalten gegenüber Erwachsenen und Gleichaltrigen, Hyperaktivität sowie die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung zum Post-Messzeitpunkt zeigte, konnte diese im einjährigen Follow-up jeweils nicht bestätigt werden. Auch für die familiäre Lebensqualität zeigte sich keine vergleichbaren Wirksamkeiten. Bausback und Bunge (2021) untersuchten in ihrer Metaanalyse die Ergänzung eines behavioralen Elterntrainings mit Technologie, bzw. hauptsächlich internetbasierte Elterntrainingsmaßnahmen mit menschlicher Unterstützung. Alle Stufen menschlicher Unterstützung (u. a. Teletherapie, analoges behaviorales Elterntraining mit einer zusätzlichen technologischen Intervention, angeleitete Selbsthilfe und vollautomatisierte, unangeleitete Programme), mit Ausnahme der Teletherapie, wiesen eine moderate bis große Effektstärke für die Verringerung externalisierender Symptome auf. Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Stufen der menschlichen Unterstützung. Darüber hinaus ergaben die Analysen keine signifikanten Unterschiede zwischen menschlicher Unterstützung, Studien mit niedrigem sozioökonomischem Status und Studien mit ethnischen Minderheiten. Die Arbeiten von Katzmann et al. (2017), Hautmann et al. (2018b), Hautmann et al. (2023) und Treier et al. (2022a) beruhen auf einer Studie, in der ein behaviorales, direktives mit einem non-direktiven Selbsthilfeprogramm für Eltern von Kindern mit diagnostizierter ADHS oder oppositioneller Trotzstörung verglichen wurde. Das stärker direktive Vorgehen erwirkte stärkere Verbesserungen für oppositionelles Verhalten im klinischen Urteil ($d = 0,35$) und für externalisierende Symptome im Elternurteil ($d = 0,31$). Für oppositionelles Verhalten und ADHS Symptomatik jeweils im Selbst- und Frembericht, internalisierende Symptome, Lebensqualität und Beeinträchtigung wurden hingegen keine unterschiedlichen Effekte für die beiden inhaltlichen Ausrichtungen und Vorgehensweisen festgestellt. In den Studien von Sourander et al. (2016), Sourander et al. (2018) und Fossum et al. (2018) wurde eine internetbasierte Version des Programms *Strongest Families* mit wöchentlichen Telefonaten mit einer Fachkraft verglichen mit einer, die Standardversorgung ergänzenden, edukationalen Kontrollgruppe (kurze Einführung in positive Erziehungsstrategien, einmalig 45-minütiges Telefonat mit Fachkraft). Während die Variablen begrenzte prosoziale Emotionalität, Aggression und Feindseligkeit, und oppositionelle Trotzstörungen, externalisierende und internalisierende Symptome, als auch die totale Symptombelastung, nach 6 Monaten durch das Online-Training stärker verringert wurden als in der Kontrollgruppe, glichen sich die beiden Gruppen in den Follow-up-Messungen an. Keine der untersuchten elterlichen Variablen wie das Ausmaß einer elterlichen ADHS oder die elterliche Belastung hatte einen signifikanten Einfluss auf die Wirkung der Behandlung auf das externalisierende Verhalten des Kindes.

Empfehlung 4.2.9. entsprechend sollten bei problemaufrechterhaltenden Interaktionsmustern primäre Bezugspersonen während der Interaktion mit ihrem Kind durch Fachpersonen angeleitet werden. Die Qualität der Evidenz ist entsprechend des GRADE-Ansatzes als sehr niedrig einzustufen (Gesamtbeurteilung, Kernsymptomatik und Funktionsniveau/Lebensqualität).

Metaanalytische Befunde (Beelmann et al., 2023; Helander et al., 2022) offenbarten kleine bis große Effekte von Eltern-Kind-Interaktionstherapie im Vergleich zu Kontrollgruppen. Beelmann et al. (2023) identifizierten in ihrer umfassenden Übersichtsarbeit 14 Studien zu Eltern-Kind-Interaktionstherapie und fanden für antisoziales Verhalten eine große Effektstärke ($d = 0,83$). Auch Helander et al. (2022) fanden in ihrer Metaanalyse eine große Effektstärke zugunsten der Eltern-Kind-Interaktionstherapie ($g = 1,22$) mit Kindern im Vorschulalter hinsichtlich disruptivem Verhalten von Kindern im

Vorschulalter und im Vergleich mit Wartekontrollgruppen. Konsistent zeigten zwei Metaanalysen und eine randomisiert-kontrollierte Studie kurzfristige Verbesserungen externalisierender Symptome, teils auch über den Follow-up-Zeitraum (Allen et al., 2022; Thomas et al., 2017; Valero-Aguayo et al., 2021). Die Ergebnisse der Metaanalyse von Thomas et al. (2017) untermauerte ebenfalls die Effektivität von Eltern-Kind-Interaktionstherapie bei Kindern mit externalisierenden Verhaltensproblemen und zeigte, dass die Wirksamkeit unabhängig von Sitzungsdauer, Behandlungsort (akademisch versus Gemeinde) oder der Art der kindlichen Symptomatik (nur externalisierende versus gemischte Probleme) war. Ergänzend berichteten Allen et al. (2022), dass Eltern-Kind-Interaktionstherapie auch bei Kindern mit Autismus-Spektrum-Störungen und klinisch relevanten externalisierenden Symptomen, zum Follow-up-Messzeitpunkt, nicht aber zur Post-Messung, wirksam ist. Valero-Aguayo et al. (2021) fanden signifikant stärkere Effekte einer Eltern-Kind-Interaktionstherapie-Behandlung auf externalisierende Symptome gegenüber Kontrollgruppen zum Post-Zeitpunkt ($d = -0,87$), jedoch nicht zu späteren Messungen. Allen et al. (2022) zeigten, dass die Eltern-Kind-Interaktionstherapie die Kontrollgruppe, die weiterhin an der routinemäßigen gemeindenahen Versorgung teilnahm, zum Post-Zeitpunkt auf allen angewendeten Skalen zu externalisierenden Symptomen übertraf. Zwei Studien (Comer et al., 2017; Fleming et al., 2020) zeigten, dass internetbasierte Eltern-Kind-Interaktionstherapie bei externalisierenden Symptomen ebenso wirksam war wie die klinische Face-to-Face-Variante, sowohl zu Post- als auch zu Follow-up-Zeitpunkten. Dabei erfolgte die elternzentrierte Anleitung durch Therapeut:innen in Echtzeit per Videokonferenz während der häuslichen Interaktion. Unterschiede hinsichtlich globaler klinischer Schwere Funktionsniveau traten nicht auf. Graziano et al. (2020) verglichen eine intensivere Form der internetbasierten Eltern-Kind-Interaktionstherapie (5 Tage pro Woche, für 2 Wochen) mit einer zeitlich begrenzten wöchentlichen Eltern-Kind-Interaktionstherapie (ein Tag pro Woche, für 10 Wochen). Während die beiden Varianten zum Post-Zeitpunkt in vergleichbaren Verbesserungen externalisierender Symptome resultierten, zeigte sich im 6- bis 9-Monats-Follow-up die wöchentliche Eltern-Kind-Interaktionstherapie überlegen. Zudem moderierte das elterliche Stresserleben die Wirksamkeit: Bei hoher elterlicher Belastung war Eltern-Kind-Interaktionstherapie signifikant wirksamer ($R^2 = ,06$, $b = -,18$, $p < ,05$; $t = -2,73$, $p < ,01$), während bei niedriger Belastung keine signifikanten Unterschiede bestanden.

Bedarfsgerechte Intensivierung bzw. Erweiterung der Massnahmen

In Bezug auf die **Empfehlung 4.2.10.** wurden vier randomisiert-kontrollierte Studien, eine systematische Übersichtsarbeit und eine Metaanalyse als relevant identifiziert. Die Intensivierung elternzentrierter Interventionen kann der Empfehlung nach bei jungen Menschen mit begrenzten prosozialen Emotionen indiziert sein, um einer geringeren Behandlungswirksamkeit entgegenzuwirken. Die Gesamtqualität der Evidenz wurde entsprechend des GRADE-Ansatzes als niedrig bewertet (Gesamtbeurteilung; Kernsymptomatik: niedrig; Funktionsniveau/Lebensqualität: sehr niedrig).

Hawes et al. (2014) wies im Rahmen seiner systematischen Übersichtsarbeit daraufhin, dass in vier von fünf von ihm als relevant eingestuften Studien eine begrenzte prosoziale Emotionalität der Kinder und Jugendlichen mit ungünstigeren Behandlungsergebnissen durchgeführter Elterntrainings assoziiert waren. Ergänzend offenbarte Perlstein et al. (2023) in seiner Metaanalyse, dass über verschiedene Behandlungskonzepte hinweg, junge Menschen mit disruptivem Verhalten und begrenzter prosozialer Emotionalität ähnliche Symptomreduktionen erzielten wie junge Menschen mit disruptivem Verhalten und altersgerechter prosozialer Emotionalität. Allerdings begannen und beendeten die jungen Menschen die jeweilige Behandlung mit stärkeren Symptomausprägungen. Perlstein et al. (2023) zeigten außerdem, dass über alle Behandlungskonzepte hinweg keine Verbesserung der begrenzten prosozialen Emotionalität erzielt werden konnte. Allein Behandlungskonzepte, die primär eine Veränderung elterlichen Erziehungsverhalten anvisierten, gingen mit signifikanten Reduktionen dieser Symptomatik einher, $k = 17$, $SMD = 0,22$, $p < ,05$, 95 %-KI [0,06; 0,38]. Dadds et al. (2019a) gingen der Frage nach, ob ein spezifisch ergänztes Elterntraining einer kombinierten Behandlung aus Elterntraining und Kinderspielgruppe bzw. einem alleinigen Elterntraining (Benchmark-Stochprobe)

überlegen war und konnten für die untersuchten Kinder im Vorschulalter keine Überlegenheit hinsichtlich Verhaltensproblemen (conduct problems) oder begrenzter prosozialer Emotionalität aufdecken. Die Arbeiten von Comer et al. (2017) und Fleming et al. (2020), welche eine internetgestützte und eine klassische Variante der Eltern-Kind-Interaktionstherapie kontrastierten, offenbarten, dass Kinder im Vorschulalter mit altersgerechter prosozialer Emotionalität im Besonderen und Kinder mit begrenzter prosozialer Emotionalität hingegen nur begrenzt von der internetgestützten Version des Elterntrainings profitierten. Fleming et al. (2020) verglichen ebenfalls eine spezifische Erweiterung der Eltern-Kind-Interaktionstherapie mit einer klassischen Variante und deckten für Kinder mit Verhaltensproblemen und begrenzter prosozialer Emotionalität im Alter von 3 bis 7 Jahren vergleichbare Wirksamkeiten hinsichtlich aggressivem und oppositionellem Verhalten, affektiver Empathie und begrenzter prosozialer Emotionalität zum Interventionsende sowie 3 Monate später auf. Lediglich hinsichtlich der externalisierenden Symptome war die spezifische Variante der klassischen Variante überlegen. Das *Hitkahrut-Elterntraining* erzielte in seiner Anwendung bei Vorschulkindern mit ersten mit Verhaltensproblemen signifikante Effekte hinsichtlich begrenzter prosozialer Emotionalität ($d = 0,72$), Selbstregulation (effortful control; $d = 0,57$) und externalisierender Symptome ($d = 0,76$) gegenüber einer Routineversorgung (Elizur & Somech, 2018; Elizur et al., 2017; Somech, 2021). Sekundäre Analysen wiesen daraufhin, dass die erzielten Verbesserungen hinsichtlich begrenzter prosozialer Emotionalität über eine gesteigerte Selbstkontrolle (effortful control) vermittelt wurden.

Laut **Empfehlung 4.2.11.** kann in Familien mit ungünstigen psychosozialen Bedingungen oder vorliegender sozio-ökonomischer Benachteiligung die Inanspruchnahme ergänzender Maßnahmen unterstützt werden, um eine regelmäßige Teilnahme an einem Elterntraining zu ermöglichen. Darüber hinaus kann erwogen werden, zusätzliche Sitzungen anzubieten, um einen nachhaltigen Erfolg zu gewährleisten. Bezugnehmend wurden zwei Metaanalysen identifiziert, deren Qualität entsprechend des GRADE-Ansatzes als niedrig eingestuft wurde (Gesamtbeurteilung; Kernsymptomatik: sehr niedrig; Funktionsniveau/Lebensqualität: niedrig).

Leijten et al. (2013) deckten im Rahmen ihrer Metaanalyse zu Elterntrainings auf, dass die Symptomschwere zu Behandlungsbeginn den Behandlungserfolg vorhersagte. Darüber hinaus profitierten Patient:innen aus psychosozial benachteiligten Familien weniger von dem erhaltenen Elterntraining zur Gewaltprävention: Im Falle schwerwiegender Symptomatik zeigten sich geringere Symptombesserungen bereits unmittelbar nach der Behandlung, im Falle weniger schwerwiegender Symptomatik zur Nachuntersuchung. Da die Erzielung bzw. Aufrechterhaltung eines Behandlungserfolgs für benachteiligte Familien folglich erschwert erscheint, benennen die Autor:innen eine nachhaltigere Unterstützung der Familien als erforderlich. Hodson et al. (2025) untersuchten in ihrer Metaanalyse den Einfluss von finanziellen Anreizen auf das elterliche Engagement in Elterntrainings. Die Eltern, die eine finanzielle Förderung erhielten, sagten mit höherer Wahrscheinlichkeit als die Eltern ohne finanzielle Anreize einer Teilnahme zu (OR = 1,40, 95 %-KI [1,20; 1,65]) und nahmen mit höherer Wahrscheinlichkeit eine Mindestanzahl an Sitzungen wahr (OR = 1,76 95 %-KI [1,17; 2,66]). Anreize im Wert von über 10 Dollar pro Sitzung waren am wirksamsten, um das Engagement zu steigern. Der beobachtete positive Effekt zeigte sich für Eltern mit gerigem Einkommen, einer ethnischen Minderheit und mit Migrationshintergrund (Hodson et al., 2025).

4.3. Patient:innenzentrierte präventive Maßnahmen

4.3.1.	Empfehlung	Neu (Stand: 08/2025)
Empfehlungsgrad: B ↑	Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Risikofaktoren für die Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens sollten frühzeitig, bereits bevor eine manifestierte Störung auftritt, spezifische präventive Unterstützungsangebote erhalten. Die präventiven Maßnahmen sollten sich an den Behandlungskonzepten und -methoden für Kinder/Jugendliche/junge Erwachsene mit einer diagnostizierten Störung des Sozialverhaltens orientieren.	
Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: niedrig Komorbide Symptomatik: - Funktionsniveau/Lebensqualität: - Gesamtbeurteilung: niedrig ²⁵	
Literaturhinweise	Aebi et al. (2022); Beelmann und Lösel (2021); Burrow-Sanchez et al. (2021); Carter et al. (2022); Castillo-Eito et al. (2020); Chen et al. (2014); Goldstein et al. (2018); Hein et al. (2020); Hektner et al. (2017); Kiziltepe et al. (2023); Larden et al. (2021); McClure (2017); Olaghere et al. (2021); Pereira et al. (2020); Ramdhonee-Dowlot et al. (2021); Ren et al. (2021); Schleider et al. (2020); Schuurmans et al. (2023); Umbach et al. (2018); van der Stouwe et al. (2021); Waxmonsky et al. (2021)	
	Konsensstärke: 100 %	

HINTERGRUNDTEXT: Maßnahmen zur Prävention einer Störung des Sozialverhaltens sind insbesondere dann wirksam, wenn Kinder/Jugendliche/junge Erwachsene bereits klinisch relevante Symptome zeigen. Im Bereich dieser sogenannten indizierten Prävention liegt die Wirksamkeit meist höher als im Bereich der selektiven Prävention, die sich an Personen mit einem erhöhten Risiko, aber ohne manifeste Symptomatik richtet. Gleichwohl kann auch bei einem vorliegenden Risiko – insbesondere bei einer Kumulation mehrerer Risikofaktoren – eine präventive Maßnahme fachlich geboten sein. Zu den bekannten Risikofaktoren für die Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens zählen unter anderem familiäre Belastungen (z. B. inkonsistente oder gewaltvolle Erziehung, elterliche psychische Erkrankungen), schulische Probleme, mangelnde soziale Unterstützung, defizitäre Emotionswahrnehmung und -benennung, hohe Emotionsreaktivität sowie geringe Emotionsregulation. Maßnahmen der selektiven Prävention richten sich an verschiedenste Zielgruppen wie beispielsweise Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, die von Armut betroffen sind, fremduntergebracht wurden oder sich delinquent verhalten. Bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, welche Risikofaktoren aufweisen, können frühzeitige, gezielte Maßnahmen eine ungünstige Entwicklung unterbrechen und das Entstehen einer manifesten Störung des Sozialverhaltens möglicherweise verhindern. Entsprechend erreichte die Leitliniengruppe, insbesondere basierend auf ethischen und sozialen Erwägungen sowie einer Abwägung von Nutzen und Schaden bzw. Kosten und Nutzen, einen starken Konsens hinsichtlich einer schwachen Empfehlung bei niedriger Qualität der Evidenz (Gesamtbeurteilung).

INTERNER VERWEIS: Für detailliertere Informationen zu den Behandlungskonzepten und -methoden bei Vorliegen einer Störung des Sozialverhaltens siehe Empfehlungen 4.4.1. bis 4.4.5. dieses Kapitels.

²⁵ Die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz wurde vor allem aufgrund methodischer Limitationen (Risiko für Bias) und mitunter aufgrund der Ungenauigkeit der Befunde als niedrig bewertet.

Evidenz zu den Empfehlungen

Entsprechend **Empfehlung 4.3.1.** sollten Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Risikofaktoren für die Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens frühzeitig, bereits bevor eine manifeste Störung auftritt, spezifische präventive Unterstützungsangebote erhalten. Die präventiven Maßnahmen sollten sich an den Behandlungskonzepten und -methoden für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit einer diagnostizierten Störung des Sozialverhaltens orientieren. Die Evidenz zu dieser Empfehlung setzt sich zusammen aus mehreren Übersichtsarbeiten sowie randomisiert-kontrollierten Studien. Die Aussagesicherheit der vorliegenden Evidenz wurde entsprechend des GRADE-Ansatzes mit niedrig beurteilt (Gesamtbeurteilung, Kernsymptomatik).

Die Metaanalyse von Castillo-Eito et al. (2020) inkludierte 95 Studien mit insgesamt 111.151 jungen Personen ($M_{\text{Alter}} = 13,36$ Jahre) mit erhöhtem Risiko für aggressives Verhalten. Die untersuchten Interventionen variierten stark in ihrer Intensität (20 Minuten bis 3 Jahre) und wurden zumeist in Schulen (79 %) und im Gruppenformat durchgeführt (84 %). 54 % der Interventionen richteten sich an junge Menschen mit aggressivem Verhalten oder vorliegenden Risikofaktoren und 46 % an die Allgemeinbevölkerung (universelle Maßnahmen). Im Vergleich zu sowohl nicht aktiven, als auch aktiven Kontrollgruppen, wurde eine kleine Effektgröße von $d = 0,28$, 95 %-KI [0,17; 0,39] identifiziert. Beelmann und Lösel (2021) untersuchten soziale Kompetenztrainings zur Prävention von Aggression, Delinquenz und weiteren antisozialen Verhaltensweisen und deckten keine signifikante Überlegenheit von universell oder selektiv eingesetzten, sozialen Kompetenztrainings (universelle Prävention: $d = 0,11$, 95 %-KI [-0,01; 0,23]; selektive Prävention: $d = 0,08$, 95 %-KI [-0,07; 0,23]) gegenüber verschiedenen Kontrollbedingungen auf. Für den Bereich der indizierten Prävention hingegen wurde eine mittlere Effektstärke, der vor allem kognitiv-behavioral ausgerichteten, sozialen Kompetenztrainings extrahiert ($d = 0,49$, 95 %-KI [0,36; 0,62]). Während sich über alle Präventionskontexte hinweg keine signifikanten Effekte sozialen Kompetenztrainings für Kinder unter 9 Jahren zeigten (bis 6 Jahre: $d = 0,15$, 95 %-KI [-0,03; 0,33]; 6–9 Jahre: $d = 0,09$, 95 %-KI [-0,11; 0,27]), scheinen oppositionelle, aggressive und andere antisoziale Verhaltensweisen ab dem Alter von 9 Jahren durch soziale Kompetenztrainings signifikant reduzierbar (9–10 Jahre: $d = 0,44$, 95 %-KI [0,26; 0,62]; 10–14 Jahre: $d = 0,22$, 95 %-KI [0,06; 0,38]; 14–18 Jahre: $d = 0,62$, 95 %-KI [0,30; 0,94]). In einer randomisiert-kontrollierten Studie mit 100 Kindern und Jugendlichen zwischen 9 und 14 Jahren in Fremdunterbringung zu einem kognitiv-behavioral ausgerichteten Gruppenprogramm zeigte sich eine Reduktion der Verhaltensprobleme (conduct problems: $\eta^2 = ,31$) und eine Steigerung des prosozialen Verhaltens ($\eta^2 = ,30$) mit einer großen Effektstärke, wobei die genannten Effekte zum dreimonatigen Follow-up stabil blieben (prosoziales Verhalten: $\eta^2 = ,22$; Verhaltensprobleme: $\eta^2 = ,38$; Ramdhoney-Dowlot et al., 2021). Auch Carter et al. (2022) berichteten signifikante Effekte eines kombinierten Programms aus motivationaler Gesprächsführung und kognitiv-behavioral ausgerichteter Kompetenzgruppe gegenüber einer Routineversorgung hinsichtlich der Reduktionen von aggressivem Verhalten sowie dem Selbstwirksamkeitserleben Konflikten aus dem Weg zu gehen und gewaltbereiten Einstellungen der Jugendlichen mit Gewaltpotenzial. Die Metaanalyse von McClure (2017) hebte die Wirksamkeit sozial-emotionaler Lernprogramme in Bildungseinrichtungen zur Reduktion von Verhaltensproblemen (conduct problems: $g = -0,18$, 95 %-KI [-0,242; -0,126]) und die Förderung prosozialer Verhaltensweisen ($g = 0,19$) für Kinder und Jugendliche zwischen 4 und 16 Jahren, die in Armut aufwachsen, hervor. Pereira et al. (2020) untersuchten die Effekte einer kombinierten Behandlungsansatzes aus Wellensurfen und psychologischem Gruppenangebot und konnten einen großen Effekt auf prosoziales Verhalten, nicht aber auf die Emotionsregulation der fremduntergebrachten Kinder und Jugendlichen aufdecken. Schuurmans et al. (2023) untersuchte in ihrer randomisiert-kontrollierten Studie ein Meditationsanwendung unter Einsatz eines Neurofeedbacks und offenbarten zum ersten, nicht aber zum zweiten Follow Up-Messzeitpunkt, eine signifikante Reduktion reaktiver und proaktiver Aggression der 10–18-jährigen, traumatisierten und fremduntergebrachten Jugendlichen. Ein sehr umfangreiches 6-wöchiges Sommerprogramm mit akademischen, sozialen und kreativen Anteilen in der Übergangszeit vom Kindergarten in die Schulzeit zeigte im Vergleich zu keiner Behandlung positive Effekte hinsichtlich der Zuschreibung von aggressiven Verhaltensweisen durch Gleichaltrige, nicht aber durch Eltern und Lehrkräfte sowie

hinsichtlich prosozialer Verhaltensweisen im Lehrkrafturteil (Hektner et al., 2017). Eine einmalige, computerbasierte Sitzung zum Wachstumsdenken resultierte bei jugendlichen Mädchen, welche in Armut aufwuchsen, nicht in einer bedeutenden Reduktion von Verhaltensproblemen (Schleider et al., 2020). Burrow-Sanchez et al. (2021) konnten keinen signifikanten Unterschied zwischen dem Einfluss einer kulturell-adaptierten und einer Standardversion kognitiver Verhaltenstherapie auf externalisierendes Verhalten bei lateinamerikanischen, jugendlichen Mädchen in den USA feststellen.

Viele der als relevant eingestuften Studien untersuchen die Wirksamkeit von Präventionsansätzen bei jener Gruppe von Jugendlichen, die in der Vergangenheit bereits straftätig geworden sind (Aebi et al., 2022; Chen et al., 2014; Goldstein et al., 2018; Hein et al., 2020; Kiziltepe et al., 2023; Larden et al., 2021; Olaghere et al., 2021; Ren et al., 2021; Umbach et al., 2018; van der Stouwe et al., 2021). (2021) untersuchten metaanalytisch die Wirksamkeit eines sozialen Kompetenztrainings im Vergleich zu alternativen Behandlungsformen, darunter traditionelle Bewährungsdienste, reguläre stationäre Jugendbetreuungsdienste sowie alternative Schulungs- und Diskussionsgruppen. In Bezug auf soziale Kompetenzen ergab sich im Vergleich zu inaktiven Kontrollbedingungen ein signifikanter, mittlerer Effekt ($d = ,54$, 95 %-KI [0,37; 0,72]) und im Vergleich zu alternativen Behandlungsansätzen eine vergleichbare Wirksamkeit. In Bezug auf externalisierende Symptome der Jugendlichen offenbarte sich kein signifikanter Vorteil der sozialen Kompetenztrainings sowohl im Vergleich zu keiner Behandlung als auch im Vergleich zu einem alternativen Behandlungsansatz. Einschränkend zu beachten ist, dass mehr als die Hälfte der inkludierten Studien Beobachtungsstudien waren (van der Stouwe et al., 2021). Die randomisiert-kontrollierte Studie von Ren et al. (2021) untersuchte die Wirksamkeit einer Intervention zur gezielten Veränderung feindseliger Interpretationsmuster auf aggressives Erleben und Verhalten bei 56 männlichen Straftätern im Alter zwischen 16 und 18 Jahren und zeigte keine Überlegenheit hinsichtlich der Reduktion von aggressivem Verhalten im Vergleich zu einer Wartelistenkontrollgruppe. Allerdings wurde ein differenzieller Effekt identifiziert: Die Intervention schien insbesondere für Teilnehmende mit stark ausgeprägten feindseligen Interpretationsmustern wirksam zu sein (Ren et al., 2021). Larden et al. (2021) zeigten, dass durch individuelle kognitive Verhaltenstherapie von männlichen Straftätern im Jugend- bzw. jungen Erwachsenenalter allein proaktive Aggression, nicht aber reaktive Aggression, antisoziale Kognitionen und weitere Verhaltensprobleme stärker reduziert werden konnten als durch die Regelversorgung. Chen et al. (2014) deckten für männliche, inhaftierte Jugendliche und junge Erwachsene positive Effekt einer kognitiv-behavioralen Gruppenbehandlung gegenüber einer vor allem akademisch ausgerichteten Routineversorgung hinsichtlich Aggression gegenüber Eigentum, Autoaggressionen und körperlichen Aggressionen auf. Hein et al. (2020) untersuchten in ihrer randomisiert-kontrollierten Studie die Wirksamkeit eines Trainings zur Förderung sozialer Problemlösefähigkeiten in Kleingruppen im Vergleich zur Regelversorgung bei 289 männlichen, inhaftierten Jugendlichen. In Bezug auf das Ausmaß erlebter Wut zeigten sich keine signifikant unterschiedlichen Verbesserungen. Interessanterweise wiesen weiterführende Analysen daraufhin, dass die Wirksamkeit des Problemlösetrainings von Polymorphismen im sogenannten COMT-Gen abhängig sein könnten (Hein et al., 2020). Goldstein et al. (2018) untersuchten die spezifische Wirksamkeit eines Therapieprogramms für weibliche Jugendliche in Jugendstrafanstalten und deckte für die meisten Endpunkte im Bereich von Ärger und Aggression große Effektstärken auf (partiell $\eta^2 = ,11$ – $,19$). Die psychoedukative Intervention, welche Kiziltepe et al. (2023) in ihrer randomisiert-kontrollierten Studie in der Türkei testeten, offenbarten keinen signifikanten Interventionseffekt hinsichtlich Ärgerkontrolle, allerdings einen großen Effekt auf die Empathiefähigkeit (partiell $\eta^2 = ,12$) bei unklarer Vergleichsbedingung und kleinen Stichproben. Aebi et al. (2022) zeigten, dass innerhalb einer kognitiv-behavioralen Behandlung von inhaftierten, jugendlichen Sexualstraftätern eine Fokussierung auf die Verbesserung sozialer, affektiver und sexueller Kompetenzen eine stärker reduzierende Wirkung auf externalisierende Symptome hat, als eine Fokussierung auf das Verstehen der Sexualstraftat (Aebi et al., 2022). Umbach et al. (2018) untersuchten die Wirksamkeit eines Achtsamkeitstrainings im Rahmen einer kognitiven Verhaltenstherapie im Vergleich zu kognitiver Wahrnehmungskontrolle bei 197 inhaftierten männlichen Jugendlichen und fanden keine signifikant unterschiedlichen Wirksamkeiten in der durchgeführten emotionalen Go-/No-Go-Aufgabe (Umbach et

al., 2018). Olaghere et al. (2021) gingen der Frage nach, ob eine traumafokussierte Behandlung von Jugendlichen, die ein erhöhtes Risiko tragen mit dem Gesetz in Konflikt zu geraten, Verhaltensschwierigkeiten reduzieren können. Unter Einschluss von aktiven und nicht aktiven Kontrollgruppen ergab sich eine kleine bis mittlere Effektstärke von $g = 0,39$ für die Reduktion von externalisierenden Verhaltensweisen und eine mittlere Effektstärke von $g = 0,41$ für delinquentes Verhalten.

4.4. Patient:innenzentrierte therapeutische Interventionen

Indikation für patient:innenzentrierte Interventionen

4.4.1.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 06/2025)
Empfehlungs- grad: 0 ⇔	In Kombination mit Interventionen mit den Eltern bzw. primären Bezugspersonen sowie pädagogischen Fachkräften können bei Kindern zwischen 4 und 6 Jahren, welche die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllen oder bei denen ein klinisch relevantes oppositionell-aggressives Verhalten vorliegt, patient:innenzentrierte, an den Entwicklungsstand der Kinder angepasste, Interventionen durchgeführt werden.	
Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: niedrig Komorbide Symptomatik: sehr niedrig Funktionsniveau/Lebensqualität: - Gesamtbeurteilung: niedrig ²⁶	
Literatur- hinweise	Beelmann und Lösel (2021); Bratton et al. (2013); Kjøbli et al. (2018); Parker et al. (2021)	
	Konsensstärke: 100 %	

HINTERGRUNDTXT: Maßnahmen der indizierten Prävention bzw. Therapie sind für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit oppositionell-aggressivem Verhalten generell multimodal auszurichten. Die ausschließliche Arbeit mit der betroffenen Person erscheint nur in Ausnahmefällen und tendenziell in der Arbeit mit älteren Jugendlichen und jungen Erwachsenen sinnvoll – in der Regel ist die Einbeziehung des sozialen Umfelds unabdingbar. Der Aufbau der Empfehlung wurde dahingehend modifiziert, dass noch deutlicher wird, dass im Vorschulalter der Einsatz patient:innenzentrierter Interventionen ausschließlich in Kombination mit umfeldzentrierten Interventionen erfolgen sollte. Eine bisher formulierte spezifische Indikation der patient:innenzentrierten Interventionen entfiel aufgrund fehlender Evidenznachweise.

INTERNER VERWEIS: Hinweise zur empfohlenen therapeutischen Ausrichtung patient:innenzentrierter Interventionen finden sich in Empfehlung 4.4.4.

4.4.2.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 06/2025)
Empfehlungs- grad: B ↑	Bei Kindern, Jugendlichen ab dem Alter von 6 Jahren, welche die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllen oder bei denen ein klinisch relevantes oppositionell-aggressives Verhalten vorliegt, sollten patient:innenzentrierte Interventionen durchgeführt werden. Sie sind vor allem beim Vorliegen gleichaltrigenbezogener Aggression oder sozialer Problemlöse- und Verhaltensfertigkeitendefizite indiziert. Diese patient:innenzentrierten Interventionen sollten möglichst in Kombination mit elternzentrierten Interventionen sowie gegebenenfalls Interventionen in Bildungseinrichtungen durchgeführt werden.	

²⁶ Die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz wurde vor allem aufgrund methodischer Limitationen (Risiko für Bias), der Indirektheit sowie der Ungenauigkeit der Befunde als niedrig bewertet.

Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: niedrig Komorbide Symptomatik: niedrig Funktionsniveau/Lebensqualität: moderat Gesamtbeurteilung: niedrig ²⁷
Literaturhinweise	Akbas und Yigitoglu (2022); Alsem et al. (2023); Beelmann und Lösel (2021); Boldrini et al. (2023); Byrne und Cullen (2023); Chalfon und Ramos (2022); Clifford et al. (2022); Crombach und Elbert (2015); Del Giudice et al. (2023); Ducharme et al. (2021); Ensafadaran et al. (2019); Epstein et al. (2015); Fung (2018); Fung und Lee (2018); Görtz-Dorten et al. (2019a); Görtz-Dorten et al. (2022b); Granski et al. (2020); Haller et al. (2022); Hasani et al. (2020); Heidary et al. (2022); Heshmati et al. (2023); Hoogsteder et al. (2022); Hoogsteder et al. (2023); Kaminski und Claussen (2017); Kaminski et al. (2024); Katzmann et al. (2019); Kendall et al. (2017); Kjøbli et al. (2018); Kuhn et al. (2022); Li et al. (2023); Li et al. (2019); Lui et al. (2019); Morshed et al. (2019); Nayeri et al. (2021); Nijhof et al. (2021); Njardvik et al. (2022); Parker et al. (2021); Pilling et al. (2020); Riise et al. (2021); Roux et al. (2021); Saba et al. (2023); Salzer et al. (2014); Schippers et al. (2020); Singh (2017); Stadler et al. (2023); te Brinke et al. (2021); Weber und Petermann (2018)
	Konsensstärke: 100 %

HINTERGRUNDTXT: Maßnahmen der indizierten Prävention bzw. Therapie sind für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit oppositionell-aggressivem Verhalten generell multimodal auszurichten. Die ausschließliche Arbeit mit der betroffenen Person erscheint nur in Ausnahmefällen und tendenziell in der Arbeit mit älteren Jugendlichen und jungen Erwachsenen sinnvoll – in der Regel ist die Einbeziehung des sozialen Umfelds unabdingbar. Basierend auf aktuellen Evidenznachweisen wurde die Empfehlung dahingehend modifiziert, dass der Altersbereich über das 14. Lebensjahr hinaus erweitert wurde. Hinweise auf konkrete Interventionen werden in der aktuellen Leitlinienfassung in Empfehlung 4.4.4. gegeben. Es wurde ein starker Konsens hinsichtlich einer „sollte“-Empfehlung (schwache Empfehlung) bei niedriger Qualität der Evidenz (Gesamtbeurteilung) erzielt, da ein hohes Vertrauen in die Evidenz spezifischer Interventionsformen besteht. Zudem erscheint eine multimodale Ausrichtung der Behandlung, insbesondere ab dem Jugendalter, aus ethischen Erwägungen erforderlich.

INTERNER VERWEIS: Hinweise zur empfohlenen therapeutischen Ausrichtung patient:innenzentrierter Interventionen finden sich in Empfehlung 4.4.4.

Format, inhaltliche Ausrichtung und Methoden patient:innenzentrierter Interventionen

4.4.3.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 06/2025)
Empfehlungsgrad: 0 ⇔	Patient:innenzentrierte Interventionen zur Behandlung von Symptomatik der Störungen des Sozialverhaltens können im Gruppenformat oder im Einzelformat und im ambulanten (einschließlich aufsuchenden) oder (teil-)stationären Setting durchgeführt werden.	
Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: niedrig Komorbide Symptomatik: - Funktionsniveau/Lebensqualität: sehr niedrig	

²⁷ Die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz wurde vor allem aufgrund methodischer Limitationen (Risiko für Bias) sowie der Ungenauigkeit der Befunde als niedrig bewertet.

	Gesamtbeurteilung: niedrig ²⁸
Literatur-hinweise	Boldrini et al. (2023); Granski et al. (2020); Lochman et al. (2019); Morshed et al. (2019); Riise et al. (2021); Wagner et al. (2004)
	Konsensstärke: 100 %

HINTERGRUNDTXT: Durch die Beachtung folgender Qualitätsmerkmale können mögliche ungünstige Effekte, die im Gruppenkontext bei fehlender Strukturierung oder mangelnden Ressourcen auftreten können, vermieden werden:

- Orientierung an einem evaluierten Manual,
- ausreichende personelle Ressourcen zur Begleitung bzw. Steuerung des Gruppengeschehens,
- Einsatz von Strukturen und Strategien zur Unterstützung prosozialer Verhaltensweisen und Reduktion problematischer Verhaltensweisen.

Basierend auf aktuellen Evidenznachweisen wurde die Empfehlung dahingehend modifiziert, dass nun auch aufsuchende Hilfen explizit benannt werden. Zur stärkeren Fokussierung innerhalb der Empfehlung wurden Hinweise zum Gruppensetting in den Hintergrundtext verschoben und Hinweise zu der Ausrichtung der patient:innenzentrierten Interventionen in Empfehlung 4.4.4. überführt.

4.4.4.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Patient:innenzentrierte Interventionen zur Behandlung von Symptomatik der Störungen des Sozialverhaltens sollten von entsprechend geschultem Personal auf der Grundlage und entsprechend der Maßgabe publizierter und evaluierter Therapieprogramme durchgeführt werden. Insbesondere im Vorschul- und Grundschulalter sollte der Fokus bei patient:innenzentrierten Interventionen auf sozial-emotionales und kognitiv-behaviorales Lernen gelegt werden. Im Jugendalter kann der Fokus bei patient:innenzentrierten Interventionen ebenfalls auf diese Bereiche gelegt werden. Im Gruppensetting sollte eine ausreichende Sitzungszahl angeboten werden und es sollte sichergestellt werden, dass keine negativen Lerneffekte zwischen den Gruppenmitgliedern entstehen. Auch im Einzelformat sollte eine ausreichende Sitzungszahl angeboten werden. Bei komplexen Fällen können auch mehr Sitzungen notwendig sein und die Interventionen sollten in besonderem Maße auf den Einzelfall angepasst werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

HINTERGRUNDTXT: Patient:innenzentrierte Interventionen werden häufig von Fachkräften im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie umgesetzt. Wenn (pädagogische oder psychologische) Fachkräfte ohne grundlegende Kenntnisse in der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie patient:innenzentrierte Interventionen umsetzen, erscheint eine ausführliche Schulung hinsichtlich des anzuwendenden Manuals erforderlich. Patient:innenzentrierte Interventionen zur Behandlung von Symptomatik der Störungen des Sozialverhaltens sollten unter Einbezug des gesamten Umfelds der betroffenen Person und basierend auf einer gelungenen therapeutischen Beziehung erfolgen und folgende Methoden einsetzen:

- Psychoedukation,
- Techniken der motivierenden Gesprächsführung,
- Veränderung von verzerrten sozialen Informationsverarbeitungsprozessen,

²⁸ Die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz wurde vor allem aufgrund methodischer Limitationen (Risiko für Bias) und mitunter aufgrund der Ungenauigkeit der Befunde als niedrig bewertet.

- Förderung der Selbstreflektionsfähigkeiten, Perspektivübernahme und Mentalisierungsfähigkeit,
- Verbesserung von Emotionserkennung, Empathiefähigkeit und Emotionsregulation,
- Aufbau von sozial kompetentem Verhalten und Problemlösekompetenz,
- Lernen am Modell (z. B. im persönlichen Kontakt, durch Videobeispiele oder im virtuellen Setting),
- Rollenspieltechniken, Verhaltensübungen,
- Kontingenzmanagementtechniken,
- Transfertechniken durch Übungen im natürlichen Umfeld (auch in der Interaktion mit Gleichaltrigen) und unter Einbezug von Eltern oder anderen primären Bezugspersonen und Lehr- oder pädagogischen Fachkräften.

Die Empfehlung 4.4.4. der aktuellen Leitlinienfassung ist Resultat der Zusammenführung mehrerer Empfehlungen und entstand mit dem Ziel einer übersichtlicheren Darstellung. Zu diesem Zwecke wurden spezifische Erläuterungen zu den Interventionen in den Hintergrundtext überführt.

4.4.5.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Patient:innenzentrierte Interventionen zur Behandlung von Symptomatik der Störungen des Sozialverhaltens sollten die jeweiligen störungsauslösenden und -aufrechterhaltenden Bedingungen in der Familie, der besuchten Bildungseinrichtung oder der Gleichaltrigengruppe, intraindividuelle Faktoren (z. B. chronische Reizbarkeit oder Wut, begrenzte prosoziale Emotionalität) sowie die vorhandenen Ressourcen der betroffenen Personen und deren Umfeld berücksichtigen und daraus therapeutische Ansatzpunkte ableiten.	
	Konsensstärke: 100 %	

HINTERGRUNDTEXT: Im Sinne einer Konkretisierung wurde die Empfehlung dahingehend modifiziert, dass zentrale Lebensbereiche der Kinder, in denen störungsauflösende und -aufrechterhaltende Faktoren zu finden sind, explizit benannt werden. Im Sinne einer stärkeren Fokussierung wurde die Anzahl der beispielhaften Nennungen reduziert.

Evidenz zu den Empfehlungen

Indikation für patient:innenzentrierte Interventionen

Empfehlung 4.4.1. weist daraufhin, dass bei Kindern zwischen 4 und 6 Jahren, welche die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllen oder bei denen ein klinisch relevantes oppositionell-aggressives Verhalten vorliegt, patient:innenzentrierte Interventionen durchgeführt werden können. Die Empfehlung inkludiert die Hinweise, dass diese Interventionen an den Entwicklungsstand der Kinder anzupassen sind und die Behandlung grundsätzlich multimodal auszurichten ist, d. h. patient:innenzentrierte Intervention in Kombination mit bezugspersonenorientierten Interventionen in der Familie und in besuchten Bildungseinrichtungen angeboten werden. Die Evidenz zu dieser Empfehlung, bestehend aus zwei Metaanalysen und zwei randomisiert-kontrollierten Studien, wurde entsprechend des GRADE-Ansatzes als niedrig eingestuft (Gesamtbeurteilung; Kernsymptomatik: niedrig; Komorbide Symptomatik: sehr niedrig).

Die Metaanalyse von Beelmann und Lösel (2021) untersuchte über 54 Studien hinweg Ansätze der kognitiven Verhaltenstherapie (u. a. *soziale Kompetenztrainings*) hinsichtlich der Zielvariablen Aggression, disruptives Verhalten und Delinquenz, im Vergleich zu verschiedenen aktiven und nicht aktiven Kontrollgruppen (ohne Behandlung, Wartelisten, Aufmerksamkeitsgruppen und Regelversorgung). Maßnahmen der indizierten Prävention, welche sich an junge Menschen mit antisozialem Verhalten richteten, gingen mit stärkeren Verbesserungen einher als universelle Ansätze.

Außerdem profitierten Jugendliche ab 14 Jahren am stärksten. Für universelle Präventionsmaßnahmen konnte eine gewichtete Effektstärke von $d_+ = 0,11$ (95 %-KI [-0,01; 0,23]; $k = 14$), für selektive Maßnahmen von $d_+ = 0,08$ (95 %-KI [-0,07; 0,23]; $k = 29$) und für indizierte Intervention von $d_+ = 0,49$ (95 %-KI [0,36; 0,62]; $k = 54$) aufgedeckt werden, wobei nur der Effekt für indizierte Intervention Signifikanz erreichte. Über die verschiedenen präventiven Kontexte hinweg wurde für Kinder bis 6 Jahre eine gewichtete Effektstärke hinsichtlich der Reduktion von aggressivem und disruptivem Verhalten von $d_+ = 0,15$ (95 %-KI [-0,03; 0,33]; $k = 22$) gefunden, die keine Signifikanz erreichte. Die Metaanalyse von Parker et al. (2021) untersuchte die Effekte einer kindzentrierten Spieltherapie und inkludierte 23 Studien zu Kindern im Alter von 3 bis 11 Jahren, unter anderem auch eine randomisiert-kontrollierte Studie von Bratton et al. (2013). Kontrastierend zu keiner Behandlung konnten Parker et al. (2021) in ihrer Metaanalyse keinen signifikanten Effekt spieltherapeutischer Interventionen auf kindliche Aggression feststellen. Allerdings konnten Parker et al. (2021) eine Überlegenheit der Spieltherapie bezogen auf allgemeines Problemverhalten (internalisierende und externalisierende Verhaltensprobleme; $g = -0,48$) sowie externalisierende Symptome ($g = -0,34$) im Vergleich zu keiner Behandlung, aber auch für externalisierende Symptome im Vergleich zu einer alternativen Behandlung ($g = -0,56$) feststellen. Die randomisiert-kontrollierte Studie von Kjøbli et al. (2018) untersuchte die Wirksamkeit zweierlei Elterntrainings sowie eines patient:innenzentrierten sozialen Kompetenztrainings bei 551 Kindern im Alter zwischen 3 und 12 Jahren. Die Ergebnisse zeigten, dass die beiden Varianten eines Elterntrainings ($d = 0,32$ bzw. $d = 0,39$), nicht aber das soziale Kompetenztraining mit den Kindern selbst ($d = -0,06$) positive Auswirkungen auf Merkmale begrenzter Emotionalität der Kinder im Posttest hatten.

Nach **Empfehlung 4.4.2.** sollten bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ab dem Alter von 6 Jahren, welche die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllen oder bei denen ein klinisch relevantes oppositionell-aggressives Verhalten vorliegt, patient:innenzentrierte Interventionen durchgeführt werden. Sie sind vor allem beim Vorliegen gleichaltrigenbezogener Aggression oder sozialer Problemlöse- und Verhaltensfertigkeitendefizite indiziert und sollten möglichst in Kombination mit bezugspersonenorientierten Interventionen in der Familie und ggf. in der Bildungseinrichtung durchgeführt werden. Die Qualität der Evidenz zu dieser Empfehlung wurde entsprechend des GRADE-Ansatzes insgesamt als niedrig eingestuft (Gesamtbeurteilung; Kern- und Komorbide Symptomatik: niedrig; Funktionsniveau/Lebensqualität: moderat).

In der Metaanalyse von Beelmann und Lösel (2021) wurden patient:innenzentrierte Ansätze der kognitiven Verhaltenstherapie mit verschiedenen aktiven und nicht aktiven Kontrollgruppen kontrastiert. Dabei konnte gezeigt werden, dass Maßnahmen der indizierten Prävention, welche sich an junge Menschen mit antisozialem Verhalten richteten, mit stärkeren Verbesserungen ($d = 0,49$, 95 %-KI [0,36; 0,62]) einhergingen als universelle Ansätze ($d = 0,11$; 95 %-KI [-0,01; 0,23]), wobei lediglich der Effekt für indizierte Prävention Signifikanz erreichte. Über alle Formen der Prävention hinweg wurde für Jugendliche ab 14 Jahren die größte gewichtete Effektstärke ($d = 0,62$; 95 %-KI [0,30; 0,94]) identifiziert, für Kinder zwischen 6 und 9 Jahren die geringste ($d = 0,09$; 95 %-KI [-0,11; 0,27]). In der Metaanalyse von Riise et al. (2021) zeigten (kognitiv-)verhaltenstherapeutische Interventionen unter Routinebedingungen, unabhängig davon, ob sie als elternbezogene, kindbezogene oder Multikomponenten-Behandlungen umgesetzt wurden, deutliche Verbesserungen hinsichtlich der Symptomatik der Störungen des Sozialverhaltens, mit sehr großen Effekten innerhalb der Behandlungsgruppen und Remissionsraten von 47,6 %. Die Wirksamkeit der durchgeführten Interventionen unterschied sich dabei weder in Abhängigkeit vom Therapieformat (Gruppe vs. Einzel vs. kombiniert), vom primären Behandlungsfokus (Kind vs. andere Zielpersonen), noch hinsichtlich des Ausmaßes elterlicher oder schulischer Einbindung (Riise et al., 2021). In der sekundären Analyse zu drei randomisiert-kontrollierten Studien durch Kjøbli et al. (2018) zeigten kindzentrierte soziale Kompetenztrainings keine Wirkung auf die begrenzte prosoziale Emotionalität der Kinder im Alter von 3 bis 12 Jahren. Die Übersichtsarbeit von Weber und Petermann (2018), welche Gruppentherapieprogramme mit kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ausrichtung hinsichtlich ihrer Wirksamkeit bei Kindern und Jugendlichen im Alter von bis zu 20 Jahren untersuchten, identifizierten kurz- bis mittelfristig stabile Effekte verschiedener Programme auf aggressive Verhaltensweisen und

angrenzende Problembereiche der Teilnehmenden. Für das *Baghira-Training* (Aebi et al., 2011) wurde im Elternurteil im Vergleich zu einer unbehandelten Kontrollgruppe eine mittelstarke Reduktion aggressiven und regelverletzenden Verhaltens nachgewiesen, wobei die Effekte für aggressives Verhalten ausgeprägter waren und die Effekte über sechs Monate stabil blieben. Im Selbsturteil zeigte sich zudem eine Verbesserung der Empathie, jedoch keine Veränderung hinsichtlich emotionaler Selbstkontrolle oder Impulsivität. *Coping Power* (Lochman et al., 2008) führte zu einer Verringerung proaktiver und reaktiver Aggression, impulsiven Verhaltens sowie Substanzkonsums. Diese Effekte blieben über drei Jahre stabil. Das *Empathy Training Program* (Şahin, 2012) steigerte empathisches Verhalten und reduzierte Mobbing im Vergleich zu einer Kontrollgruppe mit stabilen Effekten über zwei Monate, teils zeigten sich Rückgänge aggressiven Verhaltens erst im Follow-up. *Growing Interpersonal Relationships Through Learning and Systemic Supports* (Splett et al., 2015) erzielte unmittelbar zum Trainingsende Verbesserungen relationaler Aggression bei Mädchen im Fremdurteil. Die *Williams Life Skills Intervention* (Barnes et al., 2012) unterstützte Kinder und Jugendliche dabei, Impulse zu aggressivem Handeln zu reduzieren, Konflikte konstruktiver zu bewältigen und Ärger besser zu regulieren. Auch im *Training mit aggressiven Kindern* (Petermann & Petermann, 2012) wurden aus Eltern- und Lehrersicht signifikante Reduktionen aggressiven Verhaltens festgestellt, die zumindest im Elternurteil über sechs Monate anhielten. Für das *Verhaltenstherapeutische Intensivtraining zur Reduktion von Aggression* (Grassmann & Stadler, 2009) berichten Eltern im Vergleich zu einer Wartelistenkontrollgruppe ebenfalls eine deutliche Abnahme oppositionell-aggressiven Verhaltens.

In der randomisiert-kontrollierten Studie von Stadler et al. (2023) wurde die Wirksamkeit des sozialen Kompetenztrainings *START NOW*, welches Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie mit Elementen der dialektisch-behavioralen Therapie, motivierender Gesprächsführung und traumasensibler Betreuung kombiniert, in einer Gruppe von 127 jugendlichen Mädchen untersucht. Im Vergleich zur Regelversorgung (Kontrollgruppe) konnte bis zum Postzeitpunkt in der Interventionsgruppe keine signifikant größere Symptomreduktion beobachtet werden. Allerdings war die Symptomreduktion von Interventionsbeginn bis zu einem Follow-up nach zwölf Wochen signifikant größer, was auf einen klinisch bedeutsamen verzögerten Behandlungseffekt hinweist. Darüber hinaus wurden zum Postzeitpunkt signifikante Reduktionen externalisierender Symptome und affektiver Reaktivität im Eltern- und Selbstbericht in der Interventions-, nicht aber in der Kontrollgruppe beobachtet. Hinsichtlich der Emotionsregulation der jugendlichen Mädchen zeigten sich sowohl in der Kontroll-, als auch in der Interventionsgruppe signifikante Reduktionen. Njardvik et al. (2022) untersuchten im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Studie mit 125 isländisch sprechenden Kindern zwischen 6 und 11 Jahren die Wirksamkeit des kurzen kognitiv-behavioralen Programms *Tuning Your Temper*, welches einen Fokus auf Emotionsregulation legt. Die disruptiven Verhaltensweisen wurden durch die Gruppenintervention, im Vergleich zu einer Wartelistenkontrollgruppe, signifikant reduziert, wobei die Effekte der Lehrerurteile mit mittleren bis großen Effektstärken robuster waren als die der Elternurteile. Im Elternurteil zeigte sich eine Überlegenheit nur zum Follow-up-, nicht aber zum Post-Zeitpunkt. Im Rahmen der THAV-Studie (*Treatment Program for Children with Aggressive Behavior*) wurden die Effekte eines kognitiv-verhaltenstherapeutisch ausgerichteten sozialen Kompetenztrainings im Einzelsetting im Vergleich zu einer Spielgruppenintervention für Kinder im Alter von 6 bis 12 Jahren untersucht. Signifikante Interventionseffekte ergaben sich hinsichtlich Aggression gegenüber Gleichaltrigen im Elternurteil ($d = -0,46$; 95 %-KI $[-0,20; -0,90]$), aggressivem Verhalten im klinischen Urteil ($d = -0,50$; 95 %-KI $[-0,07; -0,94]$), externalisierender Symptomen im Elternurteil ($d = 0,54$; 95 %-KI $[-0,06; -1,01]$) sowie begrenzter prosozialer Emotionalität ($d = -0,47$; 95 %-KI $[-0,05; -0,89]$) direkt im Anschluss an die Therapie sowie hinsichtlich oppositionellem Verhalten im Elternurteil (post: $d = -0,61$; 95 %-KI $[-0,15; -1,08]$; follow-up: $d = -0,60$). Darüber hinaus war die Interventionsgruppe der Kontrollgruppe hinsichtlich der Steigerung prosozialen Verhaltens überlegen (post: $d = 0,42$; 95 %-KI $[0,80; 0,00]$; follow-up: $d = 0,71$; 95 %-KI $[-0,47; -0,10]$). Signifikante Interventionseffekte hinsichtlich Symptomen einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ließen sich ausschließlich im Lehrerurteil zu post beobachten ($d = 0,52$; 95 %-KI $[-0,07; -0,96]$). Keine signifikanten Gruppenunterschiede zeigten sich hinsichtlich Verhaltensproblemen (conduct disorder), Aggressionen gegenüber Erwachsenen,

externalisierenden Verhaltensweisen und oppositionellem Verhalten im Lehrerurteil, ADHS-Symptomen im Elternurteil sowie internalisierenden Problemen (Del Giudice et al., 2023; Görtz-Dorten et al., 2019a; Katzmann et al., 2019).

Im Vergleich zwischen einem computerbasierten Training zur Verbesserung sozialer Fähigkeiten und *STARK*, einem Training zur Ressourcenaktivierung, zeigte ersteres eine stärkere Reduktion elternberichteter Aggression gegenüber Gleichaltrigen und Erwachsenen sowie elternberichteter oppositioneller Symptome (Görtz-Dorten et al., 2022b). Für Berichte der Lehrkräfte und betroffenen Kinder selbst sowie in Bezug auf limitiertes prosoziales Verhalten konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Interventionen festgestellt werden. Alsem et al. (2023) untersuchten die Wirksamkeit einer mit virtueller Realität augmentierten kognitiven Verhaltenstherapie (Virtuelle Realität) mit einer kognitiven Verhaltenstherapie mit den etablierten Rollenspielen (Routinetherapie) sowie einer Regelversorgung. Aggressives Verhalten konnte bei den untersuchten Kindern und Jugendlichen zwischen 8 und 13 Jahren durch virtuelle Realität stärker reduziert werden als durch Routinetherapie (signifikante Effekte für sechs der sieben untersuchten Endpunkte: $d = 0,19-0,95$). Bei Kontrastierung der zwei Interventionsbedingungen (virtuelle Realität vs. Routinetherapie) zeigte sich eine Überlegenheit der virtuellen Realität für vier Endpunkte ($d = 0,14-0,68$).

Ensafdar et al. (2019) untersuchten in ihrer Übersichtsarbeit Versionen der multimodalen Gruppenintervention *Aggression Replacement Training* für chronisch aggressive und gewalttätige Jugendliche, welche auf den Prinzipien der kognitiven Verhaltenstherapie basiert. Dabei konnten die Forschenden positive Effekte auf Aggression, Wut, Sozialfähigkeiten und moralische Urteilsbildung feststellen. Einschränkend sei darauf verwiesen, dass kaum eine der elf Studien eine Kontrollgruppe inkludierte und die Ergebnisse generell auf kleinen Stichproben basierte. Die Übersichtsarbeit von Byrne und Cullen (2023) untersuchte die Wirksamkeit der *Acceptance and Commitment Therapy* für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Auf Grundlage von sieben Studien identifizieren die Autor:innen heterogene Befunden, methodische Limitationen und einen weiteren Forschungsbedarf. In einer semi-experimentellen Studie mit zwei Interventionsgruppen und einer Kontrollgruppe war gruppenbasierte Schematherapie einem Elternmanagementtraining bei Jugendlichen im Alter zwischen 13 und 16 Jahren hinsichtlich Aggression und oppositionellem Verhalten unterlegen (Hasani et al., 2020).

Hoogsteder et al. (2023) und Roux et al. (2021) untersuchten achtsamkeitsbasierte Interventionen bei Jugendlichen mit externalisierenden Verhaltensproblemen. Während Roux et al. (2021) in ihrer Studie mit partieller Randomisierung der 129 Jugendlichen keinen signifikanten Wirkungsunterschied auf externalisierendes Problemverhalten finden konnte, berichten Hoogsteder et al. (2023) in ihrer Metaanalyse unter Einschluss von 14 Studien eine signifikante Symptomreduktion um $d = 0,99$. In der Hälfte der in die Metaanalyse inkludierten Studien waren Eltern in die Behandlung einbezogen, allerdings moderierte diese Variable die Wirkung der achtsamkeitsbasierten Interventionen nicht (Hoogsteder et al., 2023). Im Rahmen der kontrollierten Studie von Roux et al. (2021) zeigte sich darüber hinaus keine Überlegenheit hinsichtlich oppositionellen sowie internalisierenden Symptomen gegenüber der Regelversorgung. Bei Kindern zwischen 6 und 8 Jahren beobachteten Heidary et al. (2022) in Ihrer randomisiert-kontrollierten Studie eine große Reduktion regelverletzenden Verhaltens (partiell $\eta^2 = 0,57$) sowie aggressiven Verhaltens (partiell $\eta^2 = 0,43$) infolge der untersuchten achtsamkeitsbasierten Intervention.

Li et al. (2023) konnten in ihrer randomisiert-kontrollierten Studie zeigen, dass durch ein Emotionserkennungstraining die Feindseligkeit von Jugendlichen im Alter von 12 bis 16 Jahren reduziert wurde (partiell $\eta^2 = 0,107$), physische und verbale Aggression sowie Wut sich allerdings nicht signifikant von einer Wartelistenkontrollgruppe unterschieden. Auch Lui et al. (2019) testeten im Rahmen einer partiell randomisierten Studie ein emotionsfokussiertes Programm für Jugendliche und zeigten, dass dieses im Vergleich zur Regelversorgung zu einer signifikanten Verbesserung in der Perspektivübernahme führte. Auch verzeichneten Teilnehmende der Regelversorgung (Kontrollgruppe) eine Abnahme in der selbstberichteten Empathie und prosozialem Verhalten, welche in der Interventionsgruppe nicht in diesem Ausmaß beobachtet wurde. In der randomisiert-

kontrollierten Studie von te Brinke et al. (2021) führte die untersuchte emotionsfokussierte Intervention zu einem Anstieg in der selbstberichteten Nutzung adaptiver Emotionsregulationsstrategien, gleichzeitig verringerten sich selbstberichtete externalisierende Verhaltensweisen stärker in der Regelversorgung.

Im Rahmen einer Metaanalyse konnte kindzentrierte Spieltherapie entsprechend des non-direktiven Ansatzes nach Rogers bei Kindern im Alter von 2 bis 12 Jahren, im Vergleich zu keiner Behandlung signifikante Reduktionen im allgemeinen Problemverhalten (mittlere Effektstärke = $-.48$; 95 %-KI $[-0,71; -0,24]$) und hinsichtlich externalisierender Symptome (mittlere Effektstärke = $-.34$; 95 %-KI $[-0,52; -0,17]$) erwirken (Parker et al., 2021). Im Vergleich zu einer alternativen Behandlung zur Reduktion von externalisierenden Symptomen wurde für die kindzentrierte Spieltherapie sogar eine mittlere Effektstärke = $-.56$ (95 %-KI $[-0,84; -0,28]$) gefunden (Parker et al., 2021). Auch in der quasi-experimentellen Studie von Heshmati et al. (2023) zeigte kindzentrierte Spieltherapie bei Kindern zwischen 5 und 7 Jahren im Vergleich zu keiner Behandlung eine signifikante Reduktion von Symptomen einer oppositionellen Trotzstörung (partiell $\eta^2 = 0,27$). Im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Studie zeigte die kognitiv-behaviorale Spieltherapie sowohl im Einzel- als auch im Gruppenformat, verglichen mit einer Kontrollbedingung, signifikante Reduktionen oppositionellen Verhaltens bei Kindern zwischen 6 und 10 Jahren. Dabei erwiesen sich die Einzelspieltherapie zum Postzeitpunkt geringfügig, aber signifikant stärker wirksam als die Gruppenspieltherapie. Zu den Follow-up-Zeitpunkten bestanden hingegen keine Unterschiede mehr zwischen den beiden Therapieformaten. Beide Darbietungsformen blieben der Kontrollgruppe gegenüber überlegen und dieses Muster zeigte sich konsistent über Eltern- und Lehrerurteile hinweg (Morshed et al., 2019).

Zu psychodynamischen Ansätzen liegen bisher nur wenige randomisiert-kontrollierte Studien mit kleinen Stichproben und keine Übersichtsarbeiten vor. Eine dem psychodynamischen Ansatz folgende Sandspieltherapie reduzierte bei Kindern im Alter von 6 bis 11 Jahren gegenüber einer Wartekontrollgruppe signifikant die Werte für externalisierende Probleme ($ES = 0,70$), soziale Probleme ($ES = 0,42$) und internalisierende Probleme ($ES = 0,54$; Chalfon & Ramos, 2022). Einschränkend sei erwähnt, dass die untersuchte Stichprobe lediglich 41 Kinder umfasste. Psychodynamische Therapie konnte bei Jugendlichen zwischen 14 und 19 Jahren eine Reduzierung von Verhaltensproblemen um $d = 0,38$ erwirken und war der Kontrollgruppe (Warteliste bzw. Routineversorgung) hinsichtlich Remissionsraten überlegen (Salzer et al., 2014).

Gruppenbasierte interpersonelle Psychotherapie zeigte in einer randomisiert-kontrollierten Studie mit 1469 Jugendlichen zwischen 8 und 19 Jahren einer Nichtbehandlung gegenüber eine klare Überlegenheit hinsichtlich der Reduktion von Aggression, Impulsivität, physischer Aggression und Wutanfälligkeit, nicht aber in Bezug auf Feindseligkeit (Li et al., 2019). Auch ein lösungsorientierter Ansatz führte zu kleinen Reduktionen bezüglich verschiedener Dimensionen und Ausdrucksformen von Wut sowie zu gesteigerter Aggressionskontrolle in einer randomisiert-kontrollierten Studie mit 48 Jugendlichen (Akbas & Yigitoglu, 2022). Die randomisiert-kontrollierte Studie von Nayeri et al. (2021) untersuchte die Realitätstherapie nach Glasser im Gruppenformat mit insgesamt 40 Jugendlichen. Es wurden signifikante Reduktionen disruptiver Verhaltensweisen und emotionaler Symptome bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung und oppositioneller Trotzstörung festgestellt. Traumafokussierte Interventionen erzielten im Vergleich zu keiner Behandlung signifikante Reduktionen externalisierender Verhaltensprobleme und Traumasymptome, während sich gegenüber aktiven Vergleichsbedingungen keine Überlegenheit ergab (Hoogsteder et al., 2022). Die Wirksamkeit traumafokussierter Interventionen war dabei bei älteren Jugendlichen ausgeprägter als bei jüngeren Jugendlichen. Insgesamt fielen die Effekte auf externalisierendes Verhalten moderat aus und blieben hinter den deutlich stärkeren Effekten auf traumaspezifische Symptome zurück (Hoogsteder et al., 2022).

Sowohl Singh (2017) als auch Fung und Lee (2018) untersuchten Interventionen mit einem Fokus auf die soziale Informationsverarbeitung unter Berücksichtigung kultureller Gegebenheiten (Indien bzw. Hong Kong). Im Rahmen der randomisiert-kontrollierten Studie von Singh (2017) konnten im Vergleich zur Kontrollgruppe große reduzierende Effekte auf Wut und physische Aggression gefunden werden.

In der Studie von Fung und Lee (2018) sollten die Teilnehmenden durch chinesische Kampfkunst und Philosophie ermutigt werden, interpersonelle Konflikte gewaltfrei zu lösen. Die Teilnehmenden wurden in vier Bedingungen eingeteilt: Technisches Fertigkeitentraining, Philosophieunterricht (moralische Prinzipien der chinesischen Kampfkünste), Kombiniertes Training (Fertigkeitentraining und Moralphilosophieunterricht), Körperliche Fitness (Plazebobedingung). Eine signifikante Reduktion von reaktivem und proaktivem aggressivem Verhalten, delinquentem Verhalten, Angst und Depression sowie Aufmerksamkeitsproblemen im Vergleich zur Plazebobedingung zum Post- und zum sechsmonatigen Follow-up-Zeitpunkt konnte ausschließlich durch die kombinierte Behandlung erzielt werden. Die beiden isolierten Ansätze unterschieden sich hingegen zu keinem Messzeitpunkt signifikant von der Plazebobedingung und für proaktive Aggression ergab sich auch langfristig kein Vorteil des kombinierten Programms gegenüber der Kontrollbedingung. Eine weitere randomisiert-kontrollierte Studie von Fung (2018) verglich die Wirksamkeit reiner Kinder- oder Elterngruppen mit derer einer gemischten Eltern-Kind-Gruppe zur Reduktion reaktiver Aggression anhand einer Stichprobe von 126 Kindern zwischen 8 und 14 Jahren und lieferte Hinweise dafür, dass Erziehungstrainings allein möglicherweise nicht ausreichen, um eine nachhaltige Wirkung auf aggressives Verhalten von Kindern zu erzielen. Um langfristige Effekte zu erzielen, sollten Kinder demnach immer einbezogen werden (Fung, 2018).

Format und inhaltliche Ausrichtung und Methoden patient:innenzentrierter Interventionen

Patient:innenzentrierte Interventionen zur Behandlung von Symptomatik der Störungen des Sozialverhaltens können entsprechend **Empfehlung 4.4.3.** im Gruppen- oder Einzelformat und im ambulanten oder (teil-)stationären Setting durchgeführt werden. Die vorliegende Evidenz zu dieser Empfehlung wurde entsprechend des GRADE-Ansatzes endpunktübergreifend als niedrig eingestuft (Gesamtbeurteilung; Kernsymptomatik: niedrig; Funktionsniveau/Lebensqualität: sehr niedrig).

Drei als relevant identifizierte Metaanalysen verglichen psychosoziale Interventionen mit nicht-psychosozialen Interventionen bzw. inaktiven Kontrollgruppen. Granski et al. (2020) untersuchten in ihrer Metaanalyse unter anderem die unterschiedlichen Formate der psychosozialen Interventionen als moderierende Größe und identifizierten multimodale Programme als besonders wirksam: Mit einer mittleren Effektstärke von $g = 0,45$ ($SE = 0,08$; $k = 8$) erzielten solche Programme höhere Effektstärken als psychosoziale Interventionen im Gruppenformat ($g = 0,39$; $SE = 0,02$; $k = 34$) bzw. Einzelformat ($g = 0,12$; $SE = 0,04$; $k = 6$). Interessanterweise zeigte sich in dem Zusammenhang für Jungen ein signifikant größerer Gruppeneffekt ($g = 0,44$; $SE = 0,03$) als für Mädchen ($g = 0,34$; $SE = 0,03$). Die Metaanalyse von Riise et al. (2021), welche Routinepsychotherapien über 51 Studien hinweg untersuchten, deckten hingegen keine signifikanten Unterschiede zwischen verschiedenen Therapieformaten (Einzel-, Gruppen- oder kombinierte Ansätze) auf. Die Ergebnisse der Metaanalyse von Boldrini et al. (2023) sprechen wiederum für formatbezogene Wirksamkeitsunterschiede. Während das Familienformat die stärkste Wirkung auf kindliches externalisierendes Verhalten aufwies ($SMD = -1,46$; 95 %-KI $[-1,88; -1,05]$; $k = 3$), zeigte sich in der eingeschlossenen randomisiert-kontrollierten Studie mit einer psychosozialen Intervention im Einzelformat kein Vorteil gegenüber der Kontrollbedingung ($SMD = -0,01$; 95 %-KI $[-0,19; 0,16]$; $k = 1$). Gruppenbasierte Ansätze gingen allerdings ebenfalls mit einer großen Effektstärke einher ($SMD = -0,99$; 95 %-KI $[-1,53; -0,47]$; $k = 13$).

Lochman et al. (2015) kontrastierten die Wirksamkeit der kindzentrierten Ansätze des *Coping Power Programms* im Einzel- und Gruppenformat und zeigten anhand einer Stichprobe von 360 Kindern zwischen 9 und 12 Jahren, dass sich die von Lehrern und Eltern beurteilten externalisierenden und internalisierenden Verhaltensprobleme in beiden Gruppen bis zum Ende der einjährigen Nachbeobachtungszeit verringerten. Allerdings ging das Einzelformat mit größeren Veränderungen im Lehrerurteil einher. Vertiefende Untersuchungen anhand derselben Stichprobe zeigten außerdem, dass bestimmte Merkmale der Kinder die Reaktion auf die Intervention im Gruppenformat kurzfristig sowie mittelfristig, nach 4 Jahren, vorhersagten. Beispielsweise fanden Lochman et al. (2019), dass aggressive Kinder mit einer höheren Hautleitfähigkeitsreaktivität (möglicher Indikator für eine beeinträchtigte Emotionsregulation), und einer bestimmten Variante des Oxytocinrezeptor-Gens

(möglicherweise assoziiert mit einer übermäßigen Bindungsorientierung), im Laufe der Zeit bessere Ergebnisse hinsichtlich des von Lehrern bewerteten externalisierendem Verhalten zeigten, wenn sie die Intervention im Einzel- statt im Gruppenformat erhielten. In einer weiteren randomisiert-kontrollierten Studie mit 45 Kindern zwischen 6 und 10 Jahren zeigte sich eine Spieltherapie, unabhängig vom Format (Einzel versus Gruppe) zum Post- und zum Follow-up-Zeitpunkt in Bezug auf die Linderung oppositioneller Symptome der Kontrollgruppe überlegen. Im Elternurteil, nicht aber im Lehrerurteil zeigte sich zum Post-, nicht aber zum Follow-up-Zeitpunkt eine Überlegenheit der Spieltherapie im Einzelformat (Morshed et al., 2019). Die Inanspruchnahmestudie von Wagner et al. (2004) untersuchte die Wirksamkeit von Interventionen bei Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens anhand retrospektiver Daten ambulanter und stationärer Behandlungen. Die stärksten Verbesserungen wurden bei Kindern und Jugendlichen mit einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens (F90.1) beobachtet, insgesamt war der Behandlungserfolg der stationären Patienten deutlich größer als in der ambulant behandelten Patientengruppe.

4.5. Maßnahmen und Interventionen in Bildungseinrichtungen

Rahmenkonzept der Prävention in Bildungseinrichtungen

4.5.1.	Empfehlung	Neu (Stand: 06/2025)
Empfehlungs- grad: B ↑	Die institutionelle Bildung von Kindern, Jugendlichen, und jungen Erwachsenen sollte durch Maßnahmen der universellen, selektiven und indizierten Prävention zur Verbesserung der sozial-emotionalen und Problemlösekompetenz unterstützt werden. Diese Präventionsmaßnahmen sollten in einem mehrstufigen, konsequent präventiv ausgerichteten Rahmenkonzept organisiert werden. Die mehrstufigen Rahmenkonzepte sollten evidenzbasierte Verfahren integrieren, multimodal und multiprofessionell ausgerichtet sein, eine Verlaufsdiagnostik beinhalten und datenbasierte Förderentscheidungen vorsehen. Diese Angebote sollten Kenntnisse und Kompetenzen von pädagogischen Fachkräften und Lehrkräften verbessern.	
Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: sehr niedrig Komorbide Symptomatik: sehr niedrig Funktionsniveau/Lebensqualität: - Gesamtbeurteilung: sehr niedrig ²⁹	
Literatur- hinweise	Nitz et al. (2023a); Nitz et al. (2023b)	
	Konsensstärke: 94,7 %	

HINTERGRUNDTXT: Ein international viel beachtetes Modell eines mehrstufigen präventiven Rahmenkonzepts stellt das Multi-Tiered Systems of Support (MTSS) dar (Nitz et al., 2023a). Im deutschsprachigen Raum liegt ein auf externalisierendes Verhalten ausgerichtetes, multimodales Rahmenkonzept vor (Hanisch et al., 2019; Nitz et al., 2023b). Es wurde bei sehr niedriger Qualität der vorliegenden Evidenz ein Konsens für eine „sollte“-Formulierung (schwache Empfehlung) erzielt. Obwohl die Forschung zu mehrstufigen, präventiven Rahmenkonzepten nur eine geringe Zahl an randomisiert-kontrollierten Studien aufweist, sind die bisherigen Befunde vielversprechend und es ergibt sich eine positive Nutzen-Schaden- sowie Kosten-Nutzen-Abwägung.

INTERNER VERWEIS: Detailliertere Empfehlungen zu der Ausgestaltung der Präventionsmaßnahmen zur universellen, selektiven und indizierten Prävention finden sich in den folgenden Empfehlungen dieses Subkapitels.

Übergänge innerhalb des Bildungssystems sowie Massnahmen der universellen, selektiven und indizierten Prävention in Bildungseinrichtungen

4.5.2.	Empfehlung	Neu (Stand: 06/2025)
Experten- konsens	Übergänge im Bildungssystem (Transitionen Kindertageseinrichtung – Schule – Berufsausbildung/Studium sowie Schul- und Klassenwechsel) sollten bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit einem erhöhten Risiko zur Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens vorbereitet und begleitet werden. Zur Überwindung der bestehenden Transitionslücken kann insbesondere eine	

²⁹ Die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz wurde vor allem aufgrund methodischer Limitationen (Risiko für Bias) und mitunter aufgrund des Publikationsbias als sehr niedrig bewertet.

	systematische, multiprofessionelle und auf die individuelle Ausgangslage des Kindes, der/des Jugendlichen oder der/des jungen Erwachsenen ausgerichtete Kooperation aller Bezugs- und Betreuungspersonen realisiert werden.
	Konsensstärke: 100 %

HINTERGRUNDTEXT: Die Übergänge im Bildungssystem können unter Berücksichtigung des Entwicklungsverlaufs der Kinder, Jugendlichen oder jungen Erwachsenen und der individuellen Risikofaktoren erfolgreich gestaltet werden. Dabei sind folgende Maßnahmen zu empfehlen:

- Übergang von der Kindertageseinrichtung zur Primarstufe: Die Förderung des Sozial-emotionalen Lernens mit etablierten Förderprogrammen ist in diesem Alter wirksam (Daunic et al., 2023; McDaniel et al., 2021).
- Übergang von der Primarstufe zur Sekundarstufe: Ein verlässliches und individualisiertes Classroom Management (Wills et al., 2023) sowie gezielte Maßnahmen wie Check In – Check Out (Hester et al., 2024) sollten in der Vorbereitung und in der Phase des Übergangs selbst eingesetzt werden.
- Übergang von der Schule in den Beruf: Die systematische Entwicklung von Fähigkeiten der Selbstbestimmung, die Förderung der akademischen Basiskompetenzen sowie eine frühzeitige und qualitativ hochwertige Übergangsplanung unter aktiver Beteiligung der Jugendlichen und ihrer Eltern/Erziehungsberechtigten bilden wesentliche Elemente wirksamer Maßnahmen der Transition (Gmitroski et al., 2018; Newman et al., 2009; Novak et al., 2020; Wagner et al., 2005; Wagner et al., 2016).

4.5.3.	Empfehlung	Neu (Stand: 06/2025)
Empfehlungs- grad: B ↑	In jeder Lern- oder pädagogischen Gruppe sollte ein verlässliches Gruppenmanagement sowohl proaktiv als auch reaktiv geschaffen werden.	
Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: niedrig Komorbide Symptomatik: - Funktionsniveau/Lebensqualität: - Gesamtbeurteilung: niedrig ³⁰	
Literatur- hinweise	Bierman et al. (2021); Calhoun et al. (2020); Korpershoek et al. (2016); Oliver et al. (2011); Reinke et al. (2021); Wilson et al. (2003)	
	Konsensstärke: 100 %	

HINTERGRUNDTEXT: Ein verlässliches Gruppenmanagement sollte, im Sinne der universellen Prävention, proaktiv durch folgende Methoden geschaffen werden:

- Förderung einer fürsorglichen, unterstützenden Beziehung zwischen Lehrkraft bzw. pädagogischer Fachkraft und Kindern/Jugendlichen/jungen Erwachsenen,
- Erzeugung eines positiven Gruppenklimas,
- angemessene Organisation der Lern- oder pädagogischen Gruppe,
- Förderung positiver Verhaltensweisen,
- gezielte Nutzung von individuellen Ressourcen.

Dabei sollten alle Verfahren und Strategien die individuellen Bedürfnisse aller Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Blick haben und mit allen beteiligten Fachkräften vorab abgestimmt und

³⁰ Die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz wurde vor allem aufgrund methodischer Limitationen (Risiko für Bias) und mitunter aufgrund der Ungenauigkeit der Befunde als niedrig bewertet.

im Anschluss konsequent angewendet werden. Folgende reaktive Strategien (z. B. zum Umgang mit störendem Verhalten) stehen im Rahmen eines verlässlichen Gruppenmanagements zur Verfügung:

- enges, aktives Monitoring der Aktivitäten der Kinder/Jugendlichen/jungen Erwachsenen,
- verhaltensspezifisches Lob,
- Möglichkeiten der aktiven Beteiligung in Unterrichts- und Gruppenarbeitsphasen,
- motivationales Eröffnen von Wahlmöglichkeiten bei der Bearbeitung von Aufgaben,
- zeitnahes und niedrigschwelliges Unterbinden von Störungen,
- Techniken der Precorrection (z. B. Erinnerung an Verfahrensweisen sowie Umgestaltung der Aufgabe oder der Lernumgebung, bevor störendes Verhalten gezeigt wird).

Der positive Einfluss eines verlässlichen Gruppenmanagements auf sozial-emotionales und akademisches Lernen sowie auf die Reduktion von Unterrichtsstörungen und externalisierende Verhaltensprobleme ist vielfach und konsistent belegt (Hattie, 2023; Korpershoek et al., 2022; Oliver et al., 2011). Darüber hinaus kann ein erfolgreich angewendetes Gruppenmanagement in einem hohen Selbstwirksamkeitserleben und in einer Reduktion des Stresses der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen sowie in einer Verbesserung von Wohlbefinden und berufsbezogenem Selbstwirksamkeitserleben bei Lehr- und pädagogischen Fachkräften resultieren (Aloe et al., 2014; Kennedy et al., 2021). Bei der Ausgestaltung eines effektiven Gruppenmanagements sollte zunächst auf den wiederholten Einsatz von bestrafenden Maßnahmen verzichtet werden.

Es wurde ein starker Konsens für eine „sollte“-Formulierung (schwache Empfehlung) bei niedriger Qualität der vorliegenden Evidenz gefunden, da aus klinischer Sicht ein hohes Vertrauen in die Evidenz sowie eine hohe Praxisrelevanz der Empfehlung besteht.

4.5.4.	Empfehlung	Bestätigt (Stand: 06/2025)
Empfehlungs- grad: B ↑	In jeder Lern- oder pädagogischen Gruppe sollten folgende Bereiche adressiert werden: - Förderung der Selbst- und Fremdwahrnehmung von Gefühlen, - Unterstützung der Selbstkontrolle von emotionaler Erregung und Verhalten, - Förderung eines positiven Selbstkonzepts und guter Peer-Beziehungen, - Verbesserung der sozial-kognitiven Informationsverarbeitung.	
Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: moderat Komorbide Symptomatik: - Funktionsniveau/Lebensqualität: - Gesamtbeurteilung: moderat ³¹	
Literatur- hinweise	Baker-Henningham et al. (2012); Baker-Henningham et al. (2021); Beelmann et al. (2014); Bradshaw et al. (2009); Cipriano et al. (2023); Domitrovich et al. (2007); Durlak et al. (2011); Franzen und Kamps (2008); Gansle (2005); Hahn et al. (2007); Murano et al. (2020); O'Leary-Barrett et al. (2013); Sklad et al. (2012); Wilson und Lipsey (2007)	
	Konsensstärke: 100 %	

HINTERGRUNDTXT: Als grundlegender Bestandteil eines mehrstufigen Rahmenkonzepts sollten Maßnahmen der universellen Prävention in jeder Lern- bzw. pädagogischen Gruppe systematisch und strukturiert angeboten werden. Dabei sollten ein verlässliches Gruppenmanagement, wirksame Gruppenkontingenzverfahren sowie Maßnahmen und Trainings zur systematischen Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen im Kontext der Bildungseinrichtung umgesetzt werden. Trainings

³¹ Eine Einschränkung der Vertrauenswürdigkeit der Evidenz erfolgte vor allem aufgrund methodischer Limitationen (Risiko für Bias).

zum sozial-emotionalen Lernen sollten sich am Rahmenmodell des Collaborative for Academic, Social and Emotional Learning (CASEL) orientieren und entsprechend folgende fünf Kompetenzbereiche umfassen: Selbstwahrnehmung, Selbstmanagement, soziale Wahrnehmung, Beziehungsfähigkeit sowie verantwortungsvolles Entscheidungsverhalten (Collaborative for Academic Social and Emotional Learning, 2020). Weiter sollten sich die Trainings an den SAFE-Kriterien orientieren und sich entsprechend durch folgende Eigenschaften auszeichnen: sequenziert, aktionsorientiert, spezifisch und explizit (Durlak et al., 2011). Evidenzbasierte Programme wie Trainings zu sozial-emotionalem Lernen (SEL) und Positive Behavioral Interventions and Supports (PBIS) zeigen positive Effekte hinsichtlich der Reduktion externalisierender Verhaltensauffälligkeiten und unterstützen die psychosoziale Entwicklung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Bildungskontext. Um dieses bedeutsame Präventionsangebot in Bildungseinrichtungen zu ermöglichen, sollten die Lehrkräfte und pädagogischen Fachkräfte im Bereich der universellen Prävention und Früherkennung systematisch fortgebildet werden. Zudem sollte die Zusammenarbeit zwischen Bildungseinrichtung und Familien frühzeitig und systematisch gestärkt werden.

4.5.5.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 06/2025)
Empfehlungs- grad: B ↑	Präventionsmaßnahmen in Bildungseinrichtungen, welche sich, im Sinne einer selektiven Prävention, an einzelne Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens richten, sollten an Angebote der universellen Prävention anknüpfen und diese vertiefen.	
Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: niedrig Komorbide Symptomatik: - Funktionsniveau/Lebensqualität: - Gesamtbeurteilung: niedrig ³²	
Literatur- hinweise	Bierman et al. (2021); Bierman et al. (2023); Calhoun et al. (2020); Coggins und Carnes-Holt (2021); Conroy et al. (2018); Downer et al. (2017); Fischmann et al. (2020); McClure (2017); Murano et al. (2020); Reinke et al. (2021); Senior et al. (2023); Wade et al. (2018); Wagner et al. (2014); Webster-Stratton et al. (2008); Wilson und Lipsey (2007)	
	Konsensstärke: 100 %	

HINTERGRUNDTEXT: Maßnahmen der selektiven Prävention sollten bei Berücksichtigung eines effektiven Gruppenmanagements unter anderem folgende Inhalte vertiefen:

- breite, mehrdimensionale Analyse des als störend erlebten Verhaltens auf Grundlage des biopsychosozialen Modells unter Berücksichtigung möglicher symptomverstärkender Bedingungen in der Einrichtung,
- regelmäßige, formative Evaluation der datenbasierten Förderentscheidungen im multiprofessionellen Team,
- spezifisches sozial-emotionales Lernen in Kleingruppen oder Einzelsituationen unter besonderer Berücksichtigung der sozialen Problemlöse- und Verhaltensfertigkeiten,
- Verhaltensverträge zum Aufbau eines positiven Sozialverhaltens,
- verhaltensmodifikatorische Techniken (u. a. Tokensysteme),
- Trainings für Eltern bzw. primäre Bezugspersonen (einschließlich der Vermittlung psychoedukativer Inhalte).

³² Die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz wurde mitunter aufgrund methodischer Limitationen (Risiko für Bias) sowie der Ungenauigkeit der Befunde als niedrig bewertet.

Im Sinne einer sprachlichen Konkretisierung wurde die Empfehlung dahingehend modifiziert, dass sie nun die Begrifflichkeiten der universellen und selektiven Prävention enthält und die Beziehung der beiden Präventionsformen explizit benennt. Zur verbesserten Übersichtlichkeit wurde die Empfehlung gekürzt. Konkrete Hinweise für Interventionsbausteine werden nun ausführlich im Hintergrundtext erläutert. Die Konsensgruppe erzielte einen starken Konsens für eine „sollte“-Empfehlung (schwache Empfehlung) bei niedriger Qualität der vorliegenden Evidenz, da ein hohes Vertrauen in die Evidenz spezifischer Maßnahmen besteht und die Akzeptanz und Umsetzbarkeit als sehr positiv bewertet wird.

4.5.6.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 08/2025)
Empfehlungsgrad: B ↑	Wenn Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in der besuchten Bildungseinrichtung ausgeprägtes oppositionelles, aggressives oder dissoziales Verhalten zeigen, sollten Maßnahmen der indizierten Prävention im Kontext der Bildungseinrichtung durch ein multiprofessionelles Team, datengestützt und unter Berücksichtigung eines effektiven Gruppenmanagements geplant und umgesetzt werden.	
Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: moderat Komorbide Symptomatik: - Funktionsniveau/Lebensqualität: niedrig Gesamtbeurteilung: moderat ³³	
Literaturhinweise	Barker und de Lugt (2022); Downer et al. (2017); Hoogendijk et al. (2020); Iznardo et al. (2020); Liber et al. (2013); Mytton et al. (2006); Nijhof et al. (2021); Plück et al. (2015a); Reddy et al. (2022); Shen et al. (2025); Stoltz et al. (2012); Van Craeyveldt et al. (2017); van den Berg und Stoltz (2018); Wilson und Ray (2018); Wilson und Lipsey (2007); Zhang und Zhang (2021)	
	Konsensstärke: 95,2 %	

HINTERGRUNDTEXT: Folgende Maßnahmen der indizierten Prävention sollten bedacht werden:

- Aufbau eines verlässlichen Netzwerks der Hilfen mit Einbezug der Institutionen im Sozialraum sowie der Eltern bzw. primären Bezugspersonen in die Förderung der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen,
- Angebot von Schulungen für pädagogische Fachkräfte und Lehrkräfte in evidenzbasierten, mehrstufigen Programmen,
- Angebot eines multiprofessionellen Coachings und/oder einer interdisziplinären Fallberatung,
- Anwendung einer funktionalen Verhaltensanalyse,
- breite mehrdimensionale Analyse des als störend erlebten Verhaltens auf Grundlage eines biopsychosozialen Entstehungsmodells unter Berücksichtigung möglicher symptomverstärkender Bedingungen in der Einrichtung,
- Einsatz beziehungsförderlicher Maßnahmen zur Verbesserung der häufig belasteten Beziehung zwischen den Lehrkräften bzw. pädagogischen Fachkräften und den Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen,
- Förderung der Entwicklung in den Bereichen der sozial-kognitiven Informationsverarbeitung, der Selbst- und Emotionsregulation sowie des sozial-kompetenten Verhaltens im Alltag,
- Einsatz gruppenbezogener und individualisierter Kontingenzverfahren,

³³ Eine Einschränkung der Vertrauenswürdigkeit der Evidenz erfolgte mitunter aufgrund methodischer Limitationen (Risiko für Bias), der Indirektheit der Befunde (Stichproben mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten) sowie der Ungenauigkeit.

- Einsatz hochindividualisierter täglicher Verhaltensbeurteilungen (z. B. anhand sogenannter Verhaltensrückmeldungen (daily behavior report cards)).

Gelingensfaktoren für die Stärkung der Kompetenzen der pädagogischen Fachkräfte in der Begegnung mit herausfordernden Verhaltensweisen in der Kindertageseinrichtung wurden von Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse (2020) identifiziert. Klassenbezogene Gruppenkontingenzverfahren wie das hochwirksame Good Behavior Game (Barrish et al., 1969) liegen in Form des KlasseKinderSpiels von Hillenbrand und Pütz (2008) als deutschsprachige Adaption vor. Eine spezifische, beziehungsfördernde Maßnahme stellt die sogenannte Banking Time (Williford & Pianta, 2020) dar.

Angelehnt an aktuelle Evidenznachweise und Erfahrungen aus klinischer Praxis wurde die Empfehlung dahingehend modifiziert, dass weniger spezifische Maßnahmen und Interventionen explizit benannt wurden. Stattdessen werden im assoziierten Hintergrundtext eine breite Auswahl an Maßnahmen präsentiert.

Evidenz zu den Empfehlungen

Rahmenkonzept der Prävention in Bildungseinrichtungen

Bislang liegt nur begrenzte Evidenz dafür vor, dass die institutionelle Bildung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen durch Präventionsmaßnahmen in einem mehrstufigen Rahmenkonzept, die evidenzbasierte Verfahren integrieren, multimodal und multiprofessionell ausgerichtet sind, eine Verlaufsdiagnostik einschließen und datenbasierte Förderentscheidungen vorsehen, unterstützt werden sollte (**Empfehlung 4.5.1.**). Die Qualität der Evidenz wurde entsprechend des GRADE-Ansatzes als sehr niedrig eingestuft (Gesamtbeurteilung, Kern- und komorbide Symptomatik). Eine systematische Übersichtsarbeit, welche größtenteils Beobachtungsstudien zusammenführte zeigte, dass solche mehrstufigen Unterstützungssysteme effektiv sein können und sowohl störendes Unterrichtsverhalten als auch andere problematische Verhaltensweisen signifikant reduzieren konnten ($d = 0,11-0,34$; Nitz et al., 2023a). Eine erste Einzelfallstudie im deutschen Sprachraum von Nitz et al. (2023b) berichtete, dass nach einer signifikanten Verbesserung im Rahmen der ersten Stufe (universelle Unterstützung aller Schüler:innen) die zweite Stufe (zielgerichtete Zusatzintervention) keine zusätzliche signifikante Reduktion disruptiven Verhaltens bewirkte.

Übergänge innerhalb des Bildungssystems sowie Massnahmen der universellen, selektiven und indizierten Prävention in Bildungseinrichtungen

Die Evidenz zur Empfehlung, dass in jeder pädagogischen oder Lerngruppe ein verlässliches Gruppenmanagement geschaffen werden sollte (**Empfehlung 4.5.3.**), wurde entsprechend des GRADE-Ansatzes mit einer niedrigen Studienqualität beurteilt (Gesamtbeurteilung; Kernsymptomatik).

Eine Metanalyse, welche 54 Studien inkludierte, zeigte, dass verschiedene *Classroom Management* Programme im Vergleich zu Kontrollbedingungen (keine Intervention, TAU) signifikante Verbesserungen sowohl hinsichtlich sozial-emotionalen Zielvariablen ($g = 0,21$) als auch des Verhaltens der Schüler:innen ($g = 0,24$) erzielten (Korpershoek et al., 2016). Alle untersuchten Programme wiesen einen kleinen bis moderaten Effekt auf, lediglich das *School-Wide Positive Behavior Support* (SWPBS)-Programm zeigte in dieser Übersichtsarbeit keine bzw. nur minimale Effekte hinsichtlich der benannten Zielvariablen (Korpershoek et al., 2016). Auch zwei weitere Metaanalysen und zwei randomisiert-kontrollierte Studien belegen die Wirksamkeit von Classroom Management-Programmen bei der Reduktion aggressiver oder disruptiver Verhaltensweisen mit mittleren bis großen Effektstärken (Bierman et al., 2021; Calhoun et al., 2020; Oliver et al., 2011; Wilson et al., 2003). Das *Incredible Years Teacher Classroom Management Program* erwies sich gegenüber Kontrollbedingungen als überlegen, mit einer um eine mittlere Effektstärke von 0,43 verbesserten sozialen Kompetenz (Reinke et al., 2021). Das *Promoting Alternate Thinking Strategies curriculum* zeigte im Vergleich zu einer aktiven Kontrollgruppe große Effekte für Aggression ($d = -1,13$; Calhoun et al., 2020) sowie einen kleinen Effekt auf Verhaltensprobleme ($ES = -0,20$; Bierman et al., 2021). Im

Vergleich zu einer aktiven Placebogruppe ergaben sich zudem große Effekte für Sozialkompetenz ($d = 2,20$), prosoziales Verhalten ($d = 2,28$) und Emotionsregulation ($d = 1,85$; Calhoun et al., 2020).

Entsprechend **Empfehlung 4.5.4.** sollten in jeder Lern- und pädagogischen Gruppe folgende Bereiche adressiert werden: Förderung der Selbst- und Fremdwahrnehmung von Gefühlen, Unterstützung der Selbstkontrolle von emotionaler Erregung und Verhalten, Förderung eines positiven Selbstkonzepts und guter Peer-Beziehungen sowie Verbesserung der sozial-kognitiven Informationsverarbeitung. Die Evidenz zu dieser Empfehlung wurde entsprechend des GRADE-Ansatzes mit einer moderaten Studienqualität beurteilt (Gesamtbeurteilung, Kernsymptomatik) und deutet darauf hin, dass universelle Präventionsmaßnahmen in Bildungseinrichtungen zu einer Reduktion externalisierender Symptome, darunter Aggression, Wut, disruptives Verhalten und Gewalt, beitragen können.

Mehrere Metaanalysen berichteten konsistent kleine bis mittlere Effektstärken für Ärger und externalisierendes Verhalten durch universelle Präventionsmaßnahmen in Bildungseinrichtungen ($d = 0,16$ bis $d = 0,54$; Beelmann et al., 2014; Cipriano et al., 2023; Durlak et al., 2011; Gansle, 2005). Einzelstudien zeigten ergänzend deutliche Rückgänge spezifischer Verhaltensauffälligkeiten, etwa bei Schulverweisen (Bradshaw et al., 2009), sowie signifikante Verbesserungen in der Verhaltensregulation (O'Leary-Barrett et al., 2013). Dementgegen fanden Baker-Henningham et al. (2021) in ihrer randomisiert-kontrollierten Studie keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe hinsichtlich beobachteter sowie von Eltern und Lehrkräften berichteter Verhaltensprobleme. Soziale und emotionale Kompetenzen schienen durch universelle Programme im mittleren Effektbereich verbessert werden zu können, allerdings schwächten sich die Effekte in Follow-up-Messungen teilweise deutlich ab (z. B. Sklad et al., 2012, $d = 0,07$).

Die Evidenz zur Empfehlung, dass Maßnahmen, welche sich im Sinne einer selektiven Prävention, an einzelne Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens richten, an Angebote der universellen Prävention anknüpfen und diese vertiefen sollten (**Empfehlung 4.5.5.**), wurde endpunktübergreifend mit einer niedrigen Studienqualität entsprechend des GRADE-Ansatzes bewertet (Gesamtbeurteilung, Kernsymptomatik) und inkludiert heterogene Befunde.

Die berichteten Effektstärken für selektive Präventionsprogramme in Bildungseinrichtungen variieren, überwiegend finden sich kleine Effekte auf aggressives, disruptives Verhalten, externalisierende Probleme (Bierman et al., 2021; Bierman et al., 2023; McClure, 2017; Wagner et al., 2014; Wilson & Lipsey, 2007) sowie für prosoziales Verhalten, sozial-emotionale Kompetenzen und Emotionsregulation (Bierman et al., 2023; McClure, 2017; Murano et al., 2020; Reinke et al., 2021). Eine randomisiert-kontrollierte Studie, welche die Effekte eines psychodynamischen, bindungsbasierten ganzheitlichen Behandlungsansatzes (*early steps*) einer kindergartenbasierten Intervention mit Schwerpunkt auf sozial-emotionales Lernen (*faustlos*) gegenüberstellte, wies bei moderater Studienqualität auf stärkere Verbesserungen hinsichtlich kindlicher Aggression und externalisierende Verhaltensauffälligkeiten bei jenen Kindern hin, die *faustlos* erhielten (Fischmann et al., 2020). Kein Effekt auf die kindliche Aggression konnte in einer randomisiert-kontrollierten Studie unter Einsatz einer physischen Aktivierungsmaßnahme beobachtet werden (Wade et al., 2018).

Laut **Empfehlung 4.5.6.** sollten Maßnahmen der indizierten Prävention im Kontext der besuchten Bildungseinrichtung durch ein multiprofessionelles Team, datengestützt und unter Berücksichtigung eines effektiven Gruppenmanagements umgesetzt werden, wenn Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in der besuchten Bildungseinrichtung ausgeprägtes oppositionelles, aggressives oder dissoziales Verhalten zeigen. Die vorliegende Evidenz wurde entsprechend des GRADE-Ansatzes als moderat eingestuft (Gesamtbeurteilung; Kernsymptomatik: moderat; Funktionsniveau/Lebensqualität: niedrig).

Über verschiedene, vorwiegend kognitiv-behaviorale, Behandlungsansätze hinweg zeigen sich signifikante Verbesserungen relevanter Zielvariablen, darunter externalisierende Symptome, aggressives und disruptives Verhalten, Schulprobleme, die Beziehung zwischen Lehrkräften und Kindern sowie soziale Kompetenzen, im Bereich kleiner bis großer Effektstärken (Hoogendijk et al., 2020; Iznardo et al., 2020; Liber et al., 2013; Mytton et al., 2006; Plück et al., 2015b; Reddy et al., 2022; Shen et al., 2025; Stoltz et al., 2012; Wilson & Lipsey, 2007). Es liegen Hinweise zur Wirksamkeit spieltherapeutischer Elemente auf aggressive Verhaltensweisen und akademisches Engagement vor (Van Craeyveldt et al., 2017; Wilson & Ray, 2018). Während keine signifikanten Verbesserungen der Zielgrößen durch eine Änderung der Sitzordnung und videogestützte Lehrkräfteberatung (LOOK) beobachtet werden konnte (Downer et al., 2017; van den Berg & Stoltz, 2018), konnten diese durch ein Training von paraprofessionellen Unterstützungskräften in Bildungseinrichtungen sowie durch eine achtsamkeitsbasierte Intervention mit Jugendlichen erzielt werden (Reddy et al., 2022; Zhang & Zhang, 2021).

4.6. Systemübergreifende, intensive, multimodale Interventionen

Indikation für multimodale Intensivbehandlungen

4.6.1.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 09/2025)
Empfehlungs- grad: B ↑	Bei schwerwiegender, mehrere Lebensbereiche betreffender Symptomatik einer Störung des Sozialverhaltens und bei stark ausgeprägten Funktions- bzw. Teilhabebeeinträchtigungen sollte bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine aufsuchende, systemübergreifende, multimodale Intensivbehandlung umgesetzt werden.	
Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: moderat Komorbide Symptomatik: hoch Funktionsniveau/Lebensqualität: niedrig Gesamtbeurteilung: moderat ³⁴	
Literatur- hinweise	Dodge et al. (2015); Fonagy et al. (2018); Fonagy et al. (2020); Markham (2018); Santisteban et al. (2017); Schaeffer et al. (2022)	
	Konsensstärke: 95,2 %	

HINTERGRUNDTXT: Im Sinne einer inhaltlichen Konkretisierung wurde die spezifische Indikation der benannten Intervention um eine, mehrere Lebensbereiche betreffende, Symptomatik und vorliegende, starke Funktions- bzw. Teilhabebeeinträchtigungen erweitert. Zeitgleich wurde, angelehnt an aktuelle Evidenznachweise, der bisher benannte Altersbereich erweitert. Aufgrund der konservativeren Einschätzung der Evidenzqualität gegenüber der bisherigen Leitlinienfassung ergab sich, abweichend zur bisherigen Einschätzung der Evidenz, eine moderate Qualität der Evidenz (Gesamtbeurteilung). Die Leitliniengruppe erzielte einen starken Konsens den Empfehlungsgrad entsprechend anzupassen.

INTERNER VERWEIS: Hinweise zur empfohlenen therapeutischen Ausrichtung multimodaler Intensivbehandlungen finden sich in Empfehlung 4.6.2.

Format, inhaltliche Ausrichtung und Methoden der multimodalen Intensivbehandlungen

4.6.2.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 08/2025)
Empfehlungs- grad: B ↑	Eine aufsuchende, systemübergreifende multimodale Intensivbehandlung sollte: - einen unterstützenden Fokus auf das familiäre System haben (familienzentriert), - systemübergreifend arbeiten (d.h. Einbezug der Kinder/Jugendlichen/jungen Erwachsenen, deren Eltern, deren Peer-Gruppe und der relevanten Betreuungspersonen im Rahmen von Bildungseinrichtung und Freizeitaktivitäten), - auf einem evaluierten kognitiv-behavioralen und systemisch ausgerichteten, vorzugsweise manualisierten, Therapiekonzept beruhen, entsprechende	

³⁴ Eine Einschränkung der Vertrauenswürdigkeit der Evidenz erfolgte mitunter aufgrund methodischer Limitationen (Risiko für Bias) sowie der Inkonsistenz der Befunde.

	Therapiematerialien verwenden und die Umsetzung des Konzepts fortlaufend und kritisch beobachten, - mehrere Sitzungen die Woche vorsehen und, - über einen Zeitraum von mindestens 3 Monaten (in der Regel zwischen 3 und 12 Monaten) verlaufen.
Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: sehr niedrig Komorbide Symptomatik: - Funktionsniveau/Lebensqualität: - Gesamtbeurteilung: sehr niedrig ³⁵
Literaturhinweise	McCart et al. (2023); Schoenwald et al. (2008); van der Pol et al. (2019)
	Konsensstärke: 100 %

HINTERGRUNDTXT: Aus klinischer Sicht scheint es sinnvoll, dass die systemübergreifenden, multimodalen Behandlungsbausteine von einer fallführenden Fachkraft koordiniert werden. Zudem sollte das Therapieende sorgfältig vorbereitet und ein Übergang in die notwendigen, interdisziplinären Anschlusshilfen bestmöglich begleitet werden.

Die Empfehlung wurde anhand aktueller Evidenznachweise modifiziert. Im Sinne der inhaltlichen Konkretisierung wird außerdem die inhaltliche Ausrichtung der Intervention explizit benannt. Aufgrund der konservativeren Einschätzung der Evidenzqualität gegenüber der bisherigen Leitlinienfassung ergab sich, abweichend zur bisherigen Einschätzung der Evidenz, eine sehr niedrige Qualität der Evidenz (Gesamtbeurteilung). Die Konsensusgruppe erreichte einen starken Konsens für eine „sollte“-Formulierung (schwache Empfehlung) bei sehr niedriger Qualität der vorliegenden Evidenz, da trotz der geringen Anzahl an vorliegenden randomisiert-kontrollierten Studien durchaus ein hohes Vertrauen in die Evidenz besteht und die Empfehlung eine hohe Praxisrelevanz aufweist.

Evidenz zu den Empfehlungen

Die vorliegende Evidenz zu **Empfehlung 4.6.1.**, nach welcher bei schwerwiegender, mehrere Lebensbereiche betreffender Symptomatik und bei stark ausgeprägter Funktions- bzw. Teilhabebeeinträchtigungen eine aufsuchende, systemübergreifende, multimodale Intensivbehandlung umgesetzt werden sollte, wurde entsprechend des GRADE-Ansatzes endpunktübergreifend als moderat eingestuft (Gesamtbeurteilung; Kernsymptomatik: moderat; Komorbide Symptomatik: hoch; Funktionsniveau/Lebensqualität: niedrig).

Positive Ergebnisse einer multimodalen Intensivtherapie konnten für externalisierende Symptome (bis zum 20-Jahres-Follow-up; Dodge et al., 2015; Santisteban et al., 2017), Substanzmissbrauch (Dodge et al., 2015; Markham, 2018; Schaeffer et al., 2022) sowie für Funktionsbeeinträchtigungen in der Familie (Fonagy et al., 2018; Fonagy et al., 2020; Santisteban et al., 2017) beobachtet werden. Weniger eindeutige Ergebnisse gab es für die Endpunkte antisoziales bzw. delinquentes Verhalten (Dodge et al., 2015; Fonagy et al., 2018; Fonagy et al., 2020; Markham, 2018; Santisteban et al., 2017; Schaeffer et al., 2022), Funktionsbeeinträchtigungen in der Schule (Dodge et al., 2015; Markham, 2018) und Kontakt zu Gleichaltrigen (Markham, 2018). Auch zeigte sich im Rahmen einer groß angelegten randomisiert-kontrollierten Studie die begrenzte prosoziale Emotionalität der 1076 untersuchten Jugendlichen unbeeinflusst von der jeweiligen Gruppenzugehörigkeit (multisystemische Therapie versus Routineversorgung) und auch die Fremdunterbringungsrate unterschied sich nicht signifikant (Fonagy et al., 2018; Fonagy et al., 2020).

³⁵ Die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz wurde vor allem aufgrund methodischer Limitationen (Risiko für Bias) sowie des Publikationsbias und mitunter aufgrund der Indirektheit der Befunde als sehr niedrig bewertet.

Die vorliegende Evidenz zur Empfehlung, wie eine aufsuchende, systemübergreifende, multimodale Intensivbehandlung ausgestaltet sein sollte (**Empfehlung 4.6.2.**), umfasst zwei systematische Reviews und eine Beobachtungsstudie mit Jugendlichen und wurde entsprechend des GRADE-Ansatzes mit einer sehr niedrigen Studienqualität bewertet (Gesamtbeurteilung, Kernsymptomatik).

Van der Pol et al. (2019) identifizierten in ihrer Übersichtsarbeit häufige Elemente evidenzbasierter, systemischer Behandlungsansätze für Jugendliche mit disruptivem Verhalten. Als zentrale Behandlungstechniken stellten sie unter anderem Konfliktmanagement und Kommunikationsfähigkeiten heraus, als Behandlungsmechanismen Engagement, Allianz, Interaktions- sowie einen Hier-und-Jetzt-Fokus, Entwicklungsprozesse und Beziehungsbewertungen/-evaluierungen. Überdies identifizierten sie als Behandlungsparameter eine durchschnittliche Behandlungsdauer von 5,3 (3–12) Monaten bei ein bis drei Sitzungen pro Woche. Darüber hinaus identifizierte die Beobachtungsstudie von Schoenwald et al. (2008) die therapeutische Adhärenz in einer multisystemischen Therapie als robusten Prädiktor für Reduktionen im externalisierenden Verhalten bei Jugendlichen. McCart et al. (2023) benannten in Ihrer systematischen Übersichtsarbeit zu psychosozialen Behandlungsansätzen für Jugendliche mit disruptivem Verhalten die funktionale Familientherapie, die multisystemische Therapie, *Treatment Foster Care Oregon* sowie (kognitive) Verhaltenstherapie als gut etablierte Behandlungsansätze für Jugendliche mit bestehendem Kontakt zum Justizsystem. Für Jugendliche ohne Kontakt zum Justizsystem wurden keine gut etablierten, jedoch folgende wahrscheinlich wirksamen Behandlungsansätze identifiziert: Kognitive Verhaltenstherapie, Verhaltenstherapie mit bindungsbasiertem Ansatz sowie ein kombinierter Ansatz aus kognitiver Verhaltenstherapie, Verhaltenstherapie und multisystemischer Therapie.

5. Empfehlungen zu pharmakologischen Interventionen

Bei Vorliegen einer Störung des Sozialverhaltens sind psychosoziale Interventionen vorrangig vor etwaigen pharmakologischen Interventionen einzuleiten. Der Einsatz pharmakologischer Interventionen zur Behandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit einer Störung des Sozialverhaltens ist individuell, entsprechend den Empfehlungen dieser Leitlinie, abzuwägen. Eine alleinige Pharmakotherapie ohne eine begleitende psychosoziale/psychotherapeutische Maßnahmen, zumindestens eine ausführliche Psychoedukation, ist in keinem Fall indiziert.

Gegenwärtig gibt es in Deutschland kein zugelassenes Arzneimittel zur Behandlung der Störung des Sozialverhaltens im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter.³⁶ Im Rahmen eines „individuellen Heilversuchs“ können Ärzte, nach entsprechender Aufklärung der Patient:innen und deren Sorgeberechtigten, Arzneimittel als „Off-Label Use“³⁷ verordnen. Der aktuelle Zulassungsstatus der in Frage kommenden Arzneimittel wird in den jeweiligen Fachinformationen angegeben. Voraussetzung für die Erstattung eines off-label verordneten Arzneimittels durch die gesetzliche Krankenversicherung sind u.a. eine nachhaltige Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die Symptomatik, das Fehlen anderer evidenzbasierter Interventionen sowie Hinweise, dass das Arzneimittel wirksam sein kann. Diese Kriterien können in Einzelfällen bei einer schweren Störung des Sozialverhaltens zutreffen.

Die Indikation für eine medikamentöse Behandlung zu prüfen erscheint besonders sinnvoll, wenn

- komorbide Störungen vorliegen (wie beispielsweise Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung oder depressive Störungen). Durch eine medikamentöse Behandlung der komorbiden Symptomatik kann eine Abnahme der Funktionseinschränkungen und eine Reduktion der Symptome der Störung des Sozialverhaltens resultieren.
- die Symptomatik der Störung des Sozialverhaltens sowie Beeinträchtigungen des Funktionsniveaus besonders stark ausgeprägt sind und psychosoziale Interventionen alleine nicht ausreichen.
- im Rahmen der Störung des Sozialverhaltens akute Erregungszustände auftreten, die mit einer Selbst- oder Fremdgefährdung einhergehen und durch psychosoziale Deeskalationsmaßnahmen nicht ausreichend gemindert werden können.

Zielgerichtete, proaktive Aggression ist in der Regel keine Zielsymptomatik für eine Medikation.

Wird eine Pharmakotherapie mit einem Antipsychotikum erwogen, sollten vorrangig Antipsychotika zweiter Generation (wie Risperidon oder Aripiprazol) gewählt werden und eine möglichst kurze Behandlung angestrebt werden. Im Rahmen der Substanzwahl kommt der Beachtung der jeweiligen Profile unerwünschter Arzneimittelwirkungen³⁸, insbesondere der langfristigen, eine besondere Bedeutung zu. Risperidon kann aufgrund der größten Evidenzbasis als Substanz erster Wahl betrachtet werden. Aripiprazol sollte als Alternative erwogen werden, wenn Risperidon mit einer deutlichen Gewichtszunahme oder anderen unerwünschten Arzneimittelwirkungen (z.B. einer QT-Zeit Verlängerung oder einer Prolaktinerhöhung) einhergeht. Zur sehr kurzfristigen medikamentösen Behandlung akuter Erregungszustände kann auch die Medikation mit anderen Substanzen wie niederpotenten Antipsychotika oder Benzodiazepinen erwogen werden. Regelmäßig sowie insbesondere beim Auftreten von unerwünschten Arzneimittelwirkungen ist die Notwendigkeit der Fortführung der Medikation sorgfältig, auf Basis einer individuellen Nutzen-Risiko-Abwägung und in

³⁶ Risperidon ist in Deutschland zur symptomatischen Kurzzeitbehandlung (bis zu 6 Wochen) von anhaltenden, schweren Aggressionen bei Kindern (ab 5 Jahren) und Jugendlichen mit unterdurchschnittlicher intellektueller Funktion oder mentaler Retardierung zugelassen.

³⁷ Off-Label-Use bedeutet, dass ein Arzneimittel außerhalb des zugelassenen Altersbereichs und/oder der zugelassenen Indikation verordnet wird.

³⁸ Einen ausführlichen Überblick über unerwünschte Arzneimittelwirkungen bietet folgendes Lehrbuch: Gerlach, M., Mehler-Wex, C., Romanos, M., Walitza, S. & Wewetzer, C. (2023). Neuro-/Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter: Grundlagen und Therapie. Springer-Verlag.

enger Absprache mit den Patient:innen selbst und/oder deren Sorgeberechtigten zu prüfen und das Ergebnis der Prüfung zu dokumentieren. Vor einer medikamentösen Behandlung mit einem Antipsychotikum zweiter Generation wird die Durchführung und Dokumentation folgender Untersuchungen empfohlen:

- Messung von Körpergröße und Körpergewicht
- Messung von Puls und Blutdruck
- Blutuntersuchung mit Bestimmung von Nüchtern glukose, Blutfetten und Prolaktin
- Beurteilung im Hinblick auf das Vorliegen von Bewegungsstörungen im Rahmen einer neurologischen Untersuchung
- Beurteilung von Ernährungszustand, Ernährungsweise und Grad der körperlichen Aktivität
- Elektrokardiogramm (EKG, bei Behandlung mit Aripiprazol nicht erforderlich)

Indikation für pharmakologische Interventionen

5.1.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 06/2025)
Empfehlungs- grad: A ↑↑	Wenn beim Vorliegen einer Störung des Sozialverhaltens mit ausgeprägter Impulsivität, chronischer Reizbarkeit und Aggressivität durch psychosoziale (einschließlich psychotherapeutische) Interventionen keine hinreichende Symptomreduktion erzielt werden konnte, soll, in der Regel frühestens ab einem Alter von 6 Jahren, eine ergänzende Pharmakotherapie erwogen werden.	
Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: moderat Komorbide Symptomatik: - Funktionsniveau/Lebensqualität: - Gesamtbeurteilung: moderat ³⁹	
Literatur- hinweise	Balía et al. (2018); Khan et al. (2019); Loy et al. (2017); Pringsheim et al. (2015a); Pringsheim et al. (2015b); Shafiq und Pringsheim (2018); van Schalkwyk et al. (2017)	
	Konsensstärke: 100 %	

HINTERGRUNDTXT: Die vorliegenden Studien untersuchten pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten vorwiegend bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ab 6 Jahren. Für das Vorschulalter liegen hingegen keine ausreichenden Evidenznachweise für den Einsatz pharmakologischer Behandlungsmöglichkeiten vor. Die Empfehlung wurde um den Hinweis ergänzt, dass eine pharmakologische Behandlung in der Regel erst ab dem sechsten Lebensjahr erfolgen sollte. Auch wurde der Hinweis auf Risperidon als präferiertes Präparat entfernt. Die größte Evidenzbasis für psychosoziale Interventionen besteht für eltern-/eltern-kindzentrierte Interventionen, sogenannte Elterntrainings. Empfehlung zu der Indikation und Umsetzung dieser psychosozialen Interventionen finden sich in Kapitel 4.2 dieser Leitlinie. Abschließend wurde, mit einem starken Konsens, der Empfehlungsgrad bei moderater Evidenz auf eine starke Empfehlung („soll“-Formulierung) angehoben. Trotz vorhandener methodischer Limitationen der vorhandenen Übersichtsarbeiten, besteht, aus klinischer Sicht, ein hohes Vertrauen in die Evidenz.

³⁹ Eine Einschränkung der Vertrauenswürdigkeit der Evidenz erfolgte aufgrund methodischer Limitationen (Risiko für Bias).

Indikationsstellung für pharmakologische Interventionen sowie spezifische pharmakologische Präparate

5.2.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Die Indikationsstellung für eine pharmakologische Intervention sowie die medikamentöse Behandlung der Patient:innen sollen durch Ärzt:innen mit Expertise im Bereich Psychopharmakotherapie bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit externaler Symptomatik erfolgen.	
	Konsensstärke: 100 %	

HINTERGRUNDTXT: Von zentraler Bedeutung für die Indikationsstellung und Durchführung einer psychopharmakologischen Behandlung sind fundierte Kenntnisse im Bereich der Störungen des Sozialverhaltens sowie der Einstellung und dem Monitoring von Psychopharmaka. Diese notwendige Expertise im Bereich der Psychopharmakotherapie bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit externaler Symptomatik können erfahrene Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, für Kinder- und Jugendmedizin, für Nervenheilkunde, für Neurologie und/oder für Psychiatrie und Psychotherapie innehaben.

Im Sinne einer stärkeren Fokussierung innerhalb der Leitlinienempfehlungen, wurde der Empfehlungstext gekürzt und auf zentrale Hinweise beschränkt. Weitere Hinweise wurden insbesondere in die Einleitung zu diesem Subkapitel überführt.

5.3.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Nach erfolgter medikamentöser Einstellung und in regelmäßigen Abständen soll eine Überprüfung der erwünschten und unerwünschten Wirkungen der Medikation sowie der Notwendigkeit zur Fortführung erfolgen.	
	Konsensstärke: 100 %	

HINTERGRUNDTXT: Ziel des Einsatzes von Psychopharmaka bei Patient:innen mit Störungen des Sozialverhaltens ist vor allem das Anstoßen nachhaltiger Veränderungen zu ermöglichen. Der Zeitraum, in dem Patient:innen mit einer Störung des Sozialverhaltens Medikation erhalten, sollte genutzt werden, um Kompetenzen der Patient:innen sowie ihrer Bezugspersonen auf- oder auszubauen (z. B. Emotionsregulation fördern, Einüben und Austesten sozial kompetenter Verhaltensweisen, positiveres/weniger negatives Erziehungsverhalten), förderliche Veränderungen im Familiensystem (z. B. Gewalt-Spirale unterbrechen), im schulischen Umfeld (z. B. erneute Aufnahme der Beschulung) oder in der Freizeitgestaltung der Patient:innen (z. B. Zuwendung zu einer weniger delinquenten Gleichaltrigengruppe) zu erzielen. In einzelnen Fällen kann die medikamentöse Unterstützung auch eine Neuausrichtung der Hilfesysteme und den Zugang zu wirksamen psychosozialen Maßnahmen erleichtern.

Aufgrund fehlender Evidenzhinweise wurde auf die konkrete Benennung einer Zeitspanne verzichtet. Zudem wird nun explizit darauf hingewiesen, dass regelmäßig auch die Prüfung der Notwendigkeit zur Fortführung erfolgen soll. Es wurde ein starker Konsens für eine „soll“-Empfehlung (anstelle der bisherigen „sollte“-Empfehlung) gefunden.

5.4.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 06/2025)
Empfehlungs- grad: B ↑	Wenn im klinischen Bild der Störung des Sozialverhaltens eine ausgeprägte Impulsivität, chronische Reizbarkeit und/oder Aggressivität vorliegen, die eine medikamentöse Behandlung erforderlich machen, sollte ein Behandlungsversuch vorzugsweise mit Stimulanzien erwogen werden.	
Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: niedrig Komorbide Symptomatik: - Funktionsniveau/Lebensqualität: - Gesamtbeurteilung: niedrig ⁴⁰	
Literatur- hinweise	Agency for Healthcare Research and Quality (2015); Balia et al. (2018); Connor et al. (2002); Khan et al. (2019); Pringsheim et al. (2015a)	
	Konsensstärke: 100 %	

HINTERGRUNDTXT: Eine der häufigsten Komorbiditäten bei den Störungen des Sozialverhaltens stellt die Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) dar. Liegt komorbid zu einer Störung des Sozialverhaltens eine ADHS vor, wird letztere leitliniengerecht (vorrangig mit Stimulanzien) behandelt. Bei Nichtansprechen auf Stimulanzien kann der Einsatz von Nicht-Stimulanzien (Atomoxetin, Guanfacin) geprüft werden. Durch den Einsatz dieser, zur Behandlung zugelassenen, Substanzen kann es auch zu einer Reduktion von Impulsivität, chronischer Reizbarkeit und Aggressivität kommen. Auch wenn kein klinisches Vollbild einer ADHS vorhanden ist, kann ein Medikationsversuch mit Stimulanzien erwogen werden.

Basierend auf aktuellen Evidenznachweisen wurde die Empfehlung dahingehend modifiziert, dass ein Medikationsversuch mit Stimulanzien auch dann erwogen werden kann, wenn kein klinisches Vollbild einer ADHS vorhanden ist. Hinweise zu konkreten Präparaten wurden, im Sinne einer stärkeren inhaltlichen Fokussierung, in den Hintergrundtext überführt. Aufgrund der konservativeren Einschätzung der Evidenzqualität gegenüber der bisherigen Leitlinienfassung ergab sich, abweichend zur bisherigen Einschätzung der Evidenz, eine niedrige Qualität der Evidenz (Gesamtbeurteilung). Die Leitliniengruppe erzielte einen starken Konsens hinsichtlich einer schwachen Empfehlung bei niedriger Qualität der Evidenz (Gesamtbeurteilung) basierend auf einem (trotz Vorliegen methodischer Limitationen der Übersichtsarbeiten) hohen Vertrauen in die Evidenz sowie einer positiven Abwägung von Nutzen und Schaden sowie Kosten und Nutzen.

EXTERNER VERWEIS: Für weitere Details zur medikamentösen Behandlung einer Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung siehe ADHS-Leitlinie (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie et al., 2017).

5.5.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 06/2025)
Empfehlungs- grad: 0 ↔	Wenn im klinischen Bild der Störung des Sozialverhaltens ausgeprägte Impulsivität, chronische Reizbarkeit und/oder Aggressivität vorliegen und unter einer medikamentösen Monotherapie mit, zur Behandlung einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung zugelassenen, Substanzen (Stimulanzien und Nicht-Stimulanzien) keine ausreichende Besserung der impulsiven, aggressiven Symptomatik erzielt wurde, kann eine Mono- oder Kombinationstherapie mit einem Antipsychotikum zweiter Generation erwogen werden.	

⁴⁰ Die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz wurde aufgrund methodischer Limitationen (Risiko für Bias) sowie der Indirektheit der Befunde (Stichproben mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten) als niedrig bewertet.

Qualität der Evidenz	Kernsymptomatik: moderat (Monotherapie) bis hoch (Kombinationstherapie) Komorbide Symptomatik: - Funktionsniveau/Lebensqualität: - Gesamtbeurteilung: moderat ⁴¹ (Monotherapie) bis hoch (Kombinationstherapie)
Literaturhinweise	Balia et al. (2018); Khan et al. (2019); Loy et al. (2017); Pringsheim et al. (2015b); Rajkumar (2022); Shafiq und Pringsheim (2018); van Schalkwyk et al. (2017)
	Konsensstärke: 100 %

HINTERGRUNDTXT: In Konsistenz zur vorangehenden Empfehlung wurde die Indikation für die pharmakologische Intervention erweitert. Zudem wurden Benennungen aktualisiert (z. B. Antipsychotikum zweiter Generation). Es wurde ein starker Konsens in der Leitliniengruppe hinsichtlich einer „kann“-Empfehlung (offene Empfehlung) bei moderater bis hoher Qualität der Evidenz erzielt. Insbesondere die Abwägung von Nutzen und Schaden der pharmakologischen Intervention bedingte den niedrigen Empfehlungsgrad.

5.6.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 06/2025)
Expertenkonsens	Liegt komorbid zu einer Störung des Sozialverhaltens eine depressive Störung/Symptomatik vor und ist eine pharmakologische Behandlung indiziert, kann eine Behandlung mit Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) auch zur Verringerung der aggressiven Symptomatik erfolgen.	
	Konsensstärke: 100 %	

HINTERGRUNDTXT: Im Sinne der Aktualisierung wurde die Empfehlung dahingehend modifiziert, dass auf die explizite Benennung von Fluoxetin verzichtet wird. Im Sinne einer inhaltlichen Erweiterung wird sowohl eine depressive Störung, als auch eine depressive Symptomatik als Indikation benannt.

EXTERNER VERWEIS: Für weitere Details zur medikamentösen Behandlung einer depressiven Störung siehe Leitlinie zur Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 2013).

5.7.	Empfehlung	Modifiziert (Stand: 11/2024)
Expertenkonsens	Sollte im Rahmen einer Störung des Sozialverhaltens ein akuter Erregungszustand auftreten, der durch anderweitige (psychosoziale) Deeskalationsmöglichkeiten nicht ausreichend reduziert werden kann, kann eine medikamentöse Akuttherapie unter Einsatz von Antipsychotika und Benzodiazepinen erwogen werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

HINTERGRUNDTXT: Im Sinne der Konkretisierung des empfohlenen Vorgehens wurde die Empfehlung dahingehend modifiziert, dass primär indizierte, psychosoziale Deeskalationsmöglichkeiten explizit benannt werden. Zudem wird im Sinne der Unmissverständlichkeit der Empfehlung eine diagnostizierte Störung des Sozialverhaltens als Rahmen sowie ein akuter Erregungszustand als Ausgangspunkt des Vorgehens benannt. Im Sinne einer stärkeren Fokussierung auf Wesentliches wurde die Empfehlung darüber hinaus um einen Satz verkürzt.

⁴¹ Eine Einschränkung der Vertrauenswürdigkeit der Evidenz erfolgte aufgrund methodischer Limitationen (Risiko für Bias).

INTERNER VERWEIS: Die hier genannten psychosozialen Deeskalationsmöglichkeiten beziehen ausdrücklich auch Psychotherapie mit ein. Für detailliertere Informationen zu psychosozialen Präventionsmaßnahmen und Interventionen siehe Kapitel 4 dieser Leitlinie.

EXTERNER VERWEIS: Für psychosoziale Maßnahmen zur Deeskalation siehe Leitlinie zur Prävention, Durchführung und Nachsorge von freiheitsentziehenden Unterbringungen und Maßnahmen in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 2025).

Evidenz zu den Empfehlungen

Indikation für pharmakologische Interventionen

Bezugnehmend auf **Empfehlung 5.1.**, wonach eine ergänzende Pharmakotherapie erwogen werden soll, wenn durch psychosoziale (einschließlich psychotherapeutische) Interventionen keine hinreichende Symptomreduktion erzielt werden konnte und die Patient:innen mindestens 6 Jahre alt sind, wurden sechs relevante Metaanalysen identifiziert. Die Qualität der vorliegenden Evidenz wurde entsprechend des GRADE-Ansatzes als moderat eingeordnet (Gesamtbeurteilung, Kernsymptomatik).

Die als relevant identifizierten Übersichtsarbeiten schlossen Befunde aus 48 randomisiert-kontrollierten Studien mit 2.890 Patient:innen zwischen 6 und 25 Jahren ein. Der Einsatz einer Medikation war der Gabe eines Placebos in fast allen inkludierten Studien hinsichtlich der Reduktion oppositionellen und aggressiven Verhaltens der jungen Menschen überlegen (Balía et al., 2018; Khan et al., 2019; Loy et al., 2017; Pringsheim et al., 2015a; Pringsheim et al., 2015b; Shafiq & Pringsheim, 2018; van Schalkwyk et al., 2017). Während die Übersichtsarbeiten signifikante Nebenwirkungen des Einsatzes von Antipsychotika offenbarten (insbesondere Gewichtszunahme und den Anstieg des Prolaktinspiegels), wurden die Nebenwirkungen von Methylphenidat in den Metaanalysen unzureichend untersucht.

Indikationsstellung für pharmakologische Interventionen sowie spezifische pharmakologische Präparate

Entsprechend **Empfehlung 5.4.** sollte im Falle einer ausgeprägten Impulsivität, Hyperaktivität, chronischen Reizbarkeit und/oder Aggressivität der Patient:innen, welche eine medikamentöse Behandlung erforderlich machen, ein Behandlungsversuch vorzugsweise mit Stimulanzien erwogen werden. Die Aussagesicherheit der vorliegenden Evidenz wurde entsprechend des GRADE-Ansatzes mit niedrig beurteilt (Gesamtbeurteilung, Kernsymptomatik).

Fünf Metaanalysen wurden als relevant identifiziert und zeigten, dass die Verabreichung von Methylphenidat einer Placebobehandlung in den allermeisten inkludierten Studien hinsichtlich aggressiven Verhaltens überlegen war (Agency for Healthcare Research and Quality, 2015; Balía et al., 2018; Connor et al., 2002; Khan et al., 2019; Pringsheim et al., 2015a). Nebenwirkungen wurden im Rahmen der Übersichtsarbeiten unzureichend untersucht. Die Studienqualität wurde entsprechend des GRADE-Ansatzes als niedrig beurteilt. Da der Anteil jener Patient:innen mit einer diagnostizierten Störung des Sozialverhaltens mitunter unklar blieb, wurde die Indirektheit der Evidenz als Limitation berücksichtigt. Pringsheim et al. (2015a) und Connor et al. (2002) berichteten in Ihren Übersichtsarbeiten moderate bis große Effektstärken von Psychostimulanzien auf oppositionelles Verhalten, Verhaltensprobleme (conduct problems) und Aggression bei Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung, mit und ohne eine komorbide Störung des Sozialverhaltens.

Entsprechend **Empfehlung 5.5.** kann der Einsatz eines Antipsychotikums zweiter Generation erwogen werden, wenn im klinischen Bild der Störung des Sozialverhaltens ausgeprägte Impulsivität, Hyperaktivität, chronische Reizbarkeit und/oder Aggressivität vorliegen und unter einer

medikamentösen Therapie mit zur Behandlung einer Aufmerksamkeitsdefizit /Hyperaktivitätsstörung zugelassenen Substanzen keine ausreichende Besserung der impulsiven, hyperaktiven, aggressiven Symptomatik erzielt wurde. Die Qualität der vorliegenden Evidenz zur Monotherapie mit Risperidon wurde entsprechend des GRADE-Ansatzes als moderat, zur Kombinationstherapie mit Stimulanzien als hoch beurteilt (jeweils Gesamtbeurteilung, Kernsymptomatik).

Mit sechs Metaanalysen zu 10 randomisiert-kontrollierten Studien und 936 Patient:innen zwischen 5 und 18 Jahren liegt für Risperidon weiterhin die größte Evidenzbasis zu Antipsychotika zweiter Generation vor. In allen eingeschlossenen randomisiert-kontrollierten Studien zeigte sich eine Überlegenheit von Risperidon gegenüber einer Placeboverabreichung in Bezug auf aggressives Verhalten (Balía et al., 2018; Khan et al., 2019; Loy et al., 2017; Pringsheim et al., 2015b; Shafiq & Pringsheim, 2018; van Schalkwyk et al., 2017). Weitere Übersichtsarbeiten untersuchten die Wirksamkeit einer kombinierten Therapie von Stimulantien und Risperidon gegenüber einer Monotherapie mit Stimulantien und bestätigten eine Überlegenheit der Kombinationstherapie gegenüber der Monotherapie hinsichtlich der Reduktion oppositionellen und aggressiven Verhaltens der 6- bis 12-jährigen Kinder in den meisten eingeschlossenen Studien (Balía et al., 2018; Khan et al., 2019; Loy et al., 2017; Pringsheim et al., 2015b; Rajkumar, 2022; Shafiq & Pringsheim, 2018; van Schalkwyk et al., 2017). Sowohl in der Anwendung als Mono- als auch in der Kombinationstherapie mit Stimulanzien wurden in den meisten einbezogenen Studien bedeutende Nebenwirkungen des Risperidons, vor allem Gewichtszunahme und Anstieg des Prolaktinspiegels, aufgedeckt (Balía et al., 2018; Khan et al., 2019; Loy et al., 2017; Pringsheim et al., 2015b; Rajkumar, 2022; Shafiq & Pringsheim, 2018; van Schalkwyk et al., 2017). Da für weitere Antipsychotika der zweiten Generation nur einzelne Studien identifiziert konnten, muss die Datenlage als unzureichend bewertet werden. Vier Wirksamkeitsstudien zu Aripiprazol liegen für andere Populationen (z. B. Kinder und Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störungen) oder für Variablen vor, die keine Zielvariablen dieser Leitlinie darstellen (Ichikawa et al., 2017; Mankoski et al., 2011; Marcus et al., 2009; Owen et al., 2009).

6. Empfehlungen zur Kooperation des Gesundheitssystems mit weiteren Versorgungssystemen

Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Störungen des Sozialverhaltens zeigen ihre Symptomatik in unterschiedlichen Kontexten, sodass Beeinträchtigungen in der Familie sowie in weiteren Lebensbereichen (wie Schule oder Kindertageseinrichtung) auftreten. Aufgrund der Kernsymptomatik und den daraus resultierenden Funktionsbeeinträchtigungen besteht häufig ein Unterstützungsbedarf der jungen Menschen sowie deren Familie, der nicht allein durch Maßnahmen des Gesundheitssystems, sondern auch durch Angebote und Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe, des Bildungssystems und in Einzelfällen des Justizsystems adressiert wird. Die Kooperation zwischen den verschiedenen Versorgungssystemen und die Abstimmung und Koordination der Maßnahmen ist dabei für eine gelungene Versorgung essentiell. Neben den genannten Versorgungssystemen können für die Versorgung von Patient:innen mit Störungen des Sozialverhaltens weitere Sozialsysteme (SGB⁴² II, III, IX) Relevanz haben.

Häufigkeit der Inanspruchnahme verschiedener Versorgungsleistungen

Junge Menschen, welche die Kriterien für Störungen des Sozialverhaltens erfüllen, sind sowohl im Gesundheitssystem (SGB V), als auch im Bereich der Dienste und Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) eine zahlenmäßig große Gruppe. Untersuchungen haben gezeigt, dass bis zu 27 % der Kinder und Jugendlichen in stationären Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe eine Störung des Sozialverhaltens aufweisen (Bronsard et al., 2016; Schmid, 2007). Oftmals weisen diese Minderjährigen zusätzlich weitere Diagnosen wie eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Angststörungen, Entwicklungsstörungen der Sprache sowie Lernentwicklungsstörungen auf (Beck, 2015; Dölitzsch et al., 2014; Müller-Luzi & Schmid, 2017; Vloet & Herpertz-Dahlmann, 2011). Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Störungen des Sozialverhaltens machen einen erheblichen Teil der Patient:innen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie aus. In klinischen Stichproben liegt die Prävalenz der Störungen des Sozialverhaltens zwischen 21 % bis 50 % (Herpers et al., 2012). Insbesondere aggressives und delinquentes Verhalten sowie Selbst- und Fremdgefährdungen sind Gründe für stationäre Behandlungen und können zu Notfallaufnahmen führen. Beck (2015) zeigte, dass bei rund 70 % der (teil-)stationär behandelten Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Leistungen nach SGB VIII indiziert waren, wobei in 33 % der Fälle entsprechende Maßnahmen während der Behandlung angeregt wurden.

Beobachtet wurde, dass es bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit psychischen Störungen gehäuft zu Abbrüchen von (stationären) Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe und nachfolgend zu ungünstigeren Hilfeverläufen kommt (Schmid et al., 2013). Eine gelungene Kooperation der Versorgungssysteme könnte die Wahrscheinlichkeit ungünstiger Hilfeverläufe betroffener Kinder, Jugendlicher und junger Erwachsenen mit psychischen Störungen verringern (Groen & Jörns-Presentati, 2018).

Daten aus der psychosozialen Versorgungsforschung zeigen, dass junge Menschen mit Störungen des Sozialverhaltens in besonderem Umfang bereits vor, aber auch nach oder begleitend zu einer Behandlung eine (Anschluss-)Maßnahme im Versorgungssystem der Hilfen zur Erziehung oder der Eingliederungshilfe für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit (drohenden) seelischen Behinderungen in Anspruch nehmen oder benötigen (Beck, 2015).

Kinder- und Jugendhilfesystem (SGB VIII)

Die Arbeit der Kinder- und Jugendhilfe basiert auf sozialpädagogischen Prinzipien und folgt einem systemischen Ansatz. Das SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) sieht für Sorgeberechtigte Hilfen zur Erziehung (vor „wenn eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht

⁴² SGB = Sozialgesetzbuch

gewährleistet ist und die Hilfe für seine Entwicklung geeignet und notwendig ist“ (§27 (1) SGB VIII). Hilfen zur Erziehung umfassen Maßnahmen von der Erziehungsberatung bis hin zu vollstationärer Unterbringung in einer Kinder- und Jugendhilfeeinrichtung. Zusätzlich ist die Kinder- und Jugendhilfe für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit (drohender) seelischer Behinderung im Rahmen der Eingliederungshilfe zuständig (derzeit nach §35a SGB VIII, bzw. §41 SGB VIII) und der junge Mensch selbst anspruchsberechtigt⁴³. Sowohl Hilfen zur Erziehung als auch Maßnahmen nach §35a SGB VIII können auch in der Schule erbracht werden; demgemäß ist der Einbezug aller beteiligten Systeme bei der Hilfeplanung nach SGB VIII sinnvoll.

In Deutschland wurden im Jahr 2023 bei ca. einer Millionen Kinder, Jugendlichen und ihren Familien Maßnahmen im Rahmen der Hilfen zur Erziehung (§§ 27–35, 41 SGB VIII) durchgeführt (Statistisches Bundesamt, 2024a). Den größten Teil der Hilfen zur Erziehung machte dabei die Erziehungsberatung aus (§ 28 SGB VIII; 500.422 Fälle), gefolgt von ambulanten Hilfen (§§ 29–32 SGB VIII, 35; 494.115 Fälle). Fremdunterbringungen waren hingegen deutlich seltener (§§ 33–34 SGB VIII; 219.480 Fälle; Statistisches Bundesamt, 2026). Die Eingliederungshilfe (§ 35a SGB VIII; 158.607 Fälle) erfolgte überwiegend ambulant und teilstationär, wobei Integrationshilfen im schulischen Umfeld am häufigsten eingesetzt wurden (Statistisches Bundesamt, 2026). Im Jahr 2023 wurden Erziehungsberatungen vor allem für Kinder im Alter von 6 bis 10 Jahren (152 pro 10.000 Kinder) bzw. für Kinder und Jugendliche von 10 bis 14 Jahren in Anspruch (130 pro 10.000; Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik, n.d.). Ambulante Hilfen wurden am häufigsten von 10- bis unter 14-Jährigen (244 pro 10.000) genutzt, gefolgt von den 6- bis unter 10-Jährigen (221 pro 10.000), während Fremdunterbringungen besonders bei Jugendlichen im Alter von 14 bis unter 18 Jahren (179 pro 10.000) am höchsten waren (Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik, n.d.). Im Jahr 2023 lebten in Deutschland etwa 127.600 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen (Statistisches Bundesamt, 2024b). Diese fremduntergebrachten Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen zeigen häufig schwere emotionale und verhaltensbezogene Probleme, die auf Traumatisierungen, Missbrauch oder belastende Familienverhältnisse zurückzuführen sind (Monshouwer et al., 2014; Schmid et al., 2022). Darüber hinaus bietet die Kinder- und Jugendhilfe Maßnahmen im Bereich der Schulsozialarbeit (SGB VIII § 13a – Schulsozialarbeit) an.

Bildungssystem

Aufgrund der bestehenden Schulpflicht stellt für die meisten Kinder und Jugendlichen in Deutschland die besuchte Schule eine zentrale Lebenswelt dar und kann als Resilienzfaktor dienen. Ein positives Schulklima sowie inklusive und sonderpädagogische Maßnahmen können hinsichtlich oppositionellen, aggressiven und dissozialen Verhaltens präventiv wirken. Bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit einer diagnostizierten Störung des Sozialverhaltens können Interventionen in der Schule sinnvoll sein um die Symptomatik und Funktionsbeeinträchtigungen in der Schule zu reduzieren (siehe auch Kapitel 4.5 dieser Leitlinie). Auch in Bildungseinrichtungen treten die Symptome einer Störung des Sozialverhaltens in Erscheinung. Dies kann sich in oppositionellem Verhalten, Impulsivität, Regelverstößen oder aggressivem Verhalten gegenüber Mitschüler:innen und Lehrkräften äußern. Um diesen Herausforderungen angemessen zu begegnen, benötigen Schulen professionelle Beratung und Supervision. Dabei geht es nicht nur um ein vertieftes Verständnis der Störung, sondern auch um die Entwicklung konkreter Strategien für den Umgang mit betroffenen Schüler:innen.

Eine inklusive Schule, die allen Schüler:innen – unabhängig von individuellen Förderbedarfen – gerecht werden möchte, erfordert ein gut aufgestelltes, multiprofessionelles Unterstützungsteam. Dieses sollte aus Lehrkräften, Sonderpädagog:innen, Schulpsycholog:innen und weiteren Fachkräften bestehen, die Beratung und Begleitung für das Kollegium anbieten. Durch die gemeinsame Entwicklung

⁴³ Da das inklusive Kinder- und Jugendhilfegesetz (IKJHG) noch nicht verabschiedet wurde, bleibt es absehbar bei der Trennung, dass im Falle einer Mehrfachbehinderung (z. B. einer Intelligenzminderung oder einer körperlichen Behinderung) die Zuständigkeit für die Eingliederungshilfe auch im SGB IX liegen kann, was ein nicht zufriedenstellender Zustand ist.

präventiver, pädagogischer Konzepte können Eskalationen reduziert und ein förderliches Lernumfeld geschaffen werden.

Gesundheitssystem (SGB V)

Das Gesundheitssystem lässt sich vereinfacht in zwei Bereiche einteilen: den ambulanten Sektor und den stationären Sektor.⁴⁴ Das Gesundheitssystem arbeitet auf Grundlage des SGB V, und die Leistungen müssen „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sein (SGB V §12(1)). Die Leistungen umfassen Diagnostik und Therapie und sind auf die erkrankte Person ausgerichtet, welche Anspruch auf wiederum Diagnostik und Behandlung hat. Die Auswahl und der Einsatz diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen sollten evidenzbasiert erfolgen.

Gesetzlich normierte Kooperation zwischen dem Gesundheitssystem und der Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen der Eingliederungshilfe nach §35a SGB VIII

Im Rahmen des §35a SGB VIII sind die Aufgaben der Fachkräfte aus dem Gesundheitssystem im Rahmen der Eingliederungshilfe definiert: Die Eingangsvoraussetzungen zur Prüfung eines möglichen Defizits im Bereich der Teilhabe und der dazu notwendigen Hilfen werden durch das Vorliegen einer medizinischen Diagnose aus dem Bereich der psychischen Störungen (derzeit nach ICD-10 Kapitel F) erfüllt und werden durch Fachkräfte aus dem Bereich des SGB V dargelegt.⁴⁵ §35a SGB VIII definiert außerdem jene Personen aus dem Bereich des Gesundheitswesens, die als qualifiziert für die Feststellung der Eingangsvoraussetzungen gelten: Ärzt:innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen oder Psychotherapeut:innen mit Weiterbildung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen sowie Ärzt:innen oder psychologische Psychotherapeut:innen mit besonderen Erfahrungen bei seelischen Störungen von Kindern und Jugendlichen. Die Teilhabebeeinträchtigung einzuschätzen und die geeigneten Maßnahmen im Rahmen der Eingliederungshilfe zu gewähren, ist die Aufgabe der Fachkräfte des Jugendamts. Gemäß § 36 Abs. 3 SGB VIII müssen im Rahmen der Hilfeplanung nach § 35a SGB VIII auch die Personen einbezogen werden, welche die Diagnosen nach § 35a Abs. 1a SGB VIII stellen. Hilfen nach §35a SGB VIII entsprechen denen des Katalogs der Hilfen zur Erziehung, allerdings ist der junge Mensch selbst anspruchsberechtigt.

Grundsätze der Kooperation zwischen den Systemen

Eine erfolgreiche Zusammenarbeit der Systeme setzt voraus, dass die genannten rechtlichen Grundlagen der Arbeit sowie die Praxis und Methoden der jeweiligen Systeme allen Beteiligten bekannt sind. Trotz der Unterschiedlichkeiten der Versorgungssysteme muss eine gemeinsame Sprache gefunden werden. Die große lokale Vielfalt der Strukturen erlaubt keine länderübergreifende Gestaltung der Kooperation und bedarf somit einer individuellen Ausgestaltung der Kooperation vor Ort. Grundsätzlich sind bei der Kooperation der Sozialdatenschutz und die Schweigepflicht zu beachten (§203 StGB). Zudem setzt eine Kooperation das Einverständnis der Sorgeberechtigten, bzw. mit zunehmender Reife, auch der Kinder/Jugendlichen/jungen Erwachsenen voraus. In Einzelfällen, bei denen ein Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung besteht, kann (unter bestimmten Voraussetzungen) auch ohne vorliegende Schweigepflichtsentbindung agiert werden. Im Rahmen eines solchen Verdachts kann es auch zu einer Meldung entsprechend §8a SGB VIII durch Fachkräfte des Gesundheitssystems kommen. Die gesetzlichen Vorgaben und das Vorgehen sind gesetzlich geregelt (nach §8a SGB VIII) und unter anderem in der Kinderschutzleitlinie beschrieben (Kinderschutz-Zentrum Berlin, 2009; Kinderschutzleitlinienbüro, 2019; Kindler et al., 2006).

⁴⁴ Aufgrund der Komplexität des SGB V werden an dieser Stelle Besonderheiten (wie beispielsweise, dass psychiatrische Institutsambulanzen (PIA, § 118 SGB V) zum stationären Sektor zählen) nicht thematisiert.

⁴⁵ Die Rechtsprechung zu §35a SGB VIII ist umfassend. Bisweilen wird seitens der Gerichte inzwischen bestritten, dass das Vorliegen einer Diagnose allein ausreicht (Kölch, 2022). Die sich im Gesetz weiterhin findende Formulierung, dass die Störung Krankheitswert haben muss, erscheint medizinisch unsinnig, da Diagnosen immer eine entsprechende Schwelle beinhalten, die den Krankheitswert definiert.

Schwere Delinquenz und Justizsystem

Aus der Verlaufsforschung zu Störungen des Sozialverhaltens ist bekannt, dass ein (kleiner) Teil der betroffenen Personen auch delinquent wird (Stadler, 2014). Delinquente Verhaltensweisen von Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden⁴⁶ stellen keine psychischen Störungen im engeren Sinne, aber (einzelne) Symptomkriterien einer Störung des Sozialverhaltens dar. Bei schweren Ausprägungen einer Störung des Sozialverhaltens bestanden oder bestehen aufgrund der störungsimmanenten Verletzung von gesetzlichen Normen mitunter bereits Kontakte zum Justizsystem.

Bei inhaftierten Jugendlichen und Heranwachsenden sind häufig die Diagnosekriterien für Störungen des Sozialverhaltens erfüllt. Zudem ist auch die Prävalenz für andere psychische Störungen bei Menschen in Haft überproportional hoch (Bessler et al., 2019; Plattner et al., 2011). Gerieten junge Menschen bereits in Kontakt mit dem Justizsystem, kann sich daraus die Notwendigkeit einer Kooperation des Gesundheitswesens mit dem Justizsystem ergeben. Neben einer Zusammenarbeit im Rahmen der Behandlung, können Fachkräfte aus dem Gesundheitssystem auch als Sachverständige von Gerichten (oder anderen Institutionen des Justizsystems, wie der Staatsanwaltschaft) beauftragt werden. Tätigkeiten als Sachverständige und Behandelnde müssen in jedem Fall voneinander abgegrenzt werden. Die Versorgung von Jugendlichen und Heranwachsenden in Haft durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erfolgt bislang nur in wenigen Haftanstalten und bedarf entsprechend einer Verbesserung. Insbesondere bei schwerwiegendem, delinquentem Verhalten im Rahmen einer Störung des Sozialverhaltens und komorbiden schweren psychischen Störungen sind häufig keine Therapieangebote vorhanden, hier besteht Bedarf an der Schaffung entsprechend verfügbarer Expertise. Den Fachkräften im Gesundheitssystem kommt zudem die Aufgabe der indizierten Prävention zu. Dabei sollten – sei es in Beratungen des Justizsystems, bei gutachterlichen Tätigkeiten oder im Rahmen von Therapieauflagen – insbesondere bei der Risikobeurteilung Entwicklungsaspekte eine zentrale Rolle spielen.

6.1. Kooperation mit der Kinder- und Jugendhilfe

In der Versorgung und Behandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit psychischen Störungen stellt das Zusammenwirken des Gesundheitssystems und des Kinder- und Jugendhilfesystems grundsätzlich einen bedeutenden Faktor im Sinne einer systemübergreifenden und interdisziplinären Interventionsstrategie dar. In herausgehobener Weise gilt dies für die Versorgung und Behandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Störungen des Sozialverhaltens. Dies ist zum einen darin begründet, dass junge Menschen in Diensten und Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe gehäuft eine Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens aufweisen, zum anderen, dass junge Menschen mit einer Störung des Sozialverhaltens in besonderem Umfang nach oder begleitend zu einer klinischen Behandlung eine (Anschluss-)Maßnahme im Versorgungssystem der Hilfen zur Erziehung oder der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit (drohenden) seelischen Behinderungen in Anspruch nehmen oder benötigen.

Ungeachtet der Notwendigkeit der Kooperation des Gesundheitssystems und des Kinder- und Jugendhilfesystems bei vielen psychischen Störungen (sowohl im Sinne internalisierender als auch externalisierender Störungen), beziehen sich die im Folgenden formulierten Empfehlungen zur Kooperation auf die Versorgung von Kindern, Jugendlichen oder jungen Erwachsenen mit einer Störung des Sozialverhaltens oder mit einem erhöhten Risiko zur Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens. Diese Kooperation umfasst die Settings ambulanter, teilstationärer und stationärer Angebote der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie mit den entsprechenden Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe.

⁴⁶ § 1 Abs. 2 JGG Jugendlicher ist, wer zur Zeit der Tat vierzehn, aber noch nicht achtzehn, Heranwachsender, wer zur Zeit der Tat achtzehn, aber noch nicht einundzwanzig Jahre alt ist.

Voraussetzungen und Anlässe für die Kooperation zwischen Gesundheitssystem und Kinder- und Jugendhilfe

6.1.1.	Empfehlung	Neu (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Grundsätzlich soll ein Einbezug der Kinder- und Jugendhilfe mit den Sorgeberechtigten sowie den Patient:innen (orientiert an dem Alter und dem Entwicklungsstand; spätestens mit 16 Jahren) vorbesprochen werden und nur mit Einverständnis dieser erfolgen.	
	Konsensstärke: 100 %	

6.1.2.	Empfehlung	Neu (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Im Falle des Vorliegens gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung kann ein Einbezug der Kinder- und Jugendhilfe auch ohne Einverständnis der Sorgeberechtigten und Patient:innen notwendig sein.	
	Konsensstärke: 100 %	

EXTERNER VERWEIS: Für weitere Informationen zum Vorgehen bei Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung siehe Kinderschutzleitlinie (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019) sowie §8a SGB⁴⁷ VIII.

6.1.3.	Empfehlung	Neu (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Das Kinder- und Jugendhilfesystem sollte sich durch den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie einbeziehen lassen, - wenn im Rahmen der Diagnostik oder der kinder- und jugendpsychiatrischen oder -psychotherapeutischen Behandlung ein Bedarf der Eltern bzw. Sorgeberechtigten an Hilfen zur Erziehung erkennbar wird. - wenn im Rahmen der Diagnostik, während oder zum Ende einer kinder- und jugendpsychiatrischen oder -psychotherapeutischen Behandlung hinreichende Hinweise darauf vorliegen, dass eine kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Behandlung nicht ausreichend sein könnte und eine Maßnahme der Kinder- und Jugendhilfe geeignet und notwendig sein könnte, um die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu verbessern (siehe SGB VIII). Es sollte darauf hingewirkt werden, dass die Patient:innen bzw. deren Sorgeberechtigten Kontakt mit dem zuständigen Jugendamt aufnehmen. Bei Bedarf sollten die Patient:innen bzw. deren Sorgeberechtigten bei der Kontaktaufnahme und der Inanspruchnahme von Hilfen unterstützt werden. - wenn aus der Anamnese erkennbar ist, dass die Patient:innen bzw. deren Sorgeberechtigten Hilfen, Maßnahmen oder Angebote der Kinder- und Jugendhilfe aktuell wahrnehmen oder in der Vergangenheit wahrgenommen haben und ein Austausch mit den Durchführenden der Hilfen für die weitere Behandlung relevant erscheint. Es sollte (nach Zustimmung der Patient:innen und Sorgeberechtigten und einer Entbindung von der Schweigepflicht) eine Kontaktaufnahme mit dem	

⁴⁷ SGB = Sozialgesetzbuch

	zuständigen Jugendamt oder dem zuständigen freien Träger der Kinder- und Jugendhilfe erfolgen. - wenn es im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen oder -psychotherapeutischen Behandlung gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung gibt oder die Patient:innen selbst um eine Inobhutnahme bitten. Es muss eine Kontaktaufnahme zu dem zuständigen Jugendamt erfolgen.
	Konsensstärke: 100 %

EXTERNER VERWEIS: Für weitere Informationen zum Vorgehen bei Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung siehe Kinderschutzleitlinie (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019) sowie §8a und §42 SGB VIII.

6.1.4.	Empfehlung	Neu (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Der Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sollte sich durch das Kinder- und Jugendhilfesystem einbeziehen lassen: - für die diagnostische Abklärung einer Störung des Sozialverhaltens sowie möglicher Differentialdiagnosen und komorbider Störungen, wenn Hinweise darauf vorliegen, dass die Symptome der Patient:innen allein durch Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe nicht hinreichend vermindert werden können und eine multimodale Behandlung notwendig sein könnte, - für die Prüfung der Indikation einer kinder- und jugendpsychiatrischen oder -psychotherapeutischen Maßnahme und bei gestellter Indikation, der Durchführung dieser, - für eine Beratung hinsichtlich der therapeutischen Möglichkeiten und Grenzen von kinder- und jugendpsychiatrischen oder -psychotherapeutischen Maßnahmen, - für eine diagnostische Abklärung, ob bei den Patient:innen eine länger als 6 Monate andauernde psychische Störung vorliegt und entsprechend Eingliederungshilfe nach §35a SGB VIII zu prüfen ist, - in krisenhaften Situationen, welche mit akuter Selbst- oder Fremdgefährdung einhergehen, - o für die diagnostische Abklärung einer Störung des Sozialverhaltens sowie möglicher Differentialdiagnosen und komorbider Störungen, - o für die Indikationsstellung einer kinder- und jugendpsychiatrischen oder -psychotherapeutischen Maßnahme sowie für die Unterstützung bei der Indikationsstellung für andere Versorgungsangebote, - o für die Durchführung von kinder- und jugendpsychiatrischen oder -psychotherapeutischen Maßnahmen zur Reduktion der Selbst- und Fremdgefährdung, - o wenn im Rahmen von Kinder- und Jugendhilfeverläufen die Notwendigkeit von Maßnahmen nach 1631b BGB⁴⁸ erwogen werden, zur Differentialdiagnostik und Unterstützung bei der Klärung der Frage nach der Geeignetheit.	

⁴⁸ BGB = Bürgerliches Gesetzbuch

	Konsensstärke: 100 %
--	----------------------

INTERNER VERWEIS: Für weitere Informationen zu der Indikationsstellung und Durchführung einer kinder- und jugendpsychiatrischen oder -psychotherapeutischen Maßnahme siehe auch die jeweiligen Kapitel dieser Leitlinie: Kapitel 3 (Indikationsstellung) und Kapitel 4 (Prävention & Intervention).

Gestaltung der Zusammenarbeit zwischen Gesundheitssystem und Kinder- und Jugendhilfesystem

6.1.5.	Empfehlung	Neu (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Die fallbezogene Zusammenarbeit sollte je nach Symptomatik der Patient:innen und deren Verlauf regelmäßig erfolgen.	
	Konsensstärke: 100 %	

6.1.6.	Empfehlung	Neu (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Bei Kindern und Jugendlichen, die sich in Hilfe zur Erziehung befinden, sollte bei Bedarf eine Bezugsperson aus dem Kinder- und Jugendhilfesystem für Kontakte im Rahmen des Gesundheitssystems zur Verfügung stehen.	
	Konsensstärke: 100 %	

HINTERGRUNDTEXT: Die Begleitung von Kontakten im Rahmen des Gesundheitssystems durch eine Bezugsperson aus dem Kinder- und Jugendhilfesystem setzt das Einverständnis der betroffenen Personen bzw. deren Sorgeberechtigten voraus.

6.1.7.	Empfehlung	Neu (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Die Leistungserbringenden im Gesundheitssystems sollten im Rahmen der Hilfeplanung nach §36 SGB VIII ihre Expertise zu den Patient:innen einbringen. Möglichkeiten von Fallbesprechungen zu Patient:innen können sinnvoll sein.	
	Konsensstärke: 100 %	

6.1.8.	Empfehlung	Neu (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Bei Symptomatik der Patient:innen, die ggfs. zu Notfallvorstellungen im Gesundheitssystem führen können, kann eine Absprache zum Prozedere zwischen den Leistungserbringenden im SGB V und den Personen aus dem System der Kinder- und Jugendhilfe hilfreich sein.	
	Konsensstärke: 95,45 %	

HINTERGRUNDTEXT: Die rechtlichen Vorgaben bezüglich der ärztlichen Schweigepflicht sind zu beachten.

6.1.9.	Empfehlung	Neu (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Bei Patient:innen mit Störungen des Sozialverhaltens, bei denen absehbar Bedarfe für strukturelle Kooperationen bestehen, die auch Prozesse der gemeinsamen Aufgaben bei Behandlung und Hilfe zur Erziehung betreffen (z. B. Kooperation mit freien Trägern, anonyme Fallberatung), können anonyme Fallbesprechungen sowie Supervisionen sinnvoll sein. Eine strukturelle Kooperation über einzelne Patient:innen ist regional sinnvoll und beispielsweise im Rahmen von §78 SGB VIII möglich auch unter Einbeziehung weiterer Systeme, wie freie Träger, Gesundheitsamt, Polizei, Berufsagentur usw.	
	Konsensstärke: 100 %	

6.1.10.	Empfehlung	Neu (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Aufgrund vielfältiger rechtlicher Änderungen mit Erreichen der Volljährigkeit, gleichzeitig aber aufgrund der Symptomatik weiter bestehenden, möglichen Teilhabebeeinträchtigungen, ist es im Rahmen der Transition sinnvoll, dass Behandler:innen folgende Aspekte erwägen: - bei weiter bestehender Behandlungsbedürftigkeit sollte, bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, eine Weiterbehandlung über die Volljährigkeit hinaus erwogen werden, - bei weiter bestehender Behandlungsbedürftigkeit sollte der Übergang zu Leistungserbringenden aus dem Erwachsenenbereich erwogen sowie bei Bedarf empfohlen und begleitet werden, - bei bestehenden Maßnahmen aus dem SGB VIII sollten bestehende Kooperationen auch im Rahmen von Hilfen nach §41 SGB VIII fortgeführt werden, - im Rahmen der Verselbstständigung sollten wichtige Teilhabebereiche, wie Schule oder Berufsausbildung, auch im Rahmen der Behandlung berücksichtigt und angeregt werden, aus den betreffenden Bereichen entsprechende Unterstützung in Anspruch zu nehmen (z. B. Jugendberufsagenturen).	
	Konsensstärke: 100 %	

6.2. Kooperation mit dem Justizsystem

Delinquente Verhaltensweisen von Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden stellen keine psychischen Störungen im engeren Sinne dar, können jedoch Symptomkriterien einer Störung des Sozialverhaltens sein. Häufig bestanden oder bestehen bei Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden⁴⁹ mit einer Störung des Sozialverhaltens daher auch bereits Kontakte zum Justizsystem.

Das Justizsystem wird in diesem Kapitel als Gesamtheit aller Organisationen/Institutionen sowie Maßnahmen, die im Kontext des Strafrechts agieren, definiert, und der Schwerpunkt liegt auf der Kooperation mit der Straferichtbarkeit sowie damit verbunden der Polizei, der Staatsanwaltschaft und der Jugendgerichtshilfe.

Bei inhaftierten Jugendlichen und Heranwachsenden liegen häufig die Diagnosekriterien für eine Störung des Sozialverhaltens vor, zudem ist auch die Prävalenz für andere psychische Störungen bei Menschen in Haft überproportional hoch. Es ist daher erforderlich, im Einzelfall auch die Notwendigkeit der Zusammenarbeit mit dem Justizsystem im Rahmen von ambulanten, teilstationären und stationären Behandlungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zu prüfen. Neben der Zusammenarbeit im Rahmen der Behandlung kann auch eine gutachterliche Tätigkeit zu einer Zusammenarbeit mit dem Justizsystem führen. Tätigkeiten als Sachverständige und Behandelnde müssen voneinander abgegrenzt werden. Die Versorgung von Jugendlichen und Heranwachsenden in Haft durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erfolgt bislang nur in wenigen Haftanstalten und sollte verbessert werden. Der Kinder- und Jugendpsychiatrie kommt zudem die Aufgabe der indizierten Prävention zu.

Sowohl bei Beratungen des Justizsystems und gutachterlichen Tätigkeiten als auch bei Behandlungen im Rahmen von Therapieauflagen müssen bei der Risikobeurteilung Entwicklungsaspekte berücksichtigt werden.

Anlässe für die Kooperation zwischen Gesundheitssystem und Justizsystem

6.2.1.	Empfehlung	Neu (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Ein Einbeziehen des Justizsystems im Rahmen der Diagnostik oder Behandlung sollte insbesondere dann erfolgen, wenn es bereits zu erheblichen delinquenten Verhaltensweisen gekommen und bereits ein Ermittlungsverfahren erfolgt ist, Anklage erhoben worden ist oder bestehende gerichtliche Auflagen existieren. Primäre Kontaktstelle sollte die Jugendgerichtshilfe/Kinder- und Jugendhilfe im Strafverfahren sein. Notwendig dazu ist das Einverständnis der Patient:innen sowie der Sorgeberechtigten.	
	Konsensstärke: 100 %	

INTERNER VERWEIS: Für weitere Informationen zu dem Austausch mit den verschiedenen Versorgungssystemen siehe auch folgende Empfehlungen dieses Subkapitels.

⁴⁹ Als Heranwachsender gilt, wer schon das achtzehnte aber noch nicht das einundzwanzigste Lebensjahr vollendet hat.

6.2.2.	Empfehlung	Neu (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Falls erhebliche delinquente Verhaltensweisen vorliegen, aber noch kein Kontakt zum Justizsystem besteht, kann im Einzelfall geprüft werden, ob Patient:innen und deren Sorgeberechtigte bezüglich einer Selbstanzeige beraten werden sollten, um Zugang zu bestimmten Hilfsangeboten (z. B. spezialisierte Angebote für sexuell aggressive Jugendliche) zu bekommen.	
	Konsensstärke: 100 %	

6.2.3.	Empfehlung	Neu (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Wenn Kinder, Jugendliche und Heranwachsende delinquentes Verhalten zeigen, können eine diagnostische Abklärung und ggf. nachfolgende Interventionen erwogen werden, die auch vom Justizsystem angeregt werden können. Bei gerichtlichen Therapieauflagen sollte auf der Basis einer fachspezifischen Diagnostik und bei entsprechender Indikation ein störungsspezifisches Therapieangebot erfolgen. In komplexen Fallsituationen sollte, ggf. bereits in Zusammenhang mit einem Ermittlungsverfahren, eine kinder- und jugendpsychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychotherapeutische Beratung des Justizsystems erfolgen.	
	Konsensstärke: 95,45 %	

INTERNER VERWEIS: Für weitere Informationen zu dem Vorgehen bei der diagnostischen Abklärung einer Störung des Sozialverhaltens siehe spezifisches Kapitel dieser Leitlinie (Kapitel 2).

6.2.4.	Empfehlung	Neu (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Jugendlichen und Heranwachsenden mit einer Störung des Sozialverhaltens in Justizvollzugsanstalten sollte bei entsprechender Indikation eine kinder- und jugendpsychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychotherapeutische Diagnostik und Behandlung durch einen Konsil- und Liaisondienst angeboten werden. Entsprechende Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen sind dabei dem spezifischen Setting anzupassen.	
	Konsensstärke: 100 %	

Gestaltung der Zusammenarbeit zwischen Gesundheitssystem und Justizsystem

6.2.5.	Empfehlung	Neu (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Im Rahmen von Gutachten in Jugendstrafrechtssachen sollten sich nur Psycholog:innen mit entsprechender Expertise, Kinder- und Jugendpsychiater:innen und -psychotherapeut:innen bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen, Fachpsychotherapeut:innen für Kinder und Jugendliche oder Psychologische Psychotherapeut:innen mit Zusatzqualifikation „Kinder und Jugendliche“ zur Tätigkeit als Sachverständige:r bereit erklären. Die Tätigkeit als Sachverständige:r ist dabei von der Rolle als Behandler:in zu trennen und eine Tätigkeit als Sachverständige:r und Behandler:in schließt sich in der Regel aus.	
	Konsensstärke: 100 %	

6.2.6.	Empfehlung	Neu (Stand (11/2024))
Experten-konsens	Die fallbezogene Zusammenarbeit hängt stark von dem zugrundeliegenden Setting ab. Von besonderer Bedeutung ist dabei eine klare Definition von Aufträgen und Zuständigkeiten sowie Transparenz und ggf. Einverständnis der Patient:innen/Sorgeberechtigten in Bezug auf den Datenaustausch.	
	Konsensstärke: 100 %	

6.2.7.	Empfehlung	Neu (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Grundsätzlich soll jeglicher Austausch des Gesundheitssystems mit dem Justizsystem mit den Sorgeberechtigten sowie den Patient:innen (spätestens mit dem Alter von 14 Jahren) vorbesprochen werden und nur mit Einverständnis dieser erfolgen. Lediglich im Rahmen schwerer erwartbarer Straftaten kann (Offenbarungsbefugnis gemäß §34 StGB ⁵⁰) bzw. muss (Offenbarungsverpflichtung gemäß §138 StGB) ggf. gegen die Schweigepflicht verstoßen werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

6.2.8.	Empfehlung	Neu (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Bei einer Beauftragung als Sachverständige:r müssen die Begutachteten und Sorgeberechtigten transparent über die zugrundeliegenden rechtlichen Rahmenbedingungen sowie die verpflichtende Weitergabe von relevanten Informationen an den Auftraggeber informiert werden. Die Vorgaben der StPO ⁵¹ sind dabei zu beachten.	
	Konsensstärke: 100 %	

6.2.9.	Empfehlung	Neu (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Bei der Behandlung von Inhaftierten sollen sowohl Möglichkeiten zur Vertraulichkeit zwischen Behandelnden und Inhaftierten als auch Möglichkeiten zum Austausch von Behandelnden und Justizsystem (Sozialdienst, ärztlicher Dienst der Justizvollzugsanstalt) geschaffen werden. Die Behandlung setzt die Schaffung verlässlicher konsiliarischer Strukturen voraus.	
	Konsensstärke: 100 %	

6.2.10.	Empfehlung	Neu (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Eine Beratung der Justiz setzt das Einverständnis der betroffenen Personen zum Austausch zwischen dem Gesundheitssystem und dem Justizsystem voraus.	

⁵⁰ StGB = Strafgesetzbuch

⁵¹ StPO = Strafprozessordnung

	Idealerweise findet diese Beratung in festen Strukturen (z. B. Häuser des Jugendrechts) statt.
	Konsensstärke: 100 %

6.2.11.	Empfehlung	Neu (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Bei gerichtlichen Therapieauflagen muss eine Klärung des Informationsaustausches erfolgen. Bei fehlender Indikation für eine psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung soll eine Rückmeldung an das Gericht erfolgen.	
	Konsensstärke: 100 %	

HINTERGRUNDTEXT: Die Zustimmung des Betroffenen ist dazu erforderlich. Da bei schwerwiegendem delinquentem Verhalten im Rahmen einer Störung des Sozialverhaltens und komorbiden schweren psychischen Störungen häufig keine Therapieangebote vorhanden sind, bedarf es hier der Schaffung geeigneter Kompetenzzentren.

6.3. Kooperation mit dem Bildungssystem

Beitrag des Bildungssystems zur Prävention von Störungen des Sozialverhaltens

6.3.1.	Empfehlung	Neu (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Für Lehrkräfte und pädagogische Fachkräfte sollten in Schulen Fortbildungen zu oppositionellem, aggressivem, regelbrechendem und dissozialem Verhalten angeboten werden. Zusätzlich sollten regelmäßig moderierte Fallberatungen, Interventionsgruppen oder Supervisionen zur Prävention umgesetzt werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

6.3.2.	Empfehlung	Neu (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Bei Hinweisen auf Symptome der Störung des Sozialverhaltens im schulischen Kontext sollte der sonderpädagogische Förderbedarf „Emotionale und soziale Entwicklung“ überprüft, ein entsprechender Förderplan erarbeitet, sowie eine klinische Überprüfung der Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens angeregt werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

HINTERGRUNDTXT: Für die Überprüfung der Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens können zunächst der schulpsychologische Dienst und/oder das sonderpädagogische Beratungszentrum zu Rate gezogen werden. Nachfolgend kann geprüft werden, ob eine Kontaktaufnahme (im Rahmen der datenschutzrechtlichen Möglichkeiten) mit dem Gesundheitssystem zur Überprüfung der Diagnose erforderlich scheint. In diesem Zusammenhang wird ausdrücklich auch auf die „Empfehlungen zur schulischen Bildung, Beratung und Unterstützung von Kindern und Jugendlichen im sonderpädagogischen Schwerpunkt emotionale und soziale Entwicklung“ der Kultusministerkonferenz vom 13.12.2024 verwiesen.

6.3.3.	Empfehlung	Neu (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Da Kinder und Jugendliche mit Symptomen von Störungen des Sozialverhaltens erhebliche Beeinträchtigungen zeigen können, die mit Einschränkungen in der Lern- und Sozialkompetenz sowie der sozialen Teilhabe einhergehen, sollte das Bildungssystem Konzepte zur inklusiven Bildung entwickeln und nutzen (z. B. Einrichtung von temporären Kleingruppen).	
	Konsensstärke: 100 %	

HINTERGRUNDTXT: Die temporären Kleingruppen sollten von Fachpersonal bzw. geschultem Personal geleitet werden und bewährte Konzepte (wie Projekt „Übergang“, ETEP (Entwicklungstherapie/Entwicklungspädagogik) oder Familienklassen) umsetzen.

Anlässe für die Kooperation zwischen Gesundheitssystem und Bildungssystem

6.3.4.	Empfehlung	Neu (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Grundsätzlich sollte das Bildungssystem im Rahmen der diagnostischen Abklärung einer Störung des Sozialverhaltens einbezogen werden, um das Auftreten von Symptomen im Kontext der Bildungseinrichtung (u. a. Schule) abzuklären.	
	Konsensstärke: 100 %	

INTERNER VERWEIS: Bezüglich Schweigepflicht und Einverständnis von Sorgeberechtigten und Patient:innen siehe Kapitel zur Kooperation des Gesundheitssystems mit dem Kinder- und Jugendhilfesystem dieser Leitlinie: 6.1.

6.3.5.	Empfehlung	Neu (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Das Bildungssystem und das Gesundheitssystem sollten sich um den Austausch erhobener und vorhandener Befunde bemühen.	
	Konsensstärke: 100 %	

INTERNER VERWEIS: Bezüglich Schweigepflicht und Sozialdatenschutz siehe Kapitel zur Kooperation des Gesundheitssystems mit dem Kinder- und Jugendhilfesystem dieser Leitlinie: 6.1.

6.3.6.	Empfehlung	Neu (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Wenn im Rahmen der Diagnostik oder Behandlung von Kindern oder Jugendlichen mit einer Störung des Sozialverhaltens deutlich wird, dass die Symptomatik (innerhalb oder außerhalb des Kontextes der Bildungseinrichtung) durch Bedingungen in der Bildungseinrichtung ausgelöst bzw. aufrechterhalten wird oder wenn Interventionen in der Bildungseinrichtung entscheidend zur Lösung beitragen können, soll das Bildungssystem einbezogen werden. Dabei sollten Therapieziele mit den pädagogischen Zielen und Möglichkeiten der Bildungseinrichtung abgestimmt werden, um eine möglichst effektive Behandlung zu erreichen.	
	Konsensstärke: 100 %	

6.3.7.	Empfehlung	Neu (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Wenn Symptome der Störung des Sozialverhaltens (auch) im Kontext der Bildungseinrichtung auftreten, sollen neben familienzentrierten Interventionen auch Interventionen in der Bildungseinrichtung umgesetzt werden. Es sollte ein Austausch zwischen Behandler:innen, Sorgeberechtigten, Lehrkräften, (Schul-)psycholog:innen und/oder (Schul-)sozialarbeiter:innen erfolgen, um den Transfer, der im Therapiekontext erzielten, Verhaltensänderungen in den Alltag zu unterstützen.	
	Konsensstärke: 100 %	

INTERNER VERWEIS: Für weitere Informationen zu Interventionen in Bildungseinrichtungen siehe auch das spezifische Kapitel dieser Leitlinie: 4.5.

6.3.8.	Empfehlung	Neu (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Der Bedarf sowie die Möglichkeiten einer inklusiven schulischen Förderung, einschließlich der Erstellung eines Förderplans, sollten mit der Schule diskutiert werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

6.3.9.	Empfehlung	Neu (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Der Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie sollte sich durch das Bildungssystem einbeziehen lassen: - zur diagnostischen Abklärung einer Störung des Sozialverhaltens, von Differenzialdiagnosen oder komorbiden Störungen, wenn die Symptome durch pädagogische, sonderpädagogische oder Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe nicht ausreichend reduziert werden können und eine multimodale Behandlung erfordern, - für die Prüfung der Indikation und Beratung hinsichtlich einer kinder- und jugendpsychiatrischen/-psychotherapeutischen Maßnahme, - für eine diagnostische Abklärung, ob bei Patient:innen eine länger als 6 Monate andauernde psychische Störung vorliegt und eine Eingliederungshilfe nach §35a SGB⁵² VIII zu empfehlen ist, - bei der Unterstützung in krisenhaften Situationen mit akuter Selbst- oder Fremdgefährdung, - für die Durchführung von kinder- und jugendpsychiatrischen/-psychotherapeutischen Maßnahmen zur Reduktion der Selbst- und Fremdgefährdung.	
	Konsensstärke: 100 %	

Gestaltung der Zusammenarbeit zwischen Gesundheitssystem und Bildungssystem

6.3.10.	Empfehlung	Neu (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Die fallbezogene Zusammenarbeit sollte je nach Symptomatik der Patient:innen und deren Verlauf regelmäßig erfolgen.	
	Konsensstärke: 100 %	

6.3.11.	Empfehlung	Neu (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Bei Kindern und Jugendlichen, die sich in Hilfen zur Erziehung (HzE) befinden und/oder sonderpädagogischer Förderbedarf im Bereich „Emotionale und soziale Entwicklung“ beschieden wurde und schulpflichtig sind, sollte bei Bedarf eine Bezugsperson aus dem Kinder- und Jugendhilfesystem sowie aus der Schule (Lehrkraft oder Fachkraft für Schulsozialarbeit, sonderpädagogische oder	

⁵² SGB = Sozialgesetzbuch

	schulpsychologische Fachkraft aus dem schulinternen Unterstützungssystem oder Mitarbeitende von unterstützenden Fachdiensten der Schulaufsicht) für Kontakte im Rahmen des Gesundheitssystems zur Verfügung stehen.
	Konsensstärke: 100 %

INTERNER VERWEIS: Wenn sich Kinder oder Jugendliche in einer Hilfe zur Erziehung (HzE) befinden, sollte die Kinder- und Jugendhilfe in die Kooperation einbezogen werden. Für weitere Hinweise zur Kooperation des Gesundheitssystems mit dem Kinder- und Jugendhilfesystem siehe Kapitel 6.1. dieser Leitlinie.

EXTERNER VERWEIS: Eine Einbeziehung von Gesundheitssystem und Bildungseinrichtung bzw. Schule ist im Rahmen der Hilfeplanung vorgesehen (vgl. § 36 (3) SGB VIII).

6.3.12.	Empfehlung	Neu (Stand: 11/2024)
Experten-konsens	Gemeinsame Fallbesprechungen zwischen der Bildungseinrichtung, dem Gesundheitssystem und ggf. der Kinder- und Jugendhilfe sollten in den Fällen, in denen die Symptomatik besonders in der Bildungseinrichtung auftritt, erwogen werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

6.3.13.	Empfehlung	Neu (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Die „Schule für Kranke“ und die Herkunftsschule sollten während eines stationären Aufenthaltes miteinander kooperieren.	
	Konsensstärke: 100 %	

HINTERGRUNDTEXT: Der Begriff „Schule für Kranke“ bezeichnet schulische Angebote für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, die aufgrund einer länger andauernden (somatischen oder psychischen) Erkrankung über einen längeren Zeitraum nicht oder nur eingeschränkt am regulären Unterricht teilnehmen können. Die Begrifflichkeit variiert zwischen den Bundesländern. In dieser Leitlinie wird die Begrifflichkeit „Schule für Kranke“ verwendet, da sie als übergeordnete Kategorie auf dem Deutschen Bildungsserver sowie in mehreren landesrechtlichen Regelungen verwendet wird und einen etablierten Sammelbegriff darstellt.

6.3.14.	Empfehlung	Neu (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Nach längerer Abwesenheit der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen aufgrund einer (teil-) stationären Unterbringung sollte die Reintegration der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in das Bildungssystem sowie in die bisherige oder neue Klassen- bzw. Gruppengemeinschaft durch einen intensiven Austausch zwischen Behandler:innen, Lehrkräften, (Schul-)psycholog:innen und/oder (Schul-)sozialarbeiter:innen vorbereitet und begleitet werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

6.3.15.	Empfehlung	Neu (Stand: 06/2025)
Experten-konsens	Bei einer stationären Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sollte ein Austausch vor der Entlassung stattfinden, um die therapeutischen Ziele mit den pädagogischen Zielen und Möglichkeiten der Bildungseinrichtung abzustimmen.	
	Konsensstärke: 90 %	

INTERNER VERWEIS: Für weitere Hinweise zum Vorgehen bei Notfallvorstellungen siehe Kapitel 6.1. dieser Leitlinie.

III. Literaturverzeichnis

- Aebi, M., Krause, C., Barra, S., Vogt, G., Vertone, L., Manetsch, M., Imbach, D., Endrass, J., Rossegger, A., Schmeck, K., & Bessler, C. (2022). What kind of therapy works with juveniles who have sexually offended? A randomized-controlled trial of two versions of a specialized cognitive behavioral outpatient treatment program. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 34(8), 973–1002. <https://doi.org/10.1177/10790632211070804>
- Aebi, M., Perriard, R., Stiffler Scherrer, B., & Wettach, R. (2011). *Kinder mit oppositionellem und aggressivem Verhalten: Das Baghira-Training*. Hogrefe. <https://elibrary.hogrefe.com/book/99.110005/9783840923036>
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2015). *Psychosocial and pharmacologic interventions for disruptive behavior in children and adolescents* (Report No. 15(16)-EHC019-EF). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK327222>
- Aghaie Meybodi, F., Mohammadkhani, P., Pourshahbaz, A., Dolatshahi, B., & Havighurst, S. S. (2019). Improving parent emotion socialization practices: Piloting Tuning in to Kids in Iran for children with disruptive behavior problems. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 68(5), 596–607. <https://doi.org/10.1111/fare.12387>
- Akbas, E., & Yigitoglu, G. T. (2022). The effect of solution-focused approach on anger management and violent behavior in adolescents: A randomized controlled trial. *Archives of Psychiatric Nursing*, 41, 166–174. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.07.029>
- Allen, K., Harrington, J., Quetsch, L. B., Masse, J., Cooke, C., & Paulson, J. F. (2022). Parent–Child Interaction Therapy for children with disruptive behaviors and autism: A randomized clinical trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53, 390–404. <https://doi.org/10.1007/s10803-022-05428-y>
- Aloe, A. M., Amo, L. C., & Shanahan, M. E. (2014). Classroom management self-efficacy and burnout: A multivariate meta-analysis. *Educational Psychology Review*, 26(1), 101–126. <https://doi.org/10.1007/s10648-013-9244-0>
- Alsem, S. C., van Dijk, A., Verhulp, E. E., Dekkers, T. J., & De Castro, B. O. (2023). Treating children's aggressive behavior problems using cognitive behavior therapy with virtual reality: A multicenter randomized controlled trial. *Child Development*, 94(6), e344–e361. <https://doi.org/10.1111/cdev.13966>
- American Psychiatric Association. (2018). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5®* (Deutsche Ausgabe herausgegeben von P. Falkai und H.-U. Wittchen, mitherausgegeben von M. Döpfner, W. Gaebel, W. Maier, W. Rief, H. Saß und M. Zaudig). Hogrefe.
- Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik. (n.d.). *Inanspruchnahme und Adressat:innen der erzieherischen Hilfen. Hilfen zur Erziehung - Die Bedeutung von Alter und Geschlecht*. Retrieved 11.03.2026 from <https://www.hzemonitor.akjstat.tu-dortmund.de/kapitel-2/2-hilfen-zur-erziehung-die-bedeutung>
- Bagner, D. M., Coxe, S., Hungerford, G. M., Garcia, D., Barroso, N. E., Hernandez, J., & Rosa-Olivares, J. (2016). Behavioral parent training in infancy: A window of opportunity for high-risk families. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(5), 901–912. <https://doi.org/10.1007/s10802-015-0089-5>
- Baker-Henningham, H., Scott, S., Jones, K., & Walker, S. (2012). Reducing child conduct problems and promoting social skills in a middle-income country: Cluster randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 201(2), 101–108. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.096834>
- Baker-Henningham, H., Scott, Y., Francis, T., & Walker, S. P. (2021). Effects of a teacher-training violence prevention program in jamaican preschools on child behavior, academic achievement, and school attendance in grade one of primary school: Follow up of a cluster randomized trial. *Frontiers in Psychology*, 12, Article 652050. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.652050>

- Balia, C., Carucci, S., Coghill, D., & Zuddas, A. (2018). The pharmacological treatment of aggression in children and adolescents with conduct disorder. Do callous-unemotional traits modulate the efficacy of medication? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 91, 218–238. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.01.024>
- Barker, C., & de Lugt, J. (2022). A review of evidence based practices to support students with oppositional defiant disorder in classroom settings. *International Journal of Special Education*, 37(1), 85–98. <https://doi.org/10.52291/ijse.2022.37.29>
- Barnes, V. A., Johnson, M. H., Williams, R. B., & Williams, V. P. (2012). Impact of Williams Lifeskills (®) training on anger, anxiety and ambulatory blood pressure in adolescents. *Translational Behavioral Medicine*, 2(4), 401–410. <https://doi.org/10.1007/s13142-012-0162-3>
- Barone, L., Ozturk, Y., & Lionetti, F. (2019). The key role of positive parenting and children's temperament in post-institutionalized children's socio-emotional adjustment after adoption placement. A RCT study. *Social Development*, 28(1), 136–151. <https://doi.org/10.1111/sode.12329>
- Barrish, H. H., Saunders, M., & Wolf, M. M. (1969). Good behavior game: Effects of individual contingencies for group consequences on disruptive behavior in a classroom. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 2(2), 119–124. <https://doi.org/10.1901/jaba.1969.2-119>
- Barry, C. M., Robinson, L. R., Kaminski, J. W., Danielson, M. L., Jones, C. L., & Lang, D. L. (2022). Behavioral and socioemotional outcomes of the Legacy for Children TM randomized control trial to promote healthy development of children living in poverty, 4 to 6 years postintervention. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 43(1), e39–e47. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000962>
- Baumel, A., Brandes, O., Brendryen, H., Muench, F., Kane, J. M., & Saar, C. (2023). The impact of therapeutic persuasiveness on engagement and outcomes in unguided interventions: A randomized pilot trial of a digital parent training program for child behavior problems. *Internet Interventions*, 34, Article 100680. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2023.100680>
- Baumel, A., Mathur, N., Pawar, A., & Muench, F. (2021). Psychosocial interventions for children with externalized behavior problems: An updated meta-analysis of moderator effects. *Journal of Child and Family Studies*, 30(1), 65–86. <https://doi.org/10.1007/s10826-020-01863-6>
- Baumel, A., Pawar, A., Mathur, N., Kane, J. M., & Correll, C. U. (2017). Technology-assisted parent training programs for children and adolescents with disruptive behaviors: A systematic review. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 78(8), e957–e969. <https://doi.org/10.4088/JCP.16r11063>
- Bausback, K. B., & Bunge, E. L. (2021). Meta-analysis of parent training programs utilizing behavioral intervention technologies. *Social Sciences*, 10(10), Article 367. <https://doi.org/10.3390/socsci10100367>
- Beck, N. (2015). Jugendhilfebedarf nach (teil-)stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung: Eine deskriptive Analyse. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 43(6), 443–453. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000386>
- Beelmann, A., Arnold, L. S., & Hercher, J. (2023). Parent training programs for preventing and treating antisocial behavior in children and adolescents: A comprehensive meta-analysis of international studies. *Aggression and Violent Behavior*, 68, Article 101798. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2022.101798>
- Beelmann, A., & Lösel, F. (2021). A comprehensive meta-analysis of randomized evaluations of the effect of child social skills training on antisocial development. *Journal of Developmental and Life-Course Criminology*, 7(1), 41–65. <https://doi.org/10.1007/s40865-020-00142-8>
- Beelmann, A., Pfof, M., & Schmitt, C. (2014). Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen: Eine Meta-Analyse der deutschsprachigen Wirksamkeitsforschung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 22(1), 1–14. <https://doi.org/10.1026/0943-8149/a000104>
- Berk, E., Plück, J., & Döpfner, M. (2008). Zufriedenheit der Eltern mit Elterngruppen auf der Grundlage des Therapieprogramms THOP in der klinischen Routineversorgung von Kindern mit ADHS-Symptomatik. *Verhaltenstherapie mit Kindern & Jugendlichen - Zeitschrift für die psychosoziale Praxis*, 4, 99–108.

- Bernstein, R. E., Timmons, A. C., & Lieberman, A. F. (2019). Interpersonal violence, maternal perception of infant emotion, and child-parent psychotherapy. *Journal of Family Violence*, 34(4), 309–320. <https://doi.org/10.1007/s10896-019-00041-7>
- Bessler, C., Stiefel, D., Barra, S., Plattner, B., & Aebi, M. (2019). Psychische Störungen und kriminelle Rückfälle bei männlichen jugendlichen Gefängnisinsassen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 47(1), 73–88. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000612>
- Best, T., Aebi, M., & Bessler, C. (2015). *Forensisches Therapieprogramm für junge Straftäter. Das ForTiS-Manual*. Göttingen.
- Bierman, K. L., Heinrichs, B. S., Welsh, J. A., & Nix, R. L. (2021). Reducing adolescent psychopathology in socioeconomically disadvantaged children with a preschool intervention: A randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 178(4), 305–312. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20030343>
- Bierman, K. L., Welsh, J. A., Hall, C. M., Jacobson, L. N., Lee, D. L., & Jones, D. E. (2023). Efficacy of the Fast Track Friendship Group program for peer-rejected children: A randomized-controlled trial. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 52(6), 763–779. <https://doi.org/10.1080/15374416.2022.2051523>
- Boldrini, T., Ghiandoni, V., Mancinelli, E., Salcuni, S., & Solmi, M. (2023). Systematic review and meta-analysis: Psychosocial treatments for disruptive behavior symptoms and disorders in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 62(2), 169–189. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.05.002>
- Booker, J. A., Capriola-Hall, N. N., Greene, R. W., & Ollendick, T. H. (2020). The parent-child relationship and posttreatment child outcomes across two treatments for oppositional defiant disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 49(3), 405–419. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1555761>
- Booth-LaForce, C., Oxford, M. L., O'Leary, R., & Buchwald, D. S. (2023). Promoting First Relationships® for primary caregivers and toddlers in a native community: A randomized controlled trial. *Prevention Science*, 24(1), 39–49. <https://doi.org/10.1007/s1121-022-01415-y>
- Bowi, U., Ott, G., & Tress, W. (2008). Faustlos - Gewaltprävention in der Grundschule. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57(7), 509–520. <https://doi.org/10.13109/prkk.2008.57.7.509>
- Bradshaw, C. P., Mitchell, M. M., & Leaf, P. J. (2009). Examining the effects of schoolwide positive behavioral interventions and supports on student outcomes: Results from a randomized controlled effectiveness trial in elementary schools. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 12(3), 133–148. <https://doi.org/10.1177/1098300709334798>
- 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), 28–42. <https://doi.org/10.1037/a0030318>
- Bronsard, G., Alessandrini, M., Fond, G., Loundou, A., Auquier, P., Tordjman, S., & Boyer, L. (2016). The prevalence of mental disorders among children and adolescents in the child welfare system: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 95(7), Article e2622. <https://doi.org/10.1097/md.0000000000002622>
- Brosig, K. M. (2007). *Verändertes Sozialverhalten im Unterricht: Das Konstanzer Trainingsmodell (KTM) – kompakt. Eine Evaluationsstudie*. Cuvillier.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (n.d.). *ICD-11 in Deutsch - Entwurfsfassung*. Retrieved 25.11.2025 from https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html
- Burrow-Sanchez, J. J., Totsky, J., Ratcliff, B. R., & Corrales, C. (2021). Generalizing treatment outcomes to externalizing behaviors for Latino/a adolescents with substance use disorders: A secondary analysis. *Psychology of Addictive Behaviors*, 35(7), 797–802. <https://doi.org/10.1037/adb0000713>

- Byrne, G., & Cullen, C. (2023). Acceptance and commitment therapy for anger, irritability, and aggression in children, adolescents, and young adults: A systematic review of intervention studies. *Trauma, Violence & Abuse*, 25(2), 935–946.
<https://doi.org/10.1177/15248380231167393>
- Calhoun, B., Williams, J., Greenberg, M., Domitrovich, C., Russell, M. A., & Fishbein, D. H. (2020). Social emotional learning program boosts early social and behavioral skills in low-income urban children. *Frontiers in Psychology*, 11, Article 561196.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.561196>
- Carter, P. M., Cunningham, R. M., Eisman, A. B., Resnicow, K., Roche, J. S., Cole, J. T., Goldstick, J., Kilbourne, A. M., & Walton, M. A. (2022). Translating violence prevention programs from research to practice: SafERteens implementation in an urban emergency department. *The Journal of Emergency Medicine*, 62(1), 109–124.
<https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2021.09.003>
- Castillo-Eito, L., Armitage, C. J., Norman, P., Day, M. R., Dogru, O. C., & Rowe, R. (2020). How can adolescent aggression be reduced? A multi-level meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 78, Article 101853. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101853>
- Chalfon, M. S. T., & Ramos, D. G. (2022). Sandplay therapy in the treatment of children with oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Estudos de Psicologia*, 39, Article e200223. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202239e200223>
- Chan, C. K. Y., Fu, K., & Liu, S. K. Y. (2022). Incorporating emotion coaching into behavioral parent training program: Evaluation of its effectiveness. *Child psychiatry and human development*, 55, 236–246. <https://doi.org/10.1007/s10578-022-01402-y>
- Charpak, N., Tessier, R., Ruiz, J. G., Hernandez, J. T., Uriza, F., Villegas, J., Nadeau, L., Mercier, C., Maheu, F., Marin, J., & et al. (2017). Twenty-year follow-up of Kangaroo Mother Care versus traditional care. *Pediatrics*, 139(1), Article e20162063. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-2063>
- Chen, C., Li, C., Wang, H., Ou, J. J., Zhou, J. S., & Wang, X. P. (2014). Cognitive behavioral therapy to reduce overt aggression behavior in Chinese young male violent offenders. *Aggressive Behavior*, 40(4), 329–336. <https://doi.org/10.1002/ab.21521>
- Chhangur, R. R., Weeland, J., Overbeek, G., Matthys, W., Orobio de Castro, B., van der Giessen, D., & Belsky, J. (2017). Genetic moderation of intervention efficacy: Dopaminergic genes, the Incredible Years, and externalizing behavior in children. *Child Development*, 88(3), 796–811. <https://doi.org/10.1111/cdev.12612>
- Cierpka, M. (Ed.). (2001). *FAUSTLOS. Ein Curriculum zur Prävention von aggressivem und gewaltbereitem Verhalten bei Kindern der Klassen 1 bis 3*. Hogrefe.
- Cierpka, M. (Ed.). (2002). *FAUSTLOS. Ein Curriculum zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen und zur Gewaltprävention für den Kindergarten*. Hogrefe.
- Cipriano, C., Strambler, M. J., Naples, L. H., Ha, C., Kirk, M., Wood, M., Sehgal, K., Zieher, A. K., Eveleigh, A., McCarthy, M., Funaro, M., Ponnock, A., Chow, J. C., & Durlak, J. (2023). The state of evidence for social and emotional learning: A contemporary meta-analysis of universal school-based SEL interventions. *Child Development*, 94(5), 1181–1204.
<https://doi.org/10.1111/cdev.13968>
- Clifford, P., Gevers, C., Jonkman, K. M., Boer, F., & Begeer, S. (2022). The effectiveness of an attention-based intervention for school-aged autistic children with anger regulating problems: A randomized controlled trial. *Autism Research*, 15(10), 1971–1984.
<https://doi.org/10.1002/aur.2800>
- Coggins, K., & Carnes-Holt, K. (2021). The efficacy of child–teacher relationship training as an early childhood mental health intervention in Head Start programs. *International Journal of Play Therapy*, 30(2), 112–124. <https://doi.org/10.1037/pla0000154>
- Colditz, P. B., Boyd, R. N., Winter, L., Pritchard, M., Gray, P. H., Whittingham, K., O'Callaghan, M., Jardine, L., O'Rourke, P., Marquart, L., Forrest, K., Spry, C., & Sanders, M. R. (2019). A randomized trial of Baby Triple P for Preterm Infants: Child outcomes at 2 years of corrected age. *The Journal of Pediatrics*, 210, 48–54.e42. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2019.01.024>

- Collaborative for Academic Social and Emotional Learning. (2020). *CASEL's SEL framework: What are the core competence areas and where are they promoted?* <https://casel.org/casel-sel-framework-11-2020/>
- Comer, J. S., Furr, J. M., Miguel, E. M., Cooper-Vince, C. E., Carpenter, A. L., Elkins, R. M., Kerns, C. E., Cornacchio, D., Chou, T., Coxe, S., DeSerisy, M., Sanchez, A. L., Golik, A., Martin, J., Myers, K. M., & Chase, R. (2017). Remotely delivering real-time parent training to the home: An initial randomized trial of internet-delivered parent-child interaction therapy (I-PCIT). *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 85*(9), 909–917. <https://doi.org/10.1037/ccp0000230>
- Connor, D. F., Glatt, S. J., Lopez, I. D., Jackson, D., & Melloni, R. H., Jr. (2002). Psychopharmacology and aggression. I: A meta-analysis of stimulant effects on overt/covert aggression-related behaviors in ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41*(3), 253–261. <https://doi.org/10.1097/00004583-200203000-00004>
- Conroy, M. A., Sutherland, K. S., Algina, J., Werch, B., & Ladwig, C. (2018). Prevention and treatment of problem behaviors in young children: Clinical implications from a randomized controlled trial of BEST in CLASS. *AERA Open, 4*(1), Article 233285841775037. <https://doi.org/10.1177/2332858417750376>
- Crombach, A., & Elbert, T. (2015). Controlling offensive behavior using narrative exposure therapy: A randomized controlled trial of former street children. *Clinical Psychological Science, 3*(2), 270–282. <https://doi.org/10.1177/2167702614534239>
- Curtis, P. R., Kaiser, A. P., Estabrook, R., & Roberts, M. Y. (2019). The longitudinal effects of early language intervention on children's problem behaviors. *Child Development, 90*(2), 576–592. <https://doi.org/10.1111/cdev.12942>
- Dadds, M. R., English, T., Wimalaweera, S., Schollar-Root, O., & Hawes, D. J. (2019a). Can reciprocated parent-child eye gaze and emotional engagement enhance treatment for children with conduct problems and callous-unemotional traits: A proof-of-concept trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 60*(6), 676–685. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13023>
- Dadds, M. R., Thai, C., Mendoza Diaz, A., Broderick, J., Moul, C., Tully, L. A., Hawes, D. J., Davies, S., Burchfield, K., & Cane, L. (2019b). Therapist-assisted online treatment for child conduct problems in rural and urban families: Two randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 87*(8), 706–719. <https://doi.org/10.1037/ccp0000419>
- Daunic, A. P., Aydin, B., Corbett, N. L., Smith, S. W., Boss, D., & Crews, E. (2023). Social-emotional learning intervention for K–1 students at risk for emotional and behavioral disorders: Mediation effects of social-emotional learning on school adjustment. *Behavioral Disorders, 49*(1), 17–30. <https://doi.org/10.1177/01987429231185098>
- de Jong, S. R. C., van den Hoofdakker, B. J., van der Veen-Mulders, L., Veenman, B., Twisk, J. W. R., Oosterlaan, J., & Luman, M. (2023). The efficacy of a self-help parenting program for parents of children with externalizing behavior: A randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry, 32*(10), 2031–2042. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02028-0>
- Del Giudice, T., Lindenschmidt, T., Hellmich, M., Hautmann, C., Döpfner, M., & Görtz-Dorten, A. (2023). Stability of the effects of a social competence training program for children with oppositional defiant disorder/conduct disorder: A 10-month follow-up. *European Child & Adolescent Psychiatry, 32*(9), 1599–1608. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01932-1>
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (2013). *S3-Leitlinie zur Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen (AWMF-Registernummer 028 - 043)*.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (2025). *S2k-Leitlinie Prävention, Durchführung und Nachsorge von freiheitsentziehenden Unterbringungen und Maßnahmen in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (AWMF-Registernummer 028 - 048)*. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-048>
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V., Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde

- e.V., & Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie, und Jugendmedizin e.V. (2017). *S3-Leitlinie ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen (AWMF-Registernummer 028 - 045)*. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-045>
- Deutschesprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e.V. (2019). *S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung (AWMF-Registernummer 155 - 001)*.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F), klinisch-diagnostische Leitlinien (10., überarbeitete Auflage)* (Weltgesundheitsorganisation, Ed.). Hogrefe.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., & Schulte-Markwort, E. (2016). *Internationale Klassifikationen psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F), diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis (6., überarbeitete Auflage unter Berücksichtigung der Änderungen gemäß ICD-10-GM)* (Weltgesundheitsorganisation, Ed.). Hogrefe.
- Dodge, K. A., Bierman, K. L., Coie, J. D., Greenberg, M. T., Lochman, J. E., McMahon, R. J., & Pinderhughes, E. E. (2015). Impact of early intervention on psychopathology, crime, and well-being at age 25. *American Journal of Psychiatry*, 172(1), 59–70. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13060786>
- Dölitzsch, C., Fegert, J. M., Künster, A., Kölch, M., Schmeck, K., & Schmid, M. (2014). Mehrfachdiagnosen bei Schweizer Heimjugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 23(3), 140–150. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000140>
- Domitrovich, C. E., Cortes, R. C., & Greenberg, M. T. (2007). Improving young children's social and emotional competence: A randomized trial of the preschool "PATHS" curriculum. *Journal of Primary Prevention*, 28(2), 67–91. <https://doi.org/10.1007/s10935-007-0081-0>
- Döpfner, M., Breuer, D., Schürmann, S., Metternich, T. W., 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, i117–i129. <https://doi.org/10.1007/s00787-004-1011-9>
- Döpfner, M., & Görtz-Dorten, A. (2017). *Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-5 für Kinder und Jugendliche - III (DISYPS-III)*. Hogrefe.
- Döpfner, M., & Görtz-Dorten, A. (n.d.). *hiToco-ADHS Elterntraining*. Retrieved 25.02.2026 from <https://hitoco.com/de-de/fachkreise>
- Döpfner, M., Görtz-Dorten, A., Häge, A., Handermann, F., Sulprizio, L., Hellmich, M., Vogel, D., Ruhmann, M., Althen, H., Karus, M., & Banaschewski, T. (2025a). Efficacy of a mobile-based self-directed parent management training for parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder with or without oppositional defiant disorder - a randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 34(12), 3973–3985. <https://doi.org/10.1007/s00787-025-02799-2>
- Döpfner, M., Ise, E., Breuer, D., Rademacher, C., Metternich-Kaizman, T. W., & Schürmann, S. (2020). Long-term course after adaptive multimodal treatment for children with ADHD: An 8-year follow-up. *Journal of Attention Disorders*, 24(1), 145–162. <https://doi.org/10.1177/1087054716659138>
- 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(1), 44–56. <https://doi.org/10.1007/s10578-014-0452-8>
- Döpfner, M., Kinnen, C., & Halder, J. (2016a). *THOP-Elternprogramm - Arbeitsbuch für Eltern. Gruppenprogramm für Eltern von Kindern mit ADHS-Symptomen und expansivem Problemverhalten*. Beltz.
- Döpfner, M., Kinnen, C., & Halder, J. (2016b). *THOP-Elternprogramm - Manual für Gruppenleiter. Gruppenprogramm für Eltern von Kindern mit ADHS-Symptomen und expansivem Problemverhalten*. Beltz.
- Döpfner, M., Liebermann-Jordanidis, H., Kinnen, C., Hallberg, N., Mokros, L., Benien, N., Mütsch, A., Schürmann, S., Wolff Metternich-Kaizman, T., Hautmann, C., & Dose, C. (2021a). Long-term effectiveness of guided self-help for parents of children with ADHD in routine care - an

- observational study. *Journal of Attention Disorders*, 25(2), 265–274.
<https://doi.org/10.1177/1087054718810797>
- Döpfner, M., Plück, J., Rosenberger, K. D., Klemp, M. T., Mühlenmeister, J., Wahnke, L., Hellmich, M., Schürmann, S., & Dose, C. (2025b). Efficacy of guided and unguided web-assisted self-help for parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder: A three-arm randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 66(9), 1320–1332. <https://doi.org/10.1111/jcpp.14153>
- Döpfner, M., & Schürmann, S. (2017). *ADHS-Elterntrainer*. Retrieved 18.11.2025 from <https://adhs.aok.de/>
- Döpfner, M., & Schürmann, S. (2023). *Wackelpeter & Trotzkopf. Hilfen für Eltern bei ADHS-Symptomen, hyperkinetischem und oppositionellem Verhalten (6. überarb. Auflage)*. Beltz.
- Döpfner, M., Schürmann, S., & Frölich, J. (2025c). *Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten THOP (7. Auflage)*. Beltz.
- Döpfner, M., Wolff Metternich-Kaizman, T., Dose, C., Katzmann, J., Mokros, L., Scholz, K.-K., & Schürmann, S. (2021b). *Den Alltag meistern mit ADHS. Das Arbeitsbuch für Eltern von Schulkindern*. Hogrefe.
- Döpfner, M., Wolff Metternich-Kaizman, T., Dose, C., Katzmann, J., Mokros, L., Scholz, K.-K., & Schürmann, S. (2021c). *Den Alltag meistern mit ADHS. Das Arbeitsbuch für Lehrkräfte von Kindern im Alter von 6 bis 12 Jahren*. Hogrefe.
- Döpfner, M., Wolff Metternich-Kaizman, T., Dose, C., Katzmann, J., Mokros, L., Scholz, K.-K., & Schürmann, S. (2021d). *Den Alltag meistern mit ADHS. Das Arbeitsbuch für pädagogische Fachkräfte für Kinder im Alter von 3-6 Jahren*. Hogrefe.
- Döpfner, M., Wolff Metternich-Kaizman, T., Dose, C., Katzmann, J., Mokros, L., Scholz, K.-K., & Schürmann, S. (2022). *Den Alltag meistern mit ADHS. Das Arbeitsbuch für Eltern von Kindergartenkindern*. Hogrefe.
- 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(6), 682–690.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.12661>
- Dose, C., Hautmann, C., Bürger, M., Schürmann, S., & Döpfner, M. (2021). Negative parenting behaviour as a mediator of the effects of telephone-assisted self-help for parents of pharmacologically treated children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(6), 861–875. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01565-w>
- Dose, C., Roschmann, T., Kinnen, C., Rademacher, C., Hautmann, C., & Döpfner, M. (2024). Telephone-assisted self-help for caregivers of adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: An observational proof-of-concept study. *Journal of Child and Family Studies*, 33(6), 1752–1767. <https://doi.org/10.1007/s10826-024-02831-0>
- Dose, C., Waschau, F., Wirth, E. v., & Döpfner, M. (2020). The improvement of individually defined problem behaviors during a telephone-assisted self-help intervention for parents of pharmacologically treated children with ADHD. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 48(3), 215–223. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000726>
- Downer, J. T., Williford, A. P., Bulotsky-Shearer, R. J., Vitiello, V. E., Bouza, J., Reilly, S., & Lhospital, A. (2017). Using data-driven, video-based early childhood consultation with teachers to reduce children's challenging behaviors and improve engagement in preschool classrooms. *School Mental Health*, 10(3), 226–242. <https://doi.org/10.1007/s12310-017-9237-0>
- Dreisörner, T. (2006). Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Gruppenprogramme bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). *Kindheit und Entwicklung*, 15(4), 255–266. <https://doi.org/10.1026/0942-5403.15.4.255>
- Ducharme, P., Kahn, J., Vaudreuil, C., Gusman, M., Waber, D., Ross, A., Rotenberg, A., Rober, A., Kimball, K., Peechatka, A. L., & Gonzalez-Heydrich, J. (2021). A "Proof of Concept" randomized controlled trial of a video game requiring emotional regulation to augment

- Anger Control Training. *Frontiers in Psychiatry*, 12, Article 591906.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.591906>
- Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82(1), 405–432. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x>
- Edwards, R. C., & Hans, S. L. (2022). Young mother risk-taking moderates doula home visiting impacts on parenting and toddler social-emotional development. *Development and Psychopathology*, 36(1), 236–254. <https://doi.org/10.1017/S0954579422001158>
- 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(1), 24–32.
<https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000006>
- Eisner, M., Jünger, R., & Greenberg, M. (2006). Gewaltprävention durch die Förderung emotionaler und sozialer Kompetenzen in der Schule. Das PATHS/PFAD Curriculum. *Praxis der Rechtspsychologie*, 16(1/2), 144–168. <https://doi.org/10.5167/uzh-32288>
- El-Khani, A., Maalouf, W., Baker, D. A., Zahra, N., Noubani, A., & Cartwright, K. (2020). Caregiving for children through conflict and displacement: A pilot study testing the feasibility of delivering and evaluating a light touch parenting intervention for caregivers in the West Bank. *International Journal of Psychology*, 55(S1), 26–39. <https://doi.org/10.1002/ijop.12591>
- Elizur, Y., & Somech, L. Y. (2018). Callous-unemotional traits and effortful control mediate the effect of parenting intervention on preschool conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 46(8), 1631–1642. <https://doi.org/10.1007/s10802-018-0412-z>
- Elizur, Y., Somech, L. Y., & Vinokur, A. D. (2017). Effects of parent training on callous-unemotional traits, effortful control, and conduct problems: Mediation by parenting. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(1), 15–26. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0163-7>
- Engelbrektsson, J., Salomonsson, S., Hogstrom, J., Sorjonen, K., Sundell, K., & Forster, M. (2023a). Is internet-based parent training for everyone? Predictors and moderators of outcomes in group vs. internet-based parent training for children with disruptive behavior problems. *Behavior Research and Therapy*, 171, Article 104426.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104426>
- Engelbrektsson, J., Salomonsson, S., Hogstrom, J., Sorjonen, K., Sundell, K., & Forster, M. (2023b). Parent training via internet or in group for disruptive behaviors: A randomized clinical noninferiority trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 62(9), 987–997. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2023.01.019>
- Ensafdar, F., Krahé, B., Njad, S. B., & Arshadi, N. (2019). Efficacy of different versions of Aggression Replacement Training (ART): A review. *Aggression and Violent Behavior*, 47, 230–237.
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.02.006>
- Epstein, R. A., Fonnellebeck, C., Potter, S., Rizzone, K. H., & McPheeters, M. (2015). Psychosocial interventions for child disruptive behaviors: A meta-analysis. *Pediatrics*, 136(5), 947–960.
<https://doi.org/10.1542/peds.2015-2577>
- Fischmann, T., Asseburg, L. K., Green, J., Hug, F., Neubert, V., Wan, M., & Leuzinger-Bohleber, M. (2020). Can psychodynamically oriented early prevention for "children-at-risk" in urban areas with high social problem density strengthen their developmental potential? A cluster randomized trial of two kindergarten-based prevention programs. *Frontiers in Psychology*, 11, Article 599477. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.599477>
- Fleming, G. E., Kimonis, E. R., Furr, J. M., & Comer, J. S. (2020). Internet-delivered parent training for preschoolers with conduct problems: Do callous-unemotional traits moderate efficacy and engagement? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 48(9), 1169–1182.
<https://doi.org/10.1007/s10802-020-00660-5>

- Fleming, G. E., Neo, B., Briggs, N. E., Kaouar, S., Frick, P. J., & Kimonis, E. R. (2022). Parent training adapted to the needs of children with callous-unemotional traits: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 53(6), 1265–1281. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.07.001>
- Floresan, I. S., Doborean, A., Pasarelu, C. R., Georgescu, R. D., & Milea, I. (2020). The efficacy of internet-based parenting programs for children and adolescents with behavior problems: A meta-analysis of randomized clinical trials. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 23(4), 510–528. <https://doi.org/10.1007/s10567-020-00326-0>
- Fonagy, P., Butler, S., Cottrell, D., Scott, S., Pilling, S., Eisler, I., Fuggle, P., Kraam, A., Byford, S., Wason, J., Ellison, R., Simes, E., Ganguli, P., Allison, E., & Goodyer, I. M. (2018). Multisystemic therapy versus management as usual in the treatment of adolescent antisocial behaviour (START): A pragmatic, randomised controlled, superiority trial. *Lancet Psychiatry*, 5(2), 119–133. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30001-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30001-4)
- Fonagy, P., Butler, S., Cottrell, D., Scott, S., Pilling, S., Eisler, I., Fuggle, P., Kraam, A., Byford, S., Wason, J., Smith, J. A., Anokhina, A., Ellison, R., Simes, E., Ganguli, P., Allison, E., & Goodyer, I. M. (2020). Multisystemic therapy versus management as usual in the treatment of adolescent antisocial behaviour (START): 5-year follow-up of a pragmatic, randomised, controlled, superiority trial. *Lancet Psychiatry*, 7(5), 420–430. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30131-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30131-0)
- Fossum, S., Cunningham, C., Ristkari, T., McGrath, P. J., Hinkka-Yli-Salomaki, S., & Sourander, A. (2018). Does parental mental health moderate the effect of a telephone and internet-assisted remote parent training for disruptive 4-year-old children? *Scandinavian Journal of Psychology*, 59(3), 273–280. <https://doi.org/10.1111/sjop.12430>
- Franzen, K., & Kamps, D. (2008). The utilization and effects of positive behavior support strategies on an urban school playground. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 10(3), 150–161. <https://doi.org/10.1177/1098300708316260>
- Fröhlich-Gildhoff, K., & Rönna-Böse, M. (2020). Resilienzförderung in Kindertageseinrichtung und Grundschule – Konzept und Erfahrungen. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie*, 19, 35–50. <https://doi.org/10.1007/s11620-020-00526-4>
- Fung, A. L. C. (2018). Reducing reactive aggression in schoolchildren through child, parent, and conjoint parent-child group interventions: An efficacy study of longitudinal outcomes. *Family Process*, 57(3), 594–612. <https://doi.org/10.1111/famp.12323>
- Fung, A. L. C., & Lee, T. K. H. (2018). Effectiveness of Chinese martial arts and philosophy to reduce reactive and proactive aggression in schoolchildren. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 39(5), 404–414. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000565>
- Gansle, K. (2005). The effectiveness of school-based anger interventions and programs: A meta-analysis. *Journal of School Psychology*, 43(4), 321–341. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2005.07.002>
- Gardner, F., Leijten, P., Harris, V., Mann, J., Hutchings, J., Beecham, J., Bonin, E.-M., Berry, V., McGilloway, S., Gaspar, M., Joao Seabra-Santos, M., Orobio de Castro, B., Menting, A., Williams, M., Axberg, U., Morch, W.-T., Scott, S., & Landau, S. (2019a). Equity effects of parenting interventions for child conduct problems: A pan-European individual participant data meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 6(6), 518–527. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30162-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30162-2)
- Gardner, F., Leijten, P., Melendez-Torres, G. J., Landau, S., Harris, V., Mann, J., Beecham, J., Hutchings, J., & Scott, S. (2019b). The earlier the better? Individual participant data and traditional meta-analysis of age effects of parenting interventions. *Child Development*, 90(1), 7–19. <https://doi.org/10.1111/cdev.13138>
- Gerlach, M., Mehler-Wex, C., Romanos, M., Walitzka, S., & Wewetzer, C. (Eds.). (2023). *Neuro-/Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter: Grundlagen und Therapie* (4 ed.). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-65267-1>
- Gewirtz, A. H., Lee, S. S., August, G. J., & He, Y. (2019). Does giving parents their choice of interventions for child behavior problems improve child outcomes? *Prevention Science*, 20(1), 78–88. <https://doi.org/10.1007/s11121-018-0865-x>

- Ghaderi, A., Kadesjo, C., Bjornsdotter, A., & Enebrink, P. (2018). Randomized effectiveness trial of the Family Check-Up versus internet-delivered parent training (iComet) for families of children with conduct problems. *Scientific Reports*, 8(1), Article 11486. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-29550-z>
- Gmitroski, T., Bradley, C., Heinemann, L., Liu, G., Blanchard, P., Beck, C., Mathias, S., Leon, A., & Barbic, S. P. (2018). Barriers and facilitators to employment for young adults with mental illness: A scoping review. *BMJ Open*, 8(12), Article e024487. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024487>
- Goldstein, N. E. S., Giallella, C. L., Haney-Caron, E., Peterson, L., Serico, J., Kemp, K., Romaine, C. R., Zelechowski, A. D., Holliday, S. B., Kalbeitzner, R., Kelley, S. M., Hinz, H., Sallee, M., Pennacchia, D., Prelic, A., Burkard, C., Grisso, T., Heilbrun, K., Nunez, A.,...Lochman, J. (2018). Juvenile Justice Anger Management (JJAM) Treatment for Girls: Results of a randomized controlled trial. *Psychological Services*, 15(4), 386–397. <https://doi.org/10.1037/ser0000184>
- Görtz-Dorten, A., Benesch, C., Berk-Pawlitzeck, E., Faber, M., Hautmann, C., Hellmich, M., Lindenschmidt, T., Schuh, L., Stadermann, R., & Döpfner, M. (2019a). Efficacy of individualized social competence training for children with oppositional defiant disorders/conduct disorders: A randomized controlled trial with an active control group. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(2), 165–175. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1144-x>
- Görtz-Dorten, A., Benesch, C., Hautmann, C., Berk-Pawlitzeck, E., Faber, M., Lindenschmidt, T., Stadermann, R., Schuh, L., & Döpfner, M. (2017). Efficacy of an individualized social competence training for children with oppositional defiant disorders/conduct disorders. *Psychotherapy Research*, 27(3), 326–337. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1094587>
- Görtz-Dorten, A., & Döpfner, M. (2016). *Soziales computerunterstütztes Training für Kinder mit aggressivem Verhalten (ScouT)*. Hogrefe.
- Görtz-Dorten, A., & Döpfner, M. (2019). *Therapieprogramm für Kinder mit aggressivem Verhalten (THAV) (2., überarbeitete und erweiterte Auflage)*. Hogrefe.
- Görtz-Dorten, A., & Döpfner, M. (2021). *Fragebogen zum aggressiven Verhalten von Kindern (FAVK) (2., vollständig überarbeitete Auflage mit erweiterten Normen)*. Hogrefe.
- Görtz-Dorten, A., Döpfner, M., & Banaschewski, T. (2024). Oppositionelle, aggressive und dissoziale Verhaltensstörungen in Kindheit und Jugend. In J. M. Fegert, F. Resch, M. Kaess, M. Döpfner, K. Konrad, T. Legenbauer, & P. Plener (Eds.), *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters* (pp. 1399–1422). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-66744-6_125
- Görtz-Dorten, A., Döpfner, M., & Thöne, A.-K. (2022a). *Interview-Leitfäden zum Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-5 für Kinder- und Jugendliche (DISYPS-ILF)*. Hogrefe.
- Görtz-Dorten, A., Dose, C., Hofmann, L., Katzmann, J., Groth, M., Detering, K., Hellmann, A., Stadler, L., Braun, B., Hellmich, M., & Döpfner, M. (2022b). Effects of computer-assisted social skills training in children with disruptive behavior disorders: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 61(11), 1329–1340. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.03.027>
- Görtz-Dorten, A., Groth, M., Detering, K., Hellmann, A., Stadler, L., Petri, B., & Döpfner, M. (2019b). Efficacy of an individualized computer-assisted social competence training program for children with oppositional defiant disorders/conduct disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 10, Article 682. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00682>
- Görtz-Dorten, A., Klos, S., Müller, C., & Döpfner, M. (2023). *VIT4Kids - Virtuelles Interaktionstraining für Kinder [unveröffentlichtes Manuskript]*. Universität zu Köln.
- Granski, M., Javdani, S., Anderson, V. R., & Caires, R. (2020). A meta-analysis of program characteristics for youth with disruptive behavior problems: The moderating role of program format and youth gender. *American Journal of Community Psychology*, 65(1-2), 201–222. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12377>

- Grassmann, D., & Stadler, C. (2011). VIA – Intensivtherapeutischer Behandlungsansatz bei Störungen des Sozialverhaltens. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 39(1), 23–31. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000080>
- Grassmann, D., & Stadler, C. (2009). *Verhaltenstherapeutisches Intensivtraining zur Reduktion von Aggression*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-211-79900-0>
- Graziano, P. A., Ros-Demarize, R., & Hare, M. M. (2020). Condensing parent training: A randomized trial comparing the efficacy of a briefer, more intensive version of Parent-Child Interaction Therapy (I-PCIT). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(7), 669–679. <https://doi.org/10.1037/ccp0000504>
- Grob, A., & Smolenski, C. (2009). *Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen (FEEL-KJ) (2., aktualisierte und ergänzte Auflage)*. Huber.
- Groen, G., & Jörns-Presentati, A. (2018). *Grenzgänger: Kooperative Abstimmung von Hilfen für Kinder und Jugendliche zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Psychiatrie Verlag.
- 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, Article 14. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-4-14>
- Hahn, R., Fuqua-Whitley, D., Wethington, H., Lowy, J., Crosby, A., Fullilove, M., Johnson, R., Liberman, A., Moscicki, E., Price, L., Snyder, S., Tuma, F., Cory, S., Stone, G., Mukhopadhyaya, K., Chattopadhyay, S., & Dahlberg, L. (2007). Effectiveness of universal school-based programs to prevent violent and aggressive behavior: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 33(2 Suppl), S114–S129. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.04.012>
- Haller, S. P., Stoddard, J., Botz-Zapp, C., Clayton, M., MacGillivray, C., Perhamus, G., Stiles, K., Kircanski, K., Penton-Voak, I. S., Bar-Haim, Y., Munafo, M., Towbin, K. E., & Brotman, M. A. (2022). A randomized controlled trial of computerized interpretation bias training for disruptive mood dysregulation disorder: A fast-fail study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 61(1), 37–45. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.05.022>
- Hanisch, C., Casale, G., Volpe, R. J., Briesch, A. M., Richard, S., Meyer, H., Hövel, D., Hagen, T., Krull, J., & Hennemann, T. (2019). Gestufte Förderung in der Grundschule. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 14(3), 237–241. <https://doi.org/10.1007/s11553-018-0700-z>
- Hanisch, C., Eichelberger, I., Richard, S., & Döpfner, M. (2020). Effects of a modular teacher coaching program on child attention problems and disruptive behavior and on teachers' self-efficacy and stress. *School Psychology International*, 41(6), 543–568. <https://doi.org/10.1177/0143034320958743>
- Hanisch, C., Freund-Braier, I., Hautmann, C., Jänen, N., Plück, J., Brix, G., Eichelberger, I., & Döpfner, M. (2010a). Detecting effects of the indicated prevention Programme for Externalizing Problem behaviour (PEP) on child symptoms, parenting, and parental quality of life in a randomized controlled trial. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 38(1), 95–112. <https://doi.org/10.1017/s1352465809990440>
- Hanisch, C., Hautmann, C., Eichelberger, I., Plück, J., & Döpfner, M. (2010b). Die klinische Signifikanz des Präventionsprogramms für Expansives Problemverhalten (PEP) im Langzeitverlauf. *Verhaltenstherapie*, 20, 265–273. <https://doi.org/10.1159/000322044>
- Hanisch, C., Hautmann, C., Plück, J., Eichelberger, I., & Döpfner, M. (2013). The prevention program for externalizing problem behavior (PEP) improves child behavior by reducing negative parenting: Analysis of mediating processes in a randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(5), 473–484. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12177>
- 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. <https://doi.org/10.1026/1616-3443.35.2.117>

- Hanisch, C., Richard, S., Eichelberger, I., Greimel, L., & Döpfner, M. (2018). *Schulbasiertes Coaching bei Kindern mit expansivem Problemverhalten (SCEP)*. Hogrefe.
- Hasani, S. M., Askary, P., Heidari, A., & Zadeh, P. E. (2020). The comparative effectiveness of parental behavior management training and schema therapy on aggression and oppositional defiant in adolescents. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 7(3), 146–152. https://doi.org/10.4103/JNMS.JNMS_6_20
- Hattie, J. (2023). *Visible learning: The sequel. A synthesis of over 2,100 meta-analyses relating to achievement*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003380542>
- Hautmann, C., Döpfner, M., Katzmann, J., Schürmann, S., Wolff Metternich-Kaizman, T., Jaite, C., Kappel, V., Geissler, J., Warnke, A., Jacob, C., Hennighausen, K., Haack-Dees, B., Schneider-Momm, K., Philipsen, A., Matthies, S., Rösler, M., Retz, W., von Gontard, A., Sobanski, E.,...Jans, T. (2018a). Sequential treatment of ADHD in mother and child (AIMAC study): Importance of the treatment phases for intervention success in a randomized trial. *BMC Psychiatry*, 18, Article 388. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1963-9>
- Hautmann, C., Dose, C., Duda-Kirchhof, K., Greimel, L., Hellmich, M., Imort, S., Katzmann, J., Pinior, J., Scholz, K., Schurmann, S., Wolff Metternich-Kaizman, T., & Döpfner, M. (2018b). Behavioral versus nonbehavioral guided self-help for parents of children with externalizing disorders in a randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 49(6), 951–965. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.02.002>
- Hautmann, C., Dose, C., Hellmich, M., Scholz, K., Katzmann, J., Pinior, J., Gebauer, S., Nordmann, L., Wolff Metternich-Kaizman, T., Schurmann, S., & Döpfner, M. (2023). Behavioural and nondirective parent training for children with externalising disorders: First steps towards personalised treatment recommendations. *Behaviour Research and Therapy*, 163, Article 104271. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104271>
- 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 & Adolescent Psychiatry*, 19(5), 419–430. <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0072-1>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s00702-007-0866-6>
- Hautmann, C., Hoftink, 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(5), 384–393. <https://doi.org/10.1002/cpp.1784>
- Hautmann, C., Hoftink, H., Eichelberger, I., Hanisch, C., Plück, J., Walter, D., & Döpfner, M. (2009a). One-year follow-up of a parent management training for children with externalizing behaviour problems in the real world. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 37(4), 379–396. <https://doi.org/10.1017/s135246580999021x>
- Hautmann, C., Stein, P., Hanisch, C., Eichelberger, I., Plück, J., Walter, D., & Döpfner, M. (2009b). Does parent management training for children with externalizing problem behavior in routine care result in clinically significant changes? *Psychotherapy Research*, 19(2), 224–233. <https://doi.org/10.1080/10503300902777148>
- Hawes, D. J., Price, M. J., & Dadds, M. R. (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. <https://doi.org/10.1007/s10567-014-0167-1>
- Heidary, M., Hashemi Nosrat Abad, T., & Linden, W. (2022). Mindfulness-based intervention and aggression and rule-breaking behaviours in elementary school boys: A proof of concept trial. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools*, 32(1), 15–22. <https://doi.org/10.1017/jgc.2021.11>

- Hein, S., Weeland, J., Square, A., Haeffel, G. J., Chapman, J., Macomber, D., Lee, M., Foley Geib, C., & Grigorenko, E. L. (2020). Effectiveness of a social problem solving training in youth in detention or on probation: An RCT and pre-post community implementation. *International Journal of Law and Psychiatry*, 72, Article 101626. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101626>
- Heinrichs, N., Hahlweg, K., Bertram, H., Kuschel, A., Naumann, S., & Harstick, S. (2006a). Die langfristige Wirksamkeit eines Elterntrainings zur universellen Prävention kindlicher Verhaltensstörungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35(2), 82–96. <https://doi.org/10.1026/1616-3443.35.2.82>
- Heinrichs, N., Krüger, S., & Guse, U. (2006b). Der Einfluss von Anreizen auf die Rekrutierung von Eltern und auf die Effektivität eines präventiven Elterntrainings. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35(2), 97–108. <https://doi.org/10.1026/1616-3443.35.2.97>
- Hektner, J. M., Brennan, A. L., & August, G. J. (2017). Incorporating well-adjusted peers in a conduct problems prevention program: Evaluation of acceptability, fidelity, and safety of implementation. *School Mental Health*, 9(1), 66–77. <https://doi.org/10.1007/s12310-016-9199-7>
- Helander, M., Asperholm, M., Wetterborg, D., Ost, L.-G., Hellner, C., Herlitz, A., & Enebrink, P. (2022). The efficacy of Parent Management Training with or without involving the child in the treatment among children with clinical levels of disruptive behavior: A meta-analysis. *Child Psychiatry and Human Development*, 55, 164–181. <https://doi.org/10.1007/s10578-022-01367-y>
- Helander, M., Enebrink, P., Hellner, C., & Ahlen, J. (2023). Parent management training combined with group-CBT compared to parent management training only for oppositional defiant disorder symptoms: 2-year follow-up of a randomized controlled trial. *Child psychiatry and human development*, 54(4), 1112–1126. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01306-3>
- Helander, M., Lochman, J., Hogstrom, J., Ljotsson, B., Hellner, C., & Enebrink, P. (2018). The effect of adding Coping Power Program-Sweden to Parent Management Training-effects and moderators in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 103, 43–52. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.02.001>
- Herpers, P. C., Rommelse, N. N., Bons, D. M., Buitelaar, J. K., & Scheepers, F. E. (2012). Callous-unemotional traits as a cross-disorders construct. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(12), 2045–2064. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0513-x>
- Herr, L., Mingebach, T., Becker, K., Christiansen, H., & Kamp-Becker, I. (2015). Wirksamkeit elternzentrierter Interventionen bei Kindern im Alter von zwei bis zwölf Jahren: Ein systematisches Review. *Kindheit und Entwicklung: Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie*, 24(1), 6–19. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000154>
- Heshmati, R., Esmailpour, K., Hajsaghati, R., & Barenji, F. A. (2023). The effect of child-centered play therapy (CCPT) on the symptoms of oppositional defiant disorder in preschool children. *International Journal of Play*, 12(2), 193–205. <https://doi.org/10.1080/21594937.2023.2209240>
- Hester, O. R., Jolivet, K., & Swoszowski, N. C. (2024). Supporting transition-readiness skills for adolescents with emotional and behavioral disorders using check-in/check-out. *Beyond Behavior*, 33(2), 76–88. <https://doi.org/10.1177/10742956241252343>
- Heubrock, D., & Petermann, F. (2008). *Kurzfragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren (K-FAF)*. Hogrefe.
- Hillenbrand, C., & Pütz, K. (2008). *KlasseKinderSpiel. Spielerisch Verhaltensregeln lernen*. Körber-Stiftung.
- Hintzpeter, B., Metzner, F., Pawils, S., Bichmann, H., Kamtsiuris, P., Ravens-Sieberer, U., Klasen, F., & group, T. B. s. (2014). Inanspruchnahme von ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen durch Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten: Ergebnisse der BELLA-Studie. *Kindheit und Entwicklung*, 23(4), 229–238. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000148>
- Hodson, N., Majid, M., James, R., Graham, E. K., Mroczek, D. K., & Beidas, R. S. (2025). Review: Systematic review and meta-analysis - financial incentives increase engagement with

- parenting programs for disruptive behavior problems. *Child and Adolescent Mental Health*, 30(1), 53–65. <https://doi.org/10.1111/camh.12746>
- Högström, J., Olofsson, V., Özdemir, M., Enebrink, P., & Stattin, H. (2017). Two-year findings from a national effectiveness trial: Effectiveness of behavioral and non-behavioral parenting programs. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(3), 527–542. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0178-0>
- Honkanen-Schoberth, P. (2007). "Starke Eltern - starke Kinder". *Der Elternkurs des Deutschen Kinderschutzbundes. Mehr Freude – weniger Stress mit den Kindern. Handbuch für Elternkursleiterinnen und Elternkursleiter*. (Deutscher Kinderschutzbund (DKSB) Bundesverband e.V. Hannover, Ed.). Eigenverlag des Deutschen Kinderschutzbundes (DKSB) Bundesverband e.V.
- Hoogendijk, K., Holland, J. G., Tick, N. T., Hofman, A. W. H., Severiens, S. E., Vuijk, P., Maras, A., & van Veen, D. (2020). Effect of Key2Teach on Dutch teachers' relationships with students with externalizing problem behavior: A randomized controlled trial. *European Journal of Psychology of Education*, 35(1), 111–135. <https://doi.org/10.1007/s10212-019-00415-x>
- Hoogsteder, L. M., Ten Thijs, L., Schippers, E. E., & Stams, G. J. J. M. (2022). A meta-analysis of the effectiveness of EMDR and TF-CBT in reducing trauma symptoms and externalizing behavior problems in adolescents. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 66(6-7), 735–757. <https://doi.org/10.1177/0306624X211010290>
- Hoogsteder, L. M., Van Os, R. C. J., Lutjens, J. B., Smeets, N., & Stams, G. J. M. M. (2023). A multilevel meta-analysis on the effect of mindfulness-based interventions in reducing externalizing problem behavior in adolescents. *International Journal of Stress Management*, 30(3), 309–320. <https://doi.org/10.1037/str0000285>
- Hua, N., & Leijten, P. (2022). Parenting Programs for Disruptive Child Behavior in China: A Meta-Analysis and Systematic Review. *Research on Social Work Practice*, 32(1), 32–48. <https://doi.org/10.1177/10497315211018509>
- Huijzer-Engbrengthof, M., van Rijn-van Gelderen, L., van den Akker, A., Jorgensen, T. D., & Overbeek, G. (2023). Intervention-induced temperament changes in children: Evidence from a randomized controlled trial of the Incredible Years parent program. *Developmental Psychology*, 59(10), 1839–1851. <https://doi.org/10.1037/dev0001591>
- Hukkelberg, S., Tømmerås, T., & Ogden, T. (2019). Parent training: Effects beyond conduct problems. *Children and Youth Services Review*, 100, 405–414. <https://doi.org/10.1016/j.chilcyouth.2019.03.009>
- 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)*. Huber.
- Ichikawa, H., Mikami, K., Okada, T., Yamashita, Y., Ishizaki, Y., Tomoda, A., Ono, H., Usuki, C., & Tadori, Y. (2017). Aripiprazole in the treatment of irritability in children and adolescents with autism spectrum disorder in Japan: A randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Child Psychiatry & Human Development*, 48(5), 796–806. <https://doi.org/10.1007/s10578-016-0704-x>
- Ise, E., Kierfeld, F., & Döpfner, M. (2015a). One-year follow-up of guided self-help for parents of preschool children with externalizing behavior. *Journal of Primary Prevention*, 36(1), 33–40. <https://doi.org/10.1007/s10935-014-0374-z>
- Ise, E., Schröder, S., Breuer, D., & Döpfner, M. (2015b). Parent-child inpatient treatment for children with behavioural and emotional disorders: A multilevel analysis of within-subjects effects. *BMC Psychiatry*, 15, Article 288. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0675-7>
- Iznardo, M., Rogers, M. A., Volpe, R. J., Labelle, P. R., & Robaey, P. (2020). The effectiveness of Daily Behavior Report Cards for children with ADHD: A meta-analysis. *Journal of Attention Disorders*, 24(12), 1623–1636. <https://doi.org/10.1177/1087054717734646>
- Jans, T., Jacob, C., Warnke, A., Zwanzger, U., Groß-Lesch, S., Matthies, S., Borel, P., Hennighausen, K., Haack-Dees, B., Rösler, M., Retz, W., von Gontard, A., Hänig, S., Sobanski, E., Alm, B., Poustka, L., Hohmann, S., Colla, M., Gentschow, L.,...Philipsen, A. (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 and Psychiatry*, 56(12), 1298–1313. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12443>
- Kaat, A. J., & Lecavalier, L. (2013). Disruptive behavior disorders in children and adolescents with autism spectrum disorders: A review of the prevalence, presentation, and treatment. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(12), 1579–1594. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2013.08.012>
- Kaminski, J. W., & Claussen, A. H. (2017). Evidence base update for psychosocial treatments for disruptive behaviors in children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46(4), 477–499. <https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1310044>
- Kaminski, J. W., Claussen, A. H., Sims, R. S., & Bhupalam, S. (2024). Evidence-based psychosocial treatments for disruptive behaviors in children: Update. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. <https://doi.org/10.1080/15374416.2024.2405988>
- Katzmann, J., Görtz-Dorten, A., Hautmann, C., & Döpfner, M. (2019). Social skills training and play group intervention for children with oppositional-defiant disorders/conduct disorder: Mediating mechanisms in a head-to-head comparison. *Psychotherapy Research*, 29(6), 784–798. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1425559>
- Katzmann, J., Hautmann, C., Greimel, L., Imort, S., Pinior, J., Scholz, K., & Döpfner, M. (2017). Behavioral and nondirective guided self-help for parents of children with externalizing behavior: Mediating mechanisms in a head-to-head comparison. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(4), 719–730. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0195-z>
- Kazdin, A. E., Glick, A., Pope, J., Kaptchuk, T. J., Lecza, B., Carrubba, E., McWhinney, E., & Hamilton, N. (2018). Parent management training for conduct problems in children: Enhancing treatment to improve therapeutic change. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(2), 91–101. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.12.002>
- Kendall, A. D., Emerson, E. M., Hartmann, W. E., Zinbarg, R. E., & Donenberg, G. R. (2017). A two-week psychosocial intervention reduces future aggression and incarceration in clinically aggressive juvenile offenders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(12), 1053–1061. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.09.424>
- Kendall, A. D., Young, C. B., Bray, B. C., Emerson, E. M., Freels, S., & Donenberg, G. R. (2020). Changes in externalizing and internalizing symptoms among African American female adolescents over 1 year following a mother-daughter sexual health intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(6), 495–503. <https://doi.org/10.1037/ccp0000491>
- Kennedy, Y., Flynn, N., O'Brien, E., & Greene, G. (2021). Exploring the impact of Incredible Years Teacher Classroom Management training on teacher psychological outcomes. *Educational Psychology in Practice*, 37(2), 150–168. <https://doi.org/10.1080/02667363.2021.1882944>
- Keown, L. J., Sanders, M. R., Franke, N., & Shepherd, M. (2018). Te Whanau Pou Toru: A randomized controlled trial (RCT) of a culturally adapted low-intensity variant of the Triple P-Positive Parenting Program for indigenous Maori families in New Zealand. *Prevention Science*, 19(7), 954–965. <https://doi.org/10.1007/s11121-018-0886-5>
- Khan, S., Down, J., Aouira, N., Bor, W., Haywood, A., Littlewood, R., Heussler, H., & McDermott, B. (2019). Current pharmacotherapy options for conduct disorders in adolescents and children. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 20(5), 571–583. <https://doi.org/10.1080/14656566.2018.1561862>
- Kierfeld, F., & Döpfner, M. (2006). Bibliothérapie als Behandlungsmöglichkeit bei Kindern mit externalen Verhaltensstörungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34(5), 377–386. <https://doi.org/10.1024/1422-4917.34.5.377>
- 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 & Adolescent Psychiatry*, 22(9), 553–565. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0397-7>
- Kinderschutz-Zentrum Berlin. (2009). *Kindeswohlgefährdung – Erkennen und Helfen* (11. überarbeitete Auflage).

- <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/94156/178873b3c5a6eeb604568df609e16683/kindeswohlgefaehrung-erkennen-und-helfen-data.pdf>
- Kinderschutzeleitlinienbüro. (2019). AWMF S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzeleitlinie). (AWMF-Registernummer 027 - 069). <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/027-069>
- Kindler, H., Lillig, S., Blüml, H., Meysen, T., & Werner, A. (2006). *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)*. Deutsches Jugendinstitut. https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs/asd_handbuch.pdf
- Kiziltepe, R., Gumusten, D., Sagel-Cetiner, E., Ebeoglu Duman, M., Yilmaz Irmak, T., & Aksel, S. (2023). An intervention program for male juvenile offenders in Turkey: A pilot randomized trial. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 67(13-14), 1307–1322. <https://doi.org/10.1177/0306624X231165417>
- Kjøbli, J., Zachrisson, H. D., & Bjørnebekk, G. (2018). Three randomized effectiveness trials — One question: Can callous-unemotional traits in children be altered? *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(3), 436–443. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1178123>
- Köhler, D., Kuksa, S. K., Hinrichs, G., Schmeck, K., & Fegert, J. (2011). YPI Youth-Psychopathic-Traits-Inventory (deutsche Version). In C. Barkmann, M. Schulte-Markwort, & E. Brähler (Eds.), *Klinisch-psychiatrische Ratingskalen für das Kindes- und Jugendalter* (pp. 478–482). Hogrefe.
- Kölch, M. (2022). § 35a Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit seelischer Behinderung oder drohender seelischer Behinderung In R. Wiesner & H. Wapler (Eds.), *SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe* (6 ed., pp. 639–736). Beck.
- Konrad, G. (2002). *Entwicklung und Evaluation eines Gruppentrainings für Mütter von Kindern mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)*. Peter Lang.
- Konrad, K., Kohls, G., Baumann, S., Bernhard, A., Martinelli, A., Ackermann, K., Smaragdi, A., Gonzalez-Madruga, K., Wells, A., Rogers, J. C., Pauli, R., Clanton, R., Baker, R., Kersten, L., Prätzlich, M., Oldenhof, H., Jansen, L., Kleeven, A., Bigorra, A.,...Freitag, C. M. (2022). Sex differences in psychiatric comorbidity and clinical presentation in youths with conduct disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(2), 218–228. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13428>
- Korpershoek, H., Harms, T., de Boer, H., van Kuijk, M., & Doolaard, S. (2016). A meta-analysis of the effects of classroom management strategies and classroom management programs on students' academic, behavioral, emotional, and motivational outcomes. *Review of Educational Research*, 86(3), 643–680. <https://doi.org/10.3102/0034654315626799>
- Korpershoek, H., Mouw, J. M., & De Boer, H. (2022). International research on the foci and effectiveness of classroom management programs and strategies. In E. J. Sabornie & D. L. Espelage (Eds.), *Handbook of classroom management* (3 ed., pp. 350–372). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003275312-22>
- Kuhn, M., Gonzalez, E., Weil, L., Izguttinov, A., & Walker, S. (2022). Effectiveness of child-focused interventions for externalizing behavior: A rapid evidence review. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 50(8), 987–1009. <https://doi.org/10.1007/s10802-022-00904-6>
- Kupper, K., & Rohrmann, S. (2016). *State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar-2 für Kinder und Jugendliche (STAXI-2 KJ)*. Hogrefe. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000330>
- Labella, M. H., Lind, T., Sellers, T., Roben, C. K. P., & Dozier, M. (2020). Emotion regulation among children in foster care versus birth parent care: Differential effects of an early home-visiting intervention. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 48(8), 995–1006. <https://doi.org/10.1007/s10802-020-00653-4>
- Larden, M., Hogstrom, J., & Langstrom, N. (2021). Effectiveness of an individual cognitive-behavioral intervention for serious, young male violent offenders: Randomized controlled study with twenty-four-month follow-up. *Frontiers in Psychiatry*, 12, Article 670957. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.670957>
- Larsson, B., Fossum, S., Clifford, G., Drugli, M. B., Handegård, B. H., & Mørch, W. T. (2009). Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children: Results of a

- randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18(1), 42–52. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-0702-z>
- Lauth, G., Grimm, K., & Otte, T. (2007). Verhaltensübungen im Elterntaining: Eine Studie zur differenzierten Wirksamkeit im Elterntaining. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 36, 26–35. <https://doi.org/10.1026/1616-3443.36.1.26>
- Lauth, G. W., & Heubeck, B. (2006). *Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger Kinder (KES): Ein Präventionsprogramm*. Hogrefe.
- 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(4), 248–257. <https://doi.org/10.1026/1616-3443.34.4.248>
- Lauth, G. W., Otte, T. A., & Heubeck, B. G. (2009). Effectiveness of a competence training programme for parents of socially disruptive children. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 14(2), 117–126. <https://doi.org/10.1080/13632750902921914>
- Lechner, V., Peter, C., Ortelbach, N., Adam, D., Hepke, K., & Scheithauer, H. (2020). *Papilio-6bis9. Praxisordner für LehrerInnen und pädagogische Fachkräfte*. Papilio.
- Lees, D., Frampton, C. M., & Merry, S. N. (2019). Efficacy of a home visiting enhancement for high-risk families attending parent management programs: A randomized superiority clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 76(3), 241–248. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.4183>
- Leijten, P., Gardner, F., Melendez-Torres, G. J., van Aar, J., Hutchings, J., Schulz, S., Knerr, W., & Overbeek, G. (2019). Meta-analyses: Key parenting program components for disruptive child behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(2), 180–190. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.07.900>
- Leijten, P., Melendez-Torres, G. J., & Gardner, F. (2022). Research review: The most effective parenting program content for disruptive child behavior - a network meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(2), 132–142. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13483>
- Leijten, P., Melendez-Torres, G. J., Gardner, F., van Aar, J., Schulz, S., & Overbeek, G. (2018). Are relationship enhancement and behavior management "the golden couple" for disruptive child behavior? Two meta-analyses. *Child Development*, 89(6), 1970–1982. <https://doi.org/10.1111/cdev.13051>
- Leijten, P., Raaijmakers, M., & Matthys, W. (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. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.769169>
- Leijten, P., Raaijmakers, M. A., Orobio de Castro, B., van den Ban, E., & Matthys, W. (2017). Effectiveness of the Incredible Years parenting program for families with socioeconomically disadvantaged and ethnic minority backgrounds. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46(1), 59–73. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1038823>
- Li, F., Li, X., & Kou, H. (2023). Emotional recognition training enhances attention to emotional stimuli among male juvenile delinquents. *Psychology Research and Behavior Management*, 16, 575–586. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S403512>
- Li, Y., Roslan, S. B., Ahmad, N. A. B., Omar, Z. B., & Zhang, L. (2019). Effectiveness of group interpersonal psychotherapy for decreasing aggression and increasing social support among Chinese university students: A randomized controlled study. *Journal of Affective Disorders*, 251, 274–279. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.051>
- Liber, J. M., De Boo, G. M., Huizenga, H., & Prins, P. J. M. (2013). School-based intervention for childhood disruptive behavior in disadvantaged settings: A randomized controlled trial with and without active teacher support. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(6), 975–987. <https://doi.org/10.1037/a0033577>
- Lindstrom Johnson, S., Elam, K., Rogers, A. A., & Hilley, C. (2018). A meta-analysis of parenting practices and child psychosocial outcomes in trauma-informed parenting interventions after violence exposure. *Prevention Science*, 19(7), 927–938. <https://doi.org/10.1007/s11121-018-0943-0>
- Liu, S., Phu, T., Dominguez, A., Hurwich-Reiss, E., McGee, D., Watamura, S., & Fisher, P. (2021). Improving caregiver self-efficacy and children's behavioral outcomes via a brief strength-

- based video coaching intervention: Results from a randomized controlled trial. *Prevention Science*, 26(Suppl 1), 52–65. <https://doi.org/10.1007/s11121-021-01251-6>
- Lochman, J. E., Dishion, T. J., Powell, N. P., Boxmeyer, C. L., Qu, L., & Saltee, M. (2015). Evidence-based preventive intervention for preadolescent aggressive children: One-year outcomes following randomization to group versus individual delivery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(4), 728–735. <https://doi.org/10.1037/ccp0000030>
- Lochman, J. E., Glenn, A. L., Powell, N. P., Boxmeyer, C. L., Bui, C., Kassing, F., Qu, L., Romerero, D. E., & Dishion, T. (2019). Group versus individual format of intervention for aggressive children: Moderators and predictors of outcomes through 4 years after intervention. *Development and Psychopathology*, 31(5), 1757–1775. <https://doi.org/10.1017/S0954579419000968>
- Lochman, J. E., Wells, K. C., & Lenhart, L. A. (2008). *Coping power: Child group program*. Oxford University Press.
- Lohbeck, A., Schultheiß, J., Petermann, F., & Petermann, U. (2015). Die deutsche Selbstbeurteilungsversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu-S): Psychometrische Eigenschaften, Faktorenstruktur und Grenzwerte. *Diagnostica*, 61(4), 222–235. <https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000153>
- Loy, J. H., Merry, S. N., Hetrick, S. E., & Stasiak, K. (2017). Atypical antipsychotics for disruptive behaviour disorders in children and youths. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008559.pub3>
- Lui, J. H. L., Barry, C. T., & Marcus, D. K. (2019). A short-term intervention for adolescents with callous-unemotional traits and emotion-processing deficits. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 38(6), 475–500. <https://doi.org/10.1521/jscp.2019.38.6.475>
- Lukesch, H. (2005). *Fragebogen zur Erfassung von Empathie, Prosozialität, Aggressionsbereitschaft und aggressivem Verhalten (FEPA)*. Hogrefe.
- Mankoski, R., Zhao, J., Carson, W. H., Mathew, S. J., & Forbes, R. A. (2011). Young mania rating scale line item analysis in pediatric subjects with bipolar I disorder treated with aripiprazole in a short-term, double-blind, randomized study. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 21(4), 359–364. <https://doi.org/10.1089/cap.2010.0100>
- Marcus, R. N., Owen, R., Kamen, L., Manos, G., McQuade, R. D., Carson, W. H., & Aman, M. G. (2009). A placebo-controlled, fixed-dose study of aripiprazole in children and adolescents with irritability associated with autistic disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(11), 1110–1119. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181b76658>
- Markham, A. (2018). A review following systematic principles of Multisystemic Therapy for antisocial behavior in adolescents aged 10-17 years. *Adolescent Research Review*, 3(1), 67–93. <https://doi.org/10.1007/s40894-017-0072-1>
- Martinez, C. R., Jr., Eddy, J. M., McClure, H. H., & Cobb, C. L. (2022). Promoting strong Latino families within an emerging immigration context: Results of a replication and extension trial of a culturally adapted preventive intervention. *Prevention Science*, 23(2), 283–294. <https://doi.org/10.1007/s11121-021-01323-7>
- Matalon, C., & Turliuc, M. N. (2023). The effectiveness of a home-based parent management training for preschoolers with oppositional behaviors in Israel: A randomized controlled trial. *Early Childhood Research Quarterly*, 63, 386–399. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2023.01.010>
- McAloon, J., & de la Poer Beresford, K. (2023). Online behavioral parenting interventions for disruptive behavioral disorders: A PRISMA based systematic review of clinical trials. *Child psychiatry and human development*, 54(2), 379–396. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01253-z>
- McCart, M. R., Sheidow, A. J., & Jaramillo, J. (2023). Evidence base update of psychosocial treatments for adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 52(4), 447–474. <https://doi.org/10.1080/15374416.2022.2145566>
- McClure, B. M. (2017). *Investigation of CASEL SElect programs with minority students from high poverty communities* (Publication Number 10240306) [Doctoral dissertation, Indiana University of Pennsylvania]. ProQuest Dissertations & Theses Global.

- McDaniel, S. C., Albritton, K., & Stuckey, A. (2021). Examining the preliminary effects of a summer social emotional learning program for young children. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 29(2), 125–132. <https://doi.org/10.1177/1063426620912395>
- McLean, M. A., Scoten, O. C., Yu, W., Ye, X. Y., Petrie, J., Church, P. T., Soraisham, A. S., Mirea, L. S., Weinberg, J., Synnes, A. R., O'Brien, K., & Grunau, R. E. (2022). Lower maternal chronic physiological stress and better child behavior at 18 months: Follow-up of a cluster randomized trial of neonatal intensive care unit Family Integrated Care. *The Journal of Pediatrics*, 243, 107–115.e104. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2021.12.055>
- Mingebach, T., Kamp-Becker, I., Christiansen, H., & Weber, L. (2018). Meta-meta-analysis on the effectiveness of parent-based interventions for the treatment of child externalizing behavior problems. *PLOS ONE*, 13(9), Article e0202855. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202855>
- Mokros, L., Benien, N., Mütsch, A., Kinnen, C., Schürmann, S., Metternich-Kaizman, T. W., Breuer, D., Hautmann, C., Ravens-Sieberger, 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(4), 275–288. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000348>
- Monshouwer, K., Kepper, A., Eijnden, R., Koning, I., & Vollebergh, W. (2014). Initiation of substance use by adolescents after one year in residential youth care. *Child & Youth Care Forum*, 44(5), 597–611. <https://doi.org/10.1007/s10566-014-9294-6>
- Morshed, N., Babamiri, M., Zemestani, M., & Alipour, N. (2019). A comparative study on the effectiveness of individual and group play therapy on symptoms of oppositional defiant disorder among children. *Korean Journal of Family Medicine*, 40(6), 368–372. <https://doi.org/10.4082/kjfm.18.0045>
- Mouton, B., Loop, L., Stievenart, M., & Roskam, I. (2018). Parenting programs to reduce young children's externalizing behavior: A meta-analytic review of their behavioral or cognitive orientation. *Child & Family Behavior Therapy*, 40(2), 115–147. <https://doi.org/10.1080/07317107.2018.1477348>
- Müller-Luzi, S., & Schmid, M. (2017). Gelingensfaktoren und Stopplersteine in der Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie aus Sicht sozialpädagogischer Fachkräfte. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 66(8), 576–598. <https://doi.org/10.13109/prkk.2017.66.8.576>
- Murano, D., Sawyer, J. E., & Lipnevich, A. A. (2020). A meta-analytic review of preschool social and emotional learning interventions. *Review of Educational Research*, 90(2), 227–263. <https://doi.org/10.3102/0034654320914743>
- Mytton, J., DiGuseppi, C., Gough, D., Taylor, R., & Logan, S. (2006). School-based secondary prevention programmes for preventing violence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004606.pub2>
- Nayeri, M. F., Soltanifar, A., Moharreri, F., & Akbarzadeh, F. (2021). A randomized controlled trial of group reality therapy in attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in adolescents. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 15(1), Article e68643. <https://doi.org/10.5812/IJPBS.68643>
- Neuman, K. J., & Bagner, D. M. (2023). A pilot trial of a home-based parenting intervention for high-risk infants: Effects on and moderating role of effortful control. *Behavior Therapy*, 55(1), 42–54. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.05.003>
- Newman, L., Wagner, M., Cameto, R., & Knokey, A.-M. (2009). *The post-high school outcomes of youth with disabilities up to 4 years after high school: A report from the National Longitudinal Transition Study-2 (NLTS2) (NCSE 20093017)*. SRI International. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED505448.pdf>
- Nijhof, K., te Brinke, L. W., Njardvik, U., & Liber, J. M. (2021). The role of perspective taking and self-control in a preventive intervention targeting childhood disruptive behavior. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 49(5), 657–670. <https://doi.org/10.1007/s10802-020-00761-1>

- Nitz, J., Brack, F., Hertel, S., Krull, J., Stephan, H., Hennemann, T., & Hanisch, C. (2023a). Multi-tiered systems of support with focus on behavioral modification in elementary schools: A systematic review. *Heliyon*, 9(6), Article e17506. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e17506>
- Nitz, J., Hagen, T., Krull, J., Verbeck, L., Eiben, K., Hanisch, C., & Hennemann, T. (2023b). Tiers 1 and 2 of a German MTSS: Impact of a multiple baseline study on elementary school students with disruptive behavior. *Frontiers in Education*, 8, Article 1208854. <https://doi.org/10.3389/feduc.2023.1208854>
- Njardvik, U., Smaradottir, H., & Ost, L.-G. (2022). The effects of emotion regulation treatment on disruptive behavior problems in children: A randomized controlled trial. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 50(7), 895–905. <https://doi.org/10.1007/s10802-022-00903-7>
- Nogueira, S., Abreu-Lima, I., Canário, C., & Cruz, O. (2021). Group triple P – A randomized controlled trial with low-income mothers. *Children and Youth Services Review*, 121, Article 105862. <https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2020.105862>
- Novak, A., Poling, D., Muller, R., & Peyton, D. (2020). Gender differences in risk and protective factors among youth with EBD: Findings from the NLTS2. *Behavioral Disorders*, 46(1), 29–41. <https://doi.org/10.1177/0198742919894288>
- O'Farrelly, C., Watt, H., Babalis, D., Bakermans-Kranenburg, M. J., Barker, B., Byford, S., Ganguli, P., Grimas, E., Iles, J., Mattock, H., McGinley, J., Phillips, C., Ryan, R., Scott, S., Smith, J., Stein, A., Stevens, E., van Ijzendoorn, M. H., Warwick, J., & Ramchandani, P. G. (2021). A brief home-based parenting intervention to reduce behavior problems in young children: A pragmatic randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics*, 175(6), 567–576. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.6834>
- O'Leary-Barrett, M., Topper, L., Al-Khudhairy, 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 American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(9), 911–920. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.020>
- Olaghere, A., Wilson, D. B., & Kimbrell, C. S. (2021). Trauma-informed interventions for at-risk and justice-involved youth: A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 48(9), 1261–1277. <https://doi.org/10.1177/00938548211003117>
- Oliver, R., Wehby, J., & Reschly, D. (2011). Teacher classroom management practices: Effects on disruptive or aggressive student behavior. *Campbell Systematic Reviews*, 7(1), 1–55. <https://doi.org/10.4073/csr.2011.4>
- Olson, J. R., Benjamin, P. H., Azman, A. A., Kellogg, M. A., Pullmann, M. D., Suter, J. C., & Bruns, E. J. (2021). Systematic review and meta-analysis: Effectiveness of wraparound care coordination for children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 60(11), 1353–1366. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.02.022>
- Overbeek, G., van Aar, J., de Castro, B. O., Matthys, W., Weeland, J., Chhangur, R. R., & Leijten, P. (2021). Longer-term outcomes of the Incredible Years parenting intervention. *Prevention Science*, 22(4), 419–431. <https://doi.org/10.1007/s11121-020-01176-6>
- Owen, R., Sikich, L., Marcus, R. N., Corey-Lisle, P., Manos, G., McQuade, R. D., Carson, W. H., & Findling, R. L. (2009). Aripiprazole in the treatment of irritability in children and adolescents with autistic disorder. *Pediatrics*, 124(6), 1533–1540. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-3782>
- Parker, M. M., Hunnicutt Hollenbaugh, K. M., & Kelly, C. T. (2021). Exploring the impact of child-centered play therapy for children exhibiting behavioral problems: A meta-analysis. *International Journal of Play Therapy*, 30(4), 259–271. <https://doi.org/10.1037/pla0000128>
- Parra-Cardona, R., Fuentes-Balderrama, J., Vanderziel, A., López-Zerón, G., Domenech Rodríguez, M. M., DeGarmo, D. S., & Anthony, J. C. (2021). A culturally adapted parenting intervention for Mexican-origin immigrant families with adolescents: Integrating science, culture, and a focus

- on immigration-related adversity. *Prevention Science*, 23, 271–282. <https://doi.org/10.1007/s11121-021-01317-5>
- Pereira, A. I., Ferreira, C., Oliveira, M., Evangelista, E. S., Ferreira, J., Roberto, M. S., Tereso, S., Pereira, A. M., Neves, S., & Crespo, C. (2020). Effectiveness of a combined surf and psychological preventive intervention with children and adolescents in residential childcare: A randomized controlled trial. *Revista de Psicologia Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(2), 22–31. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.07.2.3>
- Perlstein, S., Fair, M., Hong, E., & Waller, R. (2023). Treatment of childhood disruptive behavior disorders and callous-unemotional traits: A systematic review and two multilevel meta-analyses. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 64(9), 1372–1387. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13774>
- Petermann, F., Döpfner, M., & Görtz-Dorten, A. (2016). *Aggressiv-oppositionelles Verhalten im Kindesalter* (3 ed.). Hogrefe. <https://www.hogrefe.com/ch/shop/aggressiv-oppositionelles-verhalten-im-kindesalter.html>
- Petermann, F., & Petermann, U. (2012). *Training mit aggressiven Kindern* (13., überarbeitete Auflage). Beltz.
- Petermann, F., & Petermann, U. (2015). *Erfassungsbogen für aggressives Verhalten in konkreten Situationen (EAS)* (5., aktualisierte Auflage). Hogrefe.
- Petermann, F., & Petermann, U. (2023). *Training mit aggressiven Kindern* (14. Auflage). Beltz.
- 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(3), 182–189. <https://doi.org/10.1026/0942-5403.17.3.182>
- Petermann, P., & Beckers, L. (2014). *Differentieller Aggressionsfragebogen (DAF). Ein Verfahren zur Erfassung reaktiver und proaktiver Aggression bei Kindern und Jugendlichen*. Hogrefe.
- Petermann, U., Kamau, L., Nitkowski, D., & Petermann, F. (2013). Die Effektivität des Trainings mit aggressiven Kindern im Rahmen einer Hochschulambulanz. *Kindheit und Entwicklung*, 22(3), 174–180. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000114>
- Petermann, U., Nitkowski, D., Polchow, D., Pätel, J., Roos, S., Kanz, F.-J., & Petermann, F. (2007). Langfristige Effekte des Trainings mit aggressiven Kindern. *Kindheit und Entwicklung*, 16(3), 143–151. <https://doi.org/10.1026/0942-5403.16.3.143>
- Petermann, U. J., Krummrich, M., Meier, C., Petermann, F., & Nitkowski, D. (2010). Das Training mit aggressiven Kindern als schulbasiertes Präventionsprogramm. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 57(2), 132–143. <https://doi.org/10.2378/peu2010.art10d>
- Pilling, S., Fonagy, P., Allison, E., Barnett, P., Campbell, C., Constantinou, M., Gardner, T., Lorenzini, N., Matthews, H., Ryan, A., Sacchetti, S., Truscott, A., Ventura, T., Watchorn, K., Whittington, C., & Kendall, T. (2020). Long-term outcomes of psychological interventions on children and young people's mental health: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 15(11), Article e0236525. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236525>
- Plattner, B., Aebi, M., Steinhausen, H.-C., & Bessler, C. (2011). Psychopathologische und komorbide Störungen inhaftierter Jugendlicher in Österreich: Implikationen für einen jugendpsychiatrischen Versorgungsauftrag im Strafvollzug. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 39(4), 231–242. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000113>
- Plück, J., Eichelberger, I., Hautmann, C., Hanisch, C., Jaenen, N., & Döpfner, M. (2015a). Effectiveness of a teacher-based indicated prevention program for preschool children with externalizing problem behavior. *Prevention Science*, 16(2), 233–241. <https://doi.org/10.1007/s11121-014-0487-x>
- Plück, J., Eichelberger, I., Hautmann, C., Hanisch, C., Jänen, N., & Döpfner, M. (2015b). Effectiveness of a teacher-based indicated prevention program for preschool children with externalizing problem behavior. *Prevention Science*, 16(2), 233–241. <https://doi.org/10.1007/s11121-014-0487-x>

- Plück, J., Wieczorrek, E., Wolff Metternich-Kaizman, T., Döpfner, M., Brix, G., Freund-Braier, I., & Hautmann, C. J. (2006). *Präventionsprogramm für Expansives Problemverhalten (PEP): Ein Manual für Eltern- und Erziehergruppen*. Hogrefe.
- Pringsheim, T., Hirsch, L., Gardner, D., & Gorman, D. A. (2015a). The pharmacological management of oppositional behaviour, conduct problems, and aggression in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: A systematic review and meta-analysis. Part 1: Psychostimulants, alpha-2 agonists, and atomoxetine. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(2), 42–51.
<https://doi.org/10.1177/070674371506000202>
- Pringsheim, T., Hirsch, L., Gardner, D., & Gorman, D. A. (2015b). The pharmacological management of oppositional behaviour, conduct problems, and aggression in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: A systematic review and meta-analysis. Part 2: Antipsychotics and traditional mood stabilizers. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(2), 52–61.
<https://doi.org/10.1177/070674371506000203>
- Prinz, R. J., Metzler, C. W., Sanders, M. R., Rusby, J. C., & Cai, C. (2022). Online-delivered parenting intervention for young children with disruptive behavior problems: A noninferiority trial focused on child and parent outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(2), 199–209. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1111/jcpp.13426>
- Rademacher, C., & Döpfner, M. (2025). *Familienprobleme im Jugendalter: SELBST - Therapieprogramm für Jugendliche mit Selbstwert-, Leistungs- und Beziehungsstörungen, Band 4*. Hogrefe. <https://doi.org/10.1026/02507-000>
- Rademacher, C., Hautmann, C., & Döpfner, M. (2017). 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*, 45(4), 283–294.
<https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000440>
- Rajkumar, R. P. (2022). Antipsychotics in the management of disruptive behavior disorders in children and adolescents: An update and critical review. *Biomedicines*, 10(11), Article 2818.
<https://doi.org/10.3390/biomedicines10112818>
- Ramdhoney-Dowlot, K., Balloo, K., & Essau, C. A. (2021). Effectiveness of the Super Skills for Life programme in enhancing the emotional wellbeing of children and adolescents in residential care institutions in a low- and middle-income country: A randomised waitlist-controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 278, 327–338. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.053>
- Rauer, W. (2009). *Elternkurs "Starke Eltern - Starke Kinder": Wirkungsanalysen bei Eltern und ihren Kindern in Verknüpfung mit Prozessanalysen in den Kursen; eine bundesweite Studie*. Ergon.
- Reddy, L. A., Glover, T. A., Dudek, C. M., Alperin, A., Wiggs, N. B., & Bronstein, B. (2022). A randomized trial examining the effects of paraprofessional behavior support coaching for elementary students with disruptive behavior disorders: Paraprofessional and student outcomes. *Journal of School Psychology*, 92, 227–245.
<https://doi.org/10.1016/j.jsp.2022.04.002>
- Reinke, W. M., Stormont, M., Herman, K. C., & Dong, N. (2021). The Incredible Years Teacher Classroom Management program: Effects for students receiving special education services. *Remedial and Special Education*, 42(1), 7–17. <https://doi.org/10.1177/0741932520937442>
- Ren, Z., Zhao, Z., Yu, X., Zhang, L., & Li, X. (2021). Modification of hostile interpretation bias and self-reported aggression in juvenile delinquents: A randomized controlled trial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21(2), Article 100226.
<https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2021.100226>
- Richard, J., Fletcher, É., Boutin, S., Derevensky, J., & Temcheff, C. (2020). Conduct problems and depressive symptoms in association with problem gambling and gaming: A systematic review. *Journal of Behavioral Addictions*, 9(3), 497–533.
<https://doi.org/10.1556/2006.2020.00045>

- Riise, E. N., Wergeland, G. J. H., Njardvik, U., & Öst, L.-G. (2021). Cognitive behavior therapy for externalizing disorders in children and adolescents in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 83, Article 101954. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101954>
- 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(5), 463–482. <https://doi.org/10.25656/01:3054>
- Roth, I., & Reichle, B. (2008). *Prosoziales Verhalten lernen. "ich bleibe cool!" - ein Trainingsprogramm für die Grundschule*. Beltz.
- Roux, B., Pérez-Peña, M., & Philippot, P. (2021). A mindfulness-based intervention for adolescents with behavior disorders: Controlled trial with partial randomization. *Mindfulness*, 12(11), 2794–2809. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01743-0>
- Saba, P., Qi, H. W., Saleem, A., Chen, I. J., Kausar, F. N., & Iqbal, M. F. (2023). Effects of animated movies on the aggression and behavior performance of primary school students and their control using a cognitive behavioral anger-control training (CBACT) program. *Behavioral Sciences*, 13(8), Article 659. <https://doi.org/10.3390/bs13080659>
- Şahin, M. (2012). An investigation into the efficiency of empathy training program on preventing bullying in primary schools. *Children and Youth Services Review*, 34(7), 1325–1330. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.03.013>
- 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(1), 59–68. <https://doi.org/10.1024/1422-4917.33.1.59>
- Salzer, S., Cropp, C., Jaeger, U., Masuhr, O., & Streeck-Fischer, A. (2014). Psychodynamic therapy for adolescents suffering from co-morbid disorders of conduct and emotions in an in-patient setting: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 44(10), 2213–2222. <https://doi.org/10.1017/S003329171300278X>
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., & Turner, K. M. T. (2006). *Trainermanual für das Triple P Einzeltraining* (PAG Institut für Psychologie AG, Ed.). Verlag für Psychotherapie.
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., & Turner, K. M. T. (2009). *Das Triple P - Elternarbeitsbuch* (4. Auflage) (PAG Institut für Psychologie AG, Ed.). Verlag für Psychotherapie.
- Sanders, M. R., & Turner, K. M. T. (2006). *Trainermanual für das Teen Triple P Gruppenprogramm* (2. überarbeitete Auflage) (PAG Institut für Psychologie AG, Ed.). Verlag für Psychotherapie.
- Santisteban, D. A., Czaja, S. J., Nair, S. N., Mena, M. P., & Tulloch, A. R. (2017). Computer informed and flexible family-based treatment for adolescents: A randomized clinical trial for at-risk racial/ethnic minority adolescents. *Behavior Therapy*, 48(4), 474–489. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.001>
- Savaglio, M., Yap, M. B., O'Donnell, R., & Skouteris, H. (2023). Targeted community-based programmes for children's mental health: A systematic review and meta-analysis of the Australian literature. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 57(2), 197–212. <https://doi.org/10.1177/00048674221124506>
- Schaeffer, C. M., Dimeff, L. A., Koerner, K., Chung, J., Kelley-Brimer, A., Kako, N., Ilac, M., Tuerk, E., Carroll, D., & Beadnell, B. (2022). A smartphone app for parental management of adolescent conduct problems: Randomized clinical trial of iKinnect. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 54(1), 52–66. <https://doi.org/10.1080/15374416.2022.2070851>
- Schaub, S., Ramseier, E., Neuhauser, A., Burkhardt, S. C. A., & Lanfranchi, A. (2019). Effects of home-based early intervention on child outcomes: A randomized controlled trial of parents as teachers in Switzerland. *Early Childhood Research Quarterly*, 48, 173–185. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2019.03.007>
- Scheithauer, H., & Peter, C. (2022). *Papilio-3bis6. Förderung sozial-emotionaler Kompetenz - Prävention von Verhaltens- und emotionalen Problemen. Ein Programm für Kindertagesstätten. Theorie und Grundlagen* (1. Neuauflage). Papilio.

- Schick, A., & Cierpka, M. (2003). Faustlos: Evaluation eines Curriculums zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen und zur Gewaltprävention in der Grundschule. *Kindheit und Entwicklung*, 12(2), 100–110. <https://doi.org/10.1026//0942-5403.12.2.100>
- Schick, A., & Cierpka, M. (2005). Faustlos: Evaluation of a curriculum to prevent violence in elementary schools. *Applied & Preventive Psychology*, 11(3), 157–165. <https://doi.org/10.1016/J.APPSY.2005.05.001>
- Schick, A., & Cierpka, M. (2006). Evaluation des Faustlos-Curriculums für den Kindergarten. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 55(6), 459–474. <https://doi.org/10.25656/01:976>
- Schippers, E. E., Hoogsteder, L. M., & Stams, G. J. J. M. (2020). Responsive Aggression Regulation Therapy (Re-ART) improves executive functioning in adolescents and young adults with severe aggression problems: A pilot study. *Journal of Forensic Sciences*, 65(6), 2058–2064. <https://doi.org/10.1111/1556-4029.14539>
- Schleider, J. L., Burnette, J. L., Widman, L., Hoyt, C., & Prinstein, M. J. (2020). Randomized trial of a single-session growth mind-set intervention for rural adolescents' internalizing and externalizing problems. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 49(5), 660–672. <https://doi.org/10.1080/15374416.2019.1622123>
- Schmid, M. (2007). *Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe*. Juventa.
- Schmid, M., Fegert, J. M., Schmeck, K., & Boonmann, C. (2022). Was wird aus Care Leavern?: Ergebnisse einer Längsschnittstudie in einer Hochrisikostichprobe von ehemals außerfamiliär platzierten Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 31(1), 1–8. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000364>
- Schmid, M., Kölch, M., Fegert, J., & Schmeck, K. (2013). *Abschlussbericht für den Fachausschuss für die Modellversuche und das Bundesamt für Justiz. Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und Erkenntnisse des Modellversuchs Abklärung und Zielerreichung in stationären Massnahmen (MAZ.)*. <https://www.bj.admin.ch/dam/data/bj/sicherheit/smv/modellversuche/evaluationsberichte/maz-schlussbericht-d.pdf>
- Schoenwald, S. K., Carter, R. E., Chapman, J. E., & Sheidow, A. J. (2008). Therapist adherence and organizational effects on change in youth behavior problems one year after multisystemic therapy. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 35(5), 379–394. <https://doi.org/10.1007/s10488-008-0181-z>
- Schünemann, H., Brozek, J., Guyatt, G., & Oxman, A. (Eds.). (2013). *GRADE Handbook. Introduction to GRADE Handbook. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendation using the GRADE approach*. <https://gdt.gradeapro.org/app/handbook/handbook.html>.
- Schuurmans, A. A. T., Nijhof, K. S., Popma, A., Scholte, R., & Otten, R. (2023). The effectiveness of game-based meditation therapy for adolescents with posttraumatic symptoms in residential care: A randomized controlled trial. *Residential Treatment for Children & Youth*, 41(3), 275–294. <https://doi.org/10.1080/0886571X.2023.2246365>
- Senior, C. J., Godovich, S. A., Shiffrin, N. D., Cummings, C. M., Alvord, M. K., & Rich, B. A. (2023). The effects of a school-based resilience intervention for youth with socioemotional difficulties. *Journal of Child and Family Studies*, 32(2), 384–397. <https://doi.org/10.1007/s10826-022-02362-6>
- Sevecke, K., & Krischer, M. K. (2014). *Hare Psychopathy Checklist: Youth Version by A.E. Forth, D.S. Kosson and R.D. Hare – Deutsche Version (PCL:YV™)*. Hogrefe.
- Shafiq, S., & Pringsheim, T. (2018). Using antipsychotics for behavioral problems in children. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 19(13), 1475–1488. <https://doi.org/10.1080/14656566.2018.1509069>
- Sheidow, A. J., McCart, M. R., & Drazdowski, T. K. (2022). Family-based treatments for disruptive behavior problems in children and adolescents: An updated review of rigorous studies (2014–April 2020). *Journal of Marital and Family Therapy*, 48(1), 56–82. <https://doi.org/10.1111/jmft.12567>

- Shen, L., Jiang, S., & Tan, S. (2025). The effectiveness of school-based programs on aggressive behaviors among children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, 35(2), 149–169. <https://doi.org/10.1177/10497315241227147>
- Sherman, M. D., Monn, A., Larsen, J. L., & Gewirtz, A. (2018). Evaluation of a Sesame Street multimedia intervention for families transitioning out of the military. *Journal of Child and Family Studies*, 27(8), 2533–2540. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1083-7>
- Silva Garcia, K. (2020). *The impact of a parent education program for helping mothers help their children cope with stress on children's coping and adjustment* (Publication Number 27828701) [Doctoral dissertation, Washington State University]. ProQuest Dissertations & Theses Global.
- Singh, P. (2017). Altering the way adolescents attribute negative ambiguous social encounters: A social-cognitive intervention for reducing aggression. *Asia Pacific Journal of Counselling and Psychotherapy*, 8(1), 15–28. <https://doi.org/10.1080/21507686.2016.1256903>
- Sklad, M., Diekstra, R., de Ritter, M., Ben, J., & Gravesteyn, C. (2012). Effectiveness of school-based universal social, emotional, and behavioral programs: Do they enhance students' development in the area of skill, behavior, and adjustment? *Psychology in the Schools*, 49(9), 892–909. <https://doi.org/10.1002/pits.21641>
- Sluiter, M. N., Bos, E. H., Doornenbal, J. M., De Jonge, P., & Batstra, L. (2023). Wild and willful kids: Can we help parents? The effectiveness of a group parent training program without a psychiatric label. *Journal of Psychiatric Practice*, 29(3), 246–259. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000704>
- Somech, L. Y. (2021). Effortful control mediates the effect of parenting intervention on preschool callous-unemotional traits. *Journal of Child and Family Studies*, 30(8), 1920–1932. <https://doi.org/10.1007/s10826-021-01988-2>
- Sourander, A., McGrath, P. J., Ristkari, T., Cunningham, C., Huttunen, J., Hinkka-Yli-Salomäki, S., Kurki, M., & Lingley-Pottie, P. (2018). Two-year follow-up of internet and telephone assisted parent training for disruptive behavior at age 4. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(9), 658–668.e651. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.07.001>
- Sourander, A., McGrath, P. J., Ristkari, T., Cunningham, C., Huttunen, J., Lingley-Pottie, P., Hinkka-Yli-Salomäki, S., Kinnunen, M., Vuorio, J., & Sinokki, A. (2016). Internet-assisted parent training intervention for disruptive behavior in 4-year-old children: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 73(4), 378–387. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.3411>
- Southam-Gerow, M. A., & Prinstein, M. J. (2014). Evidence base updates: The evolution of the evaluation of psychological treatments for children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(1), 1–6. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.855128>
- Splett, J. D., Maras, M. A., & Brooks, C. M. (2015). GIRLSS: A randomized, pilot study of a multisystemic, school-based intervention to reduce relational aggression. *Journal of Child and Family Studies*, 24(8), 2250–2261. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-0027-0>
- Stadler, C. (2014). Störungen des Sozialverhaltens. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 42(3), 177–184. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000287>
- Stadler, C., Freitag, C. M., Popma, A., Nauta-Jansen, L., Konrad, K., Unternährer, E., Ackermann, K., Bernhard, A., Martinelli, A., Oldenhof, H., Gundlach, M., Kohls, G., Prätzlich, M., Kieser, M., Limprecht, R., Raschle, N. M., Vriends, N., Trestman, R. L., Kirchner, M., & Kersten, L. (2023). START NOW: A cognitive behavioral skills training for adolescent girls with conduct or oppositional defiant disorder - a randomized clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 65(3), 316–327. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13896>
- Stadler, C., & Holler, M. (2020). START NOW - Ein Skills-Training für stationär platzierte Jugendliche mit Emotionsregulationsschwierigkeiten in Jugendhilfeeinrichtungen. In N. Beck (Ed.), *Therapeutische Heimerziehung. Grundlagen, Rahmenbedingungen, Methoden*. Lambertus.
- Stadler, C., Janke, W., & Schmeck, K. (2004). *Inventar zur Erfassung von Impulsivität, Risikoverhalten und Empathie bei 9- bis 14-jährigen Kindern (IVE)*. Hogrefe.

- Stadler, C., Kröger, A., Clement, H.-W., & Grasmann, D. (2012). Störungen des Sozialverhaltens. Wirksamkeit des intensivtherapeutischen Behandlungsansatzes VIA. *Kindheit und Entwicklung*, 21(2), 103–113. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000076>
- Statistisches Bundesamt. (2024a). *Hilfen zur Erziehung, einschließlich Hilfen für junge Volljährige in Deutschland nach Art der Hilfe*. Retrieved 30.12.2025 from <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Jugendarbeit/Tabellen/hilfen-erziehung-jungevolljaehrige.html>
- Statistisches Bundesamt. (2024b). *Seit 2017 erstmals wieder mehr junge Menschen in Heimen und Pflegefamilien*. Retrieved 10.02.2026 from https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/11/PD24_435_225.html
- Statistisches Bundesamt. (2026). *Erzieherische Hilfen/Beratungen: Deutschland, Jahre, Geschlecht, Migrationshintergrund, Art der Hilfe (Tabellencode: 22517-00022)*. Retrieved 11.03.2026 from <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/22517/table/22517-0002>
- Stoltz, S. E. M. J., Londen, M., Deković, M., & Prinzie, P. (2012). Effectiveness of individually delivered indicated school-based interventions on externalizing behavior. *International Journal of Behavioral Development*, 36(5), 381–388. <https://doi.org/10.1177/0165025412450525>
- Suter, J. C., & Bruns, E. J. (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. <https://doi.org/10.1007/s10567-009-0059-y>
- Talmón-Knuser, F., González-Sala, F., Lacomba-Trejo, L., & Samper-García, P. (2023). Reactive attachment disorder and its relationship to psychopathology: A systematic review. *Children*, 10(12), Article 1892. <https://doi.org/10.3390/children10121892>
- te Brinke, L. W., Menting, A. T. A., Schuiringa, H. D., Deković, M., Weisz, J. R., & de Castro, B. O. (2021). Emotion regulation training as a treatment element for externalizing problems in adolescence: A randomized controlled micro-trial. *Behaviour Research and Therapy*, 143, Article 103889. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103889>
- Tennstädt, K.-C., & Dann, H.-D. (1987/1992). *Das Konstanzer Trainingsmodell (KTM). Band 2: Evaluation des Trainingserfolgs im empirischen Vergleich*. Huber.
- Thomas, R., Abell, B., Webb, H. J., Avdagic, E., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2017). Parent-child interaction therapy: A meta-analysis. *Pediatrics*, 140(3), Article e20170352. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-0352>
- Treier, A.-K., Hautmann, C., Dose, C., Nordmann, L., Katzmann, J., Pinior, J., Scholz, K. K., & Döpfner, M. (2022a). Process mechanisms in behavioral versus nondirective guided self-help for parents of children with externalizing behavior. *Child Psychiatry & Human Development*, 55, 453–466. <https://doi.org/10.1007/s10578-022-01400-0>
- Treier, A.-K., Hautmann, C., Katzmann, J., Nordmann, L., Pinior, J., Scholz, K. K., & Döpfner, M. (2022b). Treatment components in behavioral versus nondirective telephone assisted self-help interventions for parents of children with externalizing behavior problems. *Journal of Clinical Psychology*, 78(5), 735–746. <https://doi.org/10.1002/jclp.23255>
- Tschöpe-Scheffler, S. (2004). Eine Forschungsstudie zum Elternkurs des Deutschen Kinderschutzbundes e.V. „Starke Eltern - Starke Kinder®“. *Gruppe. Interaktion. Organisation. Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie*, 35(1), 51–66. <https://doi.org/10.1007/s11612-004-0005-x>
- Turner, K. M. T., Sanders, M. R., & Markie-Dadds, C. (2006). *Beratermanual für die Triple P - Kurzberatung (2. überarbeitete Auflage)* (PAG Institut für Psychologie AG, Ed.). Verlag für Psychotherapie.
- Turner, K. M. T., Sanders, M. R., & Markie-Dadds, C. (2007). *Trainermanual für das Triple P Gruppenprogramm (2. Auflage)* (PAG Institut für Psychologie AG, Ed.). Verlag für Psychotherapie.
- Ulvund, S. E. (2022). Early intervention in families with preterm infants: A review of findings from a randomized controlled trial following children up to 9 years of age. *Children*, 9(4), Article 474. <https://doi.org/10.3390/children9040474>

- Umbach, R., Raine, A., & Leonard, N. R. (2018). Cognitive decline as a result of incarceration and the effects of a CBT/MT intervention: A cluster-randomized controlled trial. *Criminal Justice and Behavior*, 45(1), 31–55. <https://doi.org/10.1177/0093854817736345>
- Valero-Aguayo, L., Rodriguez-Bocanegra, M., Ferro-Garcia, R., & Ascanio-Velasco, L. (2021). Meta-analysis of the efficacy and effectiveness of Parent Child Interaction Therapy (PCIT) for child behaviour problems. *Psicothema*, 33(4), 544–555. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.70>
- Van Craeyevelt, S., Verschueren, K., Vancraeyveldt, C., Wouters, S., & Colpin, H. (2017). The role of preschool teacher-child interactions in academic adjustment: An intervention study with Playing-2-gether. *British Journal of Educational Psychology*, 87(3), 345–364. <https://doi.org/10.1111/bjep.12153>
- van den Berg, Y. H. M., & Stoltz, S. (2018). Enhancing social inclusion of children with externalizing problems through classroom seating arrangements: A randomized controlled trial. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 26(1), 31–41. <https://doi.org/10.1177/1063426617740561>
- van der Pol, T. M., van Domburgh, L., van Widenfelt, B. M., Hurlburt, M. S., Garland, A. F., & Vermeiren, R. (2019). Common elements of evidence-based systemic treatments for adolescents with disruptive behaviour problems. *Lancet Psychiatry*, 6(10), 862–868. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(19\)30085-9](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(19)30085-9)
- van der Stouwe, T., Gubbels, J., Castenmiller, Y. L., van der Zouwen, M., Asscher, J. J., Hoeve, M., van der Laan, P. H., & Stams, G. J. J. M. (2021). The effectiveness of social skills training (SST) for juvenile delinquents: A meta-analytical review. *Journal of Experimental Criminology*, 17(3), 369–396. <https://doi.org/10.1007/s11292-020-09419-w>
- Van Holen, F., Vanderfaeillie, J., Omer, H., & Vanschoonlandt, F. (2018). Training in nonviolent resistance for foster parents: A randomized controlled Trial. *Research on Social Work Practice*, 28(8), 931–942. <https://doi.org/10.1177/1049731516662915>
- Van Holen, F., Vanschoonlandt, F., & Vanderfaeillie, J. (2017). Evaluation of a foster parent intervention for foster children with externalizing problem behaviour. *Child & Family Social Work*, 22(3), 1216–1226. <https://doi.org/10.1111/cfs.12338>
- van Schalkwyk, G. I., Lewis, A. S., Beyer, C., Johnson, J., van Rensburg, S., & Bloch, M. H. (2017). Efficacy of antipsychotics for irritability and aggression in children: A meta-analysis. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 17(10), 1045–1053. <https://doi.org/10.1080/14737175.2017.1371012>
- Vertone, L., Aebi, M., Imbach, D., Best, T., & Bessler, C. (2024). *Forensisches Therapieprogramm für angemessenes Sexualverhalten. Das ThePaS-Manual*. Hogrefe.
- Vloet, T. D., & Herpertz-Dahlmann, B. (2011). Die Bedeutung von Ängstlichkeit für die Phänotypisierung dissozialer Störungen des Kindes- und Jugendalters: Ein Weg zu konsistenteren neurobiologischen Befunden? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 39(1), 47–57. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000083>
- von Marées, N., & Petermann, F. (2010). *Bullying- und Viktimisierungsfragebogen (BVF)*. Hogrefe.
- Wade, L., Smith, J. J., Duncan, M. J., & Lubans, D. R. (2018). Mediators of aggression in a school-based physical activity intervention for low-income adolescent boys. *Mental Health and Physical Activity*, 14, 39–46. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2017.12.006>
- Wagner, A., Jennen-Steinmetz, C., Göpel, C., & Schmidt, M. H. (2004). Wie effektiv sind Interventionen bei Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens? - Eine Inanspruchnahmestudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 32(1), 5–16. <https://doi.org/10.1024/1422-4917.32.1.5>
- Wagner, E. F., Graziano, J. N., Morris, S. L., & Gil, A. G. (2014). A randomized controlled trial of guided self-change with minority adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), 1128–1139. <https://doi.org/10.1037/a0036939>
- Wagner, M., Newman, L., Cameto, R., Garza, N., & Levine, P. (2005). *After high school: A first look at the postschool experiences of youth with disabilities. A report from the National Longitudinal Transition Study-2 (NLTS2)*. SRI International. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED494935.pdf>

- Wagner, M. M., Wei, X., Thornton, S. P., & Valdes, K. (2016). Accessing services for youth with emotional disturbances in and after high school. *Career Development and Transition for Exceptional Individuals*, 39(3), 164–174. <https://doi.org/10.1177/2165143414565837>
- Wähnke, L., Dose, C., Klemp, M. T., Mühlenmeister, J., Plück, J., & Döpfner, M. (2024a). The relationship between symptom change and use of a web-based self-help intervention for parents of children with externalizing behavior disorders: Exploratory study. *JMIR Pediatrics and Parenting*, 7, Article e54051. <https://doi.org/10.2196/54051>
- Wähnke, L., Plück, J., Bodden, M., Ernst, A., Klemp, M. T., Mühlenmeister, J., & Döpfner, M. (2024b). Acceptance and utilization of web-based self-help for caregivers of children with externalizing disorders. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 18(1), Article 40. <https://doi.org/10.1186/s13034-024-00724-0>
- Ward, C. L., Wessels, I. M., Lachman, J. M., Hutchings, J., Cluver, L. D., Kassanjee, R., Nhapi, R., Little, F., & Gardner, F. (2020). Parenting for Lifelong Health for Young Children: A randomized controlled trial of a parenting program in South Africa to prevent harsh parenting and child conduct problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(4), 503–512. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13129>
- Waxmonsky, J. G., Baweja, R., Bansal, P. S., & Waschbusch, D. A. (2021). A review of the evidence base for psychosocial interventions for the treatment of emotion dysregulation in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 30(3), 573–594. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2021.04.008>
- Weber, H. M., & Petermann, F. (2018). Gruppentherapie bei Kindern und Jugendlichen mit aggressivem Verhalten. *Kindheit und Entwicklung: Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie*, 27(4), 199–219. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000260>
- Webster-Stratton, C., Jamila Reid, M., & Stoolmiller, M. (2008). Preventing conduct problems and improving school readiness: Evaluation of the Incredible Years Teacher and Child Training Programs in high-risk schools. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(5), 471–488. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01861.x>
- Weeland, J., Brummelman, E., Jaffee, S. R., Chhangur, R. R., van der Giessen, D., Matthys, W., Orobio de Castro, B., & Overbeek, G. (2022). Does caregivers' use of praise reduce children's externalizing behavior? A longitudinal observational test in the context of a parenting program. *Developmental Psychology*, 58(7), 1371–1385. <https://doi.org/10.1037/dev0001357>
- Weeland, J., Chhangur, R. R., Jaffee, S. R., Van Der Giessen, D., Matthys, W., Orobio De Castro, B., & Overbeek, G. (2018). Does the Incredible Years reduce child externalizing problems through improved parenting? The role of child negative affectivity and serotonin transporter linked polymorphic region (5-HTTLPR) genotype. *Development and Psychopathology*, 30(1), 93–112. <https://doi.org/10.1017/S0954579417000499>
- Weichold, K. (2004). Evaluation eines Anti-Aggressivitäts-Trainings bei antisozialen Jugendlichen. *Gruppendynamik & Organisationsberatung*, 35(1), 83–104. <https://doi.org/10.1007/s11612-004-0007-8>
- Weidner, J. (2008). AAT - Anti-Aggressivitäts-Training für Gewalttäter (6. Auflage). Forum.
- 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(3), 220–230. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000424>
- Wetterborg, D., Enebrink, P., Lonn Rhodin, K., Forster, M., Risto, E., Dahlstrom, J., Forsberg, K., & Ghaderi, A. (2019). A pilot randomized controlled trial of internet-delivered parent training for parents of teenagers. *Journal of Family Psychology*, 33(7), 764–774. <https://doi.org/10.1037/fam0000541>
- Wettstein, A. (2008). *Beobachtungssystem zur Analyse aggressiven Verhaltens in schulischen Settings (BASYS)*. Huber.
- Williford, A. P., & Pianta, R. C. (2020). Banking Time: A dyadic intervention to improve teacher-student relationships. In A. L. Reschly, A. J. Pohl, & S. L. Christenson (Eds.), *Student*

- engagement: Effective academic, behavioral, cognitive, and affective interventions at school* (pp. 239–250). Springer https://doi.org/10.1007/978-3-030-37285-9_13
- Wills, H. P., Caldarella, P., Williams, L., Fleming, K., & Chen, P.-Y. (2023). Middle school classroom management: A randomized control trial of class-wide function-related intervention teams for middle schools (CW-FIT MS). *Journal of Behavioral Education*, 32(2), 189–211. <https://doi.org/10.1007/s10864-021-09455-0>
- Wilson, B. J., & Ray, D. (2018). Child-centered play therapy: Aggression, empathy, and self-regulation. *Journal of Counseling & Development*, 96(4), 399–409. <https://doi.org/10.1002/jcad.12222>
- Wilson, S., Lipsey, M., & Derzon, J. (2003). The effects of school-based intervention programs on aggressive behavior: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 136–149. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.71.1.136>
- Wilson, S. J., & Lipsey, M. W. (2007). School-based interventions for aggressive and disruptive behavior: Update of a meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 33(2, Suppl.), S130–S143. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.04.011>
- Zarakoviti, E., Shafran, R., Papadimitriou, D., & Bennett, S. D. (2021). The efficacy of parent training interventions for disruptive behavior disorders in treating untargeted comorbid internalizing symptoms in children and adolescents: A systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 24(3), 542–552. <https://doi.org/10.1007/s10567-021-00349-1>
- Zhang, A., & Zhang, Q. (2021). How could mindfulness-based intervention reduce aggression in adolescent? Mindfulness, emotion dysregulation and self-control as mediators. *Current Psychology*, 42, 4483–4497. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01778-5>

Versionsnummer:	6.0.
Erstveröffentlichung:	TT/MM/JJJJ
Letzte inhaltliche Überarbeitung:	15.09.2025
Nächste Überprüfung geplant:	14.09.2028

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

Anhang

[Anhang 1] Deutschsprachige, psychometrisch untersuchte Verfahren zur Erfassung von Symptomatik der Störungen des Sozialverhaltens, aggressivem Verhalten oder spezifischen Aspekten von Aggressivität im Kindes- und Jugendalter

Bereich	Klinisches Urteil (Altersbereich in Jahren)	Fremdurteil (Eltern, Erziehende, Lehrkräfte; Altersbereich in Jahren)	Selbsturteil (Altersbereich in Jahren)
Erfassung von SSV-Symptomatik (nach ICD-10/DSM-5)	- DCL-SSV, DISYPS-III (4-18 J) - ILF-External (SSV) ⁵³ , DISYPS-III (4-18 J)	- FBB-SSV, DISYPS-III (4-18 J)	- SBB-SSV, DISYPS-III, (11-18 J)
Erfassung von aggressivem Verhalten oder spezifischen Aspekten von Aggressivität	- FAVK-K (4-14 J) - PCL:YV TM (14-18 J)	- BASYS-F/BASYS-L (9-16 J) ⁵⁴ - BVF-L (4-11 J) - FAVK-F (4-14 J) - STAXI-2 KJ-F (9-16 J) ⁵⁵ - BAV ⁵⁶	- BVF-K (4-8 J Einzelinterview, 8-11 J Gruppenbefragung) - DAF (10-17 J) - EAS-J/EAS-M (9-12J) - FAVK-S (9-14 J) - FEEL-KJ (10-19 J) - FEPAA (12-16 J) - IVE (9-14 J) - K-FAF (ab 15 J) - ScouT-Test (6-12 J) - STAXI-2 KJ-S (9-16 J) - YPI-S (12-25 J)

Notiz. Auch störungsübergreifende Instrumente können mittels spezifischer Subskalen erste Hinweise auf das Vorliegen einer Störung des Sozialverhaltens geben. Solche störungsübergreifenden Verfahren sind in dieser Übersicht nicht aufgeführt, können aber an anderer Stelle eingesehen werden (Görtz-Dorten et al., 2019).

Verfahren

BASYS-F: Beobachtungssystem zur Analyse aggressiven Verhaltens in schulischen Settings, Version für Fremdbeobachter:innen (Wettstein, 2008)

BASYS-L: Beobachtungssystem zur Analyse aggressiven Verhaltens in schulischen Settings, Version für Lehrkräfte (Wettstein, 2008)

⁵³ Der ILF-EXTERNAL umfasst zwei störungsspezifische diagnostische Interviews, nämlich zu Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und zu Störungen des Sozialverhaltens (SSV) einschließlich Störungen mit Oppositionellem Trotzverhalten und Disruptiver Affektregulationsstörung (DSM-5) sowie Kriterien für die Zusatzkodierung zu reduzierter prosozialer Emotionalität (DSM-5).

⁵⁴ BASYS ist ein Verfahren zur systematischen Beobachtung von aggressivem Verhalten, das bei Schüler:innen im Alter von 9 bis 16 Jahren in Sonder-, Förder- und Regelschulen getestet wurde, jedoch bereits ab dem Kindergartenalter einsetzbar ist.

⁵⁵ In der Fremdbeurteilungsversion (STAXI-2 KJ-F) wird auf die Erfassung des situationsbezogenen Ärgers, der eine Ärgerinduktion voraussetzen würde, verzichtet.

⁵⁶ Der Altersbereich für die Verwendung wurde im Manual nicht spezifiziert. Eine eingeschränkte psychometrische Evaluation des Instruments erfolgte.

BAV: Beobachtungsbogen für aggressives Verhalten (Petermann & Petermann, 2023)

BVF-K: Bullying- und Viktimisierungsfragebogen, Version für Kinder (von Marées & Petermann, 2010)

BVF-L: Bullying- und Viktimisierungsfragebogen, Version für Lehrkräfte (von Marées & Petermann, 2010)

DAF: Differentieller Aggressionsfragebogen (Petermann & Beckers, 2014)

DCL-SSV: Diagnose-Checkliste für Störungen des Sozialverhaltens; Bestandteil des Diagnostik-Systems für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-5 (DISYPS-III; Döpfner & Görtz-Dorten, 2017)

EAS-J: Erfassungsbogen für aggressives Verhalten in konkreten Situationen – Form für Jungen (Petermann & Petermann, 2015)

EAS-M: Erfassungsbogen für aggressives Verhalten in konkreten Situationen – Form für Mädchen (Petermann & Petermann, 2015)

FAVK-F: Fragebogen zum aggressiven Verhalten von Kindern – Fremdurteil (Görtz-Dorten & Döpfner, 2021)

FAVK-K: Fragebogen zum aggressiven Verhalten von Kindern – Kliniker:inurteil (Görtz-Dorten & Döpfner, 2021)

FAVK-S: Fragebogen zum aggressiven Verhalten von Kindern - Selbsturteil (Görtz-Dorten & Döpfner, 2021)

FBBS-SSV: Fremdbeurteilungsbogen für Störung des Sozialverhaltens; Bestandteil des Diagnostik-Systems für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-5 (DISYPS-III; Döpfner & Görtz-Dorten, 2017)

FEEL-KJ: Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen (Grob & Smolenski, 2009)

FEPA: Fragebogen zur Erfassung von Empathie, Prosozialität, Aggressionsbereitschaft und aggressivem Verhalten (Lukesch, 2005)

ILF-External: Interview-Leitfaden für Externale Störungen; Bestandteil der Interview-Leitfäden zum Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-5 für Kinder- und Jugendliche (DISYPS-ILF; Görtz-Dorten et al., 2022a)

IVE: Inventar zur Erfassung von Impulsivität, Risikoverhalten und Empathie bei 9- bis 14-jährigen Kindern (Stadler et al., 2004)

K-FAF: Kurzfragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren (Heubrock & Petermann, 2008)

PCL:YV™: Hare Psychopathy Checklist: Youth Version by A.E. Forth, D.S. Kosson and R.D. Hare – Deutsche Version (Sevecke & Krischer, 2014)

SBB-SSV: Selbstbeurteilungsbogen für Störung des Sozialverhaltens; Bestandteil des Diagnostik-Systems für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-5 (DISYPS-III; Döpfner & Görtz-Dorten, 2017)

ScouT-Test: Sozialer computerunterstützter Problemlösetests; Bestandteil des Sozialen computerunterstützten Training für Kinder mit aggressivem Verhalten (ScouT; Görtz-Dorten & Döpfner, 2016)

STAXI-2 KJ-F: State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar – 2 für Kinder und Jugendliche Fremdurteil (Kupper & Rohrmann, 2016)

STAXI-2 KJ-S: State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar – 2 für Kinder und Jugendliche Selbsturteil (Kupper & Rohrmann, 2016)

YPI-S: Youth-Psychopathic-Traits-Inventory (Köhler et al., 2011)

[Anhang 2] Deutschsprachige Präventions- und Therapieprogramme zur Behandlung der Symptomatik der Störungen des Sozialverhaltens bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Gelistet sind Präventions- und Therapieprogramme für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Symptomatik im Bereich der Störungen des Sozialverhaltens bzw. externalisierenden Verhaltensproblemen, deren Wirksamkeit in nationalen und/oder internationalen (randomisiert-)kontrollierten Studien nachgewiesen wurde und die in deutscher Sprache veröffentlicht sind. Programme, deren Wirksamkeit bislang ausschließlich in internationalen Studien belegt wurde, wurden nur dann berücksichtigt, wenn für den deutschen Sprachraum mindestens eine empirische Prüfung in einem Prä-Post-Design (ohne Kontrollgruppe) vorlag.⁵⁷

Die **Wirksamkeit** der Programme in ihrer deutschen Fassung wird in folgenden Stufen beurteilt:

- **Gering:** Mindestens eine Prä-Post-Studie mit signifikanten Effekten in Bezug auf Symptomatik der Störungen des Sozialverhaltens, aggressives Verhalten bzw. externalisierende Symptomatik oder höherwertige Studien mit geringen Effekten.
- **Moderat:** Mindestens eine, in einer Zeitschrift mit peer-review-System publizierte, kontrollierte Studie⁵⁸ mit signifikanten Effekten in Bezug auf Symptomatik der Störungen des Sozialverhaltens, aggressives Verhalten bzw. externalisierende Symptomatik.
- **Gut:** Mindestens eine, in einer Zeitschrift mit peer-review-System publizierte, randomisiert-kontrollierte Studie mit signifikanten Effekten in Bezug auf Symptomatik der Störungen des Sozialverhaltens, aggressives Verhalten bzw. externalisierende Symptomatik.
- **Sehr gut:** Mehrere, in einer Zeitschrift mit peer-review-System publizierte, Kontrollgruppenstudien mit signifikanten Effekten in Bezug auf Symptomatik der Störungen des Sozialverhaltens, aggressives Verhalten bzw. externalisierende Symptomatik in verschiedenen Stichproben oder Behandlungskontexten (z.B. ambulant/stationär) und/oder mit Nachweisen zur Stabilität der Effekte; darunter mindestens eine randomisiert-kontrollierte Studie.

⁵⁷ Über die hier gelisteten Manuale werden im deutschen Sprachraum selbstverständlich weitere manualisierte Präventions- und Therapieprogramme eingesetzt für die ebenfalls Wirksamkeitsnachweise vorliegen. Das Aggression Replacement Training (ART) wird, obwohl es in Forschung und Praxis durchaus verbreitet ist (Ensaifdaran et al., 2019) und ein umfassendes englischsprachiges Manual vorliegt (Goldstein et al., 2018), aufgrund des Nicht-Vorliegens eines deutschsprachigen Manuals nicht gelistet. Folgende manualisierte, kognitiv-behaviorale und in Deutschland eingesetzte und evaluierte Therapieprogramme wurden nicht in diese Auflistung aufgenommen, da kein veröffentlichtes deutsches Manual vorliegt: a) START NOW Programm (Stadler et al., 2023; Stadler & Holler, 2020) und b) VIT4Kids – virtuelles Interaktionstraining für Kinder (Görtz-Dorten et al., 2023). Auch das im Schulkontext eingesetzte und evaluierte Programm zur Förderung Alternativer Denkstrategien (PFAD; englischer Originaltitel Promoting Alternative THinking Strategies – PATHS; Eisner et al., 2006) wurde aufgrund des nicht veröffentlichten Manuals in deutscher Sprache hier nicht gelistet. Darüber hinaus wurden in der Praxis regelmäßig eingesetzte, deutschsprachige Therapiemanuale nicht aufgenommen, wenn diese stark auf (spezifische) Delinquenzen fokussieren (z.B. Forensisches Therapieprogramm für angemessenes Sexualverhalten: das ThePaS-Manual (Best et al., 2015), Forensisches Therapieprogramm für junge Straftäter: das ForTis-Manual (Vertone et al., 2024)).

⁵⁸ z.B. nicht randomisierte Kontrollgruppenstudie, Eigenkontrollgruppenstudie

Manual	Beschreibung	Wirksamkeitsnachweis & Literaturangaben
Döpfner, M., Schürmann, S. & Frölich, J. (2025). Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP). (7. Auflage). Beltz Döpfner, M., Kinnen, C., & Halder, J. (2016). THOP-Gruppenprogramm für Eltern von Kindern mit ADHS-Symptomen und expansivem Problemverhalten. Manual. Beltz. Kinnen, C., Halder, J., & Döpfner, M. (2016). THOP-Gruppenprogramm für Eltern von Kindern mit ADHS-Symptomen und expansivem Problemverhalten. Arbeitsbuch für Eltern. Beltz	• Spezifisches Elternt raining auf verhaltenstherapeutischer Basis, welches Interventionen in Bildungseinrichtungen und mit den Patient:innen selbst inkludiert • Modular aufgebautes Manual primär für Einzeltherapie, aber auch Einsatzmöglichkeit in Gruppentherapie • Spezifisches THOP-Gruppenprogramm für Elterngruppen • Altersbereich: Kinder von ca. 3 bis 12 Jahren	Wirksamkeitsnachweis: Sehr gut Acht Studien bei Kindern mit ADHS und häufig komorbidem oppositionellem Verhalten; sieben (teilweise randomisierte) Kontrollgruppenstudien, davon eine im teilstationären Setting sowie eine Prä-Post-Verlaufsstudie zur Stabilisierung von Effekten im Langzeitverlauf (bis zu 8 Jahren). Effekte auch auf oppositionelles und aggressives Verhalten. • Studie 1: Berk et al. (2008) • Studie 2: Döpfner et al. (2004); Döpfner et al. (2020); Döpfner et al. (2015) • Studie 3: Dreisörner (2006) • Studie 4: Ise et al. (2015b) • Studie 5: Jans et al. (2015) • Studie 6: Hautmann et al. (2018a) • Studie 7: Lauth et al. (2005) • Studie 8: Salbach et al. (2005)
Döpfner, M. & Schürmann, S. (2023). Wackelpeter & Trotzkopf. Hilfen für Eltern bei hyperkinetischem und oppositionellem Verhalten (6. überarb. Auflage). Beltz. Döpfner, M., Wolff Metternich-Kaizman, T., Dose, C., Katzmann, J., Mokros, L., Scholz, K.-K., & Schürmann, S. (2022). Den Alltag meistern mit ADHS. Das Arbeitsbuch für Eltern von Kindergartenkindern. Hogrefe.	• Spezifisches Selbsthilfe-Manual für Eltern und andere Bezugspersonen auf verhaltenstherapeutischer Basis • Altersbereich: überwiegend Kinder von 3 bis 12 Jahren, eine Studie mit Jugendlichen • Studien untersuchten teilweise Elternhefte, die auf der Basis von Wackelpeter & Trotzkopf entwickelt wurden	Wirksamkeitsnachweis: Sehr gut 10 Studien zur angeleiteten Selbsthilfe (Selbsthilfebuch oder Elternhefte mit Telefonberatung) von Eltern von Kindern bzw. Jugendlichen mit ADHS und häufig komorbidem oppositionellem Verhalten; sechs Prä-Post-Studien und vier randomisiert-kontrollierte Studien; Stabilisierung von Effekten im Follow-up (bis 1 Jahr). Effekte auch auf oppositionelles und aggressives Verhalten. • Studie 1: Döpfner et al. (2021a) • Studie 2: Dose et al. (2017) • Studie 3: Dose et al. (2021)

Manual	Beschreibung	Wirksamkeitsnachweis & Literaturangaben
Döpfner, M., Plück, J., Dose, C., Eichelberger, I., Schürmann, S., & Wolff Metternich-Kaizman, T. (2021). Den Alltag meistern mit ADHS. Das Arbeitsbuch für pädagogische Fachkräfte für Kinder im Alter von 3-6 Jahren. Hogrefe. Döpfner, M., Eichelberger, I., Dose, C., Hanisch, C., Schürmann, S., & Wolff Metternich-Kaizman, T. (2021). Den Alltag meistern mit ADHS. Das Arbeitsbuch für Lehrkräfte von Kindern im Alter von 6-12 Jahren. Hogrefe. Döpfner, M., Dose, C., Katzmann, J., Mokros, L., Scholz, K., Schürmann, S., & Wolff Metternich-Kaizman, T. (2021). Den Alltag meistern mit ADHS. Das Arbeitsbuch für Eltern von Schulkindern. Hogrefe.		• Studie 4: Dose et al. (2024) • Studie 5: Dose et al. (2020) • Studie 6: Hautmann et al. (2018b) • Studie 7: Ise et al. (2015a) • Studie 8: Kierfeld und Döpfner (2006) • Studie 9: Kierfeld et al. (2013); Mokros et al. (2015) • Studie 10: Treier et al. (2022b)
Digitale (web-basierte) Interventionen: Döpfner, M. & Schürman, S. (2017). ADHS-Elterntrainer Abgerufen am 18.11.2025, von https://adhs.aok.de/ hiToco-ADHS Elterntraining https://hitoco.com/de-de/fachkreise	• Spezifische web-basierte Selbsthilfe für Eltern und andere Bezugspersonen auf verhaltenstherapeutischer Basis • Altersbereich: Kinder von 3 bis 12 Jahren	Wirksamkeitsnachweis: Sehr gut Vier randomisiert-kontrollierte Studien zur digitalen Selbsthilfe für Eltern von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit /Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und häufig komorbidem oppositionellem Verhalten; Stabilisierung von Effekten im Follow-up. Effekte auch auf oppositionelles und aggressives Verhalten. • Studie 1: Döpfner et al. (2025b) • Studie 2: Döpfner et al. (2025a)

Manual	Beschreibung	Wirksamkeitsnachweis & Literaturangaben
		• Studie 3: Wähnke et al. (2024b) • Studie 4: Wähnke et al. (2024a)
Hanisch, C., Richard, S., Eichelberger, I., Greimel, L., & Döpfner, M. (2018). Schulbasiertes Coaching bei Kindern mit expansivem Problemverhalten (SCEP). Hogrefe.	• Spezifisches Training für Lehrkräfte auf verhaltens-therapeutischer Basis • Modular aufgebautes Manual für Ganztagesfortbildungen sowie für Einzel- oder Kleingruppencoaching • Altersbereich: Kinder in Grundschulen	Wirksamkeitsnachweis: Moderat Eigenkontrollgruppenstudie mit signifikanten Effekten hinsichtlich kindlichem Störverhalten im Unterricht. • Studie 1: Hanisch et al. (2020)
Honakanen-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.	• Allgemeines Elterntraining • Altersbereich: Kinder und Jugendliche von 0 bis 18 Jahren	Wirksamkeitsnachweis: Gering Zwei Studien; eine Kontrollgruppenstudie ohne Angabe von Therapieeffekten sowie eine Kontrollgruppenstudie ohne Effekte. • Studie 1: Rauer (2009) • Studie 2: Tschöpe-Scheffler (2004)
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.	• Universelles Lehrkraft- und Erziehendenprogramm zur Gewaltreduktion und -prävention • Gruppenformat • Altersbereich: Primär- und Sekundarstufen	Wirksamkeitsnachweis: Gering Zwei Studien; eine Kontrollgruppenstudie ohne peer-review sowie eine Kontrollgruppenstudie ohne peer-review und ohne Angabe von Therapieeffekten. • Studie 1: Brosig (2007)

Manual	Beschreibung	Wirksamkeitsnachweis & Literaturangaben
überarbeitete und erweiterte Auflage. Huber.		• Studie 2: Tennstädt und Dann (1987/1992)
Lauth, G. W., Heubeck, B. (2006). Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger Kinder (KES): Ein Präventionsprogramm. Hogrefe.	• Kurzes spezifisches Elterntraining • Präventionsprogramm im Gruppenformat • Altersbereich: Kinder von 5 bis 11 Jahren	Wirksamkeitsnachweis: Gering Drei Studien: zwei Prä-Post-Studien, eine Kontrollgruppenstudie (ohne Effekte, nur Prä-Post-Veränderungen). • Studie 1: Konrad (2002) • Studie 2: Lauth et al. (2007) • Studie 3: Lauth et al. (2009)
Plück, J., Wieczorrek, E., Wolff Metternich, T. & Döpfner, M. (2006). Präventionsprogramm für Expansives Problemverhalten (PEP). Ein Manual für Eltern- und Erziehergruppen. Hogrefe.	• Spezifisches Elterngruppen- und paralleles Erzieher:innengruppenttraining auf verhaltenstherapeutischer Basis. • Präventionsprogramm für Kinder mit expansiven Verhaltensweisen • Altersbereich: Kinder im Alter von 3 bis 6 Jahren	Wirksamkeitsnachweis: Sehr gut Drei Studien (eine randomisiert-kontrollierte Studie mit parallelem Eltern- und Erzieher:innentraining und zwei Eigenkontrollgruppenstudien (getrennt für Eltern- und Erzieher:innentraining). Stabilisierung von Effekten im Follow-up (bis 1 Jahr). • Studie 1: Hanisch et al. (2006); Hanisch et al. (2010a); Hanisch et al. (2010b); Hanisch et al. (2013); Hautmann et al. (2008) • Studie 2: Hautmann et al. (2010); Hautmann et al. (2009b); Hautmann et al. (2009a); Hautmann et al. (2013) • Studie 3: Plück et al. (2015b)
Sanders, M. R., Markie-Dadds, C. & Turner, K. M. T. (2006). Trainermanual für das Triple P Einzeltraining. PAG Institut für Psychologie AG (Hrsg. dt. Auflage). Verlag für Psychotherapie.	• Allgemeines Elterntraining. • Das Triple P-Elternarbeitsbuch ist ein Manual zur Selbsthilfe für Eltern • Mehrebenen-Modell (universelle, selektive, indizierte Prävention)	Wirksamkeitsnachweis: Sehr gut International: Meta-Analysen mit mehr als 100 Studien und signifikanten Effekten bei der Veränderung von expansiven Verhaltensauffälligkeiten. Im deutschen Sprachraum mehrerer randomisiert-kontrollierte zur Wirksamkeit von Triple-P als

Manual	Beschreibung	Wirksamkeitsnachweis & Literaturangaben
Sanders, M. R., Turner, K. M. T. (2006). Trainermanual für das Teen Triple P Gruppenprogramm. PAG Institut für Psychologie AG (Hrsg. dt. Auflage, 2. überarb. Auflage). Verlag für Psychotherapie. Sanders, M. R., Turner, K. M. T., Markie-Dadds, C. (2009). Das Triple P – Elternarbeitsbuch. PAG Institut für Psychologie AG, (Hrsg. dt. Auflage, 4. Auflage). Verlag für Psychotherapie. Turner, K. M. T., Markie-Dadds, C. & Sanders, M. R. (2007). Trainermanual für das Triple P Gruppenprogramm. PAG Institut für Psychologie AG (Hrsg. dt. Auflage, 2. Auflage). 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. Auflage, 2. überarb. Auflage). Verlag für Psychotherapie.	• Einzel- und Gruppentraining • Altersbereich: Kinder bis 12 Jahre, Jugendliche (Teen Triple P) • Manuale sind nur im Rahmen der Fortbildung erhältlich.	universelles Präventionsprogramm mit Beleg von Langzeiteffekten. • Studien im deutschen Sprachraum: Eichelberger et al. (2010); Hahlweg et al. (2010); Heinrichs et al. (2006a); Heinrichs et al. (2006b)
Aebi, M., Perriard, R., Stiffler Scherrer, B. & Wettach, R. (2011). Kinder mit oppositionellem und aggressivem Verhalten. Das Baghira-Training. Hogrefe.	• Patient:innenzentriertes Gruppentraining zur Verbesserung der sozialen und kommunikativen Fertigkeiten, der emotionalen	Wirksamkeitsnachweis: Moderat Eine Kontrollgruppenstudie.

Manual	Beschreibung	Wirksamkeitsnachweis & Literaturangaben
	Kompetenzen, der Ärgerkontrolle sowie der Problem- und Konfliktlösefähigkeiten • Kognitiv-verhaltenstherapeutische Ausrichtung • Altersbereich: Kinder im Alter von 8 bis 13 Jahren	• Studie 1: Wettach und Aebi (2016)
Cierpka, M. (2001). FAUSTLOS. Ein Curriculum zur Prävention von aggressivem und gewaltbereitem Verhalten. Hogrefe. Cierpka, M. (Hrsg.) (2003). FAUSTLOS. Ein Curriculum zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen und zur Gewaltprävention für den Kindergarten. Hogrefe.	• Patient:innenzentriertes Präventionsprogramm zur universellen Prävention von aggressivem und gewaltbareitem Verhalten • Gruppenformat • Altersbereich: Kindergarten, Grundschule, Sekundarstufe	Wirksamkeitsnachweis: Gering bis Moderat: Drei Studien: zwei Kontrollgruppenstudien sowie eine 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). • Studie 1: Schick und Cierpka (2003, 2005) • Studie 2: Schick und Cierpka (2006) • Studie 3: Bowi et al. (2008)
Görtz-Dorten, A. & Döpfner, M. (2019). Therapieprogramm für Kinder mit aggressivem Verhalten (THAV) (2. überarbeitete und erweiterte Auflage). Hogrefe.	• Spezifisches soziales Kompetenztraining mit einem Schwerpunkt auf gleichaltrigenbezogene Aggressionen. Starke Patient:innenzentrierung mit ergänzenden umfeldzentrierten Interventionen. • Modular aufgebautes, verhaltenstherapeutisches Manual.	Wirksamkeitsnachweis: Sehr gut Zwei Studien: eine randomisiert-kontrollierte sowie eine Eigenkontrollgruppenstudie. Stabilisierung von Effekten im Langzeitverlauf (10 Monate). • Studie 1: Görtz-Dorten et al. (2017) • Studie 2: Del Giudice et al. (2023); Görtz-Dorten et al. (2019a)

Manual	Beschreibung	Wirksamkeitsnachweis & Literaturangaben
	Altersbereich: Kinder von 6 bis 12 Jahren.	
Görtz-Dorten, A. & Döpfner, M. (2016). Soziales computerunterstütztes Training für Kinder mit aggressivem Verhalten (ScouT) . Hogrefe.	- Spezifisches computerbasiertes Problemlöse- und Kompetenztraining - Verhaltenstherapeutische Basierung - Altersbereich: Kinder von 6 bis 12 Jahren.	Wirksamkeitsnachweis: Sehr Gut Zwei Studien: eine randomisiert-kontrollierte Studie sowie eine Eigenkontrollgruppenstudie. Studie 1: Görtz-Dorten et al. (2019b) Studie 2: Görtz-Dorten et al. (2022b)
Grassmann, D. & Stadler, C. (2009). Verhaltenstherapeutisches Intensivtraining zur Reduktion von Aggression . Springer.	- Dreimonatiges Behandlungsprogramm mit zweiwöchigem, tagesklinischem Intensivtraining in einer Gruppe von sechs Kindern/Jugendlichen und einem achtwöchigen, ambulanten Elterntraining - Verhaltenstherapeutische Ausrichtung - Altersbereich: Kinder von 8 bis 14 Jahren.	Wirksamkeitsnachweis: Gut Eine randomisiert-kontrollierte Studie. Studie 1: Stadler et al. (2012)
Petermann, F. & Petermann, U. (2012) Training mit aggressiven Kindern . 13., überarbeitete Auflage). Beltz.	- Training mit aggressiven Kindern mit Fokus auf patient:innenzentrierten Interventionen sowie ergänzenden, psychoedukativen Materialien und differenzierten Hinweise zur begleitenden Elternarbeit - Einzel- oder Gruppensetting	Wirksamkeitsnachweis: Moderat Vier Studien mit kleinen Stichproben: eine nicht randomisierte Kontrollgruppenstudie. Effekte nur im Lehrkraft-, nicht im Elternurteil. Studie 1: Petermann et al. (2007) Studie 2: Petermann et al. (2008) Studie 3: Petermann et al. (2013)

Manual	Beschreibung	Wirksamkeitsnachweis & Literaturangaben
	Altersbereich: Kinder von 6 bis 12 Jahren.	Studie 4: Petermann et al. (2010)
Rademacher, C., & Döpfner, M. (2025). Familienprobleme im Jugendalter. Therapieprogramm für Jugendliche mit Selbstwert-, Leistungs- und Beziehungsstörungen, SELBST , Band 4. Hogrefe.	- Verhaltenstherapeutisches Therapieprogramm zur Behandlung von Konflikten zwischen Eltern und Adoleszenten. - Primär richtet sich das Programm an Jugendliche mit aggressiv-dissozialen Verhaltensauffälligkeiten, aber auch an Jugendliche mit anderen psychischen Störungen und ausgeprägten Konflikten mit den Eltern. - Altersbereich: Jugendliche von 12 bis 17 Jahren.	Wirksamkeitsnachweis: Moderat Eine Eigenkontrollgruppenstudie. Studie 1: Rademacher et al. (2017)
Roth, I. & Reichle, B. (2008). Prosoziales Verhalten lernen, „Ich bleibe cool“ (IBC) . Beltz.	- Patient:innenzentriertes Präventionsprogramm zur Förderung prosozialer Verhaltensweisen und konstruktiver Konfliktlösestrategien sowie zum Abbau aggressiver Verhaltensweisen. - Gruppenformat - Altersbereich: erste Klasse.	Wirksamkeitsnachweise: Gut Eine randomisiert-kontrollierte Studie. Studie 1: Roth und Reichle (2007)
Weidner, J. (2008). Anti-Aggressivitäts-Training für Gewalttäter (ATT) (6. Auflage). Forum.	Gruppentraining für delinquente Jugendliche.	Wirksamkeitsnachweis: Gering

Manual	Beschreibung	Wirksamkeitsnachweis & Literaturangaben
	• Dauer 5-6 Monate bei einer mehrstündigen Gruppensitzung pro Woche. • Altersbereich: Jugendliche von 14 bis 21 Jahren.	Eine randomisiert kontrollierte Studie. Keine Effekte. Schädliche Effekte werden diskutiert. • Studie 1: Weichold (2004)

publiziert bei:	 AWMF online Das Portal der wissenschaftlichen Medizin
-----------------	---

AWMF-Register Nr.: 028-020	Klasse: S3
-----------------------------------	-------------------

**Leitlinienreport zur S3-Leitlinie
Störung des Sozialverhaltens:
Empfehlungen zur Diagnostik und Behandlung von Kindern, Jugendlichen und
jungen Erwachsenen**

**der
Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und
Psychotherapie e.V. (DGKJP)
und**

-	ADHS Deutschland e.V. (Selbsthilfe)
BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V.
BDP	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. – Sektion Schulpsychologie
BKJ	Bundesverband für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie e. V.
BKJPP	Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V.
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
BVKE	Bundesverband Caritas Kinder- und Jugendhilfe e.V.
DAG-SHG	Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.
DGKJ	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V.
DGPs	Deutsche Gesellschaft für Psychologie e. V., Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie (DGPs)
DGSF	Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie
DGSPJ	Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V.
DGVT	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.
DPTV	Deutsche Psychotherapeutenvereinigung e. V.
DVJJ	Deutsche Vereinigung für Jugendgerichte und Jugendgerichtshilfen e. V.
KJPVT	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Verhaltenstherapie (ehemals: BVKJ)

Knw	Kindernetzwerk e. V.- Dachverband der Selbsthilfe von Familien mit Kindern und jungen Erwachsenen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen
ÖGKJP	Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
SGKJPP	Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
VAKJP	Vereinigung für analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie e. V.
vds	Verband Sonderpädagogik e. V.



Steuerungsgruppe:

Prof. Dr. Anja Görtz-Dorten: Dipl.-Heilpädagogin, Diplom-Psychologin, Klinische Psychologin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin; Mitglied des Berufsverbands Deutscher Psychologinnen und Psychologen, Sektion Klinische Psychologie, der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie sowie des Berufs- und Fachverbands Heilpädagogik

Prof. Dr. Manfred Döpfner: Diplom-Psychologe, Klinischer Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut; Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Fachgruppe Klinische Psychologie; der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Prof. Dr. Michael Kölch: Facharzt für Kinder- & Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, (stellvertretender) Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Prof. Dr. Tobias Banaschewski: Facharzt für Kinder- & Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Diplom-Psychologe; Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Dr. Myriam Bea: Juristin; Geschäftsführerin ADHS-Deutschland e.V.

Dr. Norbert Beck: Diplom-Sozialpädagoge, Diplom-Psychologe; Mitglied des Bundesverbands Caritas Kinder- und Jugendhilfe e.V. (BVKE)

Prof. Dr. Jörg M. Fegert: Facharzt für Kinder- & Jugendpsychiatrie und -psychotherapie; Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Prof. Dr. Thomas Hennemann: Diplom-Sonderpädagoge, Diplom-Psychologe

Petra Hiller: Diplom-Sozialpädagogin, Diplom-Sozialwirtin, M.A. Sozialmanagement, Systemische Familienberaterin

Prof. Dr. Paul Plener: Facharzt für Kinder- & Jugendpsychiatrie und -psychotherapie; Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Prof. Dr. Christina Stadler: Diplom-Psychologin, Klinische Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin; Mitglied der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sowie der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Expert:innen:

Prof. Marc Allroggen, Prof. Tobias Banaschewski, Dr. Norbert Beck, Prof. Ulrike Becker, Dr. Cyril Boonmann, Dr. Filip Caby, Dr. Christina Dose, Prof. Manfred Döpfner, Angela Ehlers, Prof. Anja Görtz-Dorten, Prof. Charlotte Hanisch, Prof. Nina Heinrichs, Prof. Thomas Hennemann, PD Dr. Arvid Herwig, Prof. Clemens Hillenbrand, Petra Hiller, Leonie Hofmann, Prof. Martin Holtmann, Dr. Marie-Theres Klemp, Prof. Michael Kölch, Dr. Lea Teresa Kohl, Prof. Paul Plener, Prof. Marc Schmid, Klaus Seifried, Prof. Christina Stadler, Dr. Anne-Katrin Treier, Dr. Laura Wähnke

Koordinatorin der Leitlinie:

Prof. Dr. Anja Görtz-Dorten

Projektkoordination:

Dr. Lea Teresa Kohl

Finanzierung:

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF21016 gefördert.

Wir danken für die Mitarbeit an der Leitlinie: Maria von Beulwitz, Johanna Dahm, Anna Harnacke, Elisa Lasry, Vanessa Pytel, Jana Rausch, Finja Rutz, Johanna Schäfer und Lucie Waedel.

Version: 6.0

Herausgebende und federführende Fachgesellschaft

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

geschaeftsstelle@dgkjp.de

Bitte wie folgt zitieren:

Kohl, L. T., Görtz-Dorten, A., Banaschewski, T., Bea, M., Beck, N., Fegert, J. M., Hennemann, T., Hiller, P., Plener, P., Stadler, C., Kölch, M. & Döpfner, M. (2026). *Leitlinienreport der evidenz- und konsensbasierten S3-Leitlinie „Störung des Sozialverhaltens: Empfehlungen zur Diagnostik und Behandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen“* (AWMF-Registernummer 028-020; federführende Fachgesellschaft: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP); Version 6.0, Stand 15.09.2025). Verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-020> (Zugriff am TT.MM.JJJJ)

INHALT

<u>1. EINLEITUNG UND ZIELE</u>	<u>1</u>
<u>2. ZUSAMMENSETZUNG DER LEITLINIENGRUPPE</u>	<u>1</u>
2.1. LEITLINIENKOORDINATION	1
2.2. BETEILIGTE FACHGESELLSCHAFTEN UND ORGANISATIONEN	2
2.3. PATIENT:INNEN-/BÜGER:INNENBETEILIGUNG	3
2.4. WEITERE LEITLINIENGRUPPENMITGLIEDER	4
2.5. METHODISCHE BEGLEITUNG	6
<u>3. INFORMATIONEN ZU DIESER LEITLINIE</u>	<u>6</u>
3.1. METHODISCHE GRUNDLAGEN	6
3.2. DARSTELLUNG DES PROZESSES DER AKTUALISIERUNG DER S3-LEITLINIE	6
3.3. FORMULIERUNG VON SCHLÜSSELFRAGEN	7
3.4. SYSTEMATISCHE LITERATURRECHERCHE, AUSWAHL DER EVIDENZ UND DATENEXTRAKTION	11
3.5. KRITISCHE BEWERTUNG DER EVIDENZ	17
3.6. STRUKTURIERTE KONSENSFINDUNG	20
3.7. EMPFEHLUNGSGRADUIERUNG	21
<u>4. REDAKTIONELLE UNABHÄNGIGKEIT</u>	<u>22</u>
4.1. FINANZIERUNG DER LEITLINIE	22
4.2. DARLEGUNG VON INTERESSEN UND UMGANG MIT INTERESSENKONFLIKTEN	22
<u>5. EXTERNE BEGUTACHTUNG UND VERABSCHIEDUNG</u>	<u>23</u>
<u>6. VERBREITUNG UND IMPLEMENTIERUNG</u>	<u>24</u>
6.1. DOKUMENTE ZUR ANWENDUNG DER LEITLINIE	24
6.2. KONZEPT ZUR VERBREITUNG UND IMPLEMENTIERUNG	24
6.3. DISKUSSION MÖGLICHER FÖRDERLICHER UND HINDERLICHER FAKTOREN FÜR DIE ANWENDUNG DER LEITLINIE	25
6.4. MESSKRITERIEN FÜR DIE BEWERTUNG DER PROZESS - UND / ODER ERGEBNISQUALITÄT DER LEITLINIE: QUALITÄTSZIELE, QUALITÄTSINDIKATOREN	26
<u>7. GÜLTIGKEITSDAUER UND AKTUALISIERUNGSVERFAHREN</u>	<u>26</u>
<u>8. LITERATURVERZEICHNIS</u>	<u>28</u>
<u>ANHANG</u>	<u>1</u>

[ANHANG 1] SUCHE NACH QUELLEITLINIEN	1
[ANHANG 2] SYSTEMATISCHE LITERATURRECHERCHE: SUCHSTRATEGIE UND TREFFERANZAHL	5
[ANHANG 3] STUDIENAUSWAHL: EIN- UND AUSSCHLUSSKRITERIEN	9
[ANHANG 4] STUDIENAUSWAHL: BEURTEILER:INNENÜBEREINSTIMMUNGEN	11
[ANHANG 5] DATENEXTRAKTION: EVIDENZTABELLEN IM PICO(S)-FORMAT	12
[ANHANG 6] STUDIENQUALITÄTBEWERTUNG: RANDOMISIERT-KONTROLLIERTE STUDIEN (ANGELEHNT AN RoB-2)	138
[ANHANG 7] STUDIENQUALITÄTBEWERTUNG: SYSTEMATISCHE ÜBERSICHTSARBEITEN (ANGELEHNT AN AMSTAR 2)	140
[ANHANG 8] STUDIENQUALITÄTBEWERTUNG: BEOBACHTUNGSSTUDIEN (ANGELEHNT AN ROBINS-I-V2)	141
[ANHANG 9] VERTRAUENSWÜRDIGKEIT DER EVIDENZ: EINSCHÄTZUNG ENTSPRECHEND DES GRADE-ANSATZES	143
[ANHANG 10] INTERESSENSKONFLIKTMANAGEMENT: KRITERIEN FÜR DIE BESCHEINIGUNG VON INTERESSENSKONFLIKTEN	405
[ANHANG 11] INTERESSENSKONFLIKTMANAGEMENT: INTERESSENSERKLÄRUNGEN UND UMGANG MIT INTERESSENSKONFLIKTEN	406
[ANHANG 12] EXTERNE BEGUTACHTUNG	439

1. Einleitung und Ziele

Die vorliegende Leitlinie, die eine Aktualisierung der bisherigen S3-Leitlinie zu Störungen des Sozialverhaltens darstellt (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 2016), hat das Ziel, evidenzbasierte Empfehlungen für die Versorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Störungen des Sozialverhaltens (SSV) zu formulieren. Neben allgemeinen Rahmenbedingungen werden die Bereiche der Diagnostik, der (selektiven und indizierten) Prävention und der Behandlung im ambulanten und (teil-)stationären klinischen Kontext thematisiert. Angesichts der häufig multiprofessionellen Betreuung dieser Patient:innengruppe beinhaltet die Leitlinie darüber hinaus spezifische Empfehlungen für die Kooperation des Gesundheitssystems mit verschiedenen zentralen Versorgungssystemen.

Die vorrangige Anwendendengruppe dieser Leitlinie umfasst Assistenz- und Fachärzt:innen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen, Fachpsychotherapeut:innen für Kinder und Jugendliche sowie klinische Psycholog:innen, die professionell in die Behandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsene mit Störungen des Sozialverhaltens oder mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung dieser Störung eingebunden sind. Insbesondere die Leitlinienkapitel zur interdisziplinären Kooperation können darüber hinaus hilfreich und informativ für Lehrkräfte, pädagogische Fachkräfte sowie für Mitarbeitende der Kinder- und Jugendhilfe und des Justizsystems sein.

Die vorliegende Leitlinienfassung vereint eine umfassende Aktualisierung der Evidenz und eine fachliche Weiterentwicklung, inklusive der Anpassung an die neuen Störungskategorien nach ICD-11 (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, n.d.). Im Rahmen des Updates wurden außerdem alters- und geschlechtsspezifische Besonderheiten in Symptomatik und Intervention geprüft und bei Bedarf in Empfehlungen überführt. Ziel des Leitlinienupdates war es, die Leitlinie berufs- und sektorenübergreifend zu formulieren, indem präventive, diagnostische und interventionelle Maßnahmen sich nicht nur auf den engeren medizinischen, einschließlich psychotherapeutischen Sektor, beziehen (Gesundheitssystem), sondern auch den Bereich der Pädagogik (Bildungssystem), der Kinder- und Jugendhilfe (Kinder- und Jugendhilfesystem) sowie der Jugendgerichtshilfe (allgemeiner: Justizsystem) einbeziehen. Angestrebt wurde die Leitlinie als „Living Guideline“ mit regelmäßiger Prüfung und Fortschreibung weiterzuentwickeln.

Ein weiteres Ziel des Leitlinienupdates war die Entwicklung und Erprobung von zielgruppenspezifischen Informationen für Patient:innen, deren Eltern, Mitarbeitende des Bildungssystems, der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Jugendgerichtshilfe. Die Akzeptanz dieser wurde in den verschiedenen Zielgruppen wissenschaftlich untersucht.

2. Zusammensetzung der Leitliniengruppe

2.1. Leitlinienkoordination

Leitlinienkoordination (ab August 2024) & Leitliniensekretariat:

Prof. Dr. Anja Görtz-Dorten

Centrum/Ausbildungsinstitut für Kinder- Jugendlichenpsychotherapie an der Uniklinik Köln (CEKIP/AKiP)¹

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Uniklinik Köln

¹ Ausgehend von dem reformierten Psychotherapeutengesetz und der neuen Weiterbildungsordnung wurde das Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (AKiP) schrittweise in das Centrum für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an der Uniklinik Köln (CEKIP) umgewandelt.

Pohligstr. 9
50969 Köln

Leitlinienkoordination (bis August 2024):

Prof. Dr. Manfred Döpfner

Centrum/Ausbildungsinstitut für Kinder- Jugendlichenpsychotherapie an der Uniklinik Köln
(CEKIP/AKiP) ¹

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
der Uniklinik Köln

Pohligstr. 9
50969 Köln

Projektkoordination:

Dr. Lea Teresa Kohl

Centrum/Ausbildungsinstitut für Kinder- Jugendlichenpsychotherapie an der Uniklinik Köln
(CEKIP/AKiP) ¹

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
der Uniklinik Köln

Pohligstr. 9
50969 Köln

Die Gültigkeit der bisherigen S3-Leitlinie zu Störungen des Sozialverhaltens lief am 22.09.2021 aus. Herr Prof. Manfred Döpfner vom Centrum/Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (CEKIP/AKiP) wurde zunächst als Projektleitung benannt und übergab diese im August 2024 an Frau Prof. Anja Görtz-Dorten vom Centrum/Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (CEKIP/AKiP). Dr. Lea Teresa Kohl (CEKIP/AKiP) übernahm die Projektkoordination des Leitlinienupdates der S3-Leitlinie zu Störungen des Sozialverhaltens. Die Aktualisierung der S3-Leitlinie wurde offiziell im AWMF-Register angemeldet (AWMF-Register-Nr.: 028-020).

2.2. Beteiligte Fachgesellschaften und Organisationen

In Tabelle 1 findet sich eine Auflistung der am Leitlinienprozess beteiligten Fachgesellschaften und deren Vertretenden.

Tabelle 1: Mandatstragende und Fachgesellschaften

Mandatstragende	Fachgesellschaft/ Organisation
Michael Kölch	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP)
Myriam Bea	ADHS Deutschland e. V.
Klaus Fröhlich-Gildhoff	Bundesverband für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie e. V. (BKJ)
Klaus Seifried	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. - Sektion Schulpsychologie (BDP)
Marianne Klein	Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP)
Marianne Klein	Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (BAG)
Cornelia Metge	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
Christina Schwenck	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Verhaltenstherapie (KJPVT) (ehemals: BVKJ)

Mandatstragende	Fachgesellschaft/ Organisation
Raimund Geene	Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG-SHG)
Nina Heinrichs	Deutsche Gesellschaft für Psychologie, Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie (DGPs)
Gitta Reuner	Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ)
Filip Caby	Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF)
Michael Borg-Laufs	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. (DGVt)
Eva Frank	Deutsche Psychotherapeutenvereinigung e. V. (DPTV)
Marc Allroggen	Deutsche Vereinigung für Jugendgerichte und Jugendgerichtshilfen e.V. (DVJJ)
Oliver Fricke	Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)
Elke Hauke	Kindernetzwerk e.V.- Dachverband der Selbsthilfe von Familien mit Kindern und jungen Erwachsenen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen (knw)
Kathrin Sevecke	Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (ÖGKJP)
Christina Stadler	Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (SGKJPP)
Angela Ehlers	Verband Sonderpädagogik e.V. (vds)
Katrin Luise Lärer	Vereinigung für analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie e. V. (VAKJP)
Norbert Beck	Bundesverband Caritas Kinder- und Jugendhilfe e.V. (BVKE)

Der Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (BVVP) hat einer Mitwirkung an der Leitlinie zunächst zugestimmt, aufgrund mangelnder Ressourcen dann aber nicht teilnehmen können. Der Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen, welcher für eine Mitwirkung in der Konsensusgruppe angefragt wurde, hatte ebenfalls keine ausreichenden Ressourcen um an dem Leitlinienupdate mitzuwirken. Der Verband Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien e.V. (BAG KT) erbat ein Mitwirken in der Konsensusgruppe. Die Steuerungsgruppe kam dem Antrag des Verbandes nicht nach, da künstlerische Therapien als (aktuell) nicht ausreichend relevant für die Versorgung von Patient:innen mit Störungen des Sozialverhaltens eingeschätzt wurden und nicht ausreichend empirische Hinweise aus kontrollierten Studien zur Wirksamkeit des komplementären, therapeutischen Ansatzes vorlagen. Der Bundesverband Caritas Kinder- und Jugendhilfe e.V. (BVKE) wurde auf Initiative der Steuerungsgruppe nach Projektstart, aber vor der ersten Konsensuskonferenz, in die Konsensusgruppe aufgenommen. Die Aufnahme eines Kinder- und Jugendhilfeverbands erfolgte, da die Kinder- und Jugendhilfe, obwohl hoch relevant für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens, bisher nicht in der Konsensusgruppe vertreten war.

2.3. Patient:innen-/Bürger:innenbeteiligung

Die Leitlinie wurde unter direkter Beteiligung von Vertretenden der Patient:innen bzw. deren Angehörigen aktualisiert. Frau Dr. Myriam Bea (ADHS Deutschland e. V.), Frau Elke Hauke (knw) und Herr Prof. Dr. Raimund Geene (DAG-SHG) waren stimmberechtigt und seit Projektbeginn an der Erstellung der Leitlinie beteiligt.

Auch die Entwicklung der zielgruppenspezifischen Informationen erfolgte in Rücksprache mit diesen Vertretenden. Darüber hinaus wurden 14 Eltern bzw. primäre Bezugspersonen von jungen Menschen mit Symptomen oder einer Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens hinsichtlich der Akzeptanz der erstellten zielgruppenspezifischen Informationen für Eltern bzw. primäre Bezugspersonen befragt.

2.4. Weitere Leitliniengruppenmitglieder

Bei der Zusammensetzung der Steuerungsgruppe wurde darauf geachtet, alle relevanten Berufsgruppen einzubeziehen, die in der Diagnostik, Prävention und Behandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Störung des Sozialverhaltens tätig sind.

Steuerungsgruppe:

- Prof. Dr. Anja Görtz-Dorten: Diplom-Heilpädagogin, Diplom-Psychologin, Klinische Psychologin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin; Mitglied des Berufsverbands Deutscher Psychologinnen und Psychologen (Sektion Klinische Psychologie), der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie sowie des Berufs- und Fachverbands Heilpädagogik
- Prof. Dr. Manfred Döpfner: Diplom-Psychologe, Klinischer Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut; Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Fachgruppe Klinische Psychologie) und der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
- Prof. Dr. Michael Kölch: Facharzt für Kinder- & Jugendpsychiatrie und -psychotherapie; (stellvertretender) Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
- Prof. Dr. Dr. Tobias Banaschewski: Facharzt für Kinder- & Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Diplom-Psychologe; Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
- Dr. Myriam Bea: Juristin; Geschäftsführerin ADHS-Deutschland e.V.
- Dr. Norbert Beck: Diplom-Sozialpädagoge, Diplom-Psychologe; Mitglied des Bundesverbands Caritas Kinder- und Jugendhilfe e.V. (BVKE)
- Prof. Dr. Jörg M. Fegert: Facharzt für Kinder- & Jugendpsychiatrie und -psychotherapie; Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
- Prof. Dr. Thomas Hennemann: Diplom-Sonderpädagoge, Diplom-Psychologe
- Petra Hiller: Diplom-Sozialpädagogin, Diplom-Sozialwirtin, M.A. Sozialmanagement, Systemische Familienberaterin
- Prof. Dr. Paul Plener: Facharzt für Kinder- & Jugendpsychiatrie und -psychotherapie; Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
- Prof. Dr. Dr. Christina Stadler: Diplom-Psychologin, Klinische Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin; Mitglied der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sowie der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Auch unterstützten folgende Expert:innen das Leitlinienupdate:

Expert:innengruppe	Expert:in
Bildungssystem	Prof. Ulrike Becker
	Prof. Manfred Döpfner
	Prof. Thomas Hennemann
	Prof. Michael Kölch

Expert:innengruppe	Expert:in
	Klaus Seifried
Diagnostik	Prof. Manfred Döpfner
	Prof. Anja Görtz-Dorten
	Prof. Marc Schmid
Kinder- und Jugendhilfe sowie Justizsystem	Prof. Dr. Marc Allroggen
	Dr. Norbert Beck
	Prof. Manfred Döpfner
	Prof. Anja Görtz-Dorten
	Petra Hiller
	Prof. Michael Kölch
Pharmakotherapie	Prof. Tobias Banaschewski
	Dr. Filip Caby
	Prof. Martin Holtmann
	Prof. Michael Kölch
	Prof. Paul Plener
Psychosoziale Prävention & Intervention	
Eltern-/eltern-kindzentrierte Maßnahmen & Interventionen (Kindesalter)	Dr. Christina Dose
	Prof. Manfred Döpfner
	PD Dr. Arvid Herwig
	Prof. Nina Heinrichs
	Dr. Laura Wähnke
Eltern-/eltern-kindzentrierte Maßnahmen & Interventionen (Jugendalter) sowie multimodale Interventionen	Dr. Cyril Boonmann
	Prof. Charlotte Hanisch
	Prof. Marc Schmid
Maßnahmen & Interventionen in Bildungseinrichtungen	Angela Ehlers
	Prof. Thomas Hennemann
	Prof. Clemens Hillenbrand
Patient:innenzentrierte Maßnahmen & Interventionen	Prof. Anja Görtz-Dorten
	Leonie Hofmann
	Dr. Marie-Theres Klemp
	Prof. Christina Stadler
	Dr. Anne-Katrin Treier
Zielgruppenspezifische Informationen*	Angela Ehlers

Expert:innengruppe	Expert:in
	Prof. Manfred Döpfner
	Prof. Anja Görtz-Dorten
	Prof. Charlotte Hanisch
	Prof. Thomas Hennemann
	Prof. Clemens Hillenbrand
	Prof. Michael Kölch
	Dr. Lea Teresa Kohl

*An der Erstellung der zielgruppenspezifischen Informationen wurden die Mandatsträger:innen der, in der Leitlinie vertretenen, Selbsthilfverbände (Myriam Bea, Elke Hauk und Raimund Geene) beteiligt. Daneben wurden keine Patient:innen beteiligt.

2.5. Methodische Begleitung

Bei der Aktualisierung wurde die Leitlinie durch Frauke Schwier, AWMF-Leitlinienberaterin, methodisch beraten und neutral moderiert. Die Evidenzaufbereitung erfolgte durch das Projektteam sowie unter direkter Anleitung von Frau Dr. Lea Teresa Kohl.

3. Informationen zu dieser Leitlinie

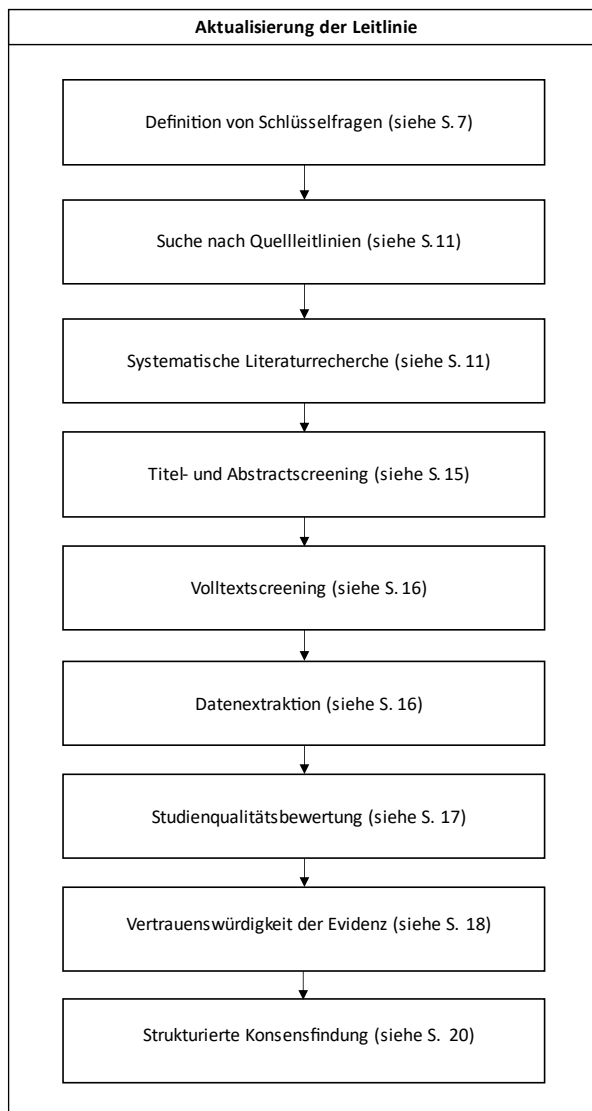
3.1. Methodische Grundlagen

Die Aktualisierung und Weiterentwicklung der klinischen S3-Leitlinie erfolgte gemäß den Standards der evidenzbasierten Medizin sowie in einem strukturierten Konsensusprozess durch ein, für den Anwendendenkreis der Leitlinie, repräsentatives Gremium. Die verbindlichen Vorgaben des AWMF-Regelwerks wurden berücksichtigt (siehe AWMF-Regelwerk Version 2.2; Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) - Ständige Kommission Leitlinien, 2025).

3.2. Darstellung des Prozesses der Aktualisierung der S3-Leitlinie

Abbildung 1 gibt eine Übersicht über die Prozessschritte zur Aktualisierung der Leitlinie.

Abbildung 1: Flussdiagramm – Aktualisierungsprozess der S3-Leitlinie



3.3. Formulierung von Schlüsselfragen

Ein erster Entwurf der Schlüsselfragen des vorliegenden Leitlinienupdates wurden, angelehnt an die Schlüsselfragen der bisherigen S3-Leitlinie (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 2016), vom Projektteam entwickelt. Im Austausch mit der Steuerungsgruppe und den Expert:innen wurden die Schlüsselfragen im Anschluss finalisiert. Um Doppelungen und Diskrepanzen zwischen verschiedenen Leitlinien des AWMF-Leitlinienregisters zu vermeiden, beschloss die Steuerungsgruppe den Wegfall des bisherigen Kapitels „Empfehlungen zur Deeskalation und zum Einsatz von Zwangsmaßnahmen bei akut aggressiver Symptomatik“ und ersetzte es durch einen Verweis auf die neue S2k-Leitlinie „Prävention, Durchführung und Nachsorge von freiheitsentziehenden Unterbringungen und Maßnahmen in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 2025). Im Folgenden werden die Schlüsselfragen für die jeweiligen Leitlinienkapitel aufgelistet. Zu beachten ist, dass obwohl alle Schlüsselfragen in den jeweiligen Expert:innengruppen ausführlich diskutiert wurden und alle Schlüsselfragen der Kapitel 4 und 5 in der entsprechenden Literatursuche berücksichtigt wurden,

aufgrund lückenhafter Literatur oder fehlendem fachlichen Konsens nicht alle Schlüsselfragen in Form von Leitlinienempfehlungen beantwortet werden konnten.

Kapitel 1: Empfehlungen zu Rahmenbedingungen und der Koordination von Versorgungsangeboten

S1: Welche Maßnahmen fördern eine positive Zusammenarbeit zwischen Fachkräften des Gesundheitssystems und Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Störungen des Sozialverhaltens sowie deren Sorgeberechtigten?

S2: Sind im Rahmen der Kommunikation mit Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Störungen des Sozialverhaltens sowie deren Sorgeberechtigten spezifische sozio-kulturelle und ethnische Aspekte zu berücksichtigen?

S3: Mit welchen rechtlichen Grundlagen müssen behandelnde Fachkräfte vertraut sein? Unter welchen Umständen ist die Weitergabe vertraulicher Informationen (Verletzung der Schweigepflicht) durch Fachkräfte zu rechtfertigen bzw. notwendig?

S4: Wie kann der Zugang zu präventiven Maßnahmen und Interventionen sowie die Koordination verschiedener Versorgungsmaßnahmen erleichtert werden?

S5: Welche Maßnahmen stellen eine Versorgung bei dem Übergang ins Erwachsenenalter sicher?

Kapitel 2: Empfehlungen zur Diagnostik

S1: Welche ersten diagnostischen Maßnahmen sollten bei Verdacht auf das Vorliegen einer Störung des Sozialverhaltens durchgeführt werden?

S2: Wann sollte eine ausführliche diagnostische Untersuchung durchgeführt werden?

S3: Welche diagnostischen Maßnahmen sollten im Rahmen einer ausführlichen diagnostischen Untersuchung durchgeführt werden?

Kapitel 3: Empfehlungen zur Behandlungsplanung, -indikation und zum -setting

S1: Wann sind ambulante, teilstationäre, stationäre oder aufsuchende kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Behandlungen indiziert?

S2: Wann sind andere Maßnahmen anderer Versorgungssysteme indiziert?

Kapitel 4: Empfehlungen zu psychosozialen Präventionsmaßnahmen und Interventionen²

Empfehlungen zu psychosozialen Präventionsmaßnahmen

S1: Sind Maßnahmen der selektiven Prävention wirksam, um oppositionell-aggressives und/oder dissoziales Verhalten zu vermindern?

S2: Variiert die Wirksamkeit von Maßnahmen der selektiven Prävention in Abhängigkeit von

- a) dem Alter der Kinder/Jugendlichen/jungen Erwachsenen
- b) dem biologischen Geschlecht (männlich, weiblich, divers) der Kinder/Jugendlichen/jungen Erwachsenen
- c) dem spezifischen Problembereich (z. B. oppositionell versus dissoziale Verhaltensstörung) der Kinder/Jugendlichen/jungen Erwachsenen
- d) Komorbiditäten der Kinder/Jugendlichen/jungen Erwachsenen

² In der vorliegenden Leitlinie werden folgende Ansätze unterschieden: (1) eltern-/eltern-kindzentrierte Präventionsmaßnahmen und Interventionen, (2) patient:innenzentrierte Präventionsmaßnahmen und Interventionen, (3) Maßnahmen und Interventionen in Bildungseinrichtungen sowie (4) multimodale Intensivbehandlungen.

e) Ressourcen der Kinder/Jugendlichen/jungen Erwachsenen

S3: Mit welchem Konzept, mit welchen Methoden, in welchem Format und mit welcher Intensität sollten Maßnahmen der selektiven Prävention durchgeführt werden?

S4: Liegen im deutschen Sprachraum evidenzbasierte Programme bzw. Manuale für Maßnahmen der selektiven Prävention vor?

S5: Welche Risiken von Maßnahmen der selektiven Prävention sind bekannt und gegenüber dem Nutzen abzuwägen?

Empfehlungen zu psychosozialen Interventionen

S1: Sind therapeutische Interventionen wirksam, um oppositionell-aggressives und/oder dissoziales Verhalten zu vermindern?

S2: Variiert die Wirksamkeit der therapeutischen Interventionen in Abhängigkeit von

- a) dem Alter (< 3 Jahre, 3-6 Jahre, 6-11 Jahre, > 11 Jahre) der Patient:innen
- b) dem biologischen Geschlecht (männlich, weiblich, divers) der Patient:innen
- c) der spezifischen Diagnose (Störung mit oppositionellem und trotzigem Verhalten versus dissoziale Verhaltensstörung) der Patient:innen
- d) dem Zeitpunkt des Beginns des Auftretens der Störung (in der Kindheit versus in der Adoleszenz)
- e) begrenzter versus typischer prosozialer Emotionalität der Patient:innen
- f) dem Vorliegen versus Nicht-Vorliegen chronischer Reizbarkeit und Verärgerung der Patient:innen
- g) Komorbiditäten der Patient:innen
- h) Ressourcen der Patient:innen
- i) familiären Belastungen und Ressourcen

S3: Mit welchem Konzept, mit welchen Methoden, in welchem Format und mit welcher Intensität sollten die therapeutischen Interventionen durchgeführt werden?

S4: Liegen im deutschen Sprachraum evidenzbasierte Programme bzw. Manuale für die therapeutische Interventionen vor?

S5: Welche Risiken therapeutischer Interventionen sind bekannt und gegenüber dem Nutzen abzuwägen?

Kapitel 5: Empfehlungen zu pharmakologischen Interventionen

S1: Sind pharmakologische Interventionen wirksam, um Symptome einer Störung des Sozialverhaltens wie Impulsivität, chronische Reizbarkeit und Aggressivität zu vermindern?

S2: Welche unerwünschten Wirkungen haben die jeweiligen Substanzen?

S3: Wie gestaltet sich das Verhältnis von Nutzen und Risiken bei pharmakologischen Interventionen?

S4: Variieren die Wirksamkeit und die unerwünschten Wirkungen der pharmakologischen Interventionen in Abhängigkeit von

- a) dem Alter der Patient:innen
- b) dem biologischen Geschlecht (männlich, weiblich, divers) der Patient:innen
- c) der spezifischen Diagnose (Störung mit oppositionellem und trotzigem Verhalten versus dissoziale Verhaltensstörung) der Patient:innen
- d) dem Zeitpunkt des Beginns des Auftretens der Störung (in der Kindheit versus in der Adoleszenz)
- e) begrenzter versus typischer prosozialer Emotionalität der Patient:innen
- f) dem Vorliegen versus Nicht-Vorliegen chronischer Reizbarkeit und häufiger Wutanfälle
- g) psychischen Komorbiditäten der Patient:innen

- h) somatische Bedingungen der Patient:innen (z. B. Gewicht)
- i) weiteren vorhandenen Medikation(en) der Patient:innen

S5: Welche der genannten oder weiteren Aspekte sollten bei der Auswahl einer spezifischen Substanz berücksichtigt werden?

S6: Wie sind Nutzen und Risiken einer medikamentösen Behandlung bei akutem, aggressivem Verhalten einzuschätzen?

Kapitel 6: Empfehlungen zur Kooperation des Gesundheitssystems mit weiteren Versorgungssystemen

Kapitel 6.1: Kooperation mit der Kinder- und Jugendhilfe

S1: Was sind grundsätzliche Voraussetzungen für den Einbezug des Kinder- und Jugendhilfesystems durch das Gesundheitssystem?

S2: Was sind Anlässe, bei denen das Gesundheitssystem das Kinder- und Jugendhilfesystem einbeziehen sollte?

S3: Was sind Anlässe, bei denen sich das Gesundheitssystem durch das Kinder- und Jugendhilfesystem einbeziehen lassen sollte?

S4: Wie ist die Zusammenarbeit des Gesundheitssystems mit dem Kinder- und Jugendhilfesystem fallbezogen zu gestalten?

S5: Wie ist die Zusammenarbeit des Gesundheitssystems mit dem Kinder- und Jugendhilfesystem hinsichtlich struktureller und prozessualer Aspekte übergeordnet zu gestalten?

S6: Welche Kooperationsmaßnahmen mit dem Kinder- und Jugendhilfesystem sind geeignet zur Sicherstellung von Versorgungsangeboten beim Übergang ins Erwachsenenalter?

Kapitel 6.2: Kooperation mit dem Justizsystem

S1: Was sind Anlässe, bei denen das Gesundheitssystem das Justizsystem einbeziehen sollte?

S2: Wie und bei welchen Anlässen sollte das Gesundheitssystem auf die Anfrage durch das Justizsystem eingehen?

S3: Wie ist die Zusammenarbeit des Gesundheitssystems mit dem Justizsystem fallbezogen zu gestalten?

Kapitel 6.3: Kooperation mit dem Bildungssystem

S1: Was kann das Bildungssystem zur Prävention von Symptomen der Störung des Sozialverhaltens beitragen?

S2: Was sind grundsätzliche Voraussetzungen und Anlässe für den Einbezug des Bildungssystems durch das Gesundheitssystem?

S3: Was sind grundsätzliche Voraussetzungen und Anlässe, bei denen sich das Gesundheitssystem durch das Bildungssystem einbeziehen lassen sollte?

S4: Wie ist die Zusammenarbeit des Gesundheitssystems mit dem Bildungssystem bei einer ambulanten Behandlung fallbezogen zu gestalten?

S5: Wie ist die Zusammenarbeit des Gesundheitssystems mit dem Bildungssystem bei einer stationären Behandlung fallbezogen zu gestalten?

3.4. Systematische Literaturrecherche, Auswahl der Evidenz und Datenextraktion

Suche nach Quellleitlinien

In einer systematischen Suche wurden folgende Datenbanken nach bereits existierenden Leitlinien durchsucht: Guidelines International Network (G-I-N), Turning Research INTO Practice (TRIP), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), National Institute for Health and Care Excellence (NICE) und Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF). Die Suche diente einerseits der Abgrenzung zu thematisch verwandten Leitlinien, andererseits wurde geprüft, ob Leitlinien vorhanden sind, deren Empfehlungen für die zu entwickelnde Leitlinie adaptiert werden konnten. Weitere Details zu der durchgeführten Suche, wie die verwendeten Suchbegriffe und die jeweilige Trefferanzahl, können in Anhang 1 eingesehen werden. Es wurden sowohl Leitlinien zum selben Themenbereich (inhaltlich relevant) als auch thematisch verwandte Leitlinien identifiziert. Neben der Leitlinie der AWMF (2016) „Störungen des Sozialverhaltens: Empfehlungen zur Versorgung und Behandlung“ (www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-020.html), die Gegenstand der vorliegenden Überarbeitung ist, wurde die Leitlinie der NICE (2013) „Antisocial behavior and conduct disorders in children: recognition and management“ (www.nice.org.uk/guidance/cg158) als inhaltlich relevante Leitlinie identifiziert. Die NICE-Leitlinie diente bereits bei der Erstellung der AWMF-Leitlinie (2016) als Quellleitlinie. Eine Qualitätsbewertung der NICE-Leitlinie erfolgte 2013 durch die damalige Steuerungsgruppe mittels des Deutschen Instruments zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELB; Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften & Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, 2008) und wies für alle Domänen mit Ausnahme der Domäne „Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitssystem“ (Domäne 7: 0.444), eine gute bis sehr hohe methodische Qualität auf. Die vier, zwischenzeitlich veröffentlichten, Surveillance Reports der NICE-Leitlinie (2021; 2015, 2017, 2018) wurden durch das Projektteam sowie die Expert:innengruppen hinsichtlich der Relevanz für die zu überarbeitende Leitlinie geprüft. Im Rahmen des Leitlinienupdates erfolgten keine Adaptionen bzw. Adoptionen von Empfehlungen anhand der Surveillance Reports. Allerdings wurden die, im Rahmen der Surveillance Reports identifizierten, Primär- und Sekundärstudien in die systematische Literaturrecherche aufgenommen und hinsichtlich der definierten Ein- und Ausschlusskriterien des Leitlinienupdates auf Eignung geprüft (siehe auch Seite 14 dieses Dokuments).

Systematische Literaturrecherche

Im Anschluss an die Identifikation der Quellleitlinie wurden systematische Literaturrecherchen zur Beantwortung der definierten Schlüsselfragen für den Bereich Prävention und Intervention durchgeführt. Im Rahmen der Literaturrecherche wurden systematische Übersichtsarbeiten (qualitative sowie quantitative Übersichtsarbeiten) sowie randomisiert-kontrollierte Studien (RCTs) eingeschlossen. Ausgeschlossen wurden hingegen Buchkapitel, Veröffentlichungen von Studienregistern, quasi-experimentelle Studien oder Studien mit weniger als N = 10 Proband:innen innerhalb eines Behandlungsarms. Die eingesetzte Suchstrategie orientierte sich stark an der Suchstrategie der NICE-Leitlinie (National Institute for Health and Care Excellence, 2013) sowie der bisherigen AWMF-Leitlinie (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 2016). Insgesamt wurde bei der Literatursuche zwischen Maßnahmen der universellen (richten sich an die Allgemeinbevölkerung, d. h. an alle), selektiven (richten sich an Personen mit erhöhtem Risiko, eine psychische Störung zu entwickeln) und indizierten Prävention (Personen mit einzelnen psychischen Symptomen, die jedoch noch nicht die Kriterien einer psychischen Störung erfüllen) sowie therapeutischen Interventionen (Personen mit einer psychischen Störung) unterschieden. Studien zu Maßnahmen der universellen Prävention wurden ausgeschlossen; Maßnahmen der selektiven und indizierten Prävention sowie therapeutische Interventionen wurden hingegen eingeschlossen. Aufgrund inhaltlicher Überschneidungen und schwieriger Differenzierung wurden die Kategorien indizierter Präventionsmaßnahmen und therapeutischer Interventionen gemeinsam ausgewertet. Obwohl universelle Präventionsmaßnahmen im Rahmen der systematischen Literatursuche keine Berücksichtigung fanden, enthält die vorliegende Leitlinie mitunter (konsensbasierte) Empfehlungen für diesen Bereich. Die letzte systematische Suche der Quellleitlinie (NICE) erfolgte 2017, die der bisherigen deutschen Leitlinie 2013. Entsprechend wurde für die Aktualisierung der Leitlinie publiziert

englischsprachige Evidenz ab April 2017 sowie deutschsprachige Evidenz ab September 2013 eingeschlossen. Zielpopulation der Literatursuche waren Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 0 bis 21 Jahren, welche externale Verhaltensauffälligkeiten zeigen oder die diagnostischen Kriterien für Störungen des Sozialverhaltens erfüllen (indizierte Prävention/therapeutische Intervention) oder Risikofaktoren für die Entwicklung einer solchen Störung aufweisen (selektive Prävention). Es wurden keinerlei Einschränkungen hinsichtlich der Art der präventiven Maßnahmen oder therapeutischen Interventionen (psychosozial und/oder pharmakologisch) bei Kindern, Jugendlichen oder jungen Erwachsenen sowie deren Bezugspersonen vorgenommen. Als Vergleichsgruppe dienten Routinebehandlungen (treatment/care as usual), Warte-, unbehandelte oder aktive Kontrollgruppen sowie andere Präventionsmaßnahmen bzw. therapeutische Interventionen. Folgende *Endpunkte (Outcomes)* wurden berücksichtigt:

- Maßnahmen der selektiven/indizierten Prävention und therapeutische Interventionen:
 - oppositionell-aggressives und/oder dissoziales Verhalten oder Diagnose der Störung des Sozialverhaltens der Kinder/Jugendlichen/jungen Erwachsenen
 - Risiken und Nebenwirkungen
- Maßnahmen der indizierten Prävention oder therapeutische Interventionen:
 - Funktionsbeeinträchtigung/Leidensdruck (inkl. Schulversagen und Delinquenz) der Kinder/Jugendlichen/jungen Erwachsenen
 - Lebensqualität der Kinder/Jugendlichen/jungen Erwachsenen
 - komorbide Symptomatik oder komorbide Diagnosen der Kinder/Jugendlichen/jungen Erwachsenen (ausschließlich das jeweils globalste Maß)

Priorisierung von Endpunkten (Outcomes): Bei der Bewertung der Evidenz wurden primär Endpunkte berücksichtigt, die die Kernsymptomatik sowie potenzielle Risiken und Nebenwirkungen betreffen. Sekundär wurden auch Endpunkte zu Funktionsbeeinträchtigungen und Lebensqualität herangezogen. Im Kontext einer indizierten Prävention oder therapeutischen Intervention wurde zusätzlich die komorbide Symptomatik sekundär berücksichtigt.

Im Rahmen der systematischen Literaturrecherche wurden folgende *Datenbanken* durchsucht (siehe Tabelle 2):

Tabelle 2: Durchsuchte Datenbanken im Rahmen der systematischen Literaturrecherche

Datenbanken	Subdatenbanken
Cochrane Library https://www.cochranelibrary.com/%20advanced-search	- Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) - Central Register of Controlled Trials (CENTRAL)
EBSCO (via EBSCO host ³)	- PsycInfo
Embase https://www.embase.com/	-
International HTA Database https://database.inahta.org/login	-
Ovid https://ovidsp.ovid.com/	Ovid MEDLINE: - Epub Ahead of Print - In-Process - IN-Data-Review & Other Non-Indexed Citations, Daily
ProQuest	- Education Resources in Curriculum (ERIC)

³ Link an der Universität zu Köln: <https://web.p.ebscohost.com/ehost/search/basic?vid=1&sid=7fc8dc1d-096b-40f5-8474-8b2e023f7782%40redis>

Datenbanken	Subdatenbanken
https://www.proquest.com/basic	- International Bibliography of Social Sciences (IBSS) - Social Services Abstracts (SSA) - Sociological Abstracts
Web of Science https://www.webofscience.com/%20wos/woscc/basic-search	- Science Citation Index Expanded (SCI-EXPANDED) 1945-present - Social Sciences Citation Index (SSCI) 1956-present - Arts & Humanities Citation Index (AHCI) 1975-present - Emerging Sources Citation Index (ESCI) 2018-present

Auf Anfrage stellt das Projektteam die, in den jeweiligen Datenbanken verwendeten Suchstrategien, in Form von Suchprotokollen zur Verfügung (ca. 140 Seiten). Eine Übersicht über die Suchstruktur in den verschiedenen Datenbanken sowie der jeweiligen Trefferzahlen ist im Anhang 2 zu finden. Über die systematische Suche in den genannten Datenbanken konnten insgesamt 67.585 Studien identifiziert werden. Weitere 71 Studien wurden aus folgenden vier zusätzlichen Quellen identifiziert und bei der Aktualisierung der Leitlinie berücksichtigt (siehe auch Abbildung 2):

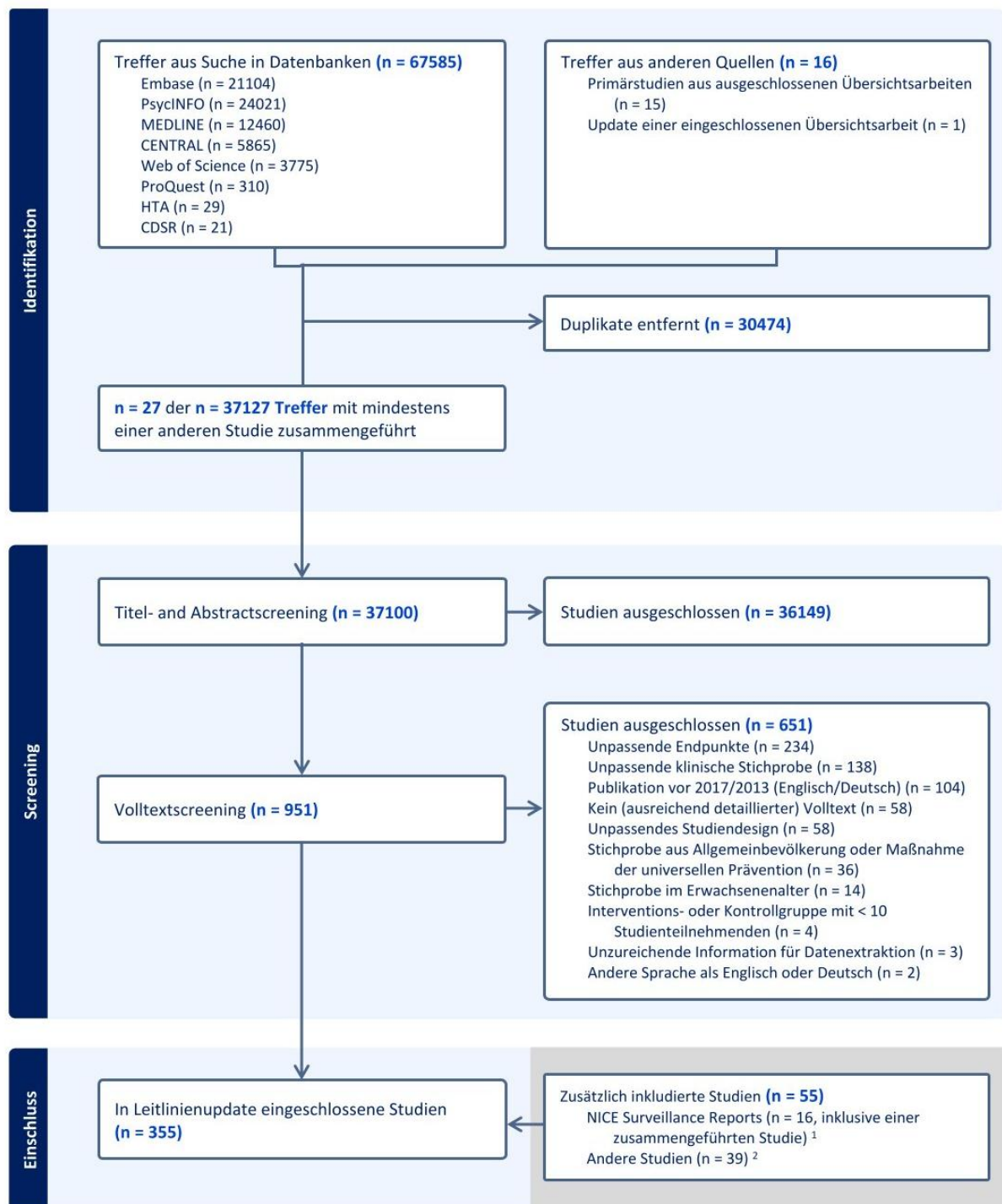
- 1) Updates bzw. Ergänzungen zur NICE-Leitlinie (2013):
 - Surveillance report September 2015 (NICE Surveillance Programme project team, 2015): Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition and management (2013) NICE guideline CG158
 - Surveillance report September 2017 (NICE Surveillance Programme project team, 2017): Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition and management (2013) NICE guideline CG158
 - Surveillance report September (exceptional review) 2018 (NICE Surveillance Programme project team, 2018): Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition and management (2013) NICE guideline CG158
 - Exceptional surveillance of testing for diabetes 2021 (National Institute for Health and Care Excellence, 2021): NICE guidelines CG178, CG185, CG155, CG158 and NG185

Für weitere Details zu den Surveillance Reports siehe auch:
<https://www.nice.org.uk/Guidance>. Im Leitlinienupdate wurden auf diesem Weg 16 Studien (inklusive einer gemergten Studie) berücksichtigt.
- 2) Literaturverzeichnisse nicht eingeschlossener, systemischer Übersichtsarbeiten:
 Wenn in gefundenen systematischen Übersichtsarbeiten weniger als 50 % der Primärstudien und/oder weniger als 5 Primärstudien die Einschlusskriterien erfüllten, wurde die betroffene systematische Übersichtsarbeit ausgeschlossen, die Literaturverzeichnisse auf passende Primärstudien geprüft und nur die passenden Primärstudien aufgenommen. Im Leitlinienupdate wurden auf diesem Weg 15 Studien berücksichtigt.
- 3) Update einer systematischen Übersichtsarbeit:
 Einmalig erschien nach dem Suchzeitraum ein Update einer eingeschlossenen systematischen Übersichtsarbeit, welche daraufhin ebenfalls inkludiert wurde.
- 4) Von Expert:innen benannte oder bereits inkludierte Studien:
 39 Studien wurden entweder auf Anfrage von Expert:innen eingeschlossen oder weil sie bereits in der vorherigen Version der Leitlinie verwendet worden waren und von den Expert:innen weiterhin als relevant eingestuft wurden. In Ausnahmefällen, wenn keine oder nur sehr wenig passende Evidenz zur Verfügung stand, wurden im Leitlinienupdate auch Beobachtungsstudien berücksichtigt.

Die identifizierten Treffer (Studien aus Datenbanken und den vier zusätzlichen Quellen) wurden nach Publikationstyp (z. B. qualitative systematische Übersichtsarbeiten, quantitative systematische

Übersichtsarbeiten und randomisiert-kontrollierte Studien) sowie Sprache (Englisch, Deutsch) kategorisiert und anschließend in ein Literaturverwaltungsprogramm (EndNote) importiert. Mithilfe dieses Programms konnten erste Duplikate identifiziert und entfernt werden. Anschließend wurden alle Treffer in ein digitales System (Covidence; <https://www.covidence.org/>) importiert, das als Hilfsmittel zur Erstellung systematischer Übersichtsarbeiten dient. Hier wurden weitere Duplikate identifiziert, sodass sich die Anzahl der eingeschlossenen Studien hiernach auf 37.127 Studien reduzierte. 27 dieser Studien basierten auf denselben Populationen, da es sich beispielsweise um Follow-up-Studien mit weiteren Messzeitpunkten handelte oder stellten eine Aktualisierung einer Übersichtsarbeit dar. Diese Studien wurden entsprechend mit den passenden, ebenfalls eingeschlossenen Studien zusammengeführt, sodass sich die Zahl der inkludierten Studien auf 37.100 reduzierte (für weitere Details: siehe Abbildung 2).

Abbildung 2: PRISMA-Diagramm



¹ Sechs der 23 identifizierten Studien in den NICE Surveillance Reports wurden aus folgenden Gründen nicht eingeschlossen: unpassende Endpunkte (n = 3), Stichprobe aus Allgemeinbevölkerung oder Maßnahme der universellen Prävention (n = 2), unpassende klinische Stichprobe (n = 1).

² Diese Studien wurden entweder auf Anfrage von Expert:innen eingeschlossen oder weil sie bereits in der vorherigen Version der Leitlinie verwendet worden waren und von den Expert:innen als weiterhin relevant eingestuft wurden.

Studienauswahl: Das Vorgehen bei der Identifikation von relevanten Studien für das Leitlinienupdate wird in Abbildung 2 dargestellt. Weiterführende Informationen zu den Ein- und Ausschlusskriterien für die Studienauswahl können in Anhang 3 eingesehen werden.

Titel- und Abstract-Screening: Nach erfolgter systematischer Literatursuche folgte das Titel- und Abstract-Screening der 37.100 eingeschlossenen Studien, welches von fünf Studienmitarbeiterinnen

anhand der definierten Ein- und Ausschlusskriterien durchgeführt wurde (eine Psychologiestudentin im Bachelor-Studium, zwei Psychologiestudentinnen mit Bachelorabschluss [B. Sc.], zwei Psychologiestudentinnen mit Masterabschluss [M. Sc.], in bzw. mit abgeschlossener Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin). Jede Studie wurde von zwei Mitarbeitenden beurteilt. Es wurde angestrebt, auf Basis der Titel der Studien passende Studien zu identifizieren. War dies aufgrund unzureichender Informationen im Titel nicht möglich, wurde der Abstract als zusätzliche Informationsquelle herangezogen. Dabei konnten Studien hinsichtlich (nicht) erfüllter PICO(S)-Kriterien einer von drei Kategorien zugeordnet werden: (a) alle PICO(S)-Kriterien erfüllt, (b) mindestens ein PICO(S)-Kriterium nicht erfüllt sowie (c) vorhandene Informationen stimmen mit PICO(S)-Kriterien überein, aber keine ausreichenden Informationen für vollständige Überprüfung vorhanden. Um eine angemessene Beurteiler:innenübereinstimmung zu gewährleisten, wurden folgende Maßnahmen ergriffen: 1) Festschreibung der PICO(S)-Kriterien, 2) detaillierte Festlegung des Vorgehens in Form einer „Standard Operating Procedure“, 3) ausführliche Einarbeitung, 4) ausführliche Besprechung in wöchentlichen Projektmeetings. Aufgrund der differierenden Ausbildungsstände der Beurteilerinnen wurde zu Beginn des Titel- und Abstract-Screenings jede Studie durch mindestens eine Beurteilerin mit Masterabschluss eingeschätzt. Da sich im Verlauf keine bedeutenden Diskrepanzen der Beurteiler:innenübereinstimmungen in Abhängigkeit vom vorhandenen Bildungsabschluss offenbarten, wurde dieses Kriterium im Folgenden nicht länger aufrechterhalten. Nach Abschluss des Titel- und Abstract-Screenings zeigte sich eine moderate bis substanzielle/gute Übereinstimmung zwischen allen Beurteilenden (Cohen's Kappa; .50 [moderat] bis .69 [substanziell/gut], siehe Anhang 4). Aufgetretene Diskrepanzen zwischen den beiden Beurteilerinnen im Rahmen des Titel- und Abstract-Screenings wurden mit einer dritten, unbeteiligten Person diskutiert, und gemeinsam eine finale Entscheidung getroffen. Es wurden im Rahmen des Titel- und Abstract-Screenings 36.149 Studien exkludiert.

Volltextscreening: Im nachfolgenden Schritt wurden die Volltexte der 951 Studien, welche im Titel- und Abstract-Screening als passend identifiziert wurden, geprüft. Die Beurteilungen erfolgten ebenfalls durch die oben genannten Studienmitarbeiterinnen. Studien wurden entweder inkludiert (alle PICO(S)-Kriterien erfüllt) oder exkludiert (mindestens ein PICO(S)-Kriterium nicht erfüllt). Folgende Maßnahmen wurden ergriffen, um eine angemessene Übereinstimmung zwischen den Beurteiler:innen zu erzielen: 1) Festlegung des Vorgehens in Form einer „Standard Operating Procedure“, 2) ausführliche Einarbeitung und 3) ausführliche Besprechung in wöchentlichen Projektmeetings. Insgesamt zeigte sich eine moderate bis substanzielle/gute Übereinstimmung zwischen allen Beurteilenden (Cohen's Kappa; .69 [substanziell/gut] bis 1 [perfekt], siehe Anhang 4). Wie auch beim Titel- und Abstract-Screening wurden diskrepante Bewertungen mit einer unbeteiligten, dritten Person diskutiert und gemeinsam eine finale Entscheidung getroffen. Im Rahmen des Volltextscreening wurden 656 Studien exkludiert und 300 Studien als passend identifiziert. Daneben wurden 55 Studien, welche von Expert:innen oder im Rahmen der Surveillance Reports der Quellleitlinie als relevant identifiziert wurden, im Leitlinienupdate berücksichtigt (siehe auch Abbildung 2).

Datenextraktion: Anschließend an das Volltextscreening wurden relevante Daten aller eingeschlossenen Studien, angelehnt an das PICO(S)-Schema, unter Nutzung von Covidence extrahiert (<https://www.covidence.org/>; z. B. Stichprobengröße, Ein- und Ausschlusskriterien, Messinstrumente, Ergebnisse). An diesem Schritt waren zwei Psychologiestudentinnen mit Bachelorabschluss sowie zwei Psychologiestudentinnen mit Masterabschluss beteiligt, die zuvor eine ausführliche Einarbeitung erhielten. Bereits zusammengeführte Studien (z. B. Follow-up Studien, Updates von Übersichtsarbeiten) wurden gemeinsam extrahiert. Ca. 10 % der extrahierten Studien wurden durch eine zweite Beurteilerin geprüft. Aufkommende Fragen, Unklarheiten und Schwierigkeiten während der Datenextraktion wurden in wöchentlichen Projektmeetings besprochen. In Anhang 5 findet sich eine Auflistung der im weiteren Verlauf des Leitlinienupdates verwendeten Literatur im PICO(S)-Format. Ein noch ausführlicheres Dokument zur Datenextraktion (im Excel-Format) kann auf Anfrage bereitgestellt werden.

3.5. Kritische Bewertung der Evidenz

Die kritische Bewertung der Evidenz erfolgte zunächst durch die Bewertung der Studienqualität der eingeschlossenen Primär- und Sekundärstudien sowie abschließend in Bezug auf die einzelnen Leitlinienempfehlungen auf Basis des GRADE-Ansatzes (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation; Schünemann et al., 2013).

Studienqualitätsbewertung der eingeschlossenen Primär- und Sekundärstudien

Mit der Absicht personelle Ressourcen des Projekts bedacht und zielgerichtet einzusetzen, wurde nicht für alle eingeschlossenen Studien eine Studienqualitätsbewertung vorgenommen, sondern eine Auswahl der relevantesten Literatur separat für die jeweiligen Präventions- und Interventionsformen getroffen. Im ersten Schritt erfolgte eine Auswahl durch das Projektteam, im zweiten Schritt erhielten die Expert:innen die Möglichkeit weitere Studien von besonderer Relevanz zu benennen. Abschließend wurden, über alle Präventions- und Interventionsformen hinweg, ca. 82 % der eingeschlossenen Studien als von besonderer Relevanz identifiziert und eine Studienqualitätsbewertung vorgenommen. Zwei Mitarbeitende (Psychologiestudentinnen mit Bachelor- bzw. Masterabschluss) ermittelten die Qualität dieser Studien unter Nutzung von Covidence (<https://www.covidence.org/>). Die Studienqualität von randomisiert-kontrollierten Studien wurde angelehnt an das „Revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials“ (RoB-2; Cochrane Deutschland et al., 2021) bewertet. Die Studienqualitätsbewertung basierte auf der Einschätzung eines möglichen Bias durch 1) den Randomisierungsprozess, 2) Abweichungen von den vorgesehenen Interventionen, 3) fehlende Ergebnisdaten, 4) die Ergebnismessung und 5) eine Selektion der berichteten Ergebnisse. Dabei konnte das Risiko pro Item als „niedrig“, „mit Bedenken“ oder „hoch“ bewertet werden. Auf Basis der Bewertungen der fünf Einzelitems wurde das Biasrisiko für randomisiert-kontrollierte Studien abschließend als „niedrig“, „mit Bedenken“ oder „hoch“ beurteilt (für weitere Informationen zum Vorgehen siehe Anhang 6).

Die Studienqualitätsbewertung der Übersichtsarbeiten basierte auf „A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews 2“ (AMSTAR-2; Cochrane Deutschland et al., 2023). Die Originalversion der AMSTAR-2 enthält 16 Items, wovon die Autor:innengruppe sieben (Item 2, 4, 7, 9, 11, 13, 15) als möglicherweise „kritische Items“ bezeichnen. Im Sinne einer Einsparung zeitlicher Ressourcen wurden ausschließlich die vorgeschlagenen sieben „kritischen Items“ pro Übersichtsarbeit erhoben. Darüber hinaus wurden zwei „kritische Items“ (Ermittlung des Biasrisikos der Primärstudien sowie Berücksichtigung der Ergebnisse der Biasrisiko-Bewertungen) in ein Item überführt. Die resultierenden sechs Items waren: 1) vorab festgelegte Konzepte (z. B. Fragestellung(en), Suchstrategien), 2) Anwendung der Suchstrategien, 3) Bereitstellung von ein- und ausgeschlossenen Studien, 4) Biasrisiko-Bewertung, 5) Berechnungen der statistischen Heterogenität (im Falle quantitativer Synthese/Metaanalysen) und 6) Untersuchung eines möglichen Publikationsbias (im Falle quantitativer Synthese/Metaanalysen). Beantwortet wurden die Einzelitems jeweils mit „ja“ oder „nein“. Basierend auf den sechs Items ergab sich eine der folgenden Gesamtbewertungen für das Vertrauen in die Ergebnisse der beurteilten Übersichtsarbeit: „moderates/hohes Vertrauen“, „niedriges Vertrauen“ und „kritisch niedriges Vertrauen“ (für weitere Informationen zum Vorgehen siehe Anhang 7).

Die Einschätzung des Verzerrungsrisikos in Beobachtungsstudien wurde angelehnt an das „Risk of Bias in Non-randomized Studies of Interventions – Version 2“-Instrument (ROBINS-I V2; Sterne et al., 2025) vorgenommen. Dieses Instrument ermöglicht eine strukturierte Bewertung der internen Validität nicht-randomisierter Studien, indem es potenzielle Biasquellen in sieben Domänen analysiert: 1) Bias durch Störfaktoren, 2) Bias bei der Klassifikation der Intervention, 3) Bias in der Auswahl der Teilnehmenden, 4) Bias durch Abweichungen von der intendierten Intervention, 5) Bias durch fehlende Daten, 6) Bias bei der Messung der Endpunkte sowie 7) Bias in der Auswahl der berichteten Ergebnisse. Jede Domäne wurde hinsichtlich des Risikos für Verzerrungen eingeschätzt („niedrig“, „moderat“, „ernst“ oder „kritisch“) und anschließend in ein Gesamturteil („niedrig“, „moderat“, „ernst“ oder „kritisch“) überführt (für weitere Informationen zum Vorgehen siehe Anhang 8).

Mit dem Ziel der Qualitätssicherung der durchgeführten Studienqualitätsbewertungen, wurden 10 % der bewerteten Studien (mit Ausnahme der Beobachtungsstudien⁴) zusätzlich durch eine zweite Projektmitarbeiterin geprüft. Die Studienqualitätsbewertungen angelehnt an RoB-2, AMSTAR-2 und ROBINS-I V2 wurden im Rahmen der anschließenden Evidenzbewertung entsprechend dem GRADE-Ansatz berücksichtigt und ermöglichen eine transparente Darstellung der methodischen Vertrauenswürdigkeit. Das erstellte Dokument zur Studienqualitätsbewertung (Excel-Datei), in welchem auch die Einzelitembewertungen enthalten sind, kann auf Anfrage durch das Projektteam bereitgestellt werden.

Vertrauenswürdigkeit der vorliegenden Evidenz zu einer Leitlinienempfehlung entsprechend des GRADE-Ansatzes

Die abschließende Beurteilung der Aussagesicherheit der vorliegenden Evidenz in Bezug auf eine Leitlinienempfehlung erfolgte nach dem international etablierten GRADE-Ansatz (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation; Schünemann et al., 2013). Die vorliegende Evidenz zu jeder Empfehlung wurde anhand der spezifischen Präventionsmaßnahme bzw. Intervention, der jeweiligen Kontrollgruppe sowie der relevanten Endpunkte sortiert und im Anschluss systematisch beurteilt. Je Empfehlung wurden vier, davon drei endpunktspezifische, Evidenzbeurteilungen ermittelt:

- Kernsymptomatik,
- Komorbide Symptomatik,
- Funktionsniveau/Lebensqualität,
- Gesamtbeurteilung

Bei der Ermittlung des Gesamturteils wurde die Kernsymptomatik als primärer Endpunkt und die anderen beiden Endpunkte als sekundäre Endpunkte betrachtet und entsprechend gewichtet. Den Ausgangspunkt für die Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit der Evidenz bildete dabei die Art der Studie: Bei randomisiert-kontrollierten Studien (RCTs) wird zunächst von einer hohen, bei Beobachtungsstudien von einer niedrigen Evidenzqualität ausgegangen. Bei systematischen Übersichtsarbeiten leitete sich der Ausgangspunkt der Evidenzqualität vom Studientyp der eingeschlossenen Primärstudien ab (RCTs: hoch, Beobachtungsstudien: niedrig). Anschließend wurde geprüft, ob die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz anhand der folgenden fünf GRADE-Domänen herabgestuft werden sollte:

- 1) methodische Limitationen (Biasrisiko),
- 2) Inkonsistenz der Ergebnisse,
- 3) Indirektheit der Evidenz (z. B. eingeschränkte Übertragbarkeit auf die Zielpopulation),
- 4) Ungenauigkeit (z. B. kleine Fallzahlen, weite Konfidenzintervalle) sowie
- 5) Publikationsbias.

Eine Aufwertung der Evidenz innerhalb des GRADE-Ansatzes wäre u. a. bei ausgeprägten Effekten, Dosis-Wirkungs-Beziehungen oder wenn alle potenziellen Bias-Einflüsse zu einer Unterschätzung des Effekts führen, möglich gewesen.

Im Falle systematischer Übersichtsarbeiten und Metaanalysen wurde die erste GRADE-Domäne „methodische Limitationen (Biasrisiko)“ auf Grundlage der, in der Übersichtsarbeit zusammengetragenen, Informationen zu dem Biasrisiko in den Primärstudien beurteilt. Eine fehlende Untersuchung des Biasrisikos der Primärstudien oder eine (überwiegende) Einschätzung des Biasrisikos als mit Bedenken oder hoch führten zu einer Abwertung der ersten GRADE-Domäne. Im Falle randomisiert-kontrollierter Studien wurde das, auf Basis des RoB-2 ermittelte Biasrisiko, als Informationsquelle für die erste GRADE-Domäne genutzt. Beobachtungsstudien wurden im

⁴ Beobachtungsstudien waren im ursprünglichen Protokoll nicht vorgesehen und wurden lediglich in Einzelfällen ergänzend berücksichtigt. Aufgrund der geringen Zahl und ihres explorativen Charakters erschien eine Zweitbeurteilung zur Ermittlung der Übereinstimmung nicht erforderlich.

vorliegenden Leitlinieupdate nur in Ausnahmefällen berücksichtigt. In diesen Fällen wurde das, auf Basis des ROBINS-I V2 ermittelte Biasrisiko, als Informationsquelle für die erste GRADE-Domäne genutzt. Tabelle 3 zeigt die Zuteilung von Gesamtbeurteilung in RoB-2 bzw. ROBINS-I V2 und der Beurteilung der ersten GRADE-Domäne.

Tabelle 3: Dreistufiges Schema zur Graduierung von Empfehlungen

Randomisiert-kontrollierte Studien	
Gesamtbeurteilung des Biasrisikos (angelehnt an RoB-2)	Erste GRADE-Domäne: methodische Limitationen/Biasrisiko
Niedriges Biasrisiko	Nicht ernsthaft („not serious“)
mit Bedenken	Ernsthaft („serious“)
Hohes Biasrisiko	Sehr ernsthaft („very serious“)
Beobachtungsstudien	
Gesamtbeurteilung des Biasrisikos (angelehnt an ROBINS-I V2)	Erste GRADE-Domäne: methodische Limitationen/Biasrisiko
niedriges/moderates Biasrisiko	Nicht ernsthaft („not serious“)
ernsthaftes Biasrisiko	ernsthaft („serious“)
kritisches Biasrisiko	sehr ernsthaft („very serious“)

Auf Basis der Beurteilung der fünf GRADE-Domänen ergab sich eine Einordnung der Vertrauenswürdigkeit der Evidenz in die Kategorien „hoch“, „moderat“, „niedrig“ oder „sehr niedrig“, welche jeweils die Sicherheit widerspiegelt, mit der der geschätzte Effekt dem tatsächlichen Effekt entspricht. Die ermittelte Qualität der Evidenz dient als Ausgangspunkt für die anschließende Formulierung und Graduierung der Empfehlungen. Die im Rahmen des Leitlinienupdates erstellten Tabellen zur Vertrauenswürdigkeit der Evidenz finden sich in Anhang 9. Das Vorgehen zur Evidenzbewertung erfolgte auch in der Vorgängerversion dieser Leitlinie auf Basis des GRADE-Ansatzes. Zur Beurteilung der Studienqualität der eingeschlossenen Studien wurden allerdings abweichend Checklisten des Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) eingesetzt (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2009).

Interpretation von Effektgrößen

Im Rahmen der sprachlichen Zusammenfassungen der vorliegenden Evidenz in der Langfassung der Leitlinie wurden Effektgrößen in Primär- und Sekundärstudien entsprechend der, in Tabelle 4 dargestellten, Interpretationshilfen, beschrieben:

Tabelle 4: Orientierungswerte zur Interpretation von Effektgrößen

	klein	mittel	groß
Cohen's d / Hedges g	0.20 bis 0.39	0.40 bis 0.59	ab 0.60
(partiell)es η^2	0.010 bis 0.039	0.040 bis 0.090	ab 0.100

Anteil evidenzbasierter Empfehlungen

Im Rahmen des Leitlinienupdates wurde angestrebt den Anteil evidenzbasierter Empfehlungen zu erhöhen. In diesem Sinne prüften das Projektteam, die Expert:innengruppen sowie die Konsensusgruppe einerseits eine mögliche Evidenzbasierung konsensbasierter Empfehlungen und

andererseits die Möglichkeit insbesondere konsensbasierte Empfehlungen zusammenzuführen oder in Hintergrundtexte umzuwandeln. Der von der AWMF-Leitlinienkommission empfohlene Mindestanteil von 50 % evidenzbasierter Empfehlungen wurde im vierten Empfehlungskapitel („Empfehlungen zu psychosozialen Präventionsmaßnahmen und Interventionen“) mit 77 % deutlich überschritten. Im fünften Empfehlungskapitel („Empfehlungen zu pharmakologischen Interventionen“) wurde dieser Zielwert mit einem Anteil von 38 % hingegen knapp unterschritten.

Neben diesen beiden Kapiteln umfasst das Leitlinienupdate auch Empfehlungskapitel für die strukturell bedingt keine oder nur eingeschränkte Evidenz vorliegt. In diesen Fällen handelt es sich um komplexe Versorgungsprozesse, die einer standardisierten experimentellen Untersuchung nur eingeschränkt zugänglich sind. Hiervon betroffen sind das sechste („Empfehlungen zur Kooperation des Gesundheitssystems mit weiteren Versorgungssystemen; Anteil evidenzbasierter Empfehlungen: 0 %), erste („Empfehlungen zu Rahmenbedingungen und der Koordination von Versorgungsangeboten“; Anteil evidenzbasierter Empfehlungen: 6 %) sowie dritte Empfehlungskapitel („Empfehlungen zur Behandlungsplanung, -indikation und zum Behandlungssetting“; Anteil evidenzbasierter Empfehlungen: 0 %). Im zweiten Empfehlungskapitel („Empfehlungen zur Diagnostik“) wurde ein Anteil evidenzbasierter Empfehlungen von 10 % erreicht.

3.6. Strukturierte Konsensfindung

Alle aktiven Mandatstragenden der Fachgesellschaften wurden zur strukturierten Konsensfindung (entsprechend des Vorgehens der National Institutes of Health) eingeladen. Die Konsensuskonferenzen wurden von einer neutralen, mit den Techniken der strukturierten Konsensfindung erfahrenen Mitarbeiterin der AWMF, Frauke Schwier, moderiert. Im Rahmen der Konsensuskonferenzen wurden die abzustimmenden Empfehlungen, die aufgearbeitete Evidenzgrundlage sowie die Rationale durch die vorbereitende Kleingruppe präsentiert. Es wurde Gelegenheit zu Rückfragen und Einbringung von begründeten Änderungsanträgen gegeben. Anschließend wurde über die Empfehlungen und ggf. vorhandene Änderungsanträge abgestimmt. Bei nicht erreichtem Konsens erfolgte eine Diskussion, eine Erarbeitung von Alternativvorschlägen und die endgültige Abstimmung. Pro Empfehlung gab es folgende Abstimmungsmöglichkeiten: Zustimmung, Ablehnung mit neuem Vorschlag, Enthaltung aufgrund eines bescheinigten Interessenskonflikts (siehe Anhang 11), Enthaltung ohne bescheinigten Interessenskonflikt. An der Abstimmung einer Empfehlung durften nur Delegierte teilnehmen, die bezüglich der jeweiligen Empfehlung bzw. des Leitlinienkapitels keinen bzw. einen geringen Interessenskonflikt aufwiesen. Zu allen abgestimmten Empfehlungen wurde die erzielte Konsensstärke vermerkt. Hierbei wurde folgende Klassifikation verwendet (siehe Tabelle 5):

Tabelle 5: Klassifikation der Konsensusstärke

Klassifikation der Konsensusstärke	
Starker Konsens	> 95 % der Stimmberechtigten
Konsens	> 75-95 % der Stimmberechtigten
Mehrheitliche Zustimmung	> 50-75 % der Stimmberechtigten
Keine mehrheitliche Zustimmung	≤ 50 % der Stimmberechtigten

Es fanden insgesamt drei Konsensuskonferenzen, am 18.11.2024, am 02.06.2025 und am 24.06.2025, statt. Zu allen drei Konsensuskonferenzen gab es eine Online-Vorabstimmung. Die Abstimmung der Delegierten im Rahmen der online durchgeführten Konsensuskonferenzen erfolgte jeweils über das Online-Tool Vevox (<https://www.vevox.com/>). Bei allen durchgeführten Online-Abstimmungen gab es folgende Abstimmungsmöglichkeiten: Zustimmung, Ablehnung, Enthaltung mit bescheinigten Interessenskonflikt, Enthaltung ohne bescheinigten Interessenskonflikt. Im Falle einer Ablehnung oder

Enthaltung erhielten die Abstimmenden die Möglichkeit einen Änderungsvorschlag oder einen allgemeinen Hinweis einzubringen. Nach Absolvierung der drei Konsensuskonferenz verblieben zehn, noch nicht konsentierende Empfehlungen. Diese wurden im Anschluss, mittels Online-Abstimmung(en) im Delphi-Verfahren, konsentiert. Sieben der 10 abzustimmenden Empfehlungen waren in der Online-Vorabstimmung (anonymisiert) zur Konsensuskonferenz am 02.06.2025 und/oder innerhalb der Konsensuskonferenz am 24.06.2025 vorbesprochen worden. Die erneute Abstimmung dieser Empfehlungen erfolgte, da Konsensusgruppenmitglieder Anregungen zur Überarbeitung der Empfehlung äußerten und/oder GRADE-Tabellen erst im Anschluss an die dritte Konsensuskonferenz finalisiert werden konnten. Neun der 10 verbleibenden Empfehlungen konnten innerhalb der ersten und eine Empfehlung nach der zweiten Runde konsentiert werden. Die Rückmeldungen erfolgten pseudonymisiert. Für die drei Konsensuskonferenzen, die assoziierten Online-Vorabstimmungen sowie die beiden durchgeführten Online-Abstimmung(en) im Delphi-Verfahren wurden detaillierte Protokolle erstellt.

3.7. Empfehlungsgraduierung

Bei evidenzbasierten Empfehlungen wurde einerseits die Qualität der Evidenz (anhand von drei endpunktspezifischen Beurteilungen sowie einer Gesamtbeurteilung jeweils basierend auf dem GRADE-System) und andererseits ein Empfehlungsgrad angegeben (siehe Tabelle 6).

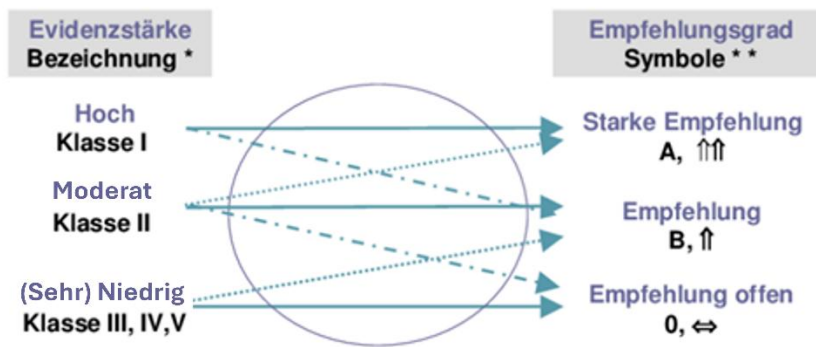
Tabelle 6: Dreistufiges Schema zur Graduierung von Empfehlungen

Empfehlungsgrad	Beschreibung	Ausdrucksweise	Symbol
A	Starke Empfehlung	Soll /Soll nicht	↑↑ / ↓↓
B	Schwache Empfehlung	Sollte /sollte nicht	↑ / ↓
O	Offene Empfehlung	Kann erwogen/ verzichtet werden	⇔

Die angegebene Qualität der Evidenz einer Empfehlung gab der Leitliniengruppe einen ersten wertvollen Hinweis auf mögliche Empfehlungsgrade. Allerdings wurden bei der Bestimmung der jeweiligen Empfehlungsgrade folgende weitere Kriterien bedacht (siehe Abbildung 3):

- 1) **Nutzen-Schaden-Abwägung:** Wie substantiell sind der erwartete Nutzen und der erwartete Schaden der Intervention?
- 2) **Vertrauen in die Evidenz:** Wie sicher ist die zugrundeliegende Evidenz, bzw. wie vertrauenswürdig sind die Effektschätzer? Zu welchen Endpunkten oder Teilfragestellungen fehlt Evidenz?
- 3) **Wichtigkeit der Endpunkte:** Wie wichtig sind die Endpunkte?
- 4) **Präferenz der Betroffenen:** Wie sicher ist die Einschätzung der Ansichten und Präferenzen der betroffenen Patient:innen/Bürger:innen bzw. deren Variabilität?
- 5) **Versorgungspraktische Aspekte:** Wie sehr spricht die Abwägung von Nutzen und Schaden in Bezug auf individuelle patientenrelevante Endpunkte, aber ggf. auch in Bezug auf populationsbasierte Endpunkte wie Klimaverträglichkeit (CO₂-Bilanz) und Nachhaltigkeit (z. B. im Hinblick auf Müllvermeidung) für die Intervention?
- 6) **Kosten-Nutzen-Abwägung:** Spricht die Kosten-Nutzen-Abwägung für die Intervention?
- 7) **Akzeptanz und Umsetzbarkeit:** Wie wird die Intervention hinsichtlich der Umsetzbarkeit im Alltag/in verschiedenen Versorgungsbereichen eingeschätzt? Wie hoch ist die Akzeptanz der Intervention?
- 8) **Ethische, soziale und rechtliche Erwägungen:** Gibt es soziale, ethische, und/oder rechtliche Erwägungen, die die Empfehlungsstärke beeinflussen?

Abbildung 3: Verhältnis Qualität der Evidenz und Empfehlungsgrad



4. Redaktionelle Unabhängigkeit

4.1. Finanzierung der Leitlinie

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Forschungsprojekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss (GB-A) unter dem Förderkennzeichen 01VSF21016 gefördert. Die Mitglieder der Konsensusgruppe sowie die Expert:innen arbeiteten unentgeltlich. Alle Konsensuskonferenzen und ergänzenden Treffen wurden online abgehalten, wodurch die entstehenden Kosten minimiert werden konnten. Der Geldgeber hatte keinerlei Einfluss auf die Inhalte der Leitlinie.

4.2. Darlegung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten

Die Interessenerklärungen aller an der Leitlinie Beteiligten wurden unter Einsatz des Interessensportals der AWMF online abgefragt und dokumentiert. Die Steuerungsgruppe bestimmte Herrn Prof. Manfred Döpfner ([stellvertretende] Projektleitung) und Prof. Christine Freitag (DGKJP) als Interessenskonfliktbeauftragte. Es erfolgte eine Beurteilung aller Interessenserklärungen durch beide Interessensbeauftragte mit Ausnahme der eigenen. Mögliche Interessenskonflikte wurden als „nicht vorhanden (kein Interessenskonflikt)“, „geringer Interessenskonflikt“, „moderater Interessenskonflikt“ oder „hoher Interessenskonflikt“ bezüglich des Leitlinienthemas eingestuft. Die Umstände unter denen die jeweilige Einstufung vorgenommen wurde und die damit einhergehenden Konsequenzen, können dem Anhang 10 entnommen werden. Ein geringer Interessenskonflikt hatte eine Limitierung der Leitungsfunktion zur Folge. Ein moderater Interessenkonflikt hatte eine Stimmenthaltung zur Konsequenz. Ein hoher Interessenkonflikt hätte zu einem Ausschluss von der Beratung und Abstimmung zum betreffenden Thema geführt. Die sich, im Einzelfall ergebenden Konsequenzen wurden zeitlich vor der jeweiligen Konsensuskonferenz in der Steuerungsgruppe vorbesprochen und frühzeitig an die Konsensusgruppenmitglieder kommuniziert. Die Interessenserklärungen sind im Anhang tabellarisch und nach Maßgabe des AWMF-Regelwerks aufgeführt (siehe Anhang 11).

Um möglichen Verzerrungen durch Interessenkonflikte vorzubeugen, wurde auf eine pluralistische Zusammensetzung der Leitliniengruppe geachtet, die strukturierte Konsensfindung unter neutraler Moderation durchgeführt und der Umgang mit Interessenkonflikt im Vorhinein und zu Beginn einer jeden Abstimmung besprochen.

Es ergaben sich folgende Konsequenzen:

- 1) Durch die Aufnahme von Dr. Lea Teresa Kohl in das Projektleitungsteam wurde sichergestellt, dass das Team der Projektleitung eine Person ohne Interessenskonflikte beinhaltet.
- 2) Einschränkungen von Stimmberechtigungen: Frau Dr. Myriam Bea bekam einen moderaten Interessenkonflikt bescheinigt und wies eine eingeschränkte Stimmberechtigung in Bezug auf die

Themenbereiche „Pharmakotherapie“ und „digitale Interventionen“ auf. Frau Prof. Nina Heinrichs bekam ebenfalls einen moderaten Interessenskonflikt bescheinigt und wies eine eingeschränkte Stimmberechtigung in Bezug auf „psychosoziale Präventionsmaßnahmen und Interventionen“ auf. Innerhalb der durchgeführten Konsensuskonferenzen, Online-Vorabstimmungen und Online-Abstimmungen im Delphi-Verfahren ergaben sich entsprechenden folgende Einschränkungen der Stimmberechtigungen:

- Erste Konsensuskonferenz: keine Einschränkungen
- Zweite Konsensuskonferenz (inkl. Online-Vorabstimmung): Einschränkung der Stimmberechtigung für Frau Dr. Bea zum Thema „Pharmakotherapie“
- Online-Vorabstimmung zur dritten Konsensuskonferenz: Einschränkung der Stimmberechtigung für Frau Dr. Bea zum Thema „digitale Interventionen“ und für Frau Prof. Heinrichs im Bereich „psychosoziale Präventionsmaßnahmen und Interventionen“
- Dritte Konsensuskonferenz: keine Einschränkungen, da Frau Prof. Heinrichs von Frau Prof. Hannisch und Frau Dr. Bea von Herrn Prof. Kölch vertreten wurden
- Erste Online-Abstimmung im Delphi-Verfahren: Einschränkung der Stimmberechtigung für Frau Dr. Bea zum Thema „digitale Interventionen“ und für Frau Prof. Heinrichs im Bereich „psychosoziale Präventionsmaßnahmen und Interventionen“
- Zweite Online-Abstimmung im Delphi-Verfahren: Einschränkung der Stimmberechtigung für Frau Prof. Heinrichs im Bereich „psychosoziale Präventionsmaßnahmen und Interventionen“

Auch die Interessenserklärungen jener Expert:innen und Selbsthilfevertretenden, welche an der Erstellung der zielgruppenspezifischen Informationen mitwirkten, wurden wie oben beschrieben systematisch erhoben, beurteilt und können in [Anhang 11] Interessenskonfliktmanagement: Interessenserklärungen und Umgang mit Interessenskonflikten eingesehen werden.

5. Externe Begutachtung und Verabschiedung

Es erfolgte eine externe Begutachtung des Leitlinienupdates in Form von Peer Reviews. Diese Aufgabe übernahmen Herr Prof. Dr. Christoph Correll im Namen der DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.) und Herr Prof. Thomas Jans im Namen der DGKJP (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V.).

Die Rückmeldungen im Rahmen der externen Begutachtung erfolgten im Mai 2026 und fielen über beide Beurteilenden hinweg insgesamt sehr positiv aus. Es wurden lediglich wenige geringfügige Anpassungen angeregt. Besonders hervorgehoben wurden die sorgfältige und methodisch stringente Durchführung des Leitlinienupdates über sämtliche Aktualisierungsschritte hinweg sowie die Transparenz des methodischen Vorgehens. Darüber hinaus wurden die Zusammensetzung der Leitliniengruppe und das implementierte Interessenkonfliktmanagement ausdrücklich als angemessen und nachvollziehbar bewertet. Die detaillierten Rückmeldungen und Daten zu denen die externe Begutachtung erfolgte sind in [Anhang 12] Externe Begutachtung dargestellt.

Die im Rahmen der externen Begutachtung vorgeschlagenen redaktionellen Änderungen wurden im Projektleitungsteam beraten. Mögliche Anpassungen von Empfehlungen im Themenbereich „pharmakologische Interventionen“ wurden zusätzlich innerhalb der zuständigen Expert:innengruppe diskutiert. Abschließend wurde die Steuerungsgruppe über die Ergebnisse der externen Begutachtung sowie die daraus resultierenden Anpassungen informiert. Seitens der Steuerungsgruppe bestanden keine Einwände.

Die Dokumente des Leitlinienupdates wurde im Zeitraum von 11.06.2026 bis 14.07.2026 durch die Vorstände der beteiligten Fachgesellschaften und Organisationen verabschiedet. Neben der Kurz- und Langfassung sowie dem Leitlinienreport wurden auch die neu geschaffenen, zielgruppenspezifischen Informationen zur Verabschiedung vorgelegt.

6. Verbreitung und Implementierung

6.1. Dokumente zur Anwendung der Leitlinie

Die interdisziplinär erarbeitete evidenz- und konsensbasierte S3-Leitlinie zu Störungen des Sozialverhaltens (AWMF-Registernummer 028-020) besteht aus drei zentralen Dokumenten:

- 1) dem vorliegenden Leitlinienreport,
- 2) einer Kurzfassung⁵ der Leitlinie mit allen Leitlinienempfehlungen und
- 3) einer Langfassung⁵ der Leitlinie, welche neben den Leitlinienempfehlungen auch Einleitungen, Hintergrundtexte sowie Hinweise zu der vorliegenden Evidenz beinhaltet.

Ergänzend zur klinischen Leitlinie wurden zielgruppenspezifische Informationen für Patient:innen (eine Version ab 6 Jahre und eine Version ab 12 Jahre), Eltern bzw. weitere primäre Bezugspersonen sowie Fachkräfte des Bildungssystems, der Kinder- und Jugendhilfe und des Justizsystems entwickelt.

Alle Inhalte der Leitlinie sind abrufbar unter:

<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-020>

6.2. Konzept zur Verbreitung und Implementierung

Die interdisziplinär erarbeitete S3-Leitlinie zu Störungen des Sozialverhaltens bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist für Akteur:innen verschiedener Versorgungssysteme von Bedeutung. Eine besondere Bedeutung kommt dem sechsten Empfehlungskapitel („Empfehlungen zur Kooperation des Gesundheitssystems mit weiteren Versorgungssystemen“) zu, welches die Zusammenarbeit der verschiedenen Versorgungssysteme in den Fokus nimmt und systemübergreifende Empfehlungen beinhaltet. Darüber hinaus enthalten insbesondere das erste („Empfehlungen zu Rahmenbedingungen und der Koordination von Versorgungsangeboten“) und das dritte Empfehlungskapitel („Empfehlungen zur Behandlungsplanung, -indikation und zum Behandlungssetting“) Hinweise, die auch für Fachkräfte außerhalb des Gesundheitssystems Relevanz haben. Neben den Fachkräften aus dem Gesundheitssystem haben Fachkräfte des Bildungssystems, der Kinder- und Jugendhilfe und des Justizsystems sowie Vertretende von Selbsthilfeverbänden an der Erstellung der klinischen Leitlinie mitgewirkt. Alle Leitliniengruppenmitglieder haben eine zentrale Bedeutung für die Implementierung der Leitlinie, da sie als Multiplikatoren für die Verbreitung und Umsetzung der S3-Leitlinie in ihren Versorgungsbereichen fungieren. Während des Leitlinienprojekts wurde auf verschiedenen Fachkongressen über den aktuellen Stand des Leitlinienprojekts informiert und erste, bereits konsentiertere, Empfehlungen vorgestellt. Mit Finalisierung der Leitliniendokumente ist die Implementierung mittels aktiver Öffentlichkeitsarbeit in Form von Beiträgen in Fachzeitschriften sowie Vorträgen, Symposien und Workshops auf Fachkongressen geplant. Zielgruppenspezifische

⁵ In der Kurz- und Langfassung der Leitlinie findet sich jeweils zu Beginn ein Überblick über die Empfehlungen der Leitlinie. In dieser Übersicht werden die wichtigsten Empfehlungen wörtlich wiedergegeben, für alle anderen Empfehlungen wird ein Stichwort zu zentralen Inhalten benannt. Primäres Kriterium für eine wörtliche Wiedergabe in der erstellten Übersichtstabelle war eine gegebene Evidenzbasierung. Die weitere Auswahl erfolgte anhand folgender Kriterien: a) [psychosoziale Interventionen] Empfehlungen zu (genereller) Indikation, nicht zu Format, Ausrichtung, Methoden; b) [pharmakologische Interventionen] Empfehlungen zu (genereller) Indikation, nicht zum Vorgehen bei Indikationsstellung bzw. zu Indikationen für spezifische Präparate; c) [präventive Maßnahmen] in der Regel keine wörtliche Wiedergabe (4.1. und 4.3.), allerdings wörtliche Wiedergabe der generellen Indikation von mehrstufigen präventiven Rahmenkonzepten.

Informationen für Patient:innen, deren Eltern sowie für Mitarbeitende des Bildungssystems, des Kinder- und Jugendhilfesystems und des Justizsystems wurden erstellt, um einerseits über das Störungsbild und deren Behandlungsmöglichkeiten zu informieren und andererseits die erarbeiteten Empfehlungen zur Kooperation der Versorgungssysteme praxistauglich vorzustellen.

Die verabschiedete Langfassung der S3-Leitlinie sowie die erstellten, zielgruppenspezifischen Informationen werden auf der Webseite der AWMF (www.awmf.org) sowie auf den Homepages der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (DGKJP; www.dgkjp.de) und weiterer beteiligter Fachgesellschaften 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.

Aufgrund ihrer fundierten Evidenzbasis, der (schulenübergreifenden) Konsentierung und der großen thematischen Breite eignet sich die Leitlinie in besonderem Maße als Lehrinstrument, insbesondere für angehende Kinder- und Jugendpsychiater:innen sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeut:innen bzw. Fachpsychotherapeut:innen für Kinder und Jugendliche.

Im Rahmen des Leitlinienupdates wurden die methodischen und strukturellen Voraussetzungen für eine Living Guideline geschaffen. Die Umsetzung und Fortführung dieses Konzepts ist jedoch aufgrund einer ungeklärten Finanzierung der kontinuierlichen Aktualisierung derzeit nicht gesichert und bleibt somit perspektivisch offen.

Im Rahmen des Leitlinienupdates nicht realisierte Implementierungs- und Disseminationsoptionen

Ursprünglich war vorgesehen das Leitlinienupdate zusätzlich über MAGICapp (www.app.magicapp.org) zu veröffentlichen. Im Verlauf des Aktualisierungsprozesses zeigten sich jedoch verschiedene Einschränkungen, die eine digitale Aufbereitung und Veröffentlichung als mit erheblichem Aufwand verbunden und nur begrenzt nutzbringend erscheinen ließen. Hierzu zählen insbesondere eine eingeschränkte Übersichtlichkeit bei einer hohen Anzahl von Empfehlungen (>100) und umfangreichen Hintergrundtexten, limitierte Möglichkeiten der Formatierung, Fußnotenverwendung und strukturellen Gliederung, eine geringe Flexibilität bei der Abbildung von Evidenztabellen im PICO(S)-Format sowie ein hoher Importaufwand für Leitlinieninhalte und externe Evidenzaufbereitungen. Vor diesem Hintergrund entschied die Steuerungsgruppe von einer Veröffentlichung über MAGICapp abzusehen.

Diskutiert wurde zudem der Mehrwert einer leitlinienspezifischen Website mit strukturiertem und barrierearmem Zugang zu Empfehlungen, Evidenz und zielgruppenspezifischen Informationen. Im Projektzeitraum standen hierfür jedoch keine ausreichenden Ressourcen zur Verfügung; zudem wäre die fortlaufende Pflege und Aktualisierung der Website mit einem nicht finanzierten Arbeitsaufwand verbunden gewesen.

Vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen wurden im Rahmen des Leitlinienupdates keine Empfehlungen im Sinne der AWMF-Initiative „Gemeinsam Klug Entscheiden“ abgeleitet.

6.3. Diskussion möglicher förderlicher und hinderlicher Faktoren für die Anwendung der Leitlinie

Eine erfolgreiche Verbreitung der weiterentwickelten S3-Leitlinie bildet die Grundlage für die Umsetzung der Leitlinienempfehlungen in der klinischen Praxis. Im Rahmen des Forschungsprojekts zur Aktualisierung und Weiterentwicklung der S3-Leitlinie wurde eine Erhebung zur Akzeptanz der Leitlinienempfehlungen durch Mitarbeitende des Gesundheitssystems sowie zur Akzeptanz der zielgruppenspezifischen Informationen durch Eltern bzw. primäre Bezugspersonen sowie Mitarbeitende des Bildungssystems und der Kinder- und Jugendhilfe durchgeführt. Im Rahmen dieser wurden Barrieren für die Anwendung der Leitlinienempfehlungen identifiziert: Insbesondere von Eltern bzw. primären Bezugspersonen und Mitarbeitenden des Bildungssystems wurden begrenzte psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungskapazitäten, lange Wartezeiten und fehlende

Information über bestehende (lokale) Versorgungsmöglichkeiten benannt. Gleichzeitig wurden von Mitarbeitenden verschiedener Versorgungssysteme begrenzte Ressourcen zur Umsetzung der inhaltlich sinnvollen Leitlinienempfehlungen benannt. An einzelnen Stellen wurde darauf verwiesen, dass Zuständigkeiten bzw. Finanzierungen aktuell ungeklärt sind (beispielsweise hinsichtlich einer fallkoordinierenden Fachkraft). Die Ergebnisse der durchgeführten Akzeptanzerhebung werden mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet und anschließend in einer einschlägigen Fachzeitschrift publiziert.

6.4. Messkriterien für die Bewertung der Prozess - und / oder Ergebnisqualität der Leitlinie: Qualitätsziele, Qualitätsindikatoren

Qualitätsziele zur erfolgreichen Implementierung der Leitlinie sind die Verbreitung der Leitlinie, die Akzeptanz und Anwendbarkeit der Leitlinienempfehlungen sowie die (kontinuierliche) Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Störungen des Sozialverhaltens. Als ein erstes Kriterium für die Verbreitung der Leitlinie kann die Anzahl an Downloads der Leitliniendokumente dienen. Die Akzeptanz und Anwendbarkeit der Leitliniendokumente wurde im Rahmen der Akzeptanzerhebung des Leitlinienupdates mittels acht Fokusgruppen erhoben. Die insgesamt 62 Teilnehmenden verschiedener Zielgruppen (Mitarbeitende a) des Gesundheitssystems, b) des Bildungssystems, c) der Kinder- und Jugendhilfe sowie d) Eltern bzw. primäre Bezugspersonen) zeigten insgesamt eine hohe Zufriedenheit mit der Ausgestaltung der klinischen Leitlinie bzw. der zielgruppenspezifischen Informationen. Gleichzeitig wurden Barrieren für die Anwendung der Leitlinienempfehlungen identifiziert (siehe auch 6.3). Zudem wurden Anregungen gegeben bzw. Bedarfe benannt, deren Umsetzung im Rahmen zukünftiger Überarbeitungen der klinischen Leitlinie bzw. der zielgruppenspezifischen Informationen geprüft werden sollte. Zu diesen Anregungen zählen u. a. (a) eine Schritt-für-Schritt-Anleitung für Eltern bzw. primäre Bezugspersonen bei Verdacht auf eine Störung des Sozialverhaltens, (b) Hinweise auf Unterschiede zwischen den Bundesländern sowie (c) eine Auflistung lokaler Anlaufstellen und Hilfsangebote. Weiterführende und detaillierte Befunde zur Akzeptanz und Anwendbarkeit der klinischen Leitlinie und der assoziierten Dokumente sind Gegenstand einer derzeit in Vorbereitung befindlichen Publikation.

Inwiefern die überarbeiteten Leitlinienempfehlungen im klinischen Alltag tatsächlich Anwendung finden und welche Auswirkungen die Leitlinienimplementierung auf die Versorgung der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen hat, könnte nur im Rahmen eines eigenständigen Drittmittelprojekts beantwortet werden.

7. Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren

Die Leitlinie in ihrer sechsten Fassung ist ab dem 15.09.2025 gültig. Im Fachbereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist von einer langsam fortschreitenden Veränderung der Befundlage auszugehen. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse entstehen in diesem Feld in der Regel über längere Zeiträume hinweg und werden schrittweise sichtbar. Potenzielle Neuerungen lassen sich durch ein kontinuierliches Monitoring relevanter Studienregister absehen. Eine Prüfung der Notwendigkeit zur Aktualisierung erscheint nach 3 bis 4 Jahren sinnvoll. Sollten bedeutende Neuerungen der Evidenzlage auftreten, sollte eine vorzeitige Aktualisierung der Leitlinie erwogen werden. Ohne vorgenommene Aktualisierungen beträgt die Gültigkeit der Leitlinie maximal 5 Jahre, bis zum 14.09.2030.

Ansprechpartner:in für die Aktualisierung der Leitlinie:

Prof. Anja Görtz-Dorten

anja.goertz-dorten@uk-koeln.de

Versionsnummer:	6.0
Erstveröffentlichung:	TT/MM/JJJJ
Letzte inhaltliche Überarbeitung:	15.09.2025
Nächste Überprüfung geplant:	14.09.2028

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen.

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online

8. Literaturverzeichnis

- Aebi, M., Krause, C., Barra, S., Vogt, G., Vertone, L., Manetsch, M., Imbach, D., Endrass, J., Rossegger, A., Schmeck, K., & Bessler, C. (2022). What kind of therapy works with juveniles who have sexually offended? A randomized-controlled trial of two versions of a specialized cognitive behavioral outpatient treatment program. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 34(8), 973–1002. <https://doi.org/10.1177/10790632211070804>
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2015). *Psychosocial and pharmacologic interventions for disruptive behavior in children and adolescents* (Report No. 15(16)-EHC019-EF). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK327222>
- Aghaie Meybodi, F., Mohammadkhani, P., Pourshahbaz, A., Dolatshahi, B., & Havighurst, S. S. (2019). Improving parent emotion socialization practices: Piloting Tuning in to Kids in Iran for children with disruptive behavior problems. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 68(5), 596–607. <https://doi.org/10.1111/fare.12387>
- Akbas, E., & Yigitoglu, G. T. (2022). The effect of solution-focused approach on anger management and violent behavior in adolescents: A randomized controlled trial. *Archives of Psychiatric Nursing*, 41, 166–174. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.07.029>
- Allen, K., Harrington, J., Quetsch, L. B., Masse, J., Cooke, C., & Paulson, J. F. (2022). Parent–Child Interaction Therapy for children with disruptive behaviors and autism: A randomized clinical trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53, 390–404. <https://doi.org/10.1007/s10803-022-05428-y>
- Alsem, S. C., van Dijk, A., Verhulp, E. E., Dekkers, T. J., & De Castro, B. O. (2023). Treating children's aggressive behavior problems using cognitive behavior therapy with virtual reality: A multicenter randomized controlled trial. *Child Development*, 94(6), e344–e361. <https://doi.org/10.1111/cdev.13966>
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften & Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. (2008). *Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI) - Fassung 2005/2006 + Domäne 8 (2008)*. https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2018/10/Delbi-Fassung_2005-2006_Domaene_8-2008.pdf
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) - Ständige Kommission Leitlinien. (2025). *AWMF-Regelwerk "Leitlinien" Auflage 2.2*. <https://www.awmf.org/regelwerk/>
- Bagner, D. M., Coxe, S., Hungerford, G. M., Garcia, D., Barroso, N. E., Hernandez, J., & Rosa-Olivares, J. (2016). Behavioral parent training in infancy: A window of opportunity for high-risk families. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(5), 901–912. <https://doi.org/10.1007/s10802-015-0089-5>
- Baker-Henningham, H., Scott, S., Jones, K., & Walker, S. (2012). Reducing child conduct problems and promoting social skills in a middle-income country: Cluster randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 201(2), 101–108. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.096834>
- Baker-Henningham, H., Scott, Y., Francis, T., & Walker, S. P. (2021). Effects of a teacher-training violence prevention program in jamaican preschools on child behavior, academic achievement, and school attendance in grade one of primary school: Follow up of a cluster randomized trial. *Frontiers in Psychology*, 12, Article 652050. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.652050>
- Balia, C., Carucci, S., Coghill, D., & Zuddas, A. (2018). The pharmacological treatment of aggression in children and adolescents with conduct disorder. Do callous-unemotional traits modulate the efficacy of medication? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 91, 218–238. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.01.024>

- Barker, C., & de Lugt, J. (2022). A review of evidence based practices to support students with oppositional defiant disorder in classroom settings. *International Journal of Special Education*, 37(1), 85–98. <https://doi.org/10.52291/ijse.2022.37.29>
- Barone, L., Ozturk, Y., & Lionetti, F. (2019). The key role of positive parenting and children's temperament in post-institutionalized children's socio-emotional adjustment after adoption placement. A RCT study. *Social Development*, 28(1), 136–151. <https://doi.org/10.1111/sode.12329>
- Barry, C. M., Robinson, L. R., Kaminski, J. W., Danielson, M. L., Jones, C. L., & Lang, D. L. (2022). Behavioral and socioemotional outcomes of the Legacy for Children TM randomized control trial to promote healthy development of children living in poverty, 4 to 6 years postintervention. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 43(1), e39–e47. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000962>
- Baumel, A., Brandes, O., Brendryen, H., Muench, F., Kane, J. M., & Saar, C. (2023). The impact of therapeutic persuasiveness on engagement and outcomes in unguided interventions: A randomized pilot trial of a digital parent training program for child behavior problems. *Internet Interventions*, 34, Article 100680. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2023.100680>
- Baumel, A., Mathur, N., Pawar, A., & Muench, F. (2021). Psychosocial interventions for children with externalized behavior problems: An updated meta-analysis of moderator effects. *Journal of Child and Family Studies*, 30(1), 65–86. <https://doi.org/10.1007/s10826-020-01863-6>
- Baumel, A., Pawar, A., Mathur, N., Kane, J. M., & Correll, C. U. (2017). Technology-assisted parent training programs for children and adolescents with disruptive behaviors: A systematic review. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 78(8), e957–e969. <https://doi.org/10.4088/JCP.16r11063>
- Bausback, K. B., & Bunge, E. L. (2021). Meta-analysis of parent training programs utilizing behavioral intervention technologies. *Social Sciences*, 10(10), Article 367. <https://doi.org/10.3390/socsci10100367>
- Beelmann, A., Arnold, L. S., & Hercher, J. (2023). Parent training programs for preventing and treating antisocial behavior in children and adolescents: A comprehensive meta-analysis of international studies. *Aggression and Violent Behavior*, 68, Article 101798. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2022.101798>
- Beelmann, A., & Lösel, F. (2021). A comprehensive meta-analysis of randomized evaluations of the effect of child social skills training on antisocial development. *Journal of Developmental and Life-Course Criminology*, 7(1), 41–65. <https://doi.org/10.1007/s40865-020-00142-8>
- Beelmann, A., Pfost, M., & Schmitt, C. (2014). Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen: Eine Meta-Analyse der deutschsprachigen Wirksamkeitsforschung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 22(1), 1–14. <https://doi.org/10.1026/0943-8149/a000104>
- Bernstein, R. E., Timmons, A. C., & Lieberman, A. F. (2019). Interpersonal violence, maternal perception of infant emotion, and child-parent psychotherapy. *Journal of Family Violence*, 34(4), 309–320. <https://doi.org/10.1007/s10896-019-00041-7>
- Bierman, K. L., Heinrichs, B. S., Welsh, J. A., & Nix, R. L. (2021). Reducing adolescent psychopathology in socioeconomically disadvantaged children with a preschool intervention: A randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 178(4), 305–312. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20030343>
- Bierman, K. L., Welsh, J. A., Hall, C. M., Jacobson, L. N., Lee, D. L., & Jones, D. E. (2023). Efficacy of the Fast Track Friendship Group program for peer-rejected children: A randomized-controlled trial. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 52(6), 763–779. <https://doi.org/10.1080/15374416.2022.2051523>
- Boldrini, T., Ghiandoni, V., Mancinelli, E., Salcuni, S., & Solmi, M. (2023). Systematic review and meta-analysis: Psychosocial treatments for disruptive behavior symptoms and disorders in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 62(2), 169–189. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.05.002>
- Booker, J. A., Capriola-Hall, N. N., Greene, R. W., & Ollendick, T. H. (2020). The parent-child relationship and posttreatment child outcomes across two treatments for oppositional

- defiant disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 49(3), 405–419.
<https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1555761>
- Booth-LaForce, C., Oxford, M. L., O'Leary, R., & Buchwald, D. S. (2023). Promoting First Relationships® for primary caregivers and toddlers in a native community: A randomized controlled trial. *Prevention Science*, 24(1), 39–49. <https://doi.org/10.1007/s11121-022-01415-y>
- Bradshaw, C. P., Mitchell, M. M., & Leaf, P. J. (2009). Examining the effects of schoolwide positive behavioral interventions and supports on student outcomes: Results from a randomized controlled effectiveness trial in elementary schools. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 12(3), 133–148. <https://doi.org/10.1177/1098300709334798>
- 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), 28–42.
<https://doi.org/10.1037/a0030318>
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (n.d.). *ICD-11 in Deutsch - Entwurfsfassung*. Retrieved 25.11.2025 from
https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html
- Burrow-Sanchez, J. J., Totsky, J., Ratcliff, B. R., & Corrales, C. (2021). Generalizing treatment outcomes to externalizing behaviors for Latino/a adolescents with substance use disorders: A secondary analysis. *Psychology of Addictive Behaviors*, 35(7), 797–802.
<https://doi.org/10.1037/adb0000713>
- Byrne, G., & Cullen, C. (2023). Acceptance and commitment therapy for anger, irritability, and aggression in children, adolescents, and young adults: A systematic review of intervention studies. *Trauma, Violence & Abuse*, 25(2), 935–946.
<https://doi.org/10.1177/15248380231167393>
- Calhoun, B., Williams, J., Greenberg, M., Domitrovich, C., Russell, M. A., & Fishbein, D. H. (2020). Social emotional learning program boosts early social and behavioral skills in low-income urban children. *Frontiers in Psychology*, 11, Article 561196.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.561196>
- Carter, P. M., Cunningham, R. M., Eisman, A. B., Resnicow, K., Roche, J. S., Cole, J. T., Goldstick, J., Kilbourne, A. M., & Walton, M. A. (2022). Translating violence prevention programs from research to practice: SafERteens implementation in an urban emergency department. *The Journal of Emergency Medicine*, 62(1), 109–124.
<https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2021.09.003>
- Castillo-Eito, L., Armitage, C. J., Norman, P., Day, M. R., Dogru, O. C., & Rowe, R. (2020). How can adolescent aggression be reduced? A multi-level meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 78, Article 101853. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101853>
- Chalfon, M. S. T., & Ramos, D. G. (2022). Sandplay therapy in the treatment of children with oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Estudos de Psicologia*, 39, Article e200223. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202239e200223>
- Chan, C. K. Y., Fu, K., & Liu, S. K. Y. (2022). Incorporating emotion coaching into behavioral parent training program: Evaluation of its effectiveness. *Child psychiatry and human development*, 55, 236–246. <https://doi.org/10.1007/s10578-022-01402-y>
- Charpak, N., Tessier, R., Ruiz, J. G., Hernandez, J. T., Uriza, F., Villegas, J., Nadeau, L., Mercier, C., Maheu, F., Marin, J., & et al. (2017). Twenty-year follow-up of Kangaroo Mother Care versus traditional care. *Pediatrics*, 139(1), Article e20162063. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-2063>
- Chen, C., Li, C., Wang, H., Ou, J. J., Zhou, J. S., & Wang, X. P. (2014). Cognitive behavioral therapy to reduce overt aggression behavior in Chinese young male violent offenders. *Aggressive Behavior*, 40(4), 329–336. <https://doi.org/10.1002/ab.21521>
- Chhangur, R. R., Weeland, J., Overbeek, G., Matthys, W., Orobio de Castro, B., van der Giessen, D., & Belsky, J. (2017). Genetic moderation of intervention efficacy: Dopaminergic genes,

- the Incredible Years, and externalizing behavior in children. *Child Development*, 88(3), 796–811. <https://doi.org/10.1111/cdev.12612>
- Cipriano, C., Strambler, M. J., Naples, L. H., Ha, C., Kirk, M., Wood, M., Sehgal, K., Zieher, A. K., Eveleigh, A., McCarthy, M., Funaro, M., Ponnock, A., Chow, J. C., & Durlak, J. (2023). The state of evidence for social and emotional learning: A contemporary meta-analysis of universal school-based SEL interventions. *Child Development*, 94(5), 1181–1204. <https://doi.org/10.1111/cdev.13968>
- Clifford, P., Gevers, C., Jonkman, K. M., Boer, F., & Begeer, S. (2022). The effectiveness of an attention-based intervention for school-aged autistic children with anger regulating problems: A randomized controlled trial. *Autism Research*, 15(10), 1971–1984. <https://doi.org/10.1002/aur.2800>
- Cochrane Deutschland, Institut für Evidenz in der Medizin, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften - Institut für Medizinisches Wissensmanagement. (2023). *Manual Bewertung von systematischen Reviews zu therapeutischen Interventionen (Version 2.1)*. https://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/dateien/downloads_regelwerk/Manual_Bewertung_Systematische_Reviews_V2.1_FINAL_230125.pdf
- Cochrane Deutschland, Institut für Medizinische Biometrie und Statistik Freiburg, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften - Institut für Medizinisches Wissensmanagement, & Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. (2021). *Manual zur Bewertung des Biasrisikos in Interventionsstudien (Version 2.0)*. https://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/dateien/downloads_regelwerk/Manual_Bewertung_V2.0.pdf
- Cochrane Deutschland Stiftung, Institut für Evidenz in der Medizin, Institut für Medizinische Biometrie und Statistik, Freiburg,, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften - Institut für Medizinisches Wissensmanagement, & Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. (2020). *Manual Systematische Recherche für Evidenzsynthesen und Leitlinien (Version 2.1)*. https://www.cochrane.de/sites/cochrane.de/files/uploads/manual_recherche_v2.1_0.pdf
- Coggins, K., & Carnes-Holt, K. (2021). The efficacy of child–teacher relationship training as an early childhood mental health intervention in Head Start programs. *International Journal of Play Therapy*, 30(2), 112–124. <https://doi.org/10.1037/pla0000154>
- Colditz, P. B., Boyd, R. N., Winter, L., Pritchard, M., Gray, P. H., Whittingham, K., O'Callaghan, M., Jardine, L., O'Rourke, P., Marquart, L., Forrest, K., Spry, C., & Sanders, M. R. (2019). A randomized trial of Baby Triple P for Preterm Infants: Child outcomes at 2 years of corrected age. *The Journal of Pediatrics*, 210, 48–54.e42. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2019.01.024>
- Comer, J. S., Furr, J. M., Miguel, E. M., Cooper-Vince, C. E., Carpenter, A. L., Elkins, R. M., Kerns, C. E., Cornacchio, D., Chou, T., Coxe, S., DeSerisy, M., Sanchez, A. L., Golik, A., Martin, J., Myers, K. M., & Chase, R. (2017). Remotely delivering real-time parent training to the home: An initial randomized trial of internet-delivered parent-child interaction therapy (I-PCIT). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(9), 909–917. <https://doi.org/10.1037/ccp0000230>
- Connor, D. F., Glatt, S. J., Lopez, I. D., Jackson, D., & Melloni, R. H., Jr. (2002). Psychopharmacology and aggression. I: A meta-analysis of stimulant effects on overt/covert aggression-related behaviors in ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(3), 253–261. <https://doi.org/10.1097/00004583-200203000-00004>
- Conroy, M. A., Sutherland, K. S., Algina, J., Werch, B., & Ladwig, C. (2018). Prevention and treatment of problem behaviors in young children: Clinical implications from a randomized controlled trial of BEST in CLASS. *AERA Open*, 4(1), Article 233285841775037. <https://doi.org/10.1177/2332858417750376>
- Crombach, A., & Elbert, T. (2015). Controlling offensive behavior using narrative exposure therapy: A randomized controlled trial of former street children. *Clinical Psychological Science*, 3(2), 270–282. <https://doi.org/10.1177/2167702614534239>

- Curtis, P. R., Kaiser, A. P., Estabrook, R., & Roberts, M. Y. (2019). The longitudinal effects of early language intervention on children's problem behaviors. *Child Development*, 90(2), 576–592. <https://doi.org/10.1111/cdev.12942>
- Dadds, M. R., English, T., Wimalaweera, S., Schollar-Root, O., & Hawes, D. J. (2019a). Can reciprocated parent-child eye gaze and emotional engagement enhance treatment for children with conduct problems and callous-unemotional traits: A proof-of-concept trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(6), 676–685. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13023>
- Dadds, M. R., Thai, C., Mendoza Diaz, A., Broderick, J., Moul, C., Tully, L. A., Hawes, D. J., Davies, S., Burchfield, K., & Cane, L. (2019b). Therapist-assisted online treatment for child conduct problems in rural and urban families: Two randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(8), 706–719. <https://doi.org/10.1037/ccp0000419>
- de Jong, S. R. C., van den Hoofdakker, B. J., van der Veen-Mulders, L., Veenman, B., Twisk, J. W. R., Oosterlaan, J., & Luman, M. (2023). The efficacy of a self-help parenting program for parents of children with externalizing behavior: A randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(10), 2031–2042. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02028-0>
- Del Giudice, T., Lindenschmidt, T., Hellmich, M., Hautmann, C., Döpfner, M., & Görtz-Dorten, A. (2023). Stability of the effects of a social competence training program for children with oppositional defiant disorder/conduct disorder: A 10-month follow-up. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(9), 1599–1608. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01932-1>
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (2016). *S3-Leitlinie Störungen des Sozialverhaltens: Empfehlungen zur Versorgung und Behandlung* (AWMF-Registernummer 028 - 020).
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (2025). *S2k-Leitlinie Prävention, Durchführung und Nachsorge von freiheitsentziehenden Unterbringungen und Maßnahmen in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie* (AWMF-Registernummer 028 - 048). <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-048>
- Dodge, K. A., Bierman, K. L., Coie, J. D., Greenberg, M. T., Lochman, J. E., McMahon, R. J., & Pinderhughes, E. E. (2015). Impact of early intervention on psychopathology, crime, and well-being at age 25. *American Journal of Psychiatry*, 172(1), 59–70. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13060786>
- Domitrovich, C. E., Cortes, R. C., & Greenberg, M. T. (2007). Improving young children's social and emotional competence: A randomized trial of the preschool "PATHS" curriculum. *Journal of Primary Prevention*, 28(2), 67–91. <https://doi.org/10.1007/s10935-007-0081-0>
- Downer, J. T., Williford, A. P., Bulotsky-Shearer, R. J., Vitiello, V. E., Bouza, J., Reilly, S., & Lhospital, A. (2017). Using data-driven, video-based early childhood consultation with teachers to reduce children's challenging behaviors and improve engagement in preschool classrooms. *School Mental Health*, 10(3), 226–242. <https://doi.org/10.1007/s12310-017-9237-0>
- Ducharme, P., Kahn, J., Vaudreuil, C., Gusman, M., Waber, D., Ross, A., Rotenberg, A., Rober, A., Kimball, K., Peechatka, A. L., & Gonzalez-Heydrich, J. (2021). A "Proof of Concept" randomized controlled trial of a video game requiring emotional regulation to augment Anger Control Training. *Frontiers in Psychiatry*, 12, Article 591906. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.591906>
- Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82(1), 405–432. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x>
- Edwards, R. C., & Hans, S. L. (2022). Young mother risk-taking moderates doula home visiting impacts on parenting and toddler social-emotional development. *Development and Psychopathology*, 36(1), 236–254. <https://doi.org/10.1017/S0954579422001158>
- El-Khani, A., Maalouf, W., Baker, D. A., Zahra, N., Noubani, A., & Cartwright, K. (2020). Caregiving for children through conflict and displacement: A pilot study testing the feasibility of delivering

- and evaluating a light touch parenting intervention for caregivers in the West Bank. *International Journal of Psychology*, 55(S1), 26–39. <https://doi.org/10.1002/ijop.12591>
- Elizur, Y., & Somech, L. Y. (2018). Callous-unemotional traits and effortful control mediate the effect of parenting intervention on preschool conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 46(8), 1631–1642. <https://doi.org/10.1007/s10802-018-0412-z>
- Elizur, Y., Somech, L. Y., & Vinokur, A. D. (2017). Effects of parent training on callous-unemotional traits, effortful control, and conduct problems: Mediation by parenting. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(1), 15–26. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0163-7>
- Engelbrektsson, J., Salomonsson, S., Hogstrom, J., Sorjonen, K., Sundell, K., & Forster, M. (2023a). Is internet-based parent training for everyone? Predictors and moderators of outcomes in group vs. internet-based parent training for children with disruptive behavior problems. *Behavior Research and Therapy*, 171, Article 104426. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104426>
- Engelbrektsson, J., Salomonsson, S., Hogstrom, J., Sorjonen, K., Sundell, K., & Forster, M. (2023b). Parent training via internet or in group for disruptive behaviors: A randomized clinical noninferiority trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 62(9), 987–997. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2023.01.019>
- Ensafdar, F., Krahé, B., Njad, S. B., & Arshadi, N. (2019). Efficacy of different versions of Aggression Replacement Training (ART): A review. *Aggression and Violent Behavior*, 47, 230–237. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.02.006>
- Epstein, R. A., Fennesbeck, C., Potter, S., Rizzone, K. H., & McPheeters, M. (2015). Psychosocial interventions for child disruptive behaviors: A meta-analysis. *Pediatrics*, 136(5), 947–960. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-2577>
- Fischmann, T., Asseburg, L. K., Green, J., Hug, F., Neubert, V., Wan, M., & Leuzinger-Bohleber, M. (2020). Can psychodynamically oriented early prevention for "children-at-risk" in urban areas with high social problem density strengthen their developmental potential? A cluster randomized trial of two kindergarten-based prevention programs. *Frontiers in Psychology*, 11, Article 599477. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.599477>
- Fleming, G. E., Kimonis, E. R., Furr, J. M., & Comer, J. S. (2020). Internet-delivered parent training for preschoolers with conduct problems: Do callous-unemotional traits moderate efficacy and engagement? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 48(9), 1169–1182. <https://doi.org/10.1007/s10802-020-00660-5>
- Fleming, G. E., Neo, B., Briggs, N. E., Kaouar, S., Frick, P. J., & Kimonis, E. R. (2022). Parent training adapted to the needs of children with callous-unemotional traits: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 53(6), 1265–1281. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.07.001>
- Flores, I. S., Dobrea, A., Pasarelu, C. R., Georgescu, R. D., & Milea, I. (2020). The efficacy of internet-based parenting programs for children and adolescents with behavior problems: A meta-analysis of randomized clinical trials. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 23(4), 510–528. <https://doi.org/10.1007/s10567-020-00326-0>
- Fonagy, P., Butler, S., Cottrell, D., Scott, S., Pilling, S., Eisler, I., Fuggle, P., Kraam, A., Byford, S., Wason, J., Ellison, R., Simes, E., Ganguli, P., Allison, E., & Goodyer, I. M. (2018). Multisystemic therapy versus management as usual in the treatment of adolescent antisocial behaviour (START): A pragmatic, randomised controlled, superiority trial. *Lancet Psychiatry*, 5(2), 119–133. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30001-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30001-4)
- Fonagy, P., Butler, S., Cottrell, D., Scott, S., Pilling, S., Eisler, I., Fuggle, P., Kraam, A., Byford, S., Wason, J., Smith, J. A., Anokhina, A., Ellison, R., Simes, E., Ganguli, P., Allison, E., & Goodyer, I. M. (2020). Multisystemic therapy versus management as usual in the treatment of adolescent antisocial behaviour (START): 5-year follow-up of a pragmatic, randomised, controlled, superiority trial. *Lancet Psychiatry*, 7(5), 420–430. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30131-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30131-0)
- Fossum, S., Cunningham, C., Ristkari, T., McGrath, P. J., Hinkka-Yli-Salomaki, S., & Sourander, A. (2018). Does parental mental health moderate the effect of a telephone and internet-

- assisted remote parent training for disruptive 4-year-old children? *Scandinavian Journal of Psychology*, 59(3), 273–280. <https://doi.org/10.1111/sjop.12430>
- Franzen, K., & Kamps, D. (2008). The utilization and effects of positive behavior support strategies on an urban school playground. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 10(3), 150–161. <https://doi.org/10.1177/1098300708316260>
- Fung, A. L. C. (2018). Reducing reactive aggression in schoolchildren through child, parent, and conjoint parent-child group interventions: An efficacy study of longitudinal outcomes. *Family Process*, 57(3), 594–612. <https://doi.org/10.1111/famp.12323>
- Fung, A. L. C., & Lee, T. K. H. (2018). Effectiveness of Chinese martial arts and philosophy to reduce reactive and proactive aggression in schoolchildren. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 39(5), 404–414. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000565>
- Gansle, K. (2005). The effectiveness of school-based anger interventions and programs: A meta-analysis. *Journal of School Psychology*, 43(4), 321–341. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2005.07.002>
- Gardner, F., Leijten, P., Harris, V., Mann, J., Hutchings, J., Beecham, J., Bonin, E.-M., Berry, V., McGilloway, S., Gaspar, M., Joao Seabra-Santos, M., Orobio de Castro, B., Menting, A., Williams, M., Axberg, U., Morch, W.-T., Scott, S., & Landau, S. (2019a). Equity effects of parenting interventions for child conduct problems: A pan-European individual participant data meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 6(6), 518–527. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30162-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30162-2)
- Gardner, F., Leijten, P., Melendez-Torres, G. J., Landau, S., Harris, V., Mann, J., Beecham, J., Hutchings, J., & Scott, S. (2019b). The earlier the better? Individual participant data and traditional meta-analysis of age effects of parenting interventions. *Child Development*, 90(1), 7–19. <https://doi.org/10.1111/cdev.13138>
- Gewirtz, A. H., Lee, S. S., August, G. J., & He, Y. (2019). Does giving parents their choice of interventions for child behavior problems improve child outcomes? *Prevention Science*, 20(1), 78–88. <https://doi.org/10.1007/s11121-018-0865-x>
- Ghaderi, A., Kadesjo, C., Bjornsdotter, A., & Enebrink, P. (2018). Randomized effectiveness trial of the Family Check-Up versus internet-delivered parent training (iComet) for families of children with conduct problems. *Scientific Reports*, 8(1), Article 11486. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-29550-z>
- Goldstein, N. E. S., Giallella, C. L., Haney-Caron, E., Peterson, L., Serico, J., Kemp, K., Romaine, C. R., Zelechowski, A. D., Holliday, S. B., Kalbeitzner, R., Kelley, S. M., Hinz, H., Sallee, M., Pennacchia, D., Prelic, A., Burkard, C., Grisso, T., Heilbrun, K., Nunez, A., ... Lochman, J. (2018). Juvenile Justice Anger Management (JJAM) Treatment for Girls: Results of a randomized controlled trial. *Psychological Services*, 15(4), 386–397. <https://doi.org/10.1037/ser0000184>
- Görtz-Dorten, A., Benesch, C., Berk-Pawlitzeck, E., Faber, M., Hautmann, C., Hellmich, M., Lindenschmidt, T., Schuh, L., Stadermann, R., & Döpfner, M. (2019). Efficacy of individualized social competence training for children with oppositional defiant disorders/conduct disorders: A randomized controlled trial with an active control group. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(2), 165–175. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1144-x>
- Görtz-Dorten, A., Dose, C., Hofmann, L., Katzmann, J., Groth, M., Detering, K., Hellmann, A., Stadler, L., Braun, B., Hellmich, M., & Döpfner, M. (2022). Effects of computer-assisted social skills training in children with disruptive behavior disorders: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 61(11), 1329–1340. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.03.027>
- Granski, M., Javdani, S., Anderson, V. R., & Caires, R. (2020). A meta-analysis of program characteristics for youth with disruptive behavior problems: The moderating role of program format and youth gender. *American Journal of Community Psychology*, 65(1-2), 201–222. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12377>
- Grasmann, D., & Stadler, C. (2011). VIA – Intensivtherapeutischer Behandlungsansatz bei Störungen des Sozialverhaltens. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 39(1), 23–31. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000080>

- Graziano, P. A., Ros-Demarize, R., & Hare, M. M. (2020). Condensing parent training: A randomized trial comparing the efficacy of a briefer, more intensive version of Parent-Child Interaction Therapy (I-PCIT). *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 88*(7), 669–679. <https://doi.org/10.1037/ccp0000504>
- Hahn, R., Fuqua-Whitley, D., Wethington, H., Lowy, J., Crosby, A., Fullilove, M., Johnson, R., Liberman, A., Moscicki, E., Price, L., Snyder, S., Tuma, F., Cory, S., Stone, G., Mukhopadhaya, K., Chattopadhyay, S., & Dahlberg, L. (2007). Effectiveness of universal school-based programs to prevent violent and aggressive behavior: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine, 33*(2 Suppl), S114–S129. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.04.012>
- Haller, S. P., Stoddard, J., Botz-Zapp, C., Clayton, M., MacGillivray, C., Perhamus, G., Stiles, K., Kircanski, K., Penton-Voak, I. S., Bar-Haim, Y., Munafo, M., Towbin, K. E., & Brotman, M. A. (2022). A randomized controlled trial of computerized interpretation bias training for disruptive mood dysregulation disorder: A fast-fail study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 61*(1), 37–45. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.05.022>
- Hasani, S. M., Askary, P., Heidari, A., & Zadeh, P. E. (2020). The comparative effectiveness of parental behavior management training and schema therapy on aggression and oppositional defiant in adolescents. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences, 7*(3), 146–152. https://doi.org/10.4103/JNMS.JNMS_6_20
- Hautmann, C., Dose, C., Duda-Kirchhof, K., Greimel, L., Hellmich, M., Imort, S., Katzmann, J., Pinior, J., Scholz, K., Schurmann, 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. *Behavior Therapy, 49*(6), 951–965. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.02.002>
- Hautmann, C., Dose, C., Hellmich, M., Scholz, K., Katzmann, J., Pinior, J., Gebauer, S., Nordmann, L., Wolff Metternich-Kaizman, T., Schurmann, S., & Döpfner, M. (2023). Behavioural and nondirective parent training for children with externalising disorders: First steps towards personalised treatment recommendations. *Behaviour Research and Therapy, 163*, Article 104271. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104271>
- Hawes, D. J., Price, M. J., & Dadds, M. R. (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. <https://doi.org/10.1007/s10567-014-0167-1>
- Heidary, M., Hashemi Nosrat Abad, T., & Linden, W. (2022). Mindfulness-based intervention and aggression and rule-breaking behaviours in elementary school boys: A proof of concept trial. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools, 32*(1), 15–22. <https://doi.org/10.1017/jgc.2021.11>
- Hein, S., Weeland, J., Square, A., Haeffel, G. J., Chapman, J., Macomber, D., Lee, M., Foley Geib, C., & Grigorenko, E. L. (2020). Effectiveness of a social problem solving training in youth in detention or on probation: An RCT and pre-post community implementation. *International Journal of Law and Psychiatry, 72*, Article 101626. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101626>
- Hektner, J. M., Brennan, A. L., & August, G. J. (2017). Incorporating well-adjusted peers in a conduct problems prevention program: Evaluation of acceptability, fidelity, and safety of implementation. *School Mental Health, 9*(1), 66–77. <https://doi.org/10.1007/s12310-016-9199-7>
- Helander, M., Asperholm, M., Wetterborg, D., Ost, L.-G., Hellner, C., Herlitz, A., & Enebrink, P. (2022). The efficacy of Parent Management Training with or without involving the child in the treatment among children with clinical levels of disruptive behavior: A meta-analysis. *Child psychiatry and human development, 55*, 164–181. <https://doi.org/10.1007/s10578-022-01367-y>
- Helander, M., Enebrink, P., Hellner, C., & Ahlen, J. (2023). Parent management training combined with group-CBT compared to parent management training only for oppositional defiant disorder symptoms: 2-year follow-up of a randomized controlled trial. *Child psychiatry and human development, 54*(4), 1112–1126. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01306-3>

- Helander, M., Lochman, J., Hogstrom, J., Ljotsson, B., Hellner, C., & Enebrink, P. (2018). The effect of adding Coping Power Program-Sweden to Parent Management Training-effects and moderators in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 103, 43–52. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.02.001>
- Herr, L., Mingebach, T., Becker, K., Christiansen, H., & Kamp-Becker, I. (2015). Wirksamkeit elternzentrierter Interventionen bei Kindern im Alter von zwei bis zwölf Jahren: Ein systematisches Review. *Kindheit und Entwicklung: Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie*, 24(1), 6–19. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000154>
- Heshmati, R., Esmailpour, K., Hajsaghati, R., & Barenji, F. A. (2023). The effect of child-centered play therapy (CCPT) on the symptoms of oppositional defiant disorder in preschool children. *International Journal of Play*, 12(2), 193–205. <https://doi.org/10.1080/21594937.2023.2209240>
- Hodson, N., Majid, M., James, R., Graham, E. K., Mroczek, D. K., & Beidas, R. S. (2025). Review: Systematic review and meta-analysis - financial incentives increase engagement with parenting programs for disruptive behavior problems. *Child and Adolescent Mental Health*, 30(1), 53–65. <https://doi.org/10.1111/camh.12746>
- Högström, J., Olofsson, V., Özdemir, M., Enebrink, P., & Stattin, H. (2017). Two-year findings from a national effectiveness trial: Effectiveness of behavioral and non-behavioral parenting programs. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(3), 527–542. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0178-0>
- Hoogendijk, K., Holland, J. G., Tick, N. T., Hofman, A. W. H., Severiens, S. E., Vuijk, P., Maras, A., & van Veen, D. (2020). Effect of Key2Teach on Dutch teachers' relationships with students with externalizing problem behavior: A randomized controlled trial. *European Journal of Psychology of Education*, 35(1), 111–135. <https://doi.org/10.1007/s10212-019-00415-x>
- Hoogsteder, L. M., Ten Thije, L., Schippers, E. E., & Stams, G. J. J. M. (2022). A meta-analysis of the effectiveness of EMDR and TF-CBT in reducing trauma symptoms and externalizing behavior problems in adolescents. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 66(6-7), 735–757. <https://doi.org/10.1177/0306624X211010290>
- Hoogsteder, L. M., Van Os, R. C. J., Lutjens, J. B., Smeets, N., & Stams, G. J. J. M. (2023). A multilevel meta-analysis on the effect of mindfulness-based interventions in reducing externalizing problem behavior in adolescents. *International Journal of Stress Management*, 30(3), 309–320. <https://doi.org/10.1037/str0000285>
- Hua, N., & Leijten, P. (2022). Parenting Programs for Disruptive Child Behavior in China: A Meta-Analysis and Systematic Review. *Research on Social Work Practice*, 32(1), 32–48. <https://doi.org/10.1177/10497315211018509>
- Huijzer-Engbrengthof, M., van Rijn-van Gelderen, L., van den Akker, A., Jorgensen, T. D., & Overbeek, G. (2023). Intervention-induced temperament changes in children: Evidence from a randomized controlled trial of the Incredible Years parent program. *Developmental Psychology*, 59(10), 1839–1851. <https://doi.org/10.1037/dev0001591>
- Hukkelberg, S., Tømmerås, T., & Ogden, T. (2019). Parent training: Effects beyond conduct problems. *Children and Youth Services Review*, 100, 405–414. <https://doi.org/10.1016/j.chilcyouth.2019.03.009>
- Iznardo, M., Rogers, M. A., Volpe, R. J., Labelle, P. R., & Robaey, P. (2020). The effectiveness of Daily Behavior Report Cards for children with ADHD: A meta-analysis. *Journal of Attention Disorders*, 24(12), 1623–1636. <https://doi.org/10.1177/1087054717734646>
- Kaat, A. J., & Lecavalier, L. (2013). Disruptive behavior disorders in children and adolescents with autism spectrum disorders: A review of the prevalence, presentation, and treatment. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(12), 1579–1594. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2013.08.012>
- Kaminski, J. W., & Claussen, A. H. (2017). Evidence base update for psychosocial treatments for disruptive behaviors in children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46(4), 477–499. <https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1310044>

- Kaminski, J. W., Claussen, A. H., Sims, R. S., & Bhupalam, S. (2024). Evidence-based psychosocial treatments for disruptive behaviors in children: Update. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. <https://doi.org/10.1080/15374416.2024.2405988>
- Katzmann, J., Görtz-Dorten, A., Hautmann, C., & Döpfner, M. (2019). Social skills training and play group intervention for children with oppositional-defiant disorders/conduct disorder: Mediating mechanisms in a head-to-head comparison. *Psychotherapy Research*, 29(6), 784–798. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1425559>
- Katzmann, J., Hautmann, C., Greimel, L., Imort, S., Pinior, J., Scholz, K., & Döpfner, M. (2017). Behavioral and nondirective guided self-help for parents of children with externalizing behavior: Mediating mechanisms in a head-to-head comparison. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(4), 719–730. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0195-z>
- Kazdin, A. E., Glick, A., Pope, J., Kaptchuk, T. J., Lecza, B., Carrubba, E., McWhinney, E., & Hamilton, N. (2018). Parent management training for conduct problems in children: Enhancing treatment to improve therapeutic change. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(2), 91–101. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.12.002>
- Kendall, A. D., Emerson, E. M., Hartmann, W. E., Zinbarg, R. E., & Donenberg, G. R. (2017). A two-week psychosocial intervention reduces future aggression and incarceration in clinically aggressive juvenile offenders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(12), 1053–1061. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.09.424>
- Kendall, A. D., Young, C. B., Bray, B. C., Emerson, E. M., Freels, S., & Donenberg, G. R. (2020). Changes in externalizing and internalizing symptoms among African American female adolescents over 1 year following a mother-daughter sexual health intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(6), 495–503. <https://doi.org/10.1037/ccp0000491>
- Keown, L. J., Sanders, M. R., Franke, N., & Shepherd, M. (2018). Te Whanau Pou Toru: A randomized controlled trial (RCT) of a culturally adapted low-intensity variant of the Triple P-Positive Parenting Program for indigenous Maori families in New Zealand. *Prevention Science*, 19(7), 954–965. <https://doi.org/10.1007/s11211-018-0886-5>
- Khan, S., Down, J., Aouira, N., Bor, W., Haywood, A., Littlewood, R., Heussler, H., & McDermott, B. (2019). Current pharmacotherapy options for conduct disorders in adolescents and children. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 20(5), 571–583. <https://doi.org/10.1080/14656566.2018.1561862>
- Kiziltepe, R., Gumusten, D., Sagel-Cetiner, E., Ebeoglu Duman, M., Yilmaz Irmak, T., & Aksel, S. (2023). An intervention program for male juvenile offenders in Turkey: A pilot randomized trial. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 67(13-14), 1307–1322. <https://doi.org/10.1177/0306624X231165417>
- Kjøbli, J., Zachrisson, H. D., & Bjørnebekk, G. (2018). Three randomized effectiveness trials — One question: Can callous-unemotional traits in children be altered? *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(3), 436–443. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1178123>
- Konrad, K., Kohls, G., Baumann, S., Bernhard, A., Martinelli, A., Ackermann, K., Smaragdi, A., Gonzalez-Madruga, K., Wells, A., Rogers, J. C., Pauli, R., Clanton, R., Baker, R., Kersten, L., Prätzlich, M., Oldenhof, H., Jansen, L., Kleeven, A., Bigorra, A.,...Freitag, C. M. (2022). Sex differences in psychiatric comorbidity and clinical presentation in youths with conduct disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(2), 218–228. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13428>
- Korpershoek, H., Harms, T., de Boer, H., van Kuijk, M., & Doolaard, S. (2016). A meta-analysis of the effects of classroom management strategies and classroom management programs on students' academic, behavioral, emotional, and motivational outcomes. *Review of Educational Research*, 86(3), 643–680. <https://doi.org/10.3102/0034654315626799>
- Kuhn, M., Gonzalez, E., Weil, L., Izguttinov, A., & Walker, S. (2022). Effectiveness of child-focused interventions for externalizing behavior: A rapid evidence review. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 50(8), 987–1009. <https://doi.org/10.1007/s10802-022-00904-6>
- Labella, M. H., Lind, T., Sellers, T., Roben, C. K. P., & Dozier, M. (2020). Emotion regulation among children in foster care versus birth parent care: Differential effects of an early home-visiting

- intervention. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 48(8), 995–1006.
<https://doi.org/10.1007/s10802-020-00653-4>
- Larden, M., Hogstrom, J., & Langstrom, N. (2021). Effectiveness of an individual cognitive-behavioral intervention for serious, young male violent offenders: Randomized controlled study with twenty-four-month follow-up. *Frontiers in Psychiatry*, 12, Article 670957.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.670957>
- Larsson, B., Fossum, S., Clifford, G., Drugli, M. B., Handegård, B. H., & Mørch, W. T. (2009). Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children: Results of a randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18(1), 42–52.
<https://doi.org/10.1007/s00787-008-0702-z>
- Lees, D., Frampton, C. M., & Merry, S. N. (2019). Efficacy of a home visiting enhancement for high-risk families attending parent management programs: A randomized superiority clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 76(3), 241–248. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.4183>
- Leijten, P., Gardner, F., Melendez-Torres, G. J., van Aar, J., Hutchings, J., Schulz, S., Knerr, W., & Overbeek, G. (2019). Meta-analyses: Key parenting program components for disruptive child behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(2), 180–190.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.07.900>
- Leijten, P., Melendez-Torres, G. J., & Gardner, F. (2022). Research review: The most effective parenting program content for disruptive child behavior - a network meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(2), 132–142. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13483>
- Leijten, P., Melendez-Torres, G. J., Gardner, F., van Aar, J., Schulz, S., & Overbeek, G. (2018). Are relationship enhancement and behavior management "the golden couple" for disruptive child behavior? Two meta-analyses. *Child Development*, 89(6), 1970–1982.
<https://doi.org/10.1111/cdev.13051>
- Leijten, P., Raaijmakers, M., & Matthys, W. (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. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.769169>
- Leijten, P., Raaijmakers, M. A., Orobio de Castro, B., van den Ban, E., & Matthys, W. (2017). Effectiveness of the Incredible Years parenting program for families with socioeconomically disadvantaged and ethnic minority backgrounds. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46(1), 59–73. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1038823>
- Li, F., Li, X., & Kou, H. (2023). Emotional recognition training enhances attention to emotional stimuli among male juvenile delinquents. *Psychology Research and Behavior Management*, 16, 575–586. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S403512>
- Li, Y., Roslan, S. B., Ahmad, N. A. B., Omar, Z. B., & Zhang, L. (2019). Effectiveness of group interpersonal psychotherapy for decreasing aggression and increasing social support among Chinese university students: A randomized controlled study. *Journal of Affective Disorders*, 251, 274–279. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.051>
- Liber, J. M., De Boo, G. M., Huizenga, H., & Prins, P. J. M. (2013). School-based intervention for childhood disruptive behavior in disadvantaged settings: A randomized controlled trial with and without active teacher support. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(6), 975–987. <https://doi.org/10.1037/a0033577>
- Lindstrom Johnson, S., Elam, K., Rogers, A. A., & Hilley, C. (2018). A meta-analysis of parenting practices and child psychosocial outcomes in trauma-informed parenting interventions after violence exposure. *Prevention Science*, 19(7), 927–938. <https://doi.org/10.1007/s11121-018-0943-0>
- Liu, S., Phu, T., Dominguez, A., Hurwich-Reiss, E., McGee, D., Watamura, S., & Fisher, P. (2021). Improving caregiver self-efficacy and children's behavioral outcomes via a brief strength-based video coaching intervention: Results from a randomized controlled trial. *Prevention Science*, 26(Suppl 1), 52–65. <https://doi.org/10.1007/s11121-021-01251-6>
- Lochman, J. E., Glenn, A. L., Powell, N. P., Boxmeyer, C. L., Bui, C., Kassing, F., Qu, L., Romerero, D. E., & Dishion, T. (2019). Group versus individual format of intervention for aggressive children:

- Moderators and predictors of outcomes through 4 years after intervention. *Development and Psychopathology*, 31(5), 1757–1775. <https://doi.org/10.1017/S0954579419000968>
- Loy, J. H., Merry, S. N., Hetrick, S. E., & Stasiak, K. (2017). Atypical antipsychotics for disruptive behaviour disorders in children and youths. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008559.pub3>
- Lui, J. H. L., Barry, C. T., & Marcus, D. K. (2019). A short-term intervention for adolescents with callous-unemotional traits and emotion-processing deficits. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 38(6), 475–500. <https://doi.org/10.1521/jscp.2019.38.6.475>
- Markham, A. (2018). A review following systematic principles of Multisystemic Therapy for antisocial behavior in adolescents aged 10-17 years. *Adolescent Research Review*, 3(1), 67–93. <https://doi.org/10.1007/s40894-017-0072-1>
- Martinez, C. R., Jr., Eddy, J. M., McClure, H. H., & Cobb, C. L. (2022). Promoting strong Latino families within an emerging immigration context: Results of a replication and extension trial of a culturally adapted preventive intervention. *Prevention Science*, 23(2), 283–294. <https://doi.org/10.1007/s11121-021-01323-7>
- Matalon, C., & Turluc, M. N. (2023). The effectiveness of a home-based parent management training for preschoolers with oppositional behaviors in Israel: A randomized controlled trial. *Early Childhood Research Quarterly*, 63, 386–399. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2023.01.010>
- McAloon, J., & de la Poer Beresford, K. (2023). Online behavioral parenting interventions for disruptive behavioral disorders: A PRISMA based systematic review of clinical trials. *Child psychiatry and human development*, 54(2), 379–396. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01253-z>
- McCart, M. R., Sheidow, A. J., & Jaramillo, J. (2023). Evidence base update of psychosocial treatments for adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 52(4), 447–474. <https://doi.org/10.1080/15374416.2022.2145566>
- McClure, B. M. (2017). *Investigation of CASEL SElect programs with minority students from high poverty communities* (Publication Number 10240306) [Doctoral dissertation, Indiana University of Pennsylvania]. ProQuest Dissertations & Theses Global.
- McLean, M. A., Scoten, O. C., Yu, W., Ye, X. Y., Petrie, J., Church, P. T., Soraisham, A. S., Mirea, L. S., Weinberg, J., Synnes, A. R., O'Brien, K., & Grunau, R. E. (2022). Lower maternal chronic physiological stress and better child behavior at 18 months: Follow-up of a cluster randomized trial of neonatal intensive care unit Family Integrated Care. *The Journal of Pediatrics*, 243, 107–115.e104. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2021.12.055>
- Mingebach, T., Kamp-Becker, I., Christiansen, H., & Weber, L. (2018). Meta-meta-analysis on the effectiveness of parent-based interventions for the treatment of child externalizing behavior problems. *PLOS ONE*, 13(9), Article e0202855. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202855>
- Morshed, N., Babamiri, M., Zemestani, M., & Alipour, N. (2019). A comparative study on the effectiveness of individual and group play therapy on symptoms of oppositional defiant disorder among children. *Korean Journal of Family Medicine*, 40(6), 368–372. <https://doi.org/10.4082/kjfm.18.0045>
- Mouton, B., Loop, L., Stievenart, M., & Roskam, I. (2018). Parenting programs to reduce young children's externalizing behavior: A meta-analytic review of their behavioral or cognitive orientation. *Child & Family Behavior Therapy*, 40(2), 115–147. <https://doi.org/10.1080/07317107.2018.1477348>
- Murano, D., Sawyer, J. E., & Lipnevich, A. A. (2020). A meta-analytic review of preschool social and emotional learning interventions. *Review of Educational Research*, 90(2), 227–263. <https://doi.org/10.3102/0034654320914743>
- Mytton, J., DiGuseppi, C., Gough, D., Taylor, R., & Logan, S. (2006). School-based secondary prevention programmes for preventing violence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004606.pub2>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2013). *Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: Recognition, intervention and management (national clinical*

- guideline number 158). The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg158/evidence/full-guideline-pdf-189848413>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2021). *2021 exceptional surveillance of testing for diabetes (NICE guidelines CG178, CG185, CG155, CG158 and NG185)*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg158/resources/2021-exceptional-surveillance-of-testing-for-diabetes-nice-guidelines-cg178-cg185-cg155-cg158-and-ng185-pdf-11992028212933>
- Nayeri, M. F., Soltanifar, A., Moharreri, F., & Akbarzadeh, F. (2021). A randomized controlled trial of group reality therapy in attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in adolescents. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 15(1), Article e68643. <https://doi.org/10.5812/IJPBS.68643>
- Neuman, K. J., & Bagner, D. M. (2023). A pilot trial of a home-based parenting intervention for high-risk infants: Effects on and moderating role of effortful control. *Behavior Therapy*, 55(1), 42–54. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.05.003>
- NICE Surveillance Programme project team. (2015). *Surveillance report September 2015 – Conduct disorders in children and young people*. (2013) NICE guideline CG158 <https://www.nice.org.uk/guidance/cg158/evidence/surveillance-review-decision-september-2015-pdf-547651981>
- NICE Surveillance Programme project team. (2017). *Surveillance report 2017 – Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: Recognition and management*. (2013) NICE guideline CG158. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg158/resources/surveillance-report-2017-antisocial-behaviour-and-conduct-disorders-in-children-and-young-people-recognition-and-management-2013-nice-guideline-cg158-pdf-5734200580549>
- NICE Surveillance Programme project team. (2018). *Surveillance report (exceptional review) 2018 – Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: Recognition and management*. (2013) NICE guideline CG158. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg158/resources/surveillance-report-exceptional-review-2018-antisocial-behaviour-and-conduct-disorders-in-children-and-young-people-recognition-and-management-2013-nice-guideline-cg158-pdf-6275730613957>
- Nijhof, K., te Brinke, L. W., Njardvik, U., & Liber, J. M. (2021). The role of perspective taking and self-control in a preventive intervention targeting childhood disruptive behavior. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 49(5), 657–670. <https://doi.org/10.1007/s10802-020-00761-1>
- Nitz, J., Brack, F., Hertel, S., Krull, J., Stephan, H., Hennemann, T., & Hanisch, C. (2023a). Multi-tiered systems of support with focus on behavioral modification in elementary schools: A systematic review. *Heliyon*, 9(6), Article e17506. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e17506>
- Nitz, J., Hagen, T., Krull, J., Verbeck, L., Eiben, K., Hanisch, C., & Hennemann, T. (2023b). Tiers 1 and 2 of a German MTSS: Impact of a multiple baseline study on elementary school students with disruptive behavior. *Frontiers in Education*, 8, Article 1208854. <https://doi.org/10.3389/educ.2023.1208854>
- Njardvik, U., Smaradottir, H., & Ost, L.-G. (2022). The effects of emotion regulation treatment on disruptive behavior problems in children: A randomized controlled trial. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 50(7), 895–905. <https://doi.org/10.1007/s10802-022-00903-7>
- Nogueira, S., Abreu-Lima, I., Canário, C., & Cruz, O. (2021). Group triple P – A randomized controlled trial with low-income mothers. *Children and Youth Services Review*, 121, Article 105862. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105862>
- O'Farrelly, C., Watt, H., Babalis, D., Bakermans-Kranenburg, M. J., Barker, B., Byford, S., Ganguli, P., Grimas, E., Iles, J., Mattock, H., McGinley, J., Phillips, C., Ryan, R., Scott, S., Smith, J., Stein, A., Stevens, E., van Ijzendoorn, M. H., Warwick, J., & Ramchandani, P. G. (2021). A brief home-based parenting intervention to reduce behavior problems in young children: A pragmatic

- randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics*, 175(6), 567–576.
<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.6834>
- O'Leary-Barrett, M., Topper, L., Al-Khudhairy, 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 American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(9), 911–920.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.020>
- Olaghere, A., Wilson, D. B., & Kimbrell, C. S. (2021). Trauma-informed interventions for at-risk and justice-involved youth: A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 48(9), 1261–1277.
<https://doi.org/10.1177/00938548211003117>
- Oliver, R., Wehby, J., & Reschly, D. (2011). Teacher classroom management practices: Effects on disruptive or aggressive student behavior. *Campbell Systematic Reviews*, 7(1), 1–55.
<https://doi.org/10.4073/csr.2011.4>
- Olson, J. R., Benjamin, P. H., Azman, A. A., Kellogg, M. A., Pullmann, M. D., Suter, J. C., & Bruns, E. J. (2021). Systematic review and meta-analysis: Effectiveness of wraparound care coordination for children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 60(11), 1353–1366. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.02.022>
- Overbeek, G., van Aar, J., de Castro, B. O., Matthys, W., Weeland, J., Chhangur, R. R., & Leijten, P. (2021). Longer-term outcomes of the Incredible Years parenting intervention. *Prevention Science*, 22(4), 419–431. <https://doi.org/10.1007/s11121-020-01176-6>
- Parker, M. M., Hunnicutt Hollenbaugh, K. M., & Kelly, C. T. (2021). Exploring the impact of child-centered play therapy for children exhibiting behavioral problems: A meta-analysis. *International Journal of Play Therapy*, 30(4), 259–271. <https://doi.org/10.1037/pla0000128>
- Parra-Cardona, R., Fuentes-Balderrama, J., Vanderziel, A., López-Zerón, G., Domenech Rodríguez, M. M., DeGarmo, D. S., & Anthony, J. C. (2021). A culturally adapted parenting intervention for Mexican-origin immigrant families with adolescents: Integrating science, culture, and a focus on immigration-related adversity. *Prevention Science*, 23, 271–282.
<https://doi.org/10.1007/s11121-021-01317-5>
- Pereira, A. I., Ferreira, C., Oliveira, M., Evangelista, E. S., Ferreira, J., Roberto, M. S., Tereso, S., Pereira, A. M., Neves, S., & Crespo, C. (2020). Effectiveness of a combined surf and psychological preventive intervention with children and adolescents in residential childcare: A randomized controlled trial. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(2), 22–31. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.07.2.3>
- Perlstein, S., Fair, M., Hong, E., & Waller, R. (2023). Treatment of childhood disruptive behavior disorders and callous-unemotional traits: A systematic review and two multilevel meta-analyses. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 64(9), 1372–1387.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.13774>
- Pilling, S., Fonagy, P., Allison, E., Barnett, P., Campbell, C., Constantinou, M., Gardner, T., Lorenzini, N., Matthews, H., Ryan, A., Sacchetti, S., Truscott, A., Ventura, T., Watchorn, K., Whittington, C., & Kendall, T. (2020). Long-term outcomes of psychological interventions on children and young people's mental health: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 15(11), Article e0236525. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236525>
- Plück, J., Eichelberger, I., Hautmann, C., Hanisch, C., Jänen, N., & Döpfner, M. (2015). Effectiveness of a teacher-based indicated prevention program for preschool children with externalizing problem behavior. *Prevention Science*, 16(2), 233–241. <https://doi.org/10.1007/s11121-014-0487-x>
- Pringsheim, T., Hirsch, L., Gardner, D., & Gorman, D. A. (2015a). The pharmacological management of oppositional behaviour, conduct problems, and aggression in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: A systematic review and meta-analysis. Part 1: Psychostimulants, alpha-2 agonists, and atomoxetine. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(2), 42–51.
<https://doi.org/10.1177/070674371506000202>

- Pringsheim, T., Hirsch, L., Gardner, D., & Gorman, D. A. (2015b). The pharmacological management of oppositional behaviour, conduct problems, and aggression in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: A systematic review and meta-analysis. Part 2: Antipsychotics and traditional mood stabilizers. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(2), 52–61.
<https://doi.org/10.1177/070674371506000203>
- Prinz, R. J., Metzler, C. W., Sanders, M. R., Rusby, J. C., & Cai, C. (2022). Online-delivered parenting intervention for young children with disruptive behavior problems: A noninferiority trial focused on child and parent outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(2), 199–209. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1111/jcpp.13426>
- Rajkumar, R. P. (2022). Antipsychotics in the management of disruptive behavior disorders in children and adolescents: An update and critical review. *Biomedicines*, 10(11), Article 2818. <https://doi.org/10.3390/biomedicines10112818>
- Ramdhoney-Dowlot, K., Balloo, K., & Essau, C. A. (2021). Effectiveness of the Super Skills for Life programme in enhancing the emotional wellbeing of children and adolescents in residential care institutions in a low- and middle-income country: A randomised waitlist-controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 278, 327–338. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.053>
- Reddy, L. A., Glover, T. A., Dudek, C. M., Alperin, A., Wiggs, N. B., & Bronstein, B. (2022). A randomized trial examining the effects of paraprofessional behavior support coaching for elementary students with disruptive behavior disorders: Paraprofessional and student outcomes. *Journal of School Psychology*, 92, 227–245.
<https://doi.org/10.1016/j.jsp.2022.04.002>
- Reinke, W. M., Stormont, M., Herman, K. C., & Dong, N. (2021). The Incredible Years Teacher Classroom Management program: Effects for students receiving special education services. *Remedial and Special Education*, 42(1), 7–17. <https://doi.org/10.1177/0741932520937442>
- Ren, Z., Zhao, Z., Yu, X., Zhang, L., & Li, X. (2021). Modification of hostile interpretation bias and self-reported aggression in juvenile delinquents: A randomized controlled trial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21(2), Article 100226.
<https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2021.100226>
- Richard, J., Fletcher, É., Boutin, S., Derevensky, J., & Temcheff, C. (2020). Conduct problems and depressive symptoms in association with problem gambling and gaming: A systematic review. *Journal of Behavioral Addictions*, 9(3), 497–533.
<https://doi.org/10.1556/2006.2020.00045>
- Riise, E. N., Wergeland, G. J. H., Njardvik, U., & Öst, L.-G. (2021). Cognitive behavior therapy for externalizing disorders in children and adolescents in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 83, Article 101954.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101954>
- Roux, B., Pérez-Peña, M., & Philippot, P. (2021). A mindfulness-based intervention for adolescents with behavior disorders: Controlled trial with partial randomization. *Mindfulness*, 12(11), 2794–2809. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01743-0>
- Saba, P., Qi, H. W., Saleem, A., Chen, I. J., Kausar, F. N., & Iqbal, M. F. (2023). Effects of animated movies on the aggression and behavior performance of primary school students and their control using a cognitive behavioral anger-control training (CBACT) program. *Behavioral Sciences*, 13(8), Article 659. <https://doi.org/10.3390/bs13080659>
- Salzer, S., Cropp, C., Jaeger, U., Masuhr, O., & Streeck-Fischer, A. (2014). Psychodynamic therapy for adolescents suffering from co-morbid disorders of conduct and emotions in an in-patient setting: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 44(10), 2213–2222.
<https://doi.org/10.1017/S003329171300278X>
- Santisteban, D. A., Czaja, S. J., Nair, S. N., Mena, M. P., & Tulloch, A. R. (2017). Computer informed and flexible family-based treatment for adolescents: A randomized clinical trial for at-risk racial/ethnic minority adolescents. *Behavior Therapy*, 48(4), 474–489.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.001>

- Savaglio, M., Yap, M. B., O'Donnell, R., & Skouteris, H. (2023). Targeted community-based programmes for children's mental health: A systematic review and meta-analysis of the Australian literature. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 57(2), 197–212. <https://doi.org/10.1177/00048674221124506>
- Schaeffer, C. M., Dimeff, L. A., Koerner, K., Chung, J., Kelley-Brimer, A., Kako, N., Ilac, M., Tuerk, E., Carroll, D., & Beadnell, B. (2022). A smartphone app for parental management of adolescent conduct problems: Randomized clinical trial of iKinnect. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 54(1), 52–66. <https://doi.org/10.1080/15374416.2022.2070851>
- Schaub, S., Ramseier, E., Neuhauser, A., Burkhardt, S. C. A., & Lanfranchi, A. (2019). Effects of home-based early intervention on child outcomes: A randomized controlled trial of parents as teachers in Switzerland. *Early Childhood Research Quarterly*, 48, 173–185. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2019.03.007>
- Schippers, E. E., Hoogsteder, L. M., & Stams, G. J. J. M. (2020). Responsive Aggression Regulation Therapy (Re-ART) improves executive functioning in adolescents and young adults with severe aggression problems: A pilot study. *Journal of Forensic Sciences*, 65(6), 2058–2064. <https://doi.org/10.1111/1556-4029.14539>
- Schleider, J. L., Burnette, J. L., Widman, L., Hoyt, C., & Prinstein, M. J. (2020). Randomized trial of a single-session growth mind-set intervention for rural adolescents' internalizing and externalizing problems. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 49(5), 660–672. <https://doi.org/10.1080/15374416.2019.1622123>
- Schoenwald, S. K., Carter, R. E., Chapman, J. E., & Sheidow, A. J. (2008). Therapist adherence and organizational effects on change in youth behavior problems one year after multisystemic therapy. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 35(5), 379–394. <https://doi.org/10.1007/s10488-008-0181-z>
- Schünemann, H., Brożek, J., Guyatt, G., & Oxman, A. (Eds.). (2013). *GRADE Handbook. Introduction to GRADE Handbook. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendation using the GRADE approach*. <https://gdt.gradeapro.org/app/handbook/handbook.html>.
- Schuurmans, A. A. T., Nijhof, K. S., Popma, A., Scholte, R., & Otten, R. (2023). The effectiveness of game-based meditation therapy for adolescents with posttraumatic symptoms in residential care: A randomized controlled trial. *Residential Treatment for Children & Youth*, 41(3), 275–294. <https://doi.org/10.1080/0886571X.2023.2246365>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2009). *Management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in children and young people: A national clinical guideline*.
- Senior, C. J., Godovich, S. A., Shiffrin, N. D., Cummings, C. M., Alvord, M. K., & Rich, B. A. (2023). The effects of a school-based resilience intervention for youth with socioemotional difficulties. *Journal of Child and Family Studies*, 32(2), 384–397. <https://doi.org/10.1007/s10826-022-02362-6>
- Shafiq, S., & Pringsheim, T. (2018). Using antipsychotics for behavioral problems in children. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 19(13), 1475–1488. <https://doi.org/10.1080/14656566.2018.1509069>
- Sheidow, A. J., McCart, M. R., & Drazdowski, T. K. (2022). Family-based treatments for disruptive behavior problems in children and adolescents: An updated review of rigorous studies (2014–April 2020). *Journal of Marital and Family Therapy*, 48(1), 56–82. <https://doi.org/10.1111/jmft.12567>
- Shen, L., Jiang, S., & Tan, S. (2025). The effectiveness of school-based programs on aggressive behaviors among children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, 35(2), 149–169. <https://doi.org/10.1177/10497315241227147>
- Sherman, M. D., Monn, A., Larsen, J. L., & Gewirtz, A. (2018). Evaluation of a Sesame Street multimedia intervention for families transitioning out of the military. *Journal of Child and Family Studies*, 27(8), 2533–2540. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1083-7>
- Silva Garcia, K. (2020). *The impact of a parent education program for helping mothers help their children cope with stress on children's coping and adjustment* (Publication Number

- 27828701) [Doctoral dissertation, Washington State University]. ProQuest Dissertations & Theses Global.
- Singh, P. (2017). Altering the way adolescents attribute negative ambiguous social encounters: A social-cognitive intervention for reducing aggression. *Asia Pacific Journal of Counselling and Psychotherapy*, 8(1), 15–28. <https://doi.org/10.1080/21507686.2016.1256903>
- Sklad, M., Diekstra, R., de Ritter, M., Ben, J., & Gravesteyn, C. (2012). Effectiveness of school-based universal social, emotional, and behavioral programs: Do they enhance students' development in the area of skill, behavior, and adjustment? *Psychology in the Schools*, 49(9), 892–909. <https://doi.org/10.1002/pits.21641>
- Sluiter, M. N., Bos, E. H., Doornenbal, J. M., De Jonge, P., & Batstra, L. (2023). Wild and willful kids: Can we help parents? The effectiveness of a group parent training program without a psychiatric label. *Journal of Psychiatric Practice*, 29(3), 246–259. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000704>
- Somech, L. Y. (2021). Effortful control mediates the effect of parenting intervention on preschool callous-unemotional traits. *Journal of Child and Family Studies*, 30(8), 1920–1932. <https://doi.org/10.1007/s10826-021-01988-2>
- Sourander, A., McGrath, P. J., Ristkari, T., Cunningham, C., Huttunen, J., Hinkka-Yli-Salomäki, S., Kurki, M., & Lingley-Pottie, P. (2018). Two-year follow-up of internet and telephone assisted parent training for disruptive behavior at age 4. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(9), 658–668.e651. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.07.001>
- Sourander, A., McGrath, P. J., Ristkari, T., Cunningham, C., Huttunen, J., Lingley-Pottie, P., Hinkka-Yli-Salomäki, S., Kinnunen, M., Vuorio, J., & Sinokki, A. (2016). Internet-assisted parent training intervention for disruptive behavior in 4-year-old children: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 73(4), 378–387. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.3411>
- Stadler, C., Freitag, C. M., Popma, A., Nauta-Jansen, L., Konrad, K., Unternährer, E., Ackermann, K., Bernhard, A., Martinelli, A., Oldenhof, H., Gundlach, M., Kohls, G., Prätzlich, M., Kieser, M., Limprecht, R., Raschle, N. M., Vriends, N., Trestman, R. L., Kirchner, M., & Kersten, L. (2023). START NOW: A cognitive behavioral skills training for adolescent girls with conduct or oppositional defiant disorder - a randomized clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 65(3), 316–327. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13896>
- Sterne, J. A. C., Higgins, J. P. T., Elbers, R. G., Reeves, B. C., & ROBINS-I Development Group. (2025). *The Risk Of Bias In Non-randomized Studies - of Interventions, Version 2 (ROBINS-I V2) assessment tool*. <https://sites.google.com/site/riskofbiastool/welcome/robins-i-v2?authuser=0>
- Stoltz, S. E. M. J., Londen, M., Deković, M., & Prinzie, P. (2012). Effectiveness of individually delivered indicated school-based interventions on externalizing behavior. *International Journal of Behavioral Development*, 36(5), 381–388. <https://doi.org/10.1177/0165025412450525>
- Suter, J. C., & Bruns, E. J. (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. <https://doi.org/10.1007/s10567-009-0059-y>
- Talmón-Knuser, F., González-Sala, F., Lacomba-Trejo, L., & Samper-García, P. (2023). Reactive attachment disorder and its relationship to psychopathology: A systematic review. *Children*, 10(12), Article 1892. <https://doi.org/10.3390/children10121892>
- te Brinke, L. W., Menting, A. T. A., Schuiringa, H. D., Deković, M., Weisz, J. R., & de Castro, B. O. (2021). Emotion regulation training as a treatment element for externalizing problems in adolescence: A randomized controlled micro-trial. *Behaviour Research and Therapy*, 143, Article 103889. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103889>
- Thomas, R., Abell, B., Webb, H. J., Avdagic, E., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2017). Parent-child interaction therapy: A meta-analysis. *Pediatrics*, 140(3), Article e20170352. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-0352>
- Treier, A.-K., Hautmann, C., Dose, C., Nordmann, L., Katzmann, J., Pinior, J., Scholz, K. K., & Döpfner, M. (2022). Process mechanisms in behavioral versus nondirective guided self-help for

- parents of children with externalizing behavior. *Child Psychiatry & Human Development*, 55, 453–466. <https://doi.org/10.1007/s10578-022-01400-0>
- Ulvund, S. E. (2022). Early intervention in families with preterm infants: A review of findings from a randomized controlled trial following children up to 9 years of age. *Children*, 9(4), Article 474. <https://doi.org/10.3390/children9040474>
- Umbach, R., Raine, A., & Leonard, N. R. (2018). Cognitive decline as a result of incarceration and the effects of a CBT/MT intervention: A cluster-randomized controlled trial. *Criminal Justice and Behavior*, 45(1), 31–55. <https://doi.org/10.1177/0093854817736345>
- Valero-Aguayo, L., Rodriguez-Bocanegra, M., Ferro-Garcia, R., & Ascanio-Velasco, L. (2021). Meta-analysis of the efficacy and effectiveness of Parent Child Interaction Therapy (PCIT) for child behaviour problems. *Psicothema*, 33(4), 544–555. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.70>
- Van Craeyevelt, S., Verschueren, K., Vancraeyveldt, C., Wouters, S., & Colpin, H. (2017). The role of preschool teacher-child interactions in academic adjustment: An intervention study with Playing-2-gether. *British Journal of Educational Psychology*, 87(3), 345–364. <https://doi.org/10.1111/bjep.12153>
- van den Berg, Y. H. M., & Stoltz, S. (2018). Enhancing social inclusion of children with externalizing problems through classroom seating arrangements: A randomized controlled trial. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 26(1), 31–41. <https://doi.org/10.1177/1063426617740561>
- van der Pol, T. M., van Domburgh, L., van Widenfelt, B. M., Hurlburt, M. S., Garland, A. F., & Vermeiren, R. (2019). Common elements of evidence-based systemic treatments for adolescents with disruptive behaviour problems. *Lancet Psychiatry*, 6(10), 862–868. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(19\)30085-9](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(19)30085-9)
- van der Stouwe, T., Gubbels, J., Castenmiller, Y. L., van der Zouwen, M., Asscher, J. J., Hoeve, M., van der Laan, P. H., & Stams, G. J. J. M. (2021). The effectiveness of social skills training (SST) for juvenile delinquents: A meta-analytical review. *Journal of Experimental Criminology*, 17(3), 369–396. <https://doi.org/10.1007/s11292-020-09419-w>
- Van Holen, F., Vanderfaeillie, J., Omer, H., & Vanschoonlandt, F. (2018). Training in nonviolent resistance for foster parents: A randomized controlled Trial. *Research on Social Work Practice*, 28(8), 931–942. <https://doi.org/10.1177/1049731516662915>
- Van Holen, F., Vanschoonlandt, F., & Vanderfaeillie, J. (2017). Evaluation of a foster parent intervention for foster children with externalizing problem behaviour. *Child & Family Social Work*, 22(3), 1216–1226. <https://doi.org/10.1111/cfs.12338>
- van Schalkwyk, G. I., Lewis, A. S., Beyer, C., Johnson, J., van Rensburg, S., & Bloch, M. H. (2017). Efficacy of antipsychotics for irritability and aggression in children: A meta-analysis. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 17(10), 1045–1053. <https://doi.org/10.1080/14737175.2017.1371012>
- Wade, L., Smith, J. J., Duncan, M. J., & Lubans, D. R. (2018). Mediators of aggression in a school-based physical activity intervention for low-income adolescent boys. *Mental Health and Physical Activity*, 14, 39–46. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2017.12.006>
- Wagner, A., Jennen-Steinmetz, C., Göpel, C., & Schmidt, M. H. (2004). Wie effektiv sind Interventionen bei Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens? - Eine Inanspruchnahmestudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 32(1), 5–16. <https://doi.org/10.1024/1422-4917.32.1.5>
- Wagner, E. F., Graziano, J. N., Morris, S. L., & Gil, A. G. (2014). A randomized controlled trial of guided self-change with minority adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), 1128–1139. <https://doi.org/10.1037/a0036939>
- Ward, C. L., Wessels, I. M., Lachman, J. M., Hutchings, J., Cluver, L. D., Kassanjee, R., Nhapi, R., Little, F., & Gardner, F. (2020). Parenting for Lifelong Health for Young Children: A randomized controlled trial of a parenting program in South Africa to prevent harsh parenting and child conduct problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(4), 503–512. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13129>

- Waxmonsky, J. G., Baweja, R., Bansal, P. S., & Waschbusch, D. A. (2021). A review of the evidence base for psychosocial interventions for the treatment of emotion dysregulation in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 30(3), 573–594. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2021.04.008>
- Weber, H. M., & Petermann, F. (2018). Gruppentherapie bei Kindern und Jugendlichen mit aggressivem Verhalten. *Kindheit und Entwicklung: Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie*, 27(4), 199–219. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000260>
- Webster-Stratton, C., Jamila Reid, M., & Stoolmiller, M. (2008). Preventing conduct problems and improving school readiness: Evaluation of the Incredible Years Teacher and Child Training Programs in high-risk schools. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(5), 471–488. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01861.x>
- Weeland, J., Brummelman, E., Jaffee, S. R., Chhangur, R. R., van der Giessen, D., Matthys, W., Orobio de Castro, B., & Overbeek, G. (2022). Does caregivers' use of praise reduce children's externalizing behavior? A longitudinal observational test in the context of a parenting program. *Developmental Psychology*, 58(7), 1371–1385. <https://doi.org/10.1037/dev0001357>
- Weeland, J., Chhangur, R. R., Jaffee, S. R., Van Der Giessen, D., Matthys, W., Orobio De Castro, B., & Overbeek, G. (2018). Does the Incredible Years reduce child externalizing problems through improved parenting? The role of child negative affectivity and serotonin transporter linked polymorphic region (5-HTTLPR) genotype. *Development and Psychopathology*, 30(1), 93–112. <https://doi.org/10.1017/S0954579417000499>
- Wetterborg, D., Enebrink, P., Lonn Rhodin, K., Forster, M., Risto, E., Dahlstrom, J., Forsberg, K., & Ghaderi, A. (2019). A pilot randomized controlled trial of internet-delivered parent training for parents of teenagers. *Journal of Family Psychology*, 33(7), 764–774. <https://doi.org/10.1037/fam0000541>
- Wilson, B. J., & Ray, D. (2018). Child-centered play therapy: Aggression, empathy, and self-regulation. *Journal of Counseling & Development*, 96(4), 399–409. <https://doi.org/10.1002/jcad.12222>
- Wilson, S., Lipsey, M., & Derzon, J. (2003). The effects of school-based intervention programs on aggressive behavior: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 136–149. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.71.1.136>
- Wilson, S. J., & Lipsey, M. W. (2007). School-based interventions for aggressive and disruptive behavior: Update of a meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 33(2, Suppl.), S130–S143. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.04.011>
- Zarakoviti, E., Shafran, R., Papadimitriou, D., & Bennett, S. D. (2021). The efficacy of parent training interventions for disruptive behavior disorders in treating untargeted comorbid internalizing symptoms in children and adolescents: A systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 24(3), 542–552. <https://doi.org/10.1007/s10567-021-00349-1>
- Zhang, A., & Zhang, Q. (2021). How could mindfulness-based intervention reduce aggression in adolescent? Mindfulness, emotion dysregulation and self-control as mediators. *Current Psychology*, 42, 4483–4497. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01778-5>

Anhang

[Anhang 1] Suche nach Quelleitlinien

- Durchführende: Frau Dr. Lea Teresa Kohl (geb. Jendreizik), M. Sc. Psych. (wissenschaftliche Mitarbeiterin)
- Zeitpunkt der Suche: 01.09.2022 & 16.09.2022
- Die Auswahl der Datenbanken erfolgte entsprechend des Manuals „Systematische Recherche für Evidenzsynthesen und Leitlinien“ (Cochrane Deutschland Stiftung et al., 2020).
- Datenbanken der Suche am 01.09.2022:
 - Guidelines International Network (G-I-N): <http://www.g-i-n.net>
 - Turning Research Into Practice (TRIP): <https://www.tripdatabase.com>; Filter: Guidelines
- Datenbanken der Suche am 16.09.2022:
 - Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN): <http://www.sign.ac.uk>
 - National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (<https://www.nice.org.uk/guidance>)
 - Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF): <http://www.awmf.org/leitlinien/leitlinien-suche.html>

Datenbank	Schlagwörter bzw. Kategorie	Anzahl Treffer	Anzahl verwandt	verwandte Leitlinie	Anzahl relevant	relevante Leitlinie
G-I-N <i>(äquivalent zu Suche aus 2016)</i>	conduct* and disorder*	3	0	AWMF 2018, Zwang NICE 2015, violence	1	NICE 2013, CD
	oppos* or defiant*	0	0		0	AWMF 2016, SSV
	aggression*	4	2		0	
	social*	52	0		1	
	disruptive behavior disorder	6	0	AWMF 2018, Zwang NICE 2017, justice	0	
	disruptive behaviour disorder	1	0		0	
	prevention* and disorder*	72	1		0	
	criminal*	1	1		0	
TRIP <i>(orientiert an Suche in G-I-N)</i>	conduct* and disorder*	88	0	CPS 2017, screening	0	NICE 2013, CD
	oppos* or defiant*	1668	1		0	
	aggression*	3	0		0	
	social*	4847	1	NICE 2015, violence CPS 2017, screening	1	
	disruptive behavior disorder (disruptive behaviour disorder)	881 (881)	1 (x)		0 (x)	
	prevention* and disorder*	17	0		0	
SIGN	current	42	0		0	
	in development	8	0		0	
	proposed	12	0		0	
	archived	74	0		0	
NICE	published	336	2	NICE 2015, violence NICE 2017, justice	1	NICE 2013, CD
	in consultation	2	0		0	
	in development	49	0		0	
	awaiting development	0	0		0	

AWMF	Störung des Sozialverhaltens	1			1	AWMF 2016, SSV
	Opposition	24			1	AWMF 2016, SSV
	Aggression	43	1	AWMF 2018, Zwang	1	AWMF 2016, SSV
	antisozial	17	1	AWMF 2018, Zwang	1	AWMF 2016, SSV
	dissozial	11	1	AWMF 2018, Zwang	1	AWMF 2016, SSV
	Disruptive Verhaltensstörung	0	0		0	
	kriminell	0	0		0	
	strafrechtlich	0	0		0	
	Regelverletzung	0	0		0	

	Abkürzung	Titel der Leitlinie	veröffentlicht	Letztes Update	Link zur Leitlinie
relevante Leitlinie	AWMF 2016, SSV	Störungen des Sozialverhaltens: Empfehlungen zur Versorgung und Behandlung (S3-Leitlinie)	09/2016	09/2016	www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/028-020.html
	NICE 2013, CD	Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition and management	03/2013	04/2017 (12/2021)	www.nice.org.uk/guidance/cg158
verwandte Leitlinie	AWMF 2018, Zwang	Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen	02/2018	02/2018	www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/038-022.html

	CPS 2017, screening	Screening for disruptive behaviour problems in preschool children in primary health care settings	11/2017	11/2017	www.cps.ca/en/documents/position/disruptive-behaviour
	NICE 2015, violence	Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings	05/2015	05/2015	www.nice.org.uk/guidance/ng10
	NICE 2017, justice	Mental health of adults in contact with the criminal justice system	03/2017	03/2017	www.nice.org.uk/guidance/ng66

[Anhang 2] Systematische Literaturrecherche: Suchstrategie und Trefferanzahl

Suchplattform	Datenbanken	Suchstruktur ^{6,7}	Anpassungen gegenüber der NICE Suchstrategie ⁸	Trefferanzahl (Datum der Suche) ⁹
Ovid SP	Ovid MEDLINE: - Epub Ahead of Print - In-Process - IN-Data-Review & Other Non-Indexed Citations, Daily	(Population) UND (Intervention/Prävention ODER Elternt raining ODER benannte Interventionen) UND (quantitative systematische Übersichtsarbeiten ODER qualitative systematische Übersichtsarbeiten ODER randomisiert-kontrollierte Studien)	- Die Suchterme zu Intervention/Prävention, Elternt raining und benannten Interventionen wurden jeweils mit den Suchtermen zur Population in der ersten Version kombiniert - Suche auch nach qualitativen systematischen Übersichtsarbeiten	12.460 (01.08.2023)
EBSCO	APA PsycInfo	(Population) UND (Intervention/Prävention ODER Elternt raining ODER benannte Interventionen) UND (quantitative systematische Übersichtsarbeiten ODER qualitative systematische Übersichtsarbeiten ODER randomisiert-kontrollierte Studien)	- Die Suchterme zu Intervention/Prävention, Elternt raining und benannten Interventionen wurden jeweils mit den Suchtermen zur Population in der ersten Version kombiniert - Suche auch nach qualitativen systematischen Übersichtsarbeiten	24.021 (25.10.2023)
Embase (Elsevier)		(Population) UND (Intervention/Prävention ODER Elternt raining ODER benannte	Die Suchterme zu Intervention/Prävention, Elternt raining	21.104

⁶ Es wird dargestellt wie die Suchbegriffe zu verschiedenen Überkategorien (u. a. Population, Intervention/Prävention) miteinander kombiniert wurden. Die Auflistung der einzelnen Suchbegriffe finden sich in den spezifischen Suchprotokollen für die einzelnen Datenbanken. Da die spezifischen Suchprotokolle zwischen 4 und 51 Seiten umfassen, werden diese hier nur zusammengefasst dargestellt. Die ausführlichen Suchprotokolle können bei der Projektleitung angefragt werden.

⁷ Alle Suchen wurden mit einem Zeit- und Sprachfilter durchgeführt. Englische Artikel wurde ab dem 01.04.2017 bis zum angegebenen Suchdatum und deutsche Artikel ab dem 01.09.2013 bis zum angegebenen Suchdatum gesucht. Der angegebene Zeitraum beginnt mit dem Datum der letzten systematischen Suche der NICE Arbeitsgruppe (englische Artikel) bzw. der AWMF Arbeitsgruppe (deutsche Artikel).

⁸ In fast allen Suchen wurden kleinere Anpassungen gegenüber der NICE Suchstrategie vorgenommen (z. B. Nutzung von datenbankspezifischen MeSH-Termen, Anpassung der Feldkennungen), die in den jeweiligen Suchprotokollen protokolliert sind. An dieser Stelle werden lediglich bedeutende Abweichungen benannt.

⁹ Die Treffer in deutscher und englischer Sprache wurden addiert.

Suchplattform	Datenbanken	Suchstruktur ^{6, 7}	Anpassungen gegenüber der NICE Suchstrategie ⁸	Trefferanzahl (Datum der Suche) ⁹
		Interventionen) UND (quantitative systematische Übersichtsarbeiten ODER qualitative systematische Übersichtsarbeiten ODER randomisiert-kontrollierte Studien)	und benannten Interventionen wurden jeweils mit den Suchtermen zur Population in der ersten Version kombiniert • Suche auch nach qualitativen systematischen Übersichtsarbeiten • Auflösung von verschachtelten adj- bzw. adj/n-Funktionen	(07.11.2023)
ProQuest	- ERIC (Education Resources in Curriculum, über Ovid SP) - IBSS (International Bibliography of Social Sciences) - SSA (Social Services Abstracts) - Sociological Abstracts	(Population) UND (Intervention/Prävention) UND (quantitative systematische Übersichtsarbeiten ODER qualitative systematische Übersichtsarbeiten ODER randomisiert-kontrollierte Studien)	• Deutliche Kürzung der Suchbegriffe zur Population, um die Komplexität der Suche zu verringern und so eine Fehlermeldung zu umgehen • Erweiterung der Suchstrategie um (selbstentwickelte) Suchbegriffe zu Intervention/Prävention¹⁰, um die Trefferanzahl zu reduzieren • Suche der Suchbegriffe zur Population und Intervention/Prävention ausschließlich im Titel und der Suchbegriffe zu den Studiendesigns ausschließlich im Abstract statt „all“, um die Komplexität der Suche zu verringern und so eine Fehlermeldung zu umgehen • Suche auch nach qualitativen systematischen Übersichtsarbeiten	310 (28.11.2023)

¹⁰ Folgende Suchbegriffe wurden in der Arbeitsgruppe, angelehnt an die in der NICE Suchstrategie verwendeten Suchbegriffe, zu Intervention/Prävention für die Suchplattformen Proquest, Web of Science und Cochrane Library verwendet: (therap* OR treat* OR interven* OR program* OR train* OR prevent* OR care OR council* OR educ* OR manag* OR help OR aid OR support OR pharma* OR medic*).

Suchplattform	Datenbanken	Suchstruktur ^{6,7}	Anpassungen gegenüber der NICE Suchstrategie ⁸	Trefferanzahl (Datum der Suche) ⁹
Web of Science	Web of Science Core Collection - SCI-EXPANDED (Science Citation Index Expanded) - SSCI (Social Sciences Citation Index) - AHCI (Arts & Humanities Citation Index) - ESCI (Emerging Sources Citation Index)	(Population) UND (Intervention/Prävention) UND (quantitative systematische Übersichtsarbeiten ODER qualitative systematische Übersichtsarbeiten ODER randomisiert-kontrollierte Studien)	• Erweiterung der Suchstrategie um (selbstentwickelte) Suchbegriffe zu Intervention/Prävention⁵, um die Trefferanzahl zu reduzieren • Suche der Suchbegriffe zur Population und Intervention/Prävention in Titel oder Keywords statt Titel oder Abstract, um die Trefferanzahl zu reduzieren • Suche auch nach qualitativen systematischen Übersichtsarbeiten	3.775 (29.11.2023)
HTA	- Health Technology Assessment Database	(Population)		29 (13.12.2023)
Cochrane Library	- CDSR (Cochrane Database of Systematic Reviews) - CENTRAL (Central Register of Controlled Trials)	(Population) UND (Intervention/Prävention)	• Erweiterung der Suchstrategie um (selbstentwickelte) Suchbegriffe zu Intervention/Prävention⁵, um die Trefferanzahl zu reduzieren • Suche der Suchbegriffe zu Population und Intervention/Prävention in Titel oder Keywords statt Titel oder Abstract, um die Trefferanzahl zu reduzieren	5.886 (18.12.2023)
Summe				67.585 Artikel

Suchplattform	Datenbanken	Suchstruktur ^{6,7}	Anpassungen gegenüber der NICE Suchstrategie ⁸	Trefferanzahl (Datum der Suche) ⁹
				(37.127 Artikel nach Ausschluss von Duplikaten)
Nicht durchsuchte Datenbanken ¹¹				
NCJRS	Die Datenbank kann nicht mehr via Proquest durchsucht werden. Die von der AWMF und der NICE angewendete Suche ist über die Suchmaske der NCJRS nicht umsetzbar, da nur sehr begrenzt mit Operatoren und Trunkierungen gearbeitet werden kann.			
NHS EED	Die Datenbank wird seit dem 31.03.2015 nicht mehr aktualisiert.			
DARE	Die Datenbank wird seit dem 31.03.2015 nicht mehr aktualisiert.			
CMR	Die Datenbank wird seit dem 31.05.2012 nicht mehr aktualisiert.			

¹¹ In Übereinstimmung mit dem Projektantrag werden folgende Datenbanken, welche die NICE Arbeitsgruppe in der systematischen Suche berücksichtigt hat, nicht durchsucht: Australian Education Index, Applied Social Services Index and Abstracts, British Education Index, Campbell Collaboration Prospective Trials Register, Health Management Information Consortium, PsycBOOKS, PsycEXTRA.

[Anhang 3] Studienauswahl: Ein- und Ausschlusskriterien

Hintergrund- informationen	Präventive Maßnahmen können in folgende Kategorien eingeteilt werden: • Maßnahmen der universellen Prävention richten sich an alle Personen unabhängig von vorliegenden Risikofaktoren oder vorliegenden Symptomen (Allgemeinbevölkerung). • Maßnahmen der selektiven Prävention richten sich an Individuen, deren Risiko eine psychische Störung zu entwickeln, aufgrund vorliegender biologischer, psychologischer oder sozialer Risikofaktoren erhöht ist. • Maßnahmen der indizierten Prävention richten sich an Individuen mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer psychischen Störung bei denen einzelnen Symptome vorliegen, welche zum aktuellen Zeitpunkt nicht die Diagnosekriterien für eine psychische Störung erfüllen. Therapeutische Interventionen richten sich an Individuen mit einer Störung des Sozialverhaltens ¹².
Ein- und Ausschlusskriterien	
Population	Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene ¹³ und ihre Eltern/Familien/Bezugspersonen, bei denen a) ein individueller ¹⁴, familiärer oder sozioökonomischer Risikofaktor vorliegt eine Störung des Sozialverhaltens zu entwickeln (selektive Prävention) ODER b) ein individueller, familiärer oder sozioökonomischer Risikofaktor vorliegt eine Störung des Sozialverhaltens zu entwickeln und oppositionell-aggressives oder dissoziales Verhalten vorliegt, das allerdings zum aktuellen Zeitpunkt die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens nicht erfüllt (indizierte Prävention) ODER c) eine Störung des Sozialverhaltens vorliegt (therapeutische Intervention) Angelehnt an das Vorgehen der NICE-Abreitsgruppe, wird die Evidenz zu Maßnahmen der selektiven Prävention separat und Maßnahmen der indizierten Prävention gemeinsam mit therapeutischen Interventionen ausgewertet.
Intervention	Jegliche präventiven Maßnahmen und therapeutischen Interventionen (psychosozial ¹⁵ oder pharmakologisch ¹⁶) mit den Kindern/Jugendlichen/jungen Erwachsenen selbst und/oder deren Bezugspersonen (u. a. leiblichen, Pflege- oder Adoptiveltern,

¹² Inkludiert jeweils die Störung mit oppositionellem und trotzigem Verhalten sowie die dissoziale Störung.

¹³ Umfasst den Altersbereich zwischen 0 und 21 Jahren

¹⁴ Aufgrund begrenzter Ressourcen werden (andere) psychische Primärdiagnosen, wie beispielsweise eine ADHS-, Autismus-, PTBS- oder Zwangsdiagnose, bei der Studienauswahl nicht als individuelle Risikofaktoren berücksichtigt. Beabsichtigt ist in der publizierten SSV Leitlinie auf die relevanten Aussagen der Leitlinien zu den Primärdiagnosen zu verweisen.

¹⁵ Inkludiert alle denkbaren Interventionen (u. a. Kunsttherapie, Bewegungstherapie).

¹⁶ Inkludiert Dauer- und Notfallmedikationen sowie den Bereich der Nahrungsergänzung.

	Bezugserziehern, anderen familiären Bezugspersonen, Erziehern, Lehrern, Schulbegleitern).
Comparison	• Routinebehandlung („treatment as usual“), keine Behandlung, Wartekontrolle, aktive Kontrollgruppe • Eine andere Präventionsmaßnahme oder therapeutische Intervention
Outcomes	Maßnahmen der selektiven Prävention: • oppositionell-aggressives und/oder dissoziales Verhalten oder Diagnose der Störung des Sozialverhaltens des Kindes/Jugendlichen/jungen Erwachsenen ¹⁷ Maßnahmen der indizierten Prävention oder therapeutische Interventionen: • oppositionell-aggressives und/oder dissoziales Verhalten oder Diagnose der Störung des Sozialverhaltens des Kindes/Jugendlichen/jungen Erwachsenen • Funktionsbeeinträchtigung / Leidensdruck (inkl. Schulversagen und Delinquenz) des Kindes/Jugendlichen/jungen Erwachsenen • Lebensqualität des Kindes/Jugendlichen/jungen Erwachsenen • Risiken und Nebenwirkungen <u>Hinweis für die Datenextraktion:</u> Wenn eingeschlossene Studien <u>zusätzlich</u> Daten zu den folgenden Outcomes berichten, werden diese ebenfalls extrahiert und im Rahmen der Leitlinie berichtet: • [Maßnahmen der selektiven Prävention] Risiken und Nebenwirkungen der untersuchten Intervention • [Maßnahmen der indizierten Prävention oder therapeutische Interventionen] komorbide Symptomatik oder komorbide Diagnosen des Kindes/Jugendlichen/jungen Erwachsenen
Studiendesign	• Randomisiert-kontrollierte Studien • Qualitative und quantitative systematische Übersichtsarbeiten
Ausschlusskriterien	• Untersuchungen von universellen Präventionsmaßnahmen¹⁸ • Weniger als $n = 10$ Probanden innerhalb eines Behandlungsarms ¹⁹

¹⁷ Inkludiert Verhaltensweisen des Kindes/Jugendlichen/jungen Erwachsenen die als Nebenwirkung der Intervention beschrieben werden, sich aber dem Bereich des oppositionell-aggressiven und/oder dissozialen Verhaltens zuordnen lassen.

¹⁸ Maßnahmen der universellen Prävention wurden im Rahmen des Leitlinienupdates nur in Ausnahmefällen berücksichtigt.

¹⁹ Im Falle von Artikeln, welche die variierende Wirksamkeit einer Intervention für zwei oder mehr Subgruppen von Proband:innen untersuchen (z. B. für verschiedene Altersgruppen), können Studien eingeschlossen werden, in denen in jeder Subgruppe von Proband:innen (z. B. jüngere versus ältere Kinder) mindestens $n = 5$ Proband:innen vorhanden sind.

[Anhang 4] Studienauswahl: Beurteiler:innenübereinstimmungen

Titel- und Abstractscreening

Beurteilende Person 1	Beurteilende Person 2	Cohen's Kappa
Person A	Person B	.58
Person A	Person C	.65
Person A	Person D	– ²⁰
Person A	Person E	.58
Person C	Person D	.62
Person C	Person B	.62
Person C	Person E	.56
Person B	Person E	.60
Person B	Person D	.50
Person E	Person D	.69

Volltextscreening

Beurteilende Person 1	Beurteilende Person 2	Cohen's Kappa
Person A	Person D	1 ²¹
Person A	Person B	.84
Person B	Person D	.69
Person C	Person B	.73
Person C	Person D	.69
Person C	Person A	.77
Person D	Person E	– ²²

²⁰ Cohen's Kappa konnte in diesem Fall nicht berechnet werden, da die zwei aufgeführten Beurteilenden zu wenig übereinstimmende Artikel beurteilt haben.

²¹ Bei diesen beiden Beurteilenden gab es keine Abweichungen zwischen ihren Beurteilungen.

²² Cohen's Kappa konnte in diesem Fall nicht berechnet werden, da die zwei aufgeführten Beurteilenden nur einen übereinstimmenden Artikel beurteilt haben.

[Anhang 5] Datenextraktion: Evidenztabellen im PICO(S)-Format

INHALT

KAPITEL 1: EMPFEHLUNGEN ZU RAHMENBEDINGUNGEN UND DER KOORDINATION VON VERSORGUNGSANGEBOTEN	13
KAPITEL 2: EMPFEHLUNGEN ZUR DIAGNOSTIK	14
KAPITEL 4: EMPFEHLUNGEN ZU PSYCHOSOZIALEN PRÄVENTIONSMAßNAHMEN UND INTERVENTIONEN	17
KAPITEL 4.1 UND KAPITEL 4.2: ELTERN- UND ELTERN-KINDZENTRIERTE PRÄVENTIVE MAßNAHMEN UND THERAPEUTISCHE INTERVENTIONEN	17
KAPITEL 4.3 UND KAPITEL 4.4: PATIENT:INNENZENTRIERTE PRÄVENTIVE MAßNAHMEN UND THERAPEUTISCHE INTERVENTIONEN	61
KAPITEL 4.5: MAßNAHMEN UND INTERVENTIONEN IN BILDUNGSEINRICHTUNGEN	103
KAPITEL 4.6: SYSTEMÜBERGREIFENDE, INTENSIVE, MULTIMODALE INTERVENTIONEN	124
KAPITEL 5: EMPFEHLUNGEN ZU PHARMAKOLOGISCHEN INTERVENTIONEN	131

Kapitel 1: Empfehlungen zu Rahmenbedingungen und der Koordination von Versorgungsangeboten

Reviews					
Publication	Number of included studies ²³	Population	Intervention	Comparison	Outcome
Olson et al. (2021). Systematic Review and Meta-analysis: Effectiveness of Wraparound Care Coordination for Children and Adolescents	$k = 17$	- youth with serious emotional disorders - $n = 26009$ - <i>male</i> : range: 47 % to 85.7 % - <i>age</i> : range: 3-21	coordinating care for children and adolescents	treatment as usual	Mental health: treatment effect: $g = 0.358, p = .033$ School functioning: treatment effect: $g = 0.397, p = .007$ Residential placement: treatment effect: $g = 0.413, p = .001$ Moderators: publication type, study design, race/ethnicity and adherence: moderator effect: $p < .05$ except for adherence ($p > .05$)
Suter et al. (2009). Effectiveness of the Wraparound Process for Children with Emotional and Behavioral Disorders: A Meta-Analysis	$k = 7$	- youth with serious emotional and behavioral disorders and/or significant functional impairment - $n = 802$ - <i>male</i> : range: 51 % to 90 % - <i>age</i> : range: 3-21	coordinating care for children and adolescents	no treatment, waitlist, conventional services	Delinquent behavior, school functioning, living situation: treatment effect: $p > .05$ Mental health: treatment effect: $ES = 0.31, p < .05$ Psychosocial functioning: treatment effect: $ES = 0.25, p < .05$

Abbreviations and acronyms. ES = effect size.

²³ k: studies, which are included in the review/meta-analysis and matched the inclusion criteria for the project

Kapitel 2: Empfehlungen zur Diagnostik

Reviews					
Publication	Number of included studies ²⁴	Population	Intervention	Comparison	Outcome
Kaat et al. (2013). Disruptive behavior disorders in children and adolescents with autism spectrum disorders: A review of the prevalence, presentation, and treatment	<i>k</i> = 7	- children or adolescents with ASDs with a DBD such as ODD or CD - <i>n</i> = 892 - <i>male</i> : unknown - <i>age</i> : < 14	-	-	Prevalence: CD and ODD: estimated prevalence rates for CD: between 1 % and 10 % estimated prevalence rates for ODD: between 4 % and 37 %
Richard et al. (2020). Conduct problems and depressive symptoms in association with problem gambling and gaming: A systematic review	<i>k</i> = 15 (for problem gambling) <i>k</i> = 5 (for problem gaming)	- adolescents and young adults with conduct problems, problem gambling and gaming - <i>n</i> = 138055 - <i>male</i> : unknown - <i>age</i> : range: 12-25	-	-	Problem gambling and gaming: Problem gambling and gaming are consistently concurrently associated with conduct problems and depressive symptoms. Longitudinal evidence appears to be clearer for conduct problems as a risk factor for problem gambling, and depressive symptoms as a risk factor for problem gaming. However, both risk factors appear to increase the risk for these problem behaviors.
Talmón-Knuser et al. (2023). Reactive Attachment Disorder and Its Relationship to	<i>k</i> = 2	- children and adolescents with RAD - <i>n</i> = unknown - <i>male</i> : unknown - <i>age</i> : range: 0-20	-	-	Prevalence: ODD and CD: Results point to a relationship between the presence of RAD, inhibited, disinhibited or mixed, and other mental health and developmental problems, such as behavioural problems (e.g., ODD, dissocial disorder).

²⁴ k: studies, which are included in the review/meta-analysis and matched the inclusion criteria for the project

Psychopathology: A Systematic Review					
--------------------------------------	--	--	--	--	--

Observational studies					
Publication	Study design	Population	Intervention	Comparison	Outcome
Konrad et al. (2022). Sex differences in psychiatric comorbidity and clinical presentation in youths with conduct disorder	Observational study	- youth with CD compared to typically developing controls - $n = 749$ (IG), $n = 864$ (CG) - <i>male</i>: 39.4 % (IG), 35.2 % (CG) - <i>age</i>: $M = 14.2$, $SD = 2.4$ (for total N)	-	-	Comorbidities (current/lifetime): girls vs. boys, both with CD: ODD (female: 78.6 %/84.1 %; male: 76.3 %/79.7 %), ADHD (female: 30.4 %/31.9 %; male: 44.7 %/48.8 %), BPD (female: 22.7 %; male: 5.4 %), SUD (female: 18.5 %/28.4 %; male: 17.6 %/21.0 %), depression (female: 18.7 %/33.3 %; male: 11.2 %/15.6 %), anxiety disorders (female: 13.7 %/17.4 %; male: 11.5 %/19.7 %), PTSD (female: 10.8 %/17.4 %; male: 4.1 %/5.8 %), and elimination disorders (female: 3.1 %/10.6 %; male: 6.1 %/15.9 %). Moderators: sex (current/lifetime), age (current/lifetime), sex x age (current/lifetime): sex: ADHD ($OR = 1.514$, $p = .012$ / $OR = 1.734$, $p = .001$), ODD ($p > .05$), AUD ($p > .05$ / $OR = 0.344$, $p = .026$), SUD ($p < .05$), depression ($OR = 0.532$, $p = .006$ / $OR = 0.386$, $p < .001$), adjustment ($p > .05$), DMDD ($p > .05$), anxiety ($OR = 0.576$, $p = .043$ / $p > .05$), OCD ($p > .05$), PTSD ($PR = 0.336$, $p = .002$ / $OR = 0.286$, $p < .001$), tics ($p > .05$ / $OR = 5.633$, $p = .021$), elimination disorders ($p > .05$), BPD ($OR = 0.197$, $p < .001$ / unknown) age: ADHD ($OR = 0.780$, $p < .001$ / $OR = 0.805$, $p < .001$), ODD ($OR = 0.794$, $p = .001$ / $OR = 0.853$, $p = .030$), AUD ($OR = 1.462$, $p = .002$ / $OR = 1.458$, $p < .001$), SUD ($OR = 1.420$, $p < .001$ / $OR = 1.534$, $p < .001$), depression ($p > .05$), adjustment ($p > .05$), DMDD ($p > .05$), anxiety ($p > .05$), OCD ($p > .05$), PTSD ($p > .05$), tics ($p > .05$),

					elimination disorders ($OR = 0.696, p = .002 / OR = 0.822, p = .007$), BPD ($OR = 1.229, p = .004 / \text{unknown}$) sex x age: ADHD ($p > .05$), ODD ($p > .05$), AUD ($p > .05 / OR = 1.537, p = .044$), SUD ($OR = 1.340, p = .028 / p > .05$), depression ($p > .05$), adjustment ($p > .05$), DMDD ($p > .05$), anxiety ($OR = 0.754, p = .007 / OR = 0.827, p = .030$), OCD ($p > .05$), PTSD ($p > .05$), tics ($p > .05$), elimination disorders ($p > .05$), BPD ($p > .05 / \text{unknown}$)
--	--	--	--	--	--

Abbreviations and acronyms. ASD = autism spectrum disorders; DBD = disruptive behavior disorder; ODD = oppositional defiant disorder; CD = conduct disorder; RAD = reactive attachment disorder; IG = intervention group; CG = control group; ADHD = attention-deficit hyperactivity disorder; BPD = borderline personality disorder; SUD = substance use disorders; PTSD = post-traumatic stress disorder; AUD = alcohol use disorder; DMDD = disruptive mood dysregulation disorder; OCD = obsessive-compulsive disorder.

Kapitel 4: Empfehlungen zu psychosozialen Präventionsmaßnahmen und Interventionen

Kapitel 4.1 und Kapitel 4.2: Eltern- und eltern-kindzentrierte präventive Maßnahmen und therapeutische Interventionen²⁵

Randomized controlled trials				
Publication	Population	Intervention	Comparison	Outcome
Aghaie Meybodi et al. (2019). Improving Parent Emotion Socialization Practices: Piloting Tuning in to Kids in Iran for Children With Disruptive Behavior Problem	- children with externalizing behavior problems - $n = 27$ (IG), $n = 27$ (CG) - <i>male</i> : 59.3 % (for total N) - <i>age</i> : $M = 4.33$, $SD = 0.93$ (for total N)	emotion-focused parenting program	waitlist	ERC: child emotion regulation and lability/ negativity [parent, 3-month]: time x group (emotion regulation): $p > .05$ time x group (lability/negativity): partial eta-squared = 0.07, $p = .032$ ECBI: intensity [parent, 3-month]: time x group: partial eta-squared = 0.17, $p < .001$
Allen et al. (2022). Parent-Child Interaction Therapy for Children with Disruptive Behaviors and Autism: A Randomized Clinical Trial	- children with ASD and at-risk or clinically relevant externalizing behaviors - $n = 30$ (IG), $n = 25$ (CG) - <i>male</i> : 86.7 % (IG), 84 % (CG) - <i>age</i> : $M = 7.03$, $SD = 1.6$ (IG), $M = 7.26$, $SD = 1.4$ (CG)	parent-child interaction therapy	routine community care	ECBI: intensity and problems scale [parent, post]: group effect (intensity): $p < .001$ group effect (problems): $p = .006$ time x group (intensity): partial eta-squared = 0.48, $p < .001$ time x group (problems): partial eta-squared = 0.238, $p = .007$ BASC: externalizing problems [parent, post]: group effect: $p = .014$ time x group: partial eta-squared = 0.40, $p < .001$
Bagner et al. (2016). Behavioral Parent Training in Infancy: A Window of	- infants with behavior problems - $n = 31$ (IG), $n = 29$ (CG) - <i>male</i> : 58 % (IG), 52 % (CG) - <i>age</i> : $M = 13.71$, $SD = 1.40$ (IG), $M = 13.21$, $SD = 1.18$ (CG)	home-based parenting intervention	standard care	ITSEA: activity/impulsivity, aggression/defiance and internalizing [parent, 6-month]: time x group (activity): $p > .05$ time x group (aggression): $d = 0.51$, $p < .05$ time x group (internalizing): $d = 0.74$, $p < .05$

²⁵ The following studies have already been described in the section “Patient-centred preventive measures and interventions”: Kaminski et al. (2017), Kaminski et al. (2024), Fung et al. (2018) [Reducing reactive aggression in ...].

Opportunity for High-Risk Families				
Barone et al. (2019). The key role of positive parenting and children's temperament in post-institutionalized children's socio-emotional adjustment after adoption placement. A RCT study	- internationally adopted children who experienced life in institution before adoption placement in middle-class SES in Italy - $n = 44$ (IG), $n = 39$ (CG) - <i>male</i>: 58 % (for total N) - <i>age</i>: $M = 43.3$ [months], $SD = 15.9$ (for total N)	video-feedback parenting intervention	telephone calls	CBCL: externalizing [mother, 6-month]: time effect: $p > .05$ group effect: $p > .05$ time x group: $p > .05$
Barry et al. (2022). Behavioral and Socioemotional Outcomes of the Legacy for Children TM Randomized Control Trial to Promote Healthy Development of Children Living in Poverty, 4 to 6 Years Postintervention	- mother-child dyads living in poverty - $n = 361$ (IG), $n = 245$ (CG) - <i>male</i>: unknown (IG and CG) - <i>age</i>: median = 9 (for total N)	group-based parenting intervention	unknown	ERC: lability/negativity, inappropriate affect and emotion regulation [mother, Miami 4-year and Los Angeles 6-year]: group effect: $p > .05$ CEQ [child, Miami 4-year and Los Angeles 6-year]: group effect (Miami): $p > .05$ group effect (Los Angeles): $d = 0.30$, $p < .05$
Baumel et al. (2023). The impact of therapeutic persuasiveness on engagement and outcomes in unguided interventions: A randomized pilot trial of a digital parent training program for	- parents who have a child with behavior problems - $n = 45$ (IG), $n = 43$ (CG) - <i>male</i>: 57.8 % (IG), 55.8 % (CG) - <i>age</i>: $M = 4.76$, $SD = 1.24$ (IG), $M = 5.06$, $SD = 1.41$ (CG)	digital parent training with enhanced therapeutic persuasiveness quality	standard digital parent training	ECBI: intensity and problem [parent, post]: group effect (intensity): $d = 0.47$, $p = .026$ group effect (problem): $d = 0.43$, $p = .035$ for within-group effects: see article

child behavior problems				
Bernstein et al. (2019). Interpersonal Violence, Maternal Perception of Infant Emotion, and Child-Parent Psychotherapy	- 2- to 6-year-olds with mothers exposed to interpersonal violence and traumatic stressor - $n = 80$ (IG), $n = 33$ (CG) - <i>male</i>: 52 % (for total N) - <i>age</i>: $M = 4.15$, $SD = 0.87$ (for total N)	child-parent psychotherapy	case management	CBCL: externalizing [parent, 12-month]: time effect: $p = .03$ group effect: $p > .05$ time x group: $p < .01$
Booker et al. (2020). The Parent-Child Relationship and Post-Treatment Child Outcomes across Two Treatments for Oppositional Defiant Disorder	- children and adolescents with ODD - $n = 63$ (IG 1), $n = 60$ (IG 2) - <i>male</i>: 61.94 % (for total N) - <i>age</i>: $M = 9.52$, $SD = 1.77$ (for total N)	- IG 1: parent management training - IG 2: collaborative and proactive solutions	-	BASC-2: externalizing problems and adaptive skills [mother and father]: group effect: $p > .05$ Moderators: parental warmth and monitoring, family hostility and permissiveness [between-family outcomes]: warmth x group (on BASC-2: externalizing [mother and father]): $p > .05$ warmth x group (on BASC-2: adaptive [mother]): $d = 0.78$, $p = .044$ warmth x group (on BASC-2: adaptive [father]): $p > .05$ monitoring x group (on BASC-2: externalizing and adaptive [mother and father]): $p > .05$ hostility x group (on BASC-2: externalizing [mother and father]): $p > .05$ hostility x group (on BASC-2: adaptive [mother]): $d = 0.86$, $p = .031$ hostility x group (on BASC-2: adaptive [father]): $d = 0.94$, $p = .005$ permissiveness x group (on BASC-2: externalizing and adaptive [mother and father]): $p > .05$ Moderators: parental warmth and monitoring, family hostility and permissiveness [within-family outcomes]:

				warmth x group (on BASC-2: externalizing [mother and father]): $p > .05$ warmth x group (on BASC-2: adaptive [mother]): $d = -0.71$, $p = .013$ warmth x group (on BASC-2: adaptive [father]): $p > .05$ monitoring x group (on BASC-2: externalizing and adaptive [mother and father]): $p > .05$ hostility x group (on BASC-2: externalizing and adaptive [mother and father]): $p > .05$ permissiveness x group (on BASC-2: externalizing and adaptive [mother and father]): $p > .05$
Booth-LaForce et al. (2023). Promoting First Relationships for Primary Caregivers and Toddlers in a Native Community: a Randomized Controlled Trial	- primary caregivers and toddlers living on or near reservation for Native Americans - $n = 81$ (IG), $n = 81$ (CG) - <i>male</i>: 50.6 % (IG), 49.4 % (CG) - <i>age</i>: $M = 19.90$ [months], $SD = 7.34$ (IG), $M = 20.30$ [months], $SD = 7.51$ (CG)	home-visiting program aimed at fostering positive caregiver-child relationships	phone contacts	ITSEA: externalizing [parent, post and 3-month]: group effect: $p > .05$
Chan et al. (2022). Incorporating emotion coaching into behavioral parent training program: evaluation of its effectiveness	- parents of children presenting with oppositional behavior who have poor parenting skills and expressed difficulty in handling their children's behaviors - $n = 78$ (IG), $n = 78$ (CG) - <i>male</i>: 68.8 % (IG), 63.6 % (CG) - <i>age</i>: $M = 7.55$, $SD = 1.38$ (IG), $M = 7.00$, $SD = 1.07$ (CG)	behavioral parent training program with emotion coaching	waitlist	Vanderbilt: ODD [parent, post]: time x group: partial eta-squared = 0.047, $p < .001$ Vanderbilt: ODD [parent, 3-month]: time effect: partial eta-squared = 0.103, $p < .001$ SWAN: inattention and hyperactivity [parent, post]: time x group (inattention): partial eta-squared = 0.086, $p < .001$ time x group (hyperactivity): partial eta-squared = 0.115, $p < .001$

				SWAN: inattention and hyperactivity [parent, 3-month]: time effect: $p > .05$
Charpak et al. (2017). Twenty-year Follow-up of Kangaroo Mother Care Versus Traditional Care	- young adults, who had a weight of ≤ 1800 g at birth - $n = 139$ (IG), $n = 125$ (CG) - <i>male</i>: 48.2 % (IG), 39.2 % (CG) - <i>age</i>: $M = 20$, $SD =$ unknown (for total N)	Multifaceted intervention for preterm and low birth weight infants and their parents	traditional care	Conners: aggressivity [parent, post]: group effect: $p = .03$ ABCL: antisocial and externalizing [youth]: group effect: $p > .05$ Moderator: mother's level of education: moderator effect (on conners and externalizing): $p < .001$ moderator effect (on antisocial): $p = .02$
Merged studies: (1) Chhangur et al. (2017). Genetic Moderation of Intervention Efficacy: Dopaminergic Genes, The Incredible Years, and Externalizing Behavior in Children (2) Weeland et al. (2018). Does the Incredible Years reduce child externalizing problems through improved parenting? The role of child negative affectivity and serotonin transporter linked polymorphic region (5-HTTLPR) genotype	- children with moderate to high levels of externalizing behavior (1): - $n = 151$ (IG), $n = 190$ (CG) - <i>male</i>: 59.6 % (IG), 52.6 % (CG) - <i>age</i>: $M = 6.1$, $SD = 1.29$ (IG, boys), $M = 6.4$, $SD = 1.35$ (IG, girls), $M = 6.4$, $SD = 1.38$ (CG, boys), $M = 6.2$, $SD = 1.18$ (CG, girls) (2): - $n = 197$ (IG), $n = 190$ (CG) - <i>male</i>: 55.3 % (for total N) - <i>age</i>: $M = 6.31$, $SD = 1.33$ (for total N) (3): - $n = 197$ (IG), $n = 190$ (CG) - <i>male</i>: 55 % (for total N) - <i>age</i>: $M = 6.32$, $SD = 1.33$ (for total N)	parenting intervention	no intervention / care as usual	ECBI: intensity [parent, post]: group effect (boys): $p = .04$ group effect (girls): $p < .05$ ECBI: externalizing behavior [parent, post]: group effect: $p < .05$ ECBI: externalizing behavior [parent, 10-month]: (2) group effect: $p > .05$ (3) group effect: $d = 0.31$, $p = .004$ ECBI: conduct problems [parent, post]: group effect: $d = 0.35$, $p = .001$ ECBI: conduct problems [parent, 4-month and 1.5-year]: group effect: $p > .05$ ECBI: conduct problems [parent, 2.5-year]: group effect: $d = 0.33$, $p = .031$ Dyadic Parent-Child Interaction Coding System: observed externalizing behavior [research assistant, post]:

(3) Weeland et al. (2022). Does Caregivers' Use of Praise Reduce Children's Externalizing Behavior? A Longitudinal Observational Test in the Context of a Parenting Program (4) Overbeek et al. (2021). Longer-Term Outcomes of the Incredible Years Parenting Intervention				group effect: $p > .05$ DPICS-R: observed externalizing behavior [researcher, 10-month]: group effect: $p > .05$ SDQ: conduct problems, peer problems, emotional symptoms and hyperactivity [parent, teacher and child, 2.5-year]: group effect: $p > .05$ Moderator: genes – polygenic score: moderator effect (boys): $p = .01$ moderator effect (girls): $p > .05$ Moderators: child and parent age and gender, educational level, family composition; baseline child conduct, emotional and ADHD problems; negative and positive parenting [2.5-year]: moderator effect: $p > .05$
Colditz et al. (2019). A Randomized Trial of Baby Triple P for Preterm Infants: Child Outcomes at 2 Years of Corrected Age	- infants born very preterm (< 32 weeks of gestational age), and their parents - $n = 196$ (IG), $n = 188$ (CG) - <i>male</i>: 59 % (IG), 58 % (CG) - <i>age</i>: $M = 28.5$ [weeks], $SD = 2.1$ (for total N) [gestational]	hospital-based intervention	care as usual	ITSEA: external and dysregulation [mother, 4-month]: group effect: $p > .05$
Merged studies: (1) Comer et al. (2017). Remotely Delivering Real-Time Parent Training to the Home: An Initial Randomized	- families and their 3- to 5-year-old child with a DSM-IV diagnosis of ODD, CD, and/or DBD-NOS - $n = 20$ (IG), $n = 20$ (CG) - <i>male</i>: 80 % (IG), 85 % (CG)	Internet-delivered parent-child interaction therapy	standard, clinic-based parent-child interaction therapy	CGI: severity [clinician, 35.2 week and 6-month]: time effect: $p > .05$ group effect: $p > .05$ time x group: $p > .05$ CGAS: severity [clinician, 35.2 week and 6-month]:

Trial of Internet-Delivered Parent-Child Interaction Therapy (I-PCIT) (2) Fleming et al. (2020). Internet-Delivered Parent Training for Preschoolers with Conduct Problems: Do Callous-Unemotional Traits Moderate Efficacy and Engagement?	- age: $M = 3.8$, $SD = 0.8$ (IG), $M = 4.1$, $SD = 0.9$ (CG)			time effect (Comer): $p > .05$ time effect (Fleming, 6-month): $p < .001$ group effect: $p > .05$ time x group: $p > .05$ ECBI: intensity scale and problem scale [parent, 35.2 week and 6-month]: time effect: $p < .05$ group effect: $p > .05$ time x group: $p > .05$ CBCL: externalizing [parent, 35.2 week and 6-month]: time effect: $p = .002$ group effect: $p > .05$ time x group: $p > .05$ Moderators: CU traits [6-month]: time x group x CU traits (CGAS): $p = .04$ time x group x CU traits (ECBI: intensity): $p > .05$ for within-group effects: see article
Curtis et al. (2019). The Longitudinal Effects of Early Language Intervention on Children's Problem Behaviors	- children with language delays - $n = 45$ (IG), $n = 52$ (CG) - male: 82 % (IG), 81 % (CG) - age: $M = 30.5$ [months] (for total N)	parent-implemented language intervention	care as usual	CBCL: externalizing [parent, 12-month]: group effect: $p > .05$
Dadds et al. (2019). Can reciprocated parent-child eye gaze and emotional engagement enhance treatment for children	- children with a primary DSM-IV diagnosis of ODD or CD - $n = 25$ (IG), $n = 24$ (CG) - male: 76 % (IG), 54.2 % (CG) - age: $M = 5.72$, $SD = 1.59$ (IG), $M = 6.00$, $SD = 1.62$ (CG)	parent management training with emotional engagement	parent management training with child centred play	Diagnostic severity: conduct problems [3-month]: time effect: $\eta^2 = 0.724$, $p < .001$ group effect: $p > .05$ time x group: $p > .05$

with conduct problems and callous-unemotional traits: a proof-of-concept trial				SDQ: conduct problems [mother, father and teacher, 3-month]: time effect (mother): eta-squared = 0.582, $p < .001$ time effect (father): eta-squared = 0.624, $p < .001$ time effect (teacher): $p > .05$ group effect: $p > .05$ time x group: $p > .05$ CU traits [mother, father and teacher, 3-month]: time effect (mother): eta-squared = 0.572, $p < .001$ time effect (father): eta-squared = 0.334, $p = .014$ time effect (teacher): $p > .05$ group effect: $p > .05$ except for mother (eta-squared = 0.178, $p = .012$) time x group: $p > .05$
Dadds et al. (2019). Therapist-Assisted Online Treatment for Child Conduct Problems in Rural and Urban Families: Two Randomized Controlled Trials	study 1: - children with ODD, CD, or subclinical symptoms warranting interventions for either disorder, living in rural areas - $n = 67$ (IG), $n = 66$ (CG) - <i>male</i>: 77 % (IG), 82 % (CG) - <i>age</i>: $M = 6.79$, $SD = 1.68$ (IG), $M = 6.75$, $SD = 1.92$ (CG) study 2: - children with ODD, CD, or subclinical symptoms warranting interventions for either disorder, living in urban areas - $n = 35$ (IG), $n = 38$ (CG) - <i>male</i>: 80 % (IG and CG)	both studies: therapist-assisted online parenting intervention	both studies: face-to-face parenting intervention	study 1: DISCAP: ODD or CD diagnoses [therapist, post]: time effect: $p < .001$ DISCAP: ODD or CD diagnoses [therapist, 3-month]: time effect: partial eta-squared = 0.631, $p < .001$ group effect: $p > .05$ time x group: $p > .05$ Conners: oppositional [parent, post]: time effect: $p < .001$ Conners: oppositional [parent, 3-month]: time effect: partial eta-squared = 0.579, $p < .001$ group effect: $p > .05$ time x group: $p > .05$ study 2:

	- age: $M = 7.49$, $SD = 2.92$ (IG), $M = 6.99$, $SD = 2.85$ (CG)			DISCAP: ODD or CD diagnoses [therapist, post]: time effect: $p < .001$ DISCAP: ODD or CD diagnoses [therapist, 3-month]: time effect: partial eta-squared = 0.74, $p < .001$ group effect: $p > .05$ time x group: $p > .05$ Conners: oppositional [parent, post]: time effect: $p < .001$ Conners: oppositional [parent, 3-month]: time effect: partial eta-squared = 0.569, $p < .001$ group effect: $p > .05$ time x group: $p > .05$
de Jong et al. (2023). The efficacy of a self-help parenting program for parents of children with externalizing behavior: a randomized controlled trial	- parents seeking support for their child's externalizing behavior - $n = 37$ (IG 1), $n = 37$ (IG 2), $n = 36$ (CG) - male: 70.3 % (IG 1), 64.9 % (IG 2), 83.3 % (CG) - age: $M = 7.95$, $SD = 2.37$ (IG 1), $M = 8.53$, $SD = 2.26$ (IG 2), $M = 8.14$, $SD = 2.26$ (CG)	self-help parenting program - IG 1: telephonic support condition - IG 2: no support condition	waitlist	EMA: externalizing behavior [parent, post]: IG (both) vs. CG: $d = -0.43$, $p = .011$ IG 1 vs. IG 2: $p > .05$ EMA: externalizing behavior [parent, 28-week]: IG 1 vs. IG 2: $p > .05$ ECBI: intensity [parent, post]: IG (both) vs. CG: $d = -0.51$, $p < .001$ IG 1 vs. IG 2: $p > .05$ ECBI: intensity [parent, 28-week]: IG 1 vs. IG 2: $p > .05$ Moderators: child symptom level, child age, child sex, medication use at baseline, parent age, parent sex and parent education level [post and 28-week]: moderator effect: $p > .05$

				for within-group effects: see article
Edwards et al. (2022). Young mother risk-taking moderates doula home visiting impacts on parenting and toddler social-emotional development	- young, low-income mothers in mid-pregnancy - $n = 156$ (IG), $n = 156$ (CG) - <i>male</i>: unknown - <i>age</i>: $M = 25.7$ [weeks], $SD = 5.9$ (IG), $M = 25.5$ [weeks], $SD = 6.0$ (CG) [gestational age]	doula home visiting	case management	Behavior Rating Scale of the Bayley Scales of Infant Development-II: emotion regulation [clinician, 13- and 30-month]: group effect: $p > .05$ BITSEA: externalizing [mother, 13- and 30-month]: group effect: $p > .05$ Moderators: parental depressive symptoms and maternal risk-taking behavior: moderator effect (depressive symptoms): $p < .05$ moderator effect (risk-taking): $p < .01$
Merged studies: (1) Elizur et al. (2017). Effects of Parent Training on Callous-Unemotional Traits, Effortful Control, and Conduct Problems: Mediation by Parenting (2) Elizur et al. (2018). Callous-Unemotional Traits and Effortful Control Mediate the Effect of Parenting Intervention on Preschool Conduct Problems	- Jewish preschoolers with subclinical-clinical range conduct problems - $n = 140$ (IG), $n = 69$ (CG) - <i>male</i>: 78 % (for total N) - <i>age</i>: $M = 48.63$ months, $SD = 7.20$ (for total N)	parent training	minimal intervention	ECBI: intensity [parent, post]: group effect: $d = 0.76$, $p < .001$ ECBI: intensity [parent, 1-year]: group effect: $p < .05$ child CU traits [post]: group effect: $d = 0.72$, $p < .001$ CBQ: effortful control [parent, post]: group effect: $d = 0.57$, $p < .001$ for within-group effects: see article

(3) Somech. (2021). Effortful Control Mediates the Effect of Parenting Intervention on Preschool Callous-Unemotional Traits				
El-Khani et al. (2020). Caregiving for children through conflict and displacement: a pilot study testing the feasibility of delivering and evaluating a light touch parenting intervention for caregivers in the West Bank	- children and their parents who had experienced conflict in the past 5 years in the West Bank - $n = 60$ (IG), $n = 60$ (CG) - <i>male</i>: unknown (IG and CG) - <i>age</i>: range: 8-14 (for total N)	parenting intervention	waitlist	SDQ: conduct problems and prosocial behaviour [parent, post]: time x group (conduct): $p > .05$ time x group (prosocial): $p = .015$ SDQ: conduct problems and prosocial behaviour [parent, 3-month]: time x group (conduct): $p > .05$ time x group (prosocial): $p = .001$
Merged studies: (1) Engelbrektsson et al. (2023). Is internet-based parent training for everyone? Predictors and moderators of outcomes in group vs. internet-based parent training for children with disruptive behavior problems (2) Engelbrektsson et al. (2023). Parent Training via Internet or	- children with disruptive behavior problems - $n = 75$ (IG), $n = 86$ (CG) - <i>male</i>: 51 % (IG and CG) - <i>age</i>: $M = 7.8$, $SD = 2.3$ (IG), $M = 8.1$, $SD = 2.5$ (CG)	internet-delivered parent training	group-delivered parent training	ECBI: intensity and problem scale [parent, 12-month]: group effect: $p > .05$ MINI-KID: ODD, CSR ODD, ADHD, CSR ADHD [clinician, 3-month]: group effect: $p > .05$ except for ADHD ($d = 0.34$, $p = .04$) SDQ: conduct problems, emotional problems, hyperactivity, peer problems, prosocial behaviour and impact [parent, 3-month]: group effect: $p > .05$ SDQ: conduct problems, emotional problems, hyperactivity, peer problems, prosocial behaviour and impact [parent, 12-month]: group effect: $p > .05$

in Group for Disruptive Behaviors: A Randomized Clinical Noninferiority Trial				KINDL-R [child, 3-month]: group effect: $p > .05$ Predictors: initial severity of disruptive behavior ECBI-intensity, initial severity of disruptive behavior ECBI-problem, ADHD-symptoms, emotional problems, coercive family dynamics (ECBI-intensity x CPRS) [3-month] predictor effect: $p < .01$ Predictors: initial severity of disruptive behavior ECBI-intensity, initial severity of disruptive behavior ECBI-problem, ADHD-symptoms, emotional problems, coercive family dynamics (ECBI-intensity x CPRS) and participation by 1-2 parents [12-month] predictor effect: $p < .05$ except for ADHD-symptoms, emotional problems and coercive family dynamics ($p > .05$) Moderators: emotional problems, coercive family dynamics and parents' education level [3-month] moderator effect: $p < .05$ Moderators: emotional problems, coercive family dynamics and parents' education level [12-month] moderator effect: $p > .05$ (all other variables did not significantly predict or moderate the effect, see article) for within-group effects: see article
---	--	--	--	---

Fleming et al. (2022). Parent Training Adapted to the Needs of Children With Callous-Unemotional Traits: A Randomized Controlled Trial	- families with clinic-referred children with conduct problems and co-occurring CU traits - $n = 22$ (IG), $n = 21$ (CG) - <i>male</i> : 81.8 % (IG), 85.7 % (CG) - <i>age</i> : $M = 5.16$, $SD = 1.15$ (IG), $M = 4.49$, $SD = 0.99$ (CG)	CU adapted parent-child interaction therapy	standard parent-child interaction therapy	ECBI: intensity and problem [post]: group effect: $p > .05$ ECBI: intensity and problem [3-month]: time effect: $p < .001$ group effect: $p > .05$ time x group (intensity): $p > .05$ time x group (problem): $p < .05$ CBCL: aggressive behavior, externalizing and DSM-oriented oppositional defiant problems [parent, post]: group effect: $p > .05$ CBCL: aggressive behavior, externalizing and DSM-oriented oppositional defiant problems [parent, 3-month]: time effect: $p < .001$ group effect: $p > .05$ time x group: $p > .05$ ICU: total [post]: group effect: $p > .05$ ICU: total [3-month]: time effect: $p < .01$ group effect: $p > .05$ time x group: $p > .05$ GEM: affective empathy scale [post]: group effect: $p > .05$ GEM: affective empathy scale [3-month]: time effect: $p = .01$
--	--	---	---	--

				group effect: $p = .01$ time x group: $p > .05$
Gewirtz et al. (2019). Does Giving Parents Their Choice of Interventions for Child Behavior Problems Improve Child Outcomes?	- families with children with externalizing problems self-referring to community mental health clinics - $n = 24$ (IG 1), $n = 13$ (IG 2), $n = 13$ (IG 3), $n = 14$ (IG 4), $n = 16$ (CG 1), $n = 13$ (CG 2), $n = 17$ (CG 3), $n = 18$ (CG 4), - <i>male</i> : 69.2 % (for total IG), 60.9 % (for total CG) - <i>age</i> : $M = 7.71$, $SD = 2.19$ (for total IG), $M = 7.67$, $SD = 1.78$ (for total CG)	families could choose between: - IG 1: home-based parent management training - IG 2: clinic-based parent management training - IG 3: group-based parent management training - IG 4: services as usual	families were randomized to: - CG 1: home-based parent management training - CG 2: clinic-based parent management training - CG 3: group-based parent management training - CG 4: services as usual	SDQ: conduct problems and hyperactivity/ inattention [teacher, 6-month]: time effect (conduct): $p = .04$ time effect (hyperactivity/inattention): $p > .05$ time x group (all IG vs. all CG; conduct): $p > .05$ time x group (all IG vs. all CG; hyperactivity/ inattention): $d = 0.28$, $p = .022$ SDQ: conduct problems and hyperactivity/ inattention [parent, 6-month]: time effect: $p < .001$ time x group (all IG vs. all CG): $p > .05$ Moderator: intervention modality [6-month]: time x group x modality (on SDQ: conduct [teacher]): $p > .05$ time x group x modality (on SDQ: hyperactivity/ inattention [teacher]): $p = .008$ time x group x modality (on SDQ: conduct and hyperactivity/inattention [teacher]): $p > .05$
Ghaderi et al. (2018). Randomized effectiveness Trial of the Family Check-Up versus Internet-delivered Parent	- children with conduct problems - $n = 122$ (IG 1), $n = 109$ (IG 2) - <i>male</i> : unknown - <i>age</i> : range: 10-13 (for total N)	- IG 1: parent training program - IG 2: Internet-	-	DBDRS: oppositional/defiant [parent, post]: time effect: $d = 1.10$, $p = .001$ time x group: $p > .05$ DBDRS: oppositional/defiant [parent, 2-year]: time effect: $p > .05$

Training (iComet) for Families of Children with Conduct Problems		based parent-training program	time x group: $p > .05$ DBDRS: oppositional/defiant [teacher, post and 2-year]: time effect: $p > .05$ time x group: $p > .05$ SDQ: conduct problems, prosocial behavior and total difficulties [parent, post]: time effect (conduct): $d = 1.10, p = .001$ time effect (prosocial): $d = 0.65, p = .001$ time effect (total): $d = 1.29, p = .001$ time x group: $p > .05$ except for conduct ($d = 0.30, p = .02$) SDQ: conduct problems, prosocial behavior and total difficulties [parent, 2-year]: time effect: $p > .05$ except for conduct ($d = 0.28, p = .01$) time x group: $p > .05$ SDQ: conduct problems, prosocial behavior and total difficulties [child, post]: time effect: $p > .05$ except for prosocial ($d = 0.32, p = .04$) time x group: $p > .05$ except for prosocial ($d = 0.37, p = .01$) SDQ: conduct problems, prosocial behavior and total difficulties [child, 2-year]: time effect: $p > .05$ time x group: $p > .05$ SDQ: conduct problems, prosocial behavior and total difficulties [teacher, post and 2-year]: time effect: $p > .05$ time x group: $p > .05$
--	--	-------------------------------	---

				Moderators: child age, parents' education and income, motivation to participate, neighborhood disorganization, severity externalizing problems (parents' rating): moderator effect: $p > .05$
Grasmann et al. (2011). VIA – Intensivtherapeutischer Behandlungsansatz bei Störungen des Sozialverhaltens	- männliche Patienten, bei denen die Diagnosekriterien für eine Störung des Sozialverhaltens oder einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens bzw. einer kombinierten Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen erfüllt waren - $n = 18$ (IG), $n = 18$ (CG) - <i>male</i> : 100 % (IG and CG) - <i>age</i> : $M = 11.0$, $SD = 1.6$ (IG), $M = 10.5$, $SD = 1.6$ (CG)	Elterntraining	Wartegruppe	FBB-SSV: oppositionell-aggressives Verhalten und dissozial-aggressives Verhalten [Eltern, post]: time x group (oppositionell): $\eta^2 = .170$, $p = .012$ time x group (dissozial): $p > .05$ Conners: ADHS [Eltern, post]: time x group: $\eta^2 = .140$, $p = .026$ Prädiktoren: oppositionelle und dissoziale Aggression, ADHS-Symptomatik, IQ und Alter: predictor effect: $p > .05$ except for dissozial ($p = .007$) and Alter ($p = .042$)
Graziano et al. (2020). Condensing Parent Training: A Randomized Trial Comparing the Efficacy of a Briefer, More Intensive Version of Parent-Child Interaction Therapy (I-PCIT)	- children who displayed clinically elevated externalizing behavior problems - $n = 30$ (IG), $n = 30$ (CG) - <i>male</i> : 70 % (IG), 60 % (CG) - <i>age</i> : $M = 4.40$, $SD = 1.47$ (IG), $M = 4.25$, $SD = 1.10$ (CG)	intensive parent-child interaction therapy	time-limited weekly parent-child interaction therapy	ECBI: intensity [parent, post]: time effect: $p < .001$ time x group: $p > .05$ ECBI: intensity [parent, 6- to 9-month]: time effect: $p < .001$ time x group: $p < .01$ Moderator: parental stress [parent, post]: moderator effect: $p < .05$ high stress: $p < .05$ low stress: $p > .05$ Moderator: parental stress [parent, 6- to 12-month]: moderator effect: $p > .05$

				for within-group effects: see article
Merged studies: (1) Helander et al. (2018). The effect of adding Coping Power Program-Sweden to Parent Management Training-effects and moderators in a randomized controlled trial (2) Helander et al. (2023). Parent Management Training Combined with Group-CBT Compared to Parent Management Training Only for Oppositional Defiant Disorder Symptoms: 2-Year Follow-Up of a Randomized Controlled Trial	- children diagnosed with ODD, ODD combined with CD or DBD-NOS - <i>n</i> = 63 (IG), <i>n</i> = 57 (CG) - <i>male</i>: 76.2 % (IG), 70.2 % (CG) - <i>age</i>: <i>M</i> = 9.33, <i>SD</i> = 1.16 (IG), <i>M</i> = 9.31, <i>SD</i> = 1.29 (CG)	child cognitive behavior therapy + parent management training	parent management training	DBD rating scale: total and ODD subscale [parent, post]: time effect: $p < .001$ group effect: $p > .05$ time x group: $p > .05$ DBD rating scale: ODD subscale [parent, 2-year]: group effect: $p > .05$ P-COMP [parent, post]: time effect: $p < .001$ group effect: $p > .05$ time x group: $p = .012$ P-COMP [parent, 2-year]: group effect: $p > .05$ SDQ: total and prosocial [parent, post]: time effect: $p < .001$ group effect: $p > .05$ time x group (total): $p > .05$ time x group (prosocial): $p = .018$ SDQ: total and prosocial [child, post]: time effect (total): $p = .039$ time effect (prosocial): $p > .05$ group effect: $p > .05$ time x group: $p > .05$ SDQ: prosocial [2-year]: group effect: $p > .05$ SSRS: total [parent and child, post]:

				time effect: $p < .01$ group effect: $p > .05$ time x group: $p > .05$ SSRS: total [2-year]: group effect: $p > .05$ Moderators: severity of ODD, high CU traits, high risk EARL-20, comorbid ADHD, prescribed medicine at baseline and gender: moderator effect: $p > .05$ except for severity and CU traits and gender ($p < .05$) for within-group effects: see article
Högström et al. (2017). Two-Year Findings from a National Effectiveness Trial: Effectiveness of Behavioral and Non-Behavioral Parenting Programs	- children with externalizing behaviors - $n = 207$ (IG 1), $n = 122$ (IG 2), $n = 202$ (IG 3), $n = 218$ (IG 4) - <i>male</i>: 64.7 % (IG 1), 61.5 % (IG 2), 59.9 % (IG 3), 64.2 % (IG 4) - <i>age</i>: $M = 7.4$, $SD = 2.4$ (IG 1), $M = 7.0$, $SD = 2.2$ (IG 2), $M = 7.2$, $SD = 2.6$ (IG 3), $M = 9.7$, $SD = 1.4$ (IG 4)	group-based programs for parents - IG 1: behavioral program - IG 2: behavioral program - IG 3: behavioral and group- and family-system theoretical background - IG 4: non-behavioral program	-	ECBI: intensity and problem [parent, 2-year]: group effect: $p > .05$ SNAP-IV: hyperactivity, inattention, ODD [parent, 2-year]: group effect: $p > .05$ for within-group effects: see article

Huijzer-Engbrengthof et al. (2023). Intervention-Induced Temperament Changes in Children: Evidence From a Randomized Controlled Trial of the Incredible Years Parent Program	- families with children that had above-average disruptive behavior - $n = 196$ (IG), $n = 190$ (CG) - <i>male</i> : 57.7 % (IG), 51.1 % (CG) - <i>age</i> : $M = 6.3$, $SD = 1.4$ (IG), $M = 6.3$, $SD = 1.3$ (CG)	parenting intervention	care as usual	ECBI: intensity [parent, post]: group effect: $p < .003$ ECBI: intensity [parent, 4-month]: group effect: $p > .05$ Moderators: children's negative emotionality, effortful control and surgency [post and 4-month]: moderator effect: $p > .05$ for within-group effects: see article
Hukkelberg et al. (2019). Parent training: Effects beyond conduct problems	- parents who had been in contact with a primary care agency due to child conduct problems - sample 1: - $n = 137$ (total N) - <i>male</i> : 63.5 % (for total N) - <i>age</i> : $M = 8.56$, $SD = 2.35$ (for total N) - sample 2: - $n = 216$ (total N) - <i>male</i> : 68.1 % (for total N) - <i>age</i> : $M = 7.28$, $SD = 2.61$ (for total N)	- sample 1: parent management training in groups - sample 2: brief individual parent training	- sample 1 and 2: regular care	ECBI: intensity [parent, post]: group effect (sample 1): $p < .01$ group effect (sample 2): $p < .01$ sample 1 vs. sample 2: $p < .01$ ECBI: intensity [parent, 6-month]: group effect (sample 1): $p < .01$ group effect (sample 2): $p < .01$ sample 1 vs. sample 2: $p < .01$ HCSBS [parent, post]: group effect (sample 1): $p < .01$ group effect (sample 2): $p < .01$ sample 1 vs. sample 2: $p < .01$ HCSBS [parent, 6-month]: group effect (sample 1): $p > .05$ group effect (sample 2): $p > .05$ sample 1 vs. sample 2: $p > .05$ CBCL: depression/anxiety [parent, post]: group effect (sample 1): $p > .05$

				group effect (sample 2): $p < .01$ sample 1 vs. sample 2: $p < .01$ CBCL: depression/anxiety [parent, post]: group effect (sample 1): $p > .05$ group effect (sample 2): $p > .05$ sample 1 vs. sample 2: $p > .05$
Merged studies: (1) Katzmann et al. (2017). Behavioral and Nondirective Guided Self-Help for Parents of Children with Externalizing Behavior: Mediating Mechanisms in a Head-To-Head Comparison (2) Hautmann et al. (2018). Behavioral Versus Nonbehavioral Guided Self-Help for Parents of Children With Externalizing Disorders in a Randomized Controlled Trial (3) Hautmann et al. (2023). Behavioural and nondirective parent training for children with	- children with ADHD or ODD - $n = 51$ (IG), $n = 59$ (CG) - <i>male</i>: 82.4 % (IG), 78.0 % (CG) - <i>age</i>: $M = 7.06$, $SD = 1.89$ (IG), $M = 7.32$, $SD = 2.09$ (CG)	behaviorally oriented self-help program	nondirective self-help program	DCL-ADHD: total [clinician, post]: group effect: $p > .05$ DCL-DBD: ODD [clinician, post]: group effect: $d = -0.35$, $p < .05$ DCL-ADHD: total [therapist, post]: group effect: $p > .05$ DCL-DBD: ODD [therapist, post]: group effect: $d = -0.54$, $p < .01$ FBB-ADHS: total [parent, parent partner and teacher, post]: group effect: $p > .05$ FBB-SSV: oppositional [parent, parent partner and teacher, post]: group effect: $p > .05$ FBB-ADHS: total [parent, 12-month] group effect: $p > .05$ FBB-SSV: oppositional [parent, 12-month] group effect: $p > .05$

externalising disorders: First steps towards personalised treatment recommendations (4) Treier et al. (2022). Process Mechanisms in Behavioral Versus Nondirective Guided Self-Help for Parents of Children with Externalizing Behavior				CBCL: externalizing and internalizing [parent, post]: group effect (externalizing): $d = 0.31$, $p < .05$ group effect (internalizing): $p > .05$ WFIRS-P: total [parent, post]: group effect: $p > .05$ KINDL-R: total [parent, post]: group effect: $p > .05$ Predictors on ODD symptoms: functional impairment, quality of life, prosociality, negative emotionality and daring, SES of the parent, psychopathology of the parent, irritability of the parent: main effect: $p > .05$ except for functional impairment ($p < .05$) predictor x group: $p > .05$ Moderators: child's sex, child's age, child's baseline ODD, single parenthood: main effect: $p > .05$ except for child's baseline ODD ($p < .001$) and single parenthood ($p < .01$) moderator x group: $p > .05$ except for child's baseline ODD ($p < .05$) and single parenthood ($p < .01$) for within-group effects: see article
Kazdin et al. (2018). Parent management training for conduct problems in children: Enhancing treatment to improve therapeutic change	- children with ODD or CD - $n = 102$ (IG), $n = 99$ (CG) - <i>male</i>: 71.7 % (for total N) - <i>age</i>: $M = 8.59$, $SD = 1.79$ (for total N)	enhanced parent manage- ment training	parent manage- ment training	CBCL: total problem score and total social competence score [parent, post]: group effect: $p > .05$ IAB [parent, post]: group effect: $p > .05$

				CGAS [parent, post]: group effect: $p > .05$ for within-group effects: see article
Kendall et al. (2020). Changes in Externalizing and Internalizing Symptoms Among African American Female Adolescents Over 1 Year Following a Mother-Daughter Sexual Health Intervention	- African American adolescent girls - $n = 118$ (IG), $n = 81$ (CG) - <i>male</i> : 0 % (IG and CG) - <i>age</i> : $M = 16.07$, $SD = 1.41$ (IG), $M = 15.95$, $SD = 1.26$ (CG)	group-based mother-daughter intervention	health promotion control	YSR: externalizing behavior [youth, 12-month]: time effect: $p > .05$ group effect: $p > .05$ time x group: $p > .05$ Moderator: baseline externalizing behavior moderator effect: $p < .05$
Keown et al. (2018). Te Whānau Pou Toru: a Randomized Controlled Trial (RCT) of a Culturally Adapted Low-Intensity Variant of the Triple P-Positive Parenting Program for Indigenous Māori Families in New Zealand	- indigenous children with behavior problems - $n = 41$ (IG), $n = 29$ (CG) - <i>male</i> : 58.5 % (IG), 69.0 % (CG) - <i>age</i> : $M = 4.49$, $SD = 1.57$ (IG), $M = 4.52$, $SD = 1.27$ (CG)	culturally adapted parenting program	waitlist	SDQ: prosocial behavior [parent, post and 6-month]: group effect: $p > .05$ for within-group effects: see article
Labella et al. (2020). Emotion Regulation among Children in Foster Care Versus Birth Parent Care: Differential Effects of	- children in child protective services - $n = 101$ (IG), $n = 110$ (CG) - <i>male</i> : 52.6 % (for total N) - <i>age</i> : $M = 27.81$ [months], $SD = 5.38$ (for total N)	home-based parenting intervention	home-based educational parenting intervention	Tool Task: anger dysregulation [researcher, post]: group effect: $p = .002$ group effect (children in foster care): $p > .05$ group effect (children in birth parent care): $p < .01$ Tool Task: adaptive regulation [researcher, post]: group effect: $p > .05$

an Early Home-Visiting Intervention				Moderator: caregiver type caregiver type x intervention: $p < .05$ for within-group effects: see article
Larsson et al. (2009). Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children: Results of a randomized controlled trial	- children diagnosed with ODD or CD - $n = 51$ (IG 1), $n = 55$ (IG 2), $n = 30$ (CG) - <i>male</i>: 80.9 % (IG 1), 78.8 % (IG 2), 78.6 % (CG) - <i>age</i>: $M = 6.4$, $SD = 1.5$ (IG 1), $M = 6.7$, $SD = 1.3$ (IG 2), $M = 6.9$, $SD = 1.1$ (CG)	- IG 1: parenting training - IG 2: parenting training + child therapy	waitlist	ECBI: intensity and problem [mother, post]: IG 1 vs. CG (intensity): $d = 0.65$, $p < .0167$ IG 1 vs. CG (problem): $p > .0167$ IG 2 vs. CG: $p > .0167$ IG 1 vs. IG 2: $p > .0167$ group effect (intensity): eta-squared = 0.07, $p < .05$ group effect (problem): $p > .05$ ECBI: intensity and problem [father, post]: IG 1 vs. CG (intensity): $d = 0.80$, $p < .0167$ IG 1 vs. CG (problem): $d = 0.75$, $p < .0167$ IG 2 vs. CG: $p > .0167$ IG 1 vs. IG 2 (intensity): $p > .0167$ IG 1 vs. IG 2 (problem): $d = 0.67$, $p < .0167$ group effect (intensity): eta-squared = 0.11, $p < .05$ group effect (problem): eta-squared = 0.07, $p < .05$ CBCL: aggression, attention and internalizing [mother, post]: IG 1 vs. CG (aggression): $d = 0.58$, $p < .0167$ IG 1 vs. CG (attention): $d = 0.53$, $p < .0167$ IG 1 vs. CG (internalizing): $d = 0.57$, $p < .0167$ IG 2 vs. CG: $p > .0167$ except for aggression ($d = 0.75$, $p < .0167$) IG 1 vs. IG 2: $p > .0167$ group effect (aggression): eta-squared = 0.08, $p < .01$ group effect (attention, internalizing): eta-squared = 0.06, $p < .05$

				CBCL: aggression, attention and internalizing [father, post]: IG 1 vs. CG: $p > .0167$ IG 2 vs. CG: $p > .0167$ IG 1 vs. IG 2: $p > .0167$ group effect: $p > .05$
Lees et al. (2019). Efficacy of a Home Visiting Enhancement for High-Risk Families Attending Parent Management Programs A Randomized Superiority Clinical Trial	- children with conduct problems - $n = 63$ (IG), $n = 63$ (CG) - <i>male</i> : 68.3 % (IG and CG) - <i>age</i> : $M = 5.4$, $SD = 1.5$ (IG), $M = 5.5$, $SD = 1.4$ (CG)	parent management program with structured home parent support	parent management program	ECBI: total problem and intensity scale [parent, post]: group effect: $p > .05$ ECBI: total problem and intensity scale [parent, 6-month]: group effect (problem): $d = 0.63$, $p = .01$ group effect (intensity): $p > .05$ SCS [parent, post]: group effect: $p > .05$ SCS [parent, 6-month]: group effect: $d = 0.54$, $p = .03$ Clinical significance [post and 6-month]: group effect: $p = .02$ Moderators: race/ethnicity and parental mental health [post and 6-month]: moderator effect: $p > .05$
Leijten et al. (2017). Effectiveness of the Incredible Years Parenting Program for Families with Socioeconomically	- mothers with socioeconomic disadvantaged and ethnic minority backgrounds, who experience parenting difficulties due to disruptive child behavior - $n = 107$ (IG), $n = 47$ (CG)	videotape modeling parenting intervention	waitlist	Adapted parent version of the 6-item Teacher Rating of Aggression [mother, post]: group effect: $p > .05$ SDQ: conduct [mother, post]: group effect: $d = 0.45$, $p < .05$

Disadvantaged and Ethnic Minority Backgrounds	- <i>male</i>: 62 % (for total <i>N</i>) - <i>age</i>: <i>M</i> = 5.59, <i>SD</i> = 1.35 (for total <i>N</i>)			SDQ: conduct [mother, post]: group effect: $p > .05$ Moderators: SES, ethnic minority background and recruitment process: moderator effect: $p > .05$ for within-group effects: see article
Liu et al. (2021). Improving Caregiver Self-Efficacy and Children' Behavioral Outcomes via a Brief Strength-Based Video Coaching Intervention: Results from a Randomized Controlled Trial	- low-income families - <i>n</i> = 88 (IG), <i>n</i> = 50 (CG) - <i>male</i>: 58.2 % (for total <i>N</i>) - <i>age</i>: <i>M</i> = 23.15 [months], <i>SD</i> = 9.94 (for total <i>N</i>)	video feedback parenting intervention program	standard services	CBCL or BITSEA: externalizing symptoms [parent, post]: time effect: $p > .05$ group effect: $p > .05$ time x group: $p > .05$
Martinez et al. (2022). Promoting Strong Latino Families Within an Emerging Immigration Context: Results of a Replication and Extension Trial of a Culturally Adapted Preventive Intervention	- Latino/a youth living in Oregon - <i>n</i> = 120 (IG), <i>n</i> = 121 (CG) - <i>male</i>: 50 % (for total <i>N</i>) - <i>age</i>: <i>M</i> = 12.28, <i>SD</i> = 1.24 (for total <i>N</i>)	culturally adapted parent management training	no intervention	CBCL: externalizing behaviors and aggression [parent, post]: time x group: $p > .05$ Moderator: nativity status: time x group x nativity status: $p > .05$
Matalon et al. (2023). The effectiveness of a home-based parent management training for preschoolers with	- Israeli parental couples with a child exhibiting non-clinical disruptive behavior - <i>n</i> = 42 (IG), <i>n</i> = 43 (CG) - <i>male</i>: 74 % (IG), 77 % (CG)	parent management training	waitlist	ECBI: oppositional defiant behavior towards adults and conduct problem behavior [parent, 3-month]: time x group (oppositional): eta-squared = 0.83, $p < .001$ time x group (conduct): eta-squared = 0.57, $p < .001$

oppositional behaviors in Israel: A randomized controlled trial	- age: $M = 4.55$, $SD = 0.67$ (IG), $M = 4.48$, $SD = 0.68$ (CG)			Moderator: parent gender parent x time x group: $p > .05$ for within-group effects: see article
McLean et al. (2022). Lower Maternal Chronic Physiological Stress and Better Child Behavior at 18 Months: Follow-Up of a Cluster Randomized Trial of Neonatal Intensive Care Unit Family Integrated Care	- preterm born babies (< 33 weeks of gestation) - $n = 83$ (IG), $n = 43$ (CG) - male: 54 % (IG), 60 % (CG) - age: 18 months (for total N)	enhanced training in the day-to-day care of infants	standard care	ITSEA: externalizing and dysregulation [mother, post]: group effect (externalizing): $p > .05$ group effect (dysregulation): $p = .033$ Moderator: maternal hair cumulative cortisol on child dysregulation: moderator effect: $p < .05$
Neuman et al. (2023). A pilot trial of a home-based parenting intervention for high-risk infants: Effects on and moderating role of effortful control	- high-risk infants with externalizing problems - $n = 31$ (IG), $n = 29$ (CG) - male: 58.1 % (IG), 51.7 % (CG) - age: $M = 13.47$ [months], $SD = 1.31$ (for total N)	home-based parenting intervention	standard pediatric primary care	ECBQ: effortful control [parent, post]: group effect: $d = 0.56$, $p < .05$ ECBQ: effortful control [parent, 3- and 6-month]: group effect: $p > .05$ Moderators: baseline effortful control on externalizing problems and compliance [post]: moderator effect (externalizing): $p < .05$ moderator effect (compliance): $p > .05$ Moderators: baseline effortful control on externalizing problems and compliance [3-month]: moderator effect: $p > .05$ Moderators: baseline effortful control on externalizing problems and compliance [6-month]: moderator effect (externalizing): $p > .05$ moderator effect (compliance): $p < .05$

Nogueira et al. (2021). Group Triple P - A randomized controlled trial with low-income mothers	- low-income mothers - $n = 67$ (IG), $n = 67$ (CG) - <i>male</i>: 59.7 % (IG), 76.1 % (CG) - <i>age</i>: $M = 7.15$, $SD = 2.70$ (IG), $M = 7.10$, $SD = 2.70$ (CG)	positive parenting program	care-as-usual	SDQ: behavioral problems and prosocial behaviors [parent, post]: time x group: $p > .05$
O'Farrelly et al. (2021). A Brief Home-Based Parenting Intervention to Reduce Behavior Problems in Young Children A Pragmatic Randomized Clinical Trial	- children who scored in the top 20 % for externalizing behavior problems on the SDQ - $n = 151$ (IG), $n = 149$ (CG) - <i>male</i>: 50 % (IG), 58 % (CG) - <i>age</i>: $M = 22.8$ [months], $SD = 6.8$ (IG), $M = 23.2$ [months], $SD = 6.5$ (CG)	video-feedback parenting intervention	usual care	PPACS: total and conduct [parent, 5-month]: group effect (total): $d = 0.20$, $p = .04$ group effect (conduct): $d = 0.30$, $p = .007$ CBCL: total, externalizing, internalizing and aggression [parent, 5-month]: group effect: $p > .05$ SDQ: total, externalizing, conduct and prosocial [parent, 5-month]: group effect: $p > .05$
Parra-Cardona et al. (2021). A Culturally Adapted Parenting Intervention for Mexican-Origin Immigrant Families with Adolescents: Integrating Science, Culture, and a Focus on Immigration-Related Adversity	- Latina/o immigrant families, focal youth had mild-to-moderate behavior problems - $n = 41$ (IG), $n = 38$ (CG) - <i>male</i>: 56.76 % (IG), 55.88 % (CG) - <i>age</i>: $M = 13.36$, $SD = 1.13$ (IG), $M = 13.44$, $SD = 1.05$ (CG)	parenting prevention program	waitlist	RBPC: conduct disorder scale [parent, post] time x group: $\eta^2 = .24$, $p = .02$
Prinz et al. (2022). Online-delivered parenting intervention for young children with disruptive behavior problems: a	- parents experiencing difficulties handling their children's oppositional and disruptive behaviors - $n = 168$ (IG), $n = 166$ (CG) - <i>male</i>: 62.5 % (IG), 64.5 % (CG)	online-delivered parenting intervention	staff-delivered parenting intervention	PCPTOS: child disruptive behavior (rate per minute) and parent-child relationship quality [post]: Noninferiority (ITT/PP): yes/yes PCPTOS: child disruptive behavior (rate per minute) and parent-child relationship quality [12-month]:

noninferiority trial focused on child and parent outcomes	- age: $M = 57.4$ [months], $SD = 15.2$ (IG), $M = 57.6$ [months], $SD = 14.5$ (CG)			Noninferiority (disruptive behavior; ITT/PP): yes/yes Noninferiority (relationship quality; ITT/PP): yes/no ECBI: disruptive behavior problems [parent, post]: Noninferiority (ITT/PP): no/no ECBI: disruptive behavior problems [parent, 12-month]: noninferiority (ITT/PP): yes/yes Impact on Family Questionnaire: adverse impact of child behavior problems on family quality of life [parent, post and 12-month]: noninferiority (ITT/PP): no/no Child and Adolescent Disruptive Behavior Inventory: conduct problems, oppositional to adults, oppositional to peers and hyperactivity [teacher, post]: noninferiority (ITT/PP): yes Child and Adolescent Disruptive Behavior Inventory: conduct problems, oppositional to adults, oppositional to peers and hyperactivity [teacher, 12-month]: noninferiority (ITT/PP): yes except for hyperactivity / no except for conduct problems for within-group effects: see article
Schaub et al. (2019). Effects of home-based early intervention on child outcomes: A randomized controlled trial of Parents as Teachers in Switzerland	- at-risk families with new-born children; two distinct psychosocial risk factors on the personal (e.g., mental illness), the family (e.g., single parents), the social (e.g., no social network), or on the material level (e.g., confined living space)	parent- training program	standard health services	CBCL: oppositional/defiant problems [parent, 36-month]: group effect: $p > .05$ time x group: $p > .05$

	- $n = 137$ (IG), $n = 118$ (CG) - <i>male</i>: 43.2 % (IG), 51.6 % (CG) - <i>age</i>: $M = 51.3$ [days], $SD = 38.9$ (IG), $M = 55.0$ [days], $SD = 49.8$ (CG)			
Sherman et al. (2018). Evaluation of a Sesame Street Multimedia Intervention for Families Transitioning Out of the Military	- families who are transitioning out of the military into civilian life - $n = 100$ (IG), $n = 100$ (CG) - <i>male</i>: 43 % (for total N) - <i>age</i>: $M = 4.8$, $SD = 1.4$ (for total N)	multimedia program for families who are transitioning out of the military into civilian life	activity booklet about dental hygiene	SDQ: conduct problems and prosocial behavior [parent, post]: time effect: $p > .05$ time x group effect: $p > .05$
Silva Garcia. (2020). The Impact of a Parent Education Program for Helping Mothers Help their Children with Stress on Children's Coping and Adjustment	- low-income Latina mothers - $n = 113$ (total N) - <i>male</i>: 50.9 % (for total N) - <i>age</i>: $M = 10.4$, $SD = 1.4$ (for total N)	parent education program	unknown	SDQ: prosocial [parent, post]: group effect: $p > .05$ SDQ: prosocial [child, post]: group effect: $p > .05$ Moderators: location and child sex: moderator effect: $p < .05$
Sluiter et al. (2023). Wild and Willful Kids: Can We Help Parents? The Effectiveness of a Group Parent Training Program Without a Psychiatric Label	- children with hyperactive and oppositional behaviors - $n = 68$ (IG), $n = 19$ (CG 1), $n = 19$ (CG 2) - <i>male</i>: 46.0 % (IG), 31.6 % (CG 1), 42.1 % (CG 2) - <i>age</i>: $M = 7.7$, $SD = 2.1$ (IG), $M = 6.4$, $SD = 1.6$ (CG 1), $M = 7.9$, $SD = 2.3$ (CG 2)	group parent training program	waitlist - CG 1: only control - CG 2: received intervention after waiting period	CBCL: ADHD and oppositional defiant problems [parent, post]: IG vs. CG (both): $p > .05$ time x group: $p < .0001$ Moderators: SES and family situation: moderator effect: $p > .05$ for within-group effects: see article
Merged studies: (1) Sourander et al. (2016). Internet-Assisted Parent	- parents of 4-year-old children with high level of disruptive behavioral problems - $n = 232$ (IG), $n = 232$ (CG)	Internet-assisted parent	educational control	CBCL: externalizing, total, internalizing, aggression and ODD [parent, 6-month]: group effect: $p < .03$

Training Intervention for Disruptive Behavior in 4-Year-Old Children: A Randomized Clinical Trial (2) Sourander et al. (2018). Two-Year Follow-Up of Internet and Telephone Assisted Parent Training for Disruptive Behavior at Age 4 (3) Fossum et al. (2018). Does parental mental health moderate the effect of a telephone and internet-assisted remote parent training for disruptive 4-year-old children?	- <i>male</i>: 61.2 % (IG), 62.5 % (CG) - <i>age</i>: $M = 30.5$, $SD = 5.5$ (IG, maternal), $M = 33.2$, $SD = 5.9$ (IG, paternal), $M = 29.8$, $SD = 4.9$ (CG, maternal), $M = 31.4$, $SD = 5.6$ (CG, paternal)	training intervention		CBCL: externalizing, total, internalizing, aggression and ODD [parent, 12-month]: group effect (externalizing): $d = 0.34$, $p < .001$ group effect (total): $d = 0.37$, $p < .001$ group effect (internalizing): $d = 0.35$, $p < .001$ group effect (aggression): $d = 0.36$, $p < .001$ group effect (ODD): $d = 0.31$, $p < .001$ CBCL: externalizing, total, internalizing, aggression and ODD [parent, 24-month]: group effect (externalizing): $d = 0.22$, $p = .008$ group effect (total): $d = 0.22$, $p = .004$ group effect (internalizing): $d = 0.18$, $p = .011$ group effect (aggression): $d = 0.22$, $p = .008$ group effect (ODD): $d = 0.31$, $p < .001$ ICU: total and callousness [parent, 6-month]: group effect (total): $p = .04$ group effect (callousness): $p < .05$ ICU: total and callousness [parent, 12-month]: group effect (total): $p > .05$ group effect (callousness): $d = 0.19$, $p = .03$ ICU: total and callousness [parent, 24-month]: group effect: $p > .05$ Moderators: The Barkley's Adults ADHD Quick Screen and DASS-21: moderator effect: $p > .05$
Ulvund. (2022). Early Intervention in Families with Preterm Infants: A	- infants with birth weights below 2000 g - $n = 72$ (IG), $n = 74$ (CG)	mother-infant training	standard protocol for discharge	CBCL [parent, 2-year]: group effect (all scales): $p > .05$

Review of Findings from a Randomized Controlled Trial Following Children Up to 9 Years of Age	- <i>male</i>: unknown - <i>age</i>: unknown			CBCL [parent, 5-year]: group effect (behavioral problems): $p < .05$
Van Holen et al. (2017). Evaluation of a foster parent intervention for foster children with externalizing problem behaviour	- foster children with externalizing problem behaviour - $n = 30$ (IG), $n = 33$ (CG) - <i>male</i>: 47.6 % (for total N) - <i>age</i>: $M = 6.14$, $SD = 2.60$ (for total N)	behavioural training programme for foster parents	treatment as usual	CBCL: internalizing and externalizing problems parent, post]: group effect: $p > .05$ CBCL: internalizing and externalizing problems parent, 3-month]: group effect (internalizing): $d = 0.88$, $p < .001$ group effect (externalizing): $d = 0.84$, $p = .003$
Van Holen et al. (2018). Training in Nonviolent Resistance for Foster Parents: A Randomized Controlled Trial	- foster children with externalizing problem behavior - $n = 31$ (IG), $n = 31$ (CG) - <i>male</i>: 48.4 % (IG), 54.8 % (CG) - <i>age</i>: $M = 11.6$, $SD = 3.46$ (IG), $M = 12.3$, $SD = 3.49$ (CG)	training in non-violent resistance for foster parents	treatment as usual	CBCL: internalizing, externalizing and total problems [parent, post and 3-month]: group effect: $p > .05$
Ward et al. (2020). Parenting for Lifelong Health for Young Children: a randomized controlled trial of a parenting program in South Africa to prevent harsh parenting and child conduct problems	- children showed clinical levels of conduct problems - $n = 148$ (IG), $n = 148$ (CG) - <i>male</i>: 53.38 % (IG and CG) - <i>age</i>: range: 2-9 (for total N)	parenting program	services as usual	ECBI: intensity and problem [parent, post]: group effect (intensity): $p > .05$ group effect (problem): unadjusted $p = .0232$, Holm's adjusted $p = .534$ ECBI: intensity and problem [parent, 1-year]: group effect: $p > .05$ observed child behavior: positive and negative [researcher, post and 1-year]: group effect (positive): unadjusted $p < .0001$, Holm's adjusted $p = .003$ group effect (negative): $p > .05$

Wetterborg et al. (2019). A Pilot Randomized Controlled Trial of Internet-Delivered Parent Training for Parents of Teenagers	- adolescents with parent-reported indications of clinical or subclinical externalizing behaviors - $n = 43$ (IG), $n = 32$ (CG) - <i>male</i> : 41.9 % (IG), 40.6 % (CG) - <i>age</i> : $M = 14.0$, $SD = 1.43$ (IG), $M = 14.28$, $SD = 1.46$ (CG)	Internet-based parenting program	waitlist	Disruptive Disorder Rating Scale: oppositional defiant [parent, post]: time x group: $d = 0.63$, $p = .007$ SDQ: conduct problems, emotional symptoms, hyperactivity/inattention, peer problems and prosocial [parent, post]: time x group (conduct): $p = .02$ time x group (emotional): $p = .041$ time x group (peer): $p = .040$ time x group (hyperactivity/inattention, prosocial): $p > .05$ Moderators: child age, child gender and pretreatment severity of conduct problems: moderator effect (age): $p > .05$ moderator effect (gender): $p = .032$ moderator effect (severity): $p = .020$ for within-group effects: see article
---	---	----------------------------------	----------	--

Reviews					
Publication	Number of included studies ²⁶	Population	Intervention	Comparison	Outcome
Baumel et al. (2017). Technology-Assisted Parent Training Programs for Children and Adolescents With	$k = 14$	- children with a clinical or subclinical range of disruptive symptoms - $n = 2427$ (for total k)	digitally assisted parent training programs	waitlist	Disruptive behavior: Self-directed programs resulted in positive significant improvements in child behavior: studies focusing on young children (average age < 9 years) yielded medium to large effect size (d between 0.47 and 0.80) improvement

²⁶ k: studies, which are included in the review/meta-analysis and matched the inclusion criteria for the project

Disruptive Behaviors: A Systematic Review		- <i>male</i>: $M = 58\%$, range: 23 %-67 % - <i>age</i>: range: 2-18			in child behavior, while studies focusing on adolescents yielded a small effect size (d between 0.17 and 0.20) improvement in child behavior. Reduced professional support combined with the programs was not inferior to full-contact conditions and showed small improvement in comparison to usual care ($d = 0.34$).
Baumel et al. (2021). Psychosocial Interventions for Children With Externalized Behavior Problems: An Updated Meta-analysis of Moderator Effects	$k = 109$	- children with non-clinical and clinical range of externalizing behavior - $n = 11623$ - <i>male</i>: 67.3 % - <i>age</i>: $M = 6.25$, $SD = 2.81$	ambulatory intervention	no treatment or care as usual	EBCI/CBCL: externalized behavior problems [parent, post]: treatment effect: $g = 0.493$, $p < .001$ EBCI/CBCL: externalized behavior problems [parent, follow up: 27 studies examined 1-6 months, 12 examined 9-15 months, 2 studies examined > 20 months]: treatment effect: $g = 0.265$, $p < .001$ Moderators: symptom severity, socioeconomic status, treatment recipient, delivery format, child's age, % males, % minorities, % one parent, treatment length and year of publication: moderator effect: $p > .05$ except for severity ($p < .001$) and recipient ($p = .004$), age ($p = .03$), male ($p = .02$) and year ($p = .007$)
Bausback et al. (2021). Meta-Analysis of Parent Training Programs Utilizing Behavior Intervention Technologies	$k = 24$	- parents of children with disruptive/ externalizing behaviors - $n = 3957$ - <i>male</i>: 41 %-70.4 % - <i>age</i>: range: 1-18	behavioral intervention technology behavioral parent training	active control, waitlist or education control studies	Externalizing behavior: treatment effect: $g = 0.62$, $p < .01$ fully automated active: $g = 0.54$, $p < .01$ fully automated passive: $g = 0.71$, $p < .01$ supported: $g = 0.81$, $p < .01$ teletherapy: $p > .05$ Moderators: levels of human support, racial minority group, low SES, clinical population and control group type:

					moderator effect: $p > .05$ except for control group type ($p < .001$, active control: $p > .05$, waitlist or education control: $g = 0.82$, $p < .01$)
Beelmann et al. (2023). Parent training programs for preventing and treating antisocial behavior in children and adolescents: A comprehensive meta-analysis of international studies	selective: $k = 66$ indicated: $k = 80$ clinical: $k = 48$	- selective: risk factors for antisocial behavior (e.g., problematic neighborhood) - indicated: first signs of antisocial behavior (e.g., high rates of externalizing behavior) - clinical: groups with established diagnoses (e.g., ODD, CD, juvenile offenders) - $n =$ unknown - <i>male</i> : unknown - <i>age</i> : ≤ 18	parent training programs	no treatment, treatment as usual or service-as-usual	Antisocial behavior: treatment effect: $p < .01$ selective: $ES = 0.41$ indicated: $ES = 0.51$ clinical: $ES = 0.59$ Moderator: child age, sample size and program type age: low but significant differences between age group and antisocial behavior favoring the 4- to 7-year-old age group sample size: strongest moderator of effectiveness and even stronger than program type or level of intervention program type: ES on antisocial behavior were significantly higher for Parent-Child-Interaction Therapy, humanistic programs, and, to a lower extent, Adlerian programs
Florea et al. (2020). The Efficacy of Internet-Based Parenting Programs for Children and Adolescents with Behavior Problems: A Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials	$k = 9$	- children with elevated or diagnosed disruptive behavior (i.e., ODD and CD) - $n =$ unknown - <i>male</i> : unknown - <i>age</i> : range: 2;0-18;11	Internet-based parenting interventions	waitlist or another non-Internet-based intervention	ECBI: disruptive behavior treatment effect: $g = 0.38$, $p < .05$
Gardner et al. (2019). Equity effects of parenting interventions for child conduct problems: a pan-	selective: $k = 3$ indicated: $k = 10$	- selective: high-risk families, e.g., disadvantaged families or mothers released from prison	parenting intervention	waitlist, minimal or no intervention	ECBI: intensity [4- to 6-month]: treatment effect: $p < .001$ Indicated prevention or treatment trials had larger effect sizes than selective prevention trials.

European individual participant data meta-analysis		- indicated: children with clinical or high levels of conduct problems - $n = 469$ (selective), $n = 12287$ (indicated) - <i>male</i>: 63.5 % male - <i>age</i>: $M = 63$ [months], $SD = 17.8$			Moderator: social disadvantage and ethnicity moderator effect: $p > .05$
Gardner et al. (2019). The Earlier the Better? Individual Participant Data and Traditional Meta-analysis of Age Effects of Parenting Interventions	$k = 13$ [meta-analysis 1; selective: $k = 3$, indicated: $k = 10$] $k = 156$ [meta-analysis 2]	- selective: children with risk factors - indicated: children with conduct problems - $n = 1696$ [meta-analysis 1], $n = 13378$ [meta-analysis 2] - <i>male</i>: unknown - <i>age</i>: 2-11	parenting trainings	unknown	ECBI: intensity meta-analysis 1: Most trials found that the intervention reduced child conduct problems, with standardized effect sizes varying across trials from very small (0.12) to large (0.76), with overall a moderate effect size (0.43). meta-analysis 2: The average effect size of the parenting interventions on disruptive child behavior was $d = 0.47$. Moderator: age: moderator effect: $p > .05$
Hawes et al. (2014). Callous-Unemotional Traits and the Treatment of Conduct Problems in Childhood and Adolescence: A Comprehensive Review	$k = 16$	- children with clinically significant conduct problems or at risk for conduct problems - $n = 2384$ - <i>male</i>: range: 51 % to 100 % - <i>age</i>: range: 2-18	parent and child therapy, parent training	unknown	CU-traits: Three of four studies found reductions in callous-unemotional traits for family-based interventions. CU-traits have been examined as a predictor of conduct problems following parent training intervention in five studies: Four out of these five studies report a significant association between CU traits and poor treatment outcomes. The only other study: The authors tested parent-reported CU traits as a predictor of response to Parent Child Interaction Therapy, in two samples of preschoolers at risk for conduct problems. The 'at-risk' status was based on elevated ECBI scores and the presence of either a developmental delay (sample A) or

					premature birth (sample B). CU traits were found to significantly predict post-treatment conduct problems in sample A, but not B, controlling for pre-treatment symptom severity. Levels of CU traits also differed between these groups, with mean levels found to be higher in the sample for which CU traits were associated with poor outcomes.
Helander et al. (2022). The Efficacy of Parent Management Training With or Without Involving the Child in the Treatment Among Children with Clinical Levels of Disruptive Behavior: A Meta-analysis	$k = 25$	- children with clinical levels of disruptive behavior (i.e., CD or ODD diagnosis or disruptive behavior problems over clinical cut-off) - $n = 2023$ - <i>male</i>: 69 % - <i>age</i>: range: 2-13	parenting intervention	waitlist	Disruptive behavior: parent management training vs. waitlist [parent]: $g = 0.64$, $p < .001$ parent management training vs. waitlist [clinician]: $g = 0.18$, $p < .01$ parent management training vs. waitlist [teacher]: $p > .05$ parent child interaction therapy vs. waitlist [parent]: $g = 1.22$, $p < .01$ parent management training + child cognitive behavioral therapy vs. waitlist [parent, teacher]: $p > .05$ parent management training vs. parent management training + child cognitive behavioral therapy [parent]: $p > .05$ Child social skills: parent management training vs. waitlist [parent]: $g = 0.49$, $p < .05$ parent management training vs. parent management training + child cognitive behavioral therapy [parent]: $p > .05$ Moderators: age, proportion boys, treatment time and study quality: moderator effect (on disruptive behavior for parent management training vs. waitlist [parent]): $p > .05$ except for study quality ($p = .01$)

Herr et al. (2015). Wirksamkeit elternzentrierter Interventionen bei Kindern im Alter von zwei bis zwölf Jahren	$k = 5$	- Kinder mit Störungen des Sozialverhaltens - n = unbekannt - <i>male</i>: unbekannt - <i>age</i>: range: 2-12	strukturierte behaviorale und kognitiv-behaviorale Elterntrainings	unbekannt	Verhaltensprobleme: signifikante Reduktion: kleine bis große Effekte
Hodson et al. (2025). Review: Systematic review and meta-analysis financial incentives increase engagement with parenting programs for disruptive behavior problems	$k = 8$	- parents who had been referred to or had self-referred to a parenting program due to concerns about their child's behavior - $n = 2561$ - <i>male</i>: unknown - <i>age</i>: ≤ 18	parenting program with financial incentive	parent training programs without financial incentives	Parenting programs engagement: Connection and attendance: Parents invited to incentive arms were more likely to complete a threshold of sessions than parents invited to control arms. Connection: Parents were more likely to agree to participate when they knew they were joining the incentive program. Attendance: Parents in the incentive group were more likely than parents in the control group to reach a completion threshold of sessions. Demographic differences (income): Incentives increase connection among people with lower incomes. Demographic differences (race, ethnicity, and immigration status): Incentives increase connection among ethnically and racially minoritized groups as well as immigrant populations. Enacting: Evidence suggests no difference in behavior change between incentive and control groups.
Hua et al. (2022). Parenting Programs for Disruptive Child Behavior in China: A Meta-Analysis and Systematic Review	$k = 29$	- parents of children between 2 and 13 years old with disruptive behaviors - $n = 1528$ - <i>male</i>: range: 51.7 %-94.1 % - <i>age</i>: range: 2-13	parent training with different program approaches: behavioral, relational,	unknown	Child disruptive behavior: treatment effect: $d = -0.93, p < .05$ behavioral: $d = -1.28, p < .05$ relational: $p > .05$ behavioral + relational: $d = -0.72, p < .05$ Moderator: comparison between approaches: behavioral vs. relational: changes in $ES = .89, p = .034$

			and cognitive		integrative vs. behavioral: $p > .05$ integrative vs. relational: $p > .05$
Merged studies: (1) Leijten et al. (2018). Are Relationship Enhancement and Behavior Management "The Golden Couple" for Disruptive Child Behavior? Two Meta-analyses (2) Leijten et al. (2019). Meta-Analyses: Key Parenting Program Components for Disruptive Child Behavior (3) Leijten et al. (2022). Research Review: The most effective parenting program content for disruptive child behavior - a network meta-analysis	(1) & (2) $k = 159$ [meta-analysis 1], $k = 41$ [meta-analysis 2] (3) $k = 197$	- selective: families with risk factors for the development of disruptive child behavior; indicated: children with high levels of disruptive behavior or diagnosed DBDs - $n = 13478$ [meta-analysis 1], $n = 5648$ [meta-analysis 2] - <i>male</i>: unknown - <i>age</i>: $M = 4.93$ [meta-analysis 1], $M = 5.54$ [meta-analysis 2]	parenting programs	waitlist	Child disruptive behavior [post]: (1) meta-analysis 1: treatment vs. prevention effect: treatment $d = -0.57$, prevention $d = -0.24$, $p < .001$ Relationship enhancement amplified program effects more in treatment than in prevention ($p = .0495$). Teaching relationship enhancement in addition to behavior management yielded stronger program effects in treatment, but weaker effects in prevention. (2) Universal prevention programs failed to yield significant effects. Programs at all other levels of prevention and treatment yielded significant effects: selective prevention $d = -0.27$, indicated prevention $d = -0.55$, and treatment $d = -0.69$. Programs in universal and selective prevention were less effective than programs in indicated prevention and treatment ($p < .001$). Child disruptive behavior [1-36 month]: (1) meta-analysis 2: programs that integrated relationship enhancement and behavior management were not more (or less) effective than programs that taught behavior management without relationship enhancement ($p > .05$) Moderator: type of technique: (2) moderator effect: $p > .05$ except for positive reinforcement, praise and use of natural or logical consequences as a disciplining technique ($p < .05$)
Leijten et al. (2013). Does Socioeconomic Status Matter? A Meta-	$k = 75$	- children with disruptive child behavior - $n = 3755$	multiple-session	waitlist	Youth violence, aggression behavior and/or disruptive behavior:

Analysis on Parent Training Effectiveness for Disruptive Child Behavior		- <i>male</i>: unknown - <i>age</i>: ≤ 12	parent training		Post treatment, disadvantaged samples benefited less from parent training, but only when they had low levels of initial problem severity. At follow-up, disadvantaged samples benefited less from parent training regardless of initial problem severity. Initial problem severity was a strong predictor of effect sizes both immediately posttreatment and at follow-up. Maintenance of treatment gain, however, seems harder for disadvantaged families, suggesting that more sustained family support may be needed.
Lindstrom Johnson et al. (2018). A Meta-Analysis of Parenting Practices and Child Psychosocial Outcomes in Trauma-Informed Parenting Interventions after Violence Exposure	$k = 17$	- youth exposed to violence-related trauma - $n = 860$ - <i>male</i>: unknown - <i>age</i>: range: 3-17	parent- or family-based trauma-focused interventions	unknown	Externalizing problems: treatment effect: $d = 0.48, p < .05$ Moderator: duration of treatment: moderator effect: $p > .05$
McAloon et al. (2023). Online Behavioral Parenting Interventions for Disruptive Behavioral Disorders: A PRISMA Based Systematic Review of Clinical Trials	$k = 9$	- children with ODD, IED or CD and/or clinical or sub-clinical ranges on assessment of emotional or behavioral functioning - $n = 1545$ - <i>male</i>: 46.5 %-83.5 % - <i>age</i>: $M = 3.5-8.5$	online behavioral parenting intervention	comparison group or waitlist	DBD symptoms: Online interventions are a viable treatment for DBDs with nine of ten reporting significant improvements post-treatment. Effective interventions had clearly defined program structure and included content based on operant learning principles.
Mingebach et al. (2018). Meta-meta-analysis on the effectiveness of parent-based interventions for the treatment of child	$k = 12$	- children with externalizing behavior problems in a clinical setting - $n = \text{mostly} > 1000$ - <i>male</i>: unknown - <i>age</i>: range: 3-13	parent group programs	waitlist, no treatment, treatment as usual, active control group	Externalizing behavior [post]: treatment effect: $SMD = 0.45, p < .0001$ Externalizing behavior [follow-up]: treatment effect: $SMD = 0.49, p < .0001$ Overall child behavior [post]:

externalizing behavior problems					treatment effect: $SMD = 0.46, < .0001$ treatment effect (parent report): $SMD = 0.51, p < .0001$ treatment effect (observational): $SMD = 0.62, p = .0062$ Overall child behavior [follow-up]: treatment effect: $SMD = 0.49, p < .0001$ treatment effect (parent report): $SMD = 0.51, p < .0001$ treatment effect (observational): $SMD = 0.59, p = .001$
Mouton et al. (2018). Parenting Programs to Reduce Young Children's Externalizing Behavior: A Meta-Analytic Review of their Behavioral or Cognitive Orientation	$k = 25$	- children displaying a clinical level of externalizing behavior - $n = 3201$ - <i>male</i>: range: 36.30 %- 83.87 % - <i>age</i>: range of $M = 3.5$- 5.5	behavioral and cognitive-behavioral parenting programs	no-intervention , waitlist or treatment as usual	Externalizing behavior: treatment effect: $d = 0.84, p < .05$ Moderators: interventions' orientation, program duration, delivery format, gender, age, externalizing behavior initial severity and informant: moderator effect: $p > .05$ except for informant ($p < .01$)
Perlstein et al. (2023). Treatment of childhood disruptive behavior disorders and callous-unemotional traits: a systematic review and two multilevel meta-analyses	$k = 60$	- children with DBD or DBD + CU traits - $n = 9405$ - <i>male</i>: $M = 74.91 \%$, $SD = 17.29 \%$ - <i>age</i>: $M = 10.04$, $SD = 3.89$	child-focused, parenting-focused, pharmacological, family focused, multimodal treatments for DBD	no treatment, treatment as usual, waitlist	DBD symptoms: pre- to post-treatment-related change: $SMD = 1.04, p < .01$ CU traits: treatment effect: $p > .05$ Moderators for DBD symptoms: see article moderator effect: $p > .05$ except for year of publication ($p < .05$) Moderators for CU traits: see article moderator effect: $p > .05$ except for % minority ($p < .001$), parenting-focused ($p < .05$), US location ($p < .05$), parent-report ($p < .01$), measure of CU traits: APSD ($p < .05$) and quality ($p < .001$)

Savaglio et al. (2023). Targeted community-based programmes for children's mental health: A systematic review and meta-analysis of the Australian literature	$k = 14$	- children exhibiting externalising behaviour - $n = 1824$ - <i>male</i>: 52 %-78 % - <i>age</i>: range: 1;0-9;11	parenting programs	waitlist, none, standard care	Externalising symptoms: treatment effect: $SMD = -0.56, p < .00001$ Frequency of externalising behaviours: treatment effect: $SMD = -0.54, p < .0001$
Sheidow et al. (2022). Family- based treatments for disruptive behavior problems in children and adolescents: An updated review of rigorous studies (2014 - April 2020)	$k = 28$	- children with disruptive behavior or diagnoses of ODD or CD - $n = 3-232$ per group - <i>male</i>: 50 %-100 % - <i>age</i>: range: 3-19	family, parent and child interventions	care as usual or waitlist	Disruptive behavior: well-established treatments: - children with disruptive behavior: behavior therapy (parent groups and family) - adolescents with juvenile-justice-involvement: behavior therapy, Cognitive- Behavior Therapy (CBT), and Family Therapy (combination of Family, Parent Individual, Child Individual) probably efficacious treatments: - children with disruptive behavior: behavior therapy (family groups, parent individual, family via internet, parent self-directed & parent coaching, child individual with parent participation), behavior therapy and family therapy (family groups), behavior therapy and CBT (both parents group & both parents individual), emotion-focused therapy (parent groups) - adolescents with disruptive behavior: behavior therapy, CBT and family therapy (combination of family, parent individual & child individual) - adolescents with juvenile-justice-involvement: behavior therapy, CBT and family therapy (family) possibly efficacious treatments: - children with disruptive behavior: behavior therapy (parent groups, family, child groups & child individual

					- adolescents with disruptive behavior: behavior therapy (parent self-directed), behavior therapy and family therapy (parent groups & family), behavior therapy and CBT (family), behavior therapy, CBT and family therapy (family, parent individual) - adolescents with juvenile-justice-involvement: nothing
Thomas et al. (2017). Parent-Child Interaction Therapy: A Meta-analysis	$k = 23$	- participants with average child externalizing behavior scores in the clinical range - $n = 1144$ - <i>male</i> : 46 %-100 % - <i>age</i> : range: 1-15	parent-child interaction therapy	waitlist, treatment as usual, other active control	Child externalizing behaviors: treatment effect: $SMD = -0.87, p < .05$ Moderators: active control vs. inactive waitlist control, high or low risk of bias, RCTs compared with quasi-experimental designs, mastery, content changes, restriction of number of sessions, academic vs. community setting and children with disruptive behaviors vs. disruptive behaviors comorbid with other conditions: moderator effect: $p > .05$ except for active vs. inactive ($p = .03$; inactive waitlist: $SMD = -1.12, p < .05$, active control: $SMD = -0.51, p < .05$), mastery ($p = .02$; mastery criteria attainment: $SMD = -1.09, p < .05$, did not require mastery: $SMD = -0.51, p < .05$) and content changes ($p < .001$; altered content: $SMD = -0.34, p < .05$, no specific population changes: $SMD = -0.94, p < .05$)
Valero-Aguayo et al. (2021). Meta-analysis of the Efficacy and Effectiveness of Parent Child Interaction Therapy (PCIT) for Child Behaviour Problems	$k = 100$	- children with behaviour problems or disorders, ODD, ADHD, externalising or disruptive behaviours - $n = 6252$ - <i>male</i> : 65.75 % - <i>age</i> : $M = 55.20$ [months], $SD = 15.17$	parent-child interaction therapy	within-group design, waitlist, other treatments	Behaviour problems [post]: treatment effect: $d = -0.87, p < .000001$ Behaviour problems [6- or 12-month]: treatment effect: $p > .05$

Zarakoviti et al. (2021). The Efficacy of Parent Training Interventions for Disruptive Behavior Disorders in Treating Untargeted Comorbid Internalizing Symptoms in Children and Adolescents: A Systematic Review	$k = 12$	- children and adolescents with a DBD diagnosis or who scored at clinical levels on a measure of disruptive behavior symptoms - $n = 1334$ - <i>male</i>: majority - <i>age</i>: range: 2-10	parent training intervention	treatment as usual or waitlist	Externalizing symptoms: Incredible Years Program: All six studies indicated significant reductions on ECBI behavior problem and intensity scores from pre- to post treatment and subsequent follow-ups. Incredible Years effectively reduced both the number and the frequency of disruptive behavior problems. Triple P Program: Three of five studies indicated that the program led to significant reductions on the ECBI behavior problem and intensity scale scores from pre- to post and follow up. One study indicated significant reductions on the CBCL externalizing problem scores. Another study also found significant reductions on both the SDQ externalizing problem scores and observed child conduct problems between the intervention condition and control group from pre- to post-treatment and follow up. Tuning In To Kids Program: Results indicated significant reductions in mother reported child behavior problems on the ECBI problem and intensity scores from pre- to post-treatment and follow-up. Co-occurring internalizing symptoms: The results indicated that the parent training programs may positively affect co-occurring internalizing concerns. Seven of the twelve studies found significant reductions in internalizing symptoms in the intervention group compared to the control group, from pre- to post-treatment and at subsequent follow-ups. Of the seven demonstrating significant reductions in internalizing symptoms, three used the Incredible Years program, one used the Tuning In To Kids program and the remaining three used the Triple P program.
---	----------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------	--

Abbreviations and acronyms. IG = intervention group; CG = control group; ERC = Emotion Regulation Checklist; ECBI = Eyberg Child Behavior Inventory; ASD = autism spectrum disorder; BASC = Behavior Assessment System for Children; ITSEA = Infant-Toddler Social Emotional Assessment; CBCL = Child Behavior Checklist; SES = socioeconomic status; CEQ = Children's Empathy Questionnaire; BASC-2 = Behavior Assessment System for Children, second edition; Vanderbilt = NICHQ Vanderbilt Assessment Scale – Parent Informant; ODD = oppositional defiant disorder; SWAN = Chinese Strengths and Weaknesses of ADHD-Symptoms and Normal-Behaviors Questionnaire; ABCL = Adult Behavior Checklist; DPICS-R = Dyadic Parent – Child Interaction Coding System; SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire; ADHD = attention-deficit hyperactivity disorder; CD = conduct disorder; DBD-NOS = disruptive behavior disorder not otherwise specified; CGI = Clinical Global Impressions Scale; CGAS = Children's Global Assessment Scale; CU = callous-unemotional; DISCAP = Diagnostic Interview Schedule for Children, Adolescents, and Parents; EMA = Ecological Momentary Assessment; BITSEA = Brief Infant-Toddler Social Emotional Assessment; CBQ = Children's Behavior Questionnaire; MINI-KID = Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents; CSR = clinician severity rating; KINDL-R = revised German questionnaire for measuring health-related quality of life in children and adolescents; CPRS = Child-Parent Relationship Scale; ICU = Inventory of Callous-Unemotional Traits; GEM = Griffith Empathy Measure; DBDRS = Disruptive Behavior Disorders Rating Scale; FBB-SSV = Fremdbeurteilungsbogen für Störungen des Sozialverhaltens [German parent rating scale for oppositional defiant and conduct disorder]; DBD = disruptive behavior disorder; P-COMP = Social Competence Scale – Parent version; SSRS = Social Skills Rating System; EARL-20 = Early Assessment Risk List for boys/girls risk level of future antisocial behaviors; SNAP-IV = Swanson, Nolan, and Pelham Questionnaire – IV; HCSBS = Home and Community Social Behavior Scales; DCL-ADHD = Diagnostic Checklist for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder; DCL-DBD = Diagnostic Checklist for Disruptive Behavior Disorders; FBB-ADHS = Fremdbeurteilungsbogen für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen [German parent rating scale for attention deficit hyperactivity disorder]; WFIRS-P = Weiss Functional Impairment Rating Scale – Parent Report; IAB = Interview for Antisocial Behavior; YSR = Youth-Self-Report; SCS = Social Competence Scale; ECBQ = Early Childhood Behavior Questionnaire; PPACS = Preschool Parental Account of Children's Symptoms; RBPC = Revised Behavior Problem Checklist; PCPTOS = Parent-Child Play Task Observation System; ITT = intention-to-treat; PP = per-protocol; DASS-21 = 21-Item Depression Anxiety Stress Scale; ES = effect size; IED = intermittent explosive disorder; SMD = standardized mean difference.

Kapitel 4.3 und Kapitel 4.4: Patient:innenzentrierte präventive Maßnahmen und therapeutische Interventionen

Randomized controlled trials				
Publication	Population	Intervention	Comparison	Outcome
Aebi et al. (2022). What Kind of Therapy Works With Juveniles Who Have Sexually Offended? A Randomized-Controlled Trial of Two Versions of a Specialized Cognitive Behavioral Outpatient Treatment Program	- juveniles who have sexually offended - $n = 35$ (IG), $n = 29$ (CG) - <i>male</i> : 100 % (IG and CG) - <i>age</i> : $M = 16.08$, $SD = 1.72$ (IG), $M = 16.29$, $SD = 2.33$ (CG)	offending-specific skills training	general socioemotional skills training	YSR: externalizing [youth, post]: time effect: $p > .05$ time x group: standardized coefficient = -0.51 , $p = .044$ YSR: externalizing youth, 12-month]: time effect: standardized coefficient = -0.42 , $p = .015$ time x group: $p > .05$ VEQ-A short-term [youth, post]: time effect: standardized coefficient = 0.39 , $p = .003$ time x group: $p > .05$ VEQ-A short-term [youth, 12-month]: time effect: standardized coefficient = 0.37 , $p = .004$ time x group: $p > .05$ VEQ-A long-term [youth, post and 12-month]: time effect: $p > .05$ time x group: $p > .05$
Akbas et al. (2022). The effect of solution-focused approach on anger management and violent behavior in adolescents: A randomized controlled trial	- students whose trait anger and violence tendency scores were high and anger control scores were low - $n = 24$ (IG), $n = 24$ (CG) - <i>male</i> : 75 % (IG and CG) - <i>age</i> : $M = 16.83$, $SD = 0.76$ (IG), $M = 16.54$, $SD = 0.66$ (CG)	solution-focused approach	no intervention	STAXI: trait anger, anger-in, anger-out and anger-control [youth, post and 1-month]: group effect: $p = .001$ except for anger-in ($p > .05$) VTS [youth, post]: group effect: $p = .001$ VTS [youth, 1-month]: group effect: $p = .024$ for within-group effects: see article

Alsem et al. (2023). Treating children's aggressive behavior problems using cognitive behavior therapy with virtual reality: A multicenter randomized controlled trial	- boys displaying aggressive behavior problems - $n = 40$ (IG 1), $n = 41$ (IG 2), $n = 34$ (CG) - <i>male</i>: 100 % (IG 1, IG 2 and CG) - <i>age</i>: $M = 10.78$, $SD = 1.49$ (IG 1), $M = 10.48$, $SD = 1.56$ (IG 2), $M = 10.47$, $SD = 1.21$ (CG)	skills training: - IG 1: virtual reality - IG 2: roleplay	care as usual	IRPA [parent, post]: IG (both) vs. CG: $d = 0.39$, $CI [-0.04, 0.81]$ IG 1 vs. IG 2: $d = -0.12$, $CI [-0.58, 0.35]$ IG 1 vs. CG: $d = 0.31$, $CI [-0.17, 0.80]$ IRPA [teacher, post]: IG (both) vs. CG: $d = 0.16$, $CI [-0.27, 0.60]$ IG 1 vs. IG 2: $d = 0.20$, $CI [-0.29, 0.68]$ IG 1 vs. CG: $d = 0.33$, $CI [-0.19, 0.84]$ IRPA [child, post]: IG (both) vs. CG: $d = -0.16$, $CI [-0.57, 0.25]$ IG 1 vs. IG 2: $d = 0.30$, $CI [-0.16, 0.76]$ IG 1 vs. CG: $d < -0.01$, $CI [-0.48, 0.47]$ Weekly aggression [parent, post]: IG (both) vs. CG: $d = 0.55$, $CI [0.12, 0.97]$ IG 1 vs. IG 2: $d = 0.68$, $CI [0.19, 1.15]$ IG 1 vs. CG: $d = 0.95$, $CI [0.43, 1.45]$ Weekly aggression [child, post]: IG (both) vs. CG: $d = 0.55$, $CI [0.13, 0.96]$ IG 1 vs. IG 2: $d < 0.01$, $CI [-0.45, 0.46]$ IG vs. CG: $d = 0.58$, $CI [0.009, 1.06]$ CBCL: aggressive behaviour [parent, post]: IG (both) vs. CG: $d = 0.14$, $CI [-0.27, 0.55]$ IG 1 vs. IG 2: $d = 0.06$, $CI [-0.40, 0.52]$ IG 1 vs. CG: $d = 0.19$, $CI [-0.29, 0.66]$ TRF: aggressive behaviour [teacher, post]: IG (both) vs. CG: $d = 0.16$, $CI [-0.28, 0.59]$ IG 1 vs. IG 2: $d = 0.14$, $CI [-0.35, 0.62]$ IG 1 vs. CG: $d = 0.24$, $CI [-0.27, 0.75]$
--	---	--	----------------------	---

Bratton et al. (2013). Head Start Early Mental Health Intervention: Effects of Child-Centered Play Therapy on Disruptive Behaviors	- low-income children identified with clinical levels of disruptive behavior - $n = 31$ (IG), $n = 31$ (CG) - <i>male</i>: 2/3 (for total N) - <i>age</i>: range: 3-4 (for total N)	child-centered play therapy	reading mentoring	C-TRF: externalizing problems, aggressive behavior and attention problems [teacher, post]: time x group (externalizing): partial eta-squared = 0.34, $p < .001$ time x group (aggressive): partial eta-squared = 0.27, $p < .001$ time x group (attention): partial eta-squared = 0.17, $p = .009$
Burrow-Sanchez et al. (2021). Generalizing Treatment Outcomes to Externalizing Behaviors for Latino/a Adolescents With Substance Use Disorders: A Secondary Analysis	- Latino/a adolescents in the US displaying substance use - $n = 70$ (total N) - <i>male</i>: 90 % (for total N) - <i>age</i>: $M = 15.20$, $SD = 1.24$ (for total N)	accommodated cognitive behavioral treatment (cultural adapted modification)	standard cognitive behavioral treatment	YSR: externalizing [youth, 12-month] time effect: $p = .0007$ time x group: $p > .05$ for within-group effects: see article
Carter et al. (2022). Translating Violence Prevention Programs from Research to Practice: SafERteens Implementation In an Urban Emergency Department	- emergency department patients reporting past 3-month aggression - $n = 67$ (IG 1), $n = 55$ (IG 2), $n = 38$ (CG 1), $n = 25$ (CG 2) - <i>male</i>: 42.3 % (IG 1), 37.0 % (IG 2), 36.8 % (CG 1), 52.0 % (CG 2) - <i>age</i>: $M = 16.0$, $SD = 1.6$ (IG 1), $M = 16.3$, $SD = 1.5$ (IG 2), $M = 16.2$, $SD = 1.5$ (CG 1), $M = 16.8$, $SD = 1.5$ (CG 2)	behavioral intervention : - IG 1: remote - IG 2: in-person	enhanced usual care: - CG 1: remote - CG 2: in-person	Teen Conflict Scale: self-efficacy to avoid fighting [post]: IG 1 vs. CG 1: $p = .0005$ IG 2 vs. CG 2: $p < .0001$ Attitudes Towards Violence Scale: pro-violence attitudes [post]: IG 1 vs. CG 1: $p = .0001$ IG 2 vs. CG 2: $p = .0287$ Behavioral intention to avoid fighting in the next 3 months [post]: IG 1 vs. CG 1: $p > .05$ IG 2 vs. CG 2: $p > .05$ CTS: frequency of moderate and severe aggression in non-partner relationships [3-month]: IG 1 vs. CG 1: $p = .0132$

				IG 2 vs. CG 2: $p > .05$
Chalfon et al. (2022). Sandplay therapy in the treatment of children with Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder	- children with symptoms of ODD and/or CD who attended a Center for Children and Adolescents - $n = 21$ (IG), $n = 20$ (CG) - <i>male</i>: 68.3 % (for total N) - <i>age</i>: $M = 8.2$, $SD = 1.6$ (for total N)	sandplay therapy	waitlist	CBCL: externalizing, social problems, rule-breaking behavior, aggressive behavior, oppositional defiant problems and conduct problems [parent, post]: group effect (externalizing): $r = 0.70$, $p < .001$ group effect (social): $r = 0.42$, $p = .009$ group effect (rule-breaking): $r = 0.51$, $p = .001$ group effect (aggressive): $r = 0.69$, $p < .001$ group effect (oppositional): $r = 0.75$, $p < .001$ group effect (conduct): $r = 0.36$, $p = .042$ for within-group effects: see article
Chen et al. (2014). Cognitive Behavioral Therapy to Reduce Overt Aggression Behavior in Chinese Young Male Violent Offenders	- male inmates - $n = 33$ (IG), $n = 33$ (CG) - <i>male</i>: 100 % (IG and CG) - <i>age</i>: $M = 18.94$, $SD = 1.87$ (IG), $M = 18.94$, $SD = 0.86$ (CG)	cognitive-behavioral skills training for social-cognitive information processing + routine intervention	routine intervention	MOAS: total score, verbal aggression, aggression against property, autoaggression and physical aggression [trained administrators, post]: group effect (total): $p < .001$ group effect (verbal): $p = .002$ group effect (property): $p > .05$ group effect (auto): $p = .004$ group effect (physical): $p < .001$ CMHS [youth, post]: group effect: $p > .05$ for within-group effects: see article
Clifford et al. (2022). The effectiveness of an attention-based intervention for school-aged autistic children with anger regulating problems: A	- school-age autistic children with anger-regulation problems - $n = 27$ (IG), $n = 24$ (CG) - <i>male</i>: 76.9 % (IG), 75 % (CG) - <i>age</i>: $M = 10.2$, $SD = \text{unknown}$ (IG and CG)	attention-based cognitive behavioral treatment based on mindfulness cognitive	waitlist	QSB [parent, post]: time x group: $p = .036$ QSB [teacher, post]: time x group: $p > .05$ CBCL: aggression [parent, post]: time x group: $p > .05$

randomized controlled trial		therapy and dialectical behavior therapy		TRF: aggression [teacher, post]: time x group: $p > .05$ BARQ-C: adaptive and maladaptive strategies [child, post]: time x group: $p > .05$ BARQ-C: adaptive and maladaptive strategies [parent, post]: time x group: $p = .001$ except for maladaptive ($p > .05$) PEDS QL [child, post]: time x group: $p > .05$ SRS [parent, post]: time x group: $p > .05$ NOSI-K: parental stress [parent, post]: time x group: $p > .05$
Crombach et al. (2015). Controlling Offensive Behavior Using Narrative Exposure Therapy: A Randomized Controlled Trial of Former Street Children	- male children and adolescents living in a residential center for former street children and other vulnerable children without proper homes and who scored highly in appetitive aggressions - $n = 16$ (IG), $n = 16$ (CG) - <i>male</i>: 100 % (IG and CG) - <i>age</i>: $M = 17.0$, $SD = 2.8$ (for total N)	forensic offender rehabilitation narrative exposure therapy	treatment as usual	AAS-C [youth, 4- to 7-month]: time effect: $p > .05$ time x group: $p > .05$ Physical health [4- to 7-month]: time effect: partial eta-squared = 0.29, $p < .001$ group effect: partial eta-squared = 0.11, $p = .035$ time x group: partial eta-squared = 0.14, $p = .016$ Recent offenses [4- to 7-month]: group effect: Hedges's $g = 0.62$, $p = .043$ time x group: partial eta-squared = 0.10, $p = .040$

Ducharme et al. (2021). A "Proof of Concept" Randomized Controlled Trial of a Video Game Requiring Emotional Regulation to Augment Anger Control Training	- children and adolescents with clinically significant anger problems - $n = 20$ (IG), $n = 20$ (CG) - <i>male</i>: 70 % (IG), 75 % (CG) - <i>age</i>: $M = 13.1$, $SD = 2.4$ (IG), $M = 12.4$, $SD = 2.1$ (CG)	anger control training augmented with a video game	anger control training with a sham version of the game	MOAS [parent, post]: group effect: $ES = 0.55$, $p = .015$ DBDRS [parent, post]: group effect: $ES = 0.48$, $p = .032$ CGI: severity and improvement [clinician, post]: group effect: $ES = 0.51$, $p = .023$ except for improvement ($p > .05$) STAXI: trait anger [youth, post]: group effect: $p > .05$
Fung (2018). Reducing reactive aggression in schoolchildren through child, parent, and conjoint parent-child group interventions: An efficacy study of longitudinal outcomes	- schoolchildren with aggressive behaviors - $n = 48$ (IG 1), $n = 39$ (IG 2), $n = 39$ (CG) - <i>male</i>: 79.17 % (IG 1), 76.92 % (IG 2), 74.36 % (CG) - <i>age</i>: $M = 9.98$, $SD = 1.41$ (IG 1), $M = 9.49$, $SD = 1.05$ (IG 2), (3) $M = 9.59$, $SD = 1.14$ (CG)	- IG 1: child intervention - IG 2: parent intervention	parent-child intervention	RPQ: general, reactive and proactive aggression [youth, 6-month]: time effect: $p < .001$ IG 1 vs. IG 2: $p > .05$ except for proactive ($p < .05$) IG 1 vs. CG: $p > .05$ time x group: $p > .05$ RPQ: general, reactive and proactive aggression [parent, 6-month]: time effect: $p > .05$ IG 1 vs. IG 2: $p > .05$ IG 1 vs. CG: $p > .05$ time x group: $p > .05$ for within-group effects: see article
Fung et al. (2018). Effectiveness of Chinese Martial Arts and Philosophy to Reduce Reactive and	- schoolchildren with reactive and proactive aggression - $n = 79$ (IG 1), $n = 73$ (IG 2), $n = 72$ (IG 3), $n = 74$ (CG) - <i>male</i>: $n = 65$ (IG 1), $n = 58$ (IG 2), $n = 59$ (IG 3), $n = 50$ (CG)	- IG 1: skill-based martial techniques and moral	physical fitness	RPQ: general, reactive and proactive aggression [post]: time effect: $p < .001$ group effect (IG 1): $p < .05$ group effect (IG 2, IG 3): $p > .05$ time x group (IG 1): $p < .001$ time x group (IG 2, IG 3): $p > .05$

Proactive Aggression in Schoolchildren	- age: $M = 8.53$, $SD = 1.11$ (IG 1), $M = 8.63$, $SD = 1.06$ (IG 2), $M = 8.39$, $SD = 1.02$ (IG 3), $M = 8.57$, $SD = 1.11$ (CG)	principles of martial arts - IG 2: skill-based martial techniques - IG 3: moral principles of martial arts		RPQ: general, reactive and proactive aggression [6-month]: time effect: $p < .001$ time x group (IG 1): $p < .05$ except for proactive aggression ($p > .05$) time x group (IG 2, IG 3): $p > .05$ YSR: aggressive behavior, delinquent behavior, anxious/depressed, attention problem [child, post]: time effect: $p < .05$ except for aggressive behavior group effect (IG 1): $p < .05$ except for delinquent behavior group effect (IG 2, IG 3): $p > .05$ time x group (IG 1): $p < .05$ time x group (IG 2, IG 3): $p > .05$ YSR: aggressive behavior, delinquent behavior, anxious/depressed, attention problem [child, 6-month]: time effect: $p < .05$ except for attention problem time x group (IG 1): $p < .05$ except for attention problem time x group (IG 2, IG 3): $p > .05$ for within-group effects: see article
Merged studies: (1) Görtz-Dorten et al. (2019). Efficacy of individualized social competence training for children with oppositional defiant disorders/conduct disorders: a randomized controlled	- boys with ODD and CD - (1) $n = 50$ (IG), $n = 51$ (CG); (2) $n = 42$ (IG), $n = 34$ (CG); (3) $n = 50$ (IG), $n = 41$ (CG) - male: 100 % (IG and CG) - age: range: 6-12 (for total N)	cognitive-behavioral intervention	educational group play	FAVK: total peer- and adult-related aggression [parent, post]: group effect (peer): $d = -0.46$, $p = .043$ group effect (adult): $p > .05$ FAVK: total peer- and adult-related aggression [parent, 10-month]: group effect: $p > .05$

trial with an active control group (2) Del Giudice et al. (2023). Stability of the effects of a social competence training program for children with oppositional defiant disorder/conduct disorder: a 10-month follow-up (3) Katzmann et al. (2019). Social skills training and play group intervention for children with oppositional-defiant disorders/conduct disorder: Mediating mechanisms in a head-to-head comparison				FAVK: total peer- and adult-related aggression [teacher, post]: group effect: $p > .05$ SCL-DBD: ODD, CD and prosocial behavior [parent, post]: group effect (ODD): $d = -0.61, p = .015$ group effect (CD): $p > .05$ group effect (prosocial behavior): $d = 0.42, p = .048$ SCL-DBD: ODD, CD and prosocial behavior [parent, 10-month]: group effect (ODD): $d = -0.60, p = .02$ group effect (CD): $p > .05$ group effect (prosocial behavior): $d = 0.71, p = .01$ SCL-DBD: ODD, CD and prosocial behavior [teacher, post]: group effect (ODD and CD): $p > .05$ group effect (prosocial behavior): $d = 0.42, p = .048$ SCL-ADHD: total [parent, post and 10-month]: group effect: $p > .05$ SCL-ADHD: total [teacher, post]: group effect: $d = -0.52, p = .027$ CBCL: internalizing problems, externalizing problems and total [parent, post]: group effect (internalizing): $p > .05$ group effect (externalizing): $d = -0.54, p = .030$ group effect (total): $d = -0.57, p = .034$
--	--	--	--	--

				CBCL: internalizing and externalizing problems [parent, 10-month]: group effect: $p > .05$ TRF: internalizing problems, externalizing problems and total [teacher, post]: group effect: $p > .05$ ICU [parent, post]: group effect: $d = -0.47, p = .029$ WFIRS-P-M [parent, post]: group effect: $d = -0.45, p = .040$ KINDL-P [parent, post]: group effect: $d = 0.44, p = .040$ SPST: socially competent behavior, aggressive behavior, positive expectations of an aggressive solution and positive expectations of a competent solution [clinician, post]: group effect (socially competent behavior) $d = 0.66, p = .021$ group effect (aggressive behavior): $d = -0.50, p = .025$ group effect (positive expectations of an aggressive solution): $d = 0.53, p = .031$ group effect (positive expectations of a competent solution): $p > .05$ for within-group effects: see articles
Görtz-Dorten et al. (2022). Effects of Computer-Assisted	- children with a diagnosis of ODD or CD and peer-related aggression - $n = 50$ (IG), $n = 50$ (CG)	computer-assisted	resource activation	FAVK: peer-related and adult-related aggression [parent, post]: group effect (peer): $d = -0.64, p < .05$

Social Skills Training in Children With Disruptive Behavior Disorders: A Randomized Controlled Trial	- <i>male</i>: 92 % (IG), 94 % (CG) - <i>age</i>: $M = 9.50$, $SD = 1.84$ (IG), $M = 9.96$, $SD = 1.89$ (CG)	social skills training	group effect (adult): $d = -0.47$, $p < .05$ FAVK: peer-related and adult-related aggression [teacher and child, post]: group effect: $p > .05$ SCL-DBD: total and prosocial behavior [parent, post]: group effect (total): $d = -0.46$, $p < .05$ group effect (prosocial): $d = 0.48$, $p < .05$ SCL-DBD: total and prosocial behavior [teacher and child, post]: group effect: $p > .05$ CBCL: total [parent, post]: group effect: $p > .05$ TRF: total [teacher, post]: group effect: $p > .05$ YSR: total [child, post]: group effect: $p > .05$ WFIRS-P-M: total [parent, post]: group effect: $d = -0.44$, $p < .05$ KINDL-P: total [parent, post]: group effect: $d = 0.72$, $p < .05$ ICU: total [parent, post]: group effect: $d = -0.58$, $p < .05$
--	---	------------------------	---

				DCL-DBD: ODD, CD and limited prosocial behavior [clinician, post]: group effect: $p > .05$ except for ODD ($d = -0.42, p < .05$) for within-group effects: see article
Goldstein et al. (2018). Juvenile Justice Anger Management (JJAM) Treatment for Girls: Results of a Randomized Controlled Trial	- girls residing in residential juvenile justice facilities - $n = 35$ (IG), $n = 35$ (CG) - <i>male</i> : 0 % (IG and CG) - <i>age</i> : $M = 17.45, SD = 1.2$ (for total N)	anger management and aggression reduction intervention	treatment as usual	NAS-PI: total anger [youth, post]: group effect: partial eta-squared = 0.16, $p < .01$ AQ: anger, physical and indirect aggression [youth, post]: group effect (anger): partial eta-squared = 0.12, $p < .01$ group effect (physical): partial eta-squared = 0.11, $p = .01$ group effect (indirect): partial eta-squared = 0.19, $p < .01$ PCS: total overt aggression, total relational aggression, reactive physical aggression, proactive physical aggression, reactive relational aggression and proactive relational aggression [youth, post]: group effect (total overt aggression): partial eta-squared = 0.12, $p = .02$ group effect (reactive physical aggression): partial eta-squared = 0.13, $p = .01$ group effect (reactive relational aggression): partial eta-squared = 0.11, $p = .02$ group effect (proactive physical aggression, total and proactive relational aggression): $p > .05$
Haller et al. (2022). A Randomized Controlled Trial of Computerized Interpretation Bias Training for Disruptive Mood Dysregulation Disorder: A Fast-Fail Study	- patients with current disruptive mood dysregulation disorder - $n = 22$ (IG), $n = 22$ (CG) - <i>male</i> : 72.73 % (IG), 40.91 % (CG) - <i>age</i> : $M = 11.48, SD = 2.05$ (IG), $M = 12.44, SD = 2.11$ (CG)	Interpretation bias training	sham condition	PARS [clinician, 2-week]: group effect: $p < .001$ time x group: $p > .05$ SCARED [child, 2-week]: group effect: $p > .05$ time x group: $p = .009$

				SCARED [parent, 2-week]: time x group: $p > .05$ group effect: $p > .05$ CDRS [clinician, 2-week]: time x group: $p > .05$ CDI [parent, 2-week]: time x group: $p > .05$ CGI: severity and improvement [clinician, 2-week]: group effect: $p < .001$ except for improvement ($p > .05$) time x group: $p > .05$ CGAS [clinician, 2-week]: group effect: $p < .001$ time x group: $p > .05$ ARI [clinician and parent, 2-week]: group effect: $p < .001$ time x group: $p > .05$ ARI [child, 2-week]: group effect: $p > .05$ time x group: $p = .03$
Hasani et al. (2020). The comparative effectiveness of parental behavior management training and schema therapy on aggression and	- adolescents with aggressive behavior/ conduct disorder - $n = 15$ (IG 1), $n = 15$ (IG 2), $n = 15$ (CG) - <i>male</i>: unknown - <i>age</i>: 13-16 years	- IG 1: parental behavior management - IG 2: schema	no treatment	BPAQ: aggression [post]: group effect: $p < .001$ Coping Disobedience Questionnaire [post]: group effect: $p < .001$

oppositional defiant in adolescents		therapy for adolescents		
Heidary et al. (2022). Mindfulness-based intervention and aggression and rule-breaking behaviours in elementary school boys: a proof of concept trial	- boys from elementary schools with externalizing symptoms/disorders - $n = 15$ (IG), $n = 15$ (CG) - <i>male</i>: 100 % (IG and CG) - <i>age</i>: range: 6-8 (for total N)	mindfulness-based intervention	waitlist	CBCL: rule-breaking and aggressive behaviours [parent, post]: group effect (rule-breaking): partial eta-squared = 0.57, $p = .001$ group effect (aggressive): partial eta-squared = 0.43, $p = .001$ for within-group effects: see article
Hein et al. (2020). Effectiveness of a social problem solving training in youth in detention or on probation: An RCT and pre-post community implementation	- male detainees - $n = 118$ (IG), $n = 171$ (CG) - <i>male</i>: 100 % (IG and CG) - <i>age</i>: $M = 14.95$, $SD = 0.96$ (for total N)	social problem-solving training	treatment as usual	STAXI-2: state anger, anger control-in, anger control-out, anger expression-in and anger expression-out [youth, post]: time effect: $p > .05$ group effect: $p > .05$ time x group: $p > .05$ except for anger expression-out (partial eta-squared = 0.027, $p < .05$) Predictors: COMT SNPs (rs740603, rs165722, rs4680, rs165599, and rs737865) and haplotype: main and interaction effects (COMT SNPs): $p > .05$ haplotype x group: $p < .05$
Hektner et al. (2017). Incorporating Well-Adjusted Peers in a Conduct Problems Prevention Program: Evaluation of Acceptability, Fidelity, and Safety of Implementation	- children in kindergarten and first grade with adjustment problems - $n = 54$ (IG), $n = 26$ (CG) - <i>male</i>: 51.9 % (IG), 61.5 % (CG) - <i>age</i>: unknown	skills training and buddy system	no intervention	Aggression [peers, post]: time x group: $p = .033$ BASC-2-TRS: aggression and social skills [teacher, post]: time x group (aggression): $p > .05$ time x group (social skills): $p = .028$ BASC-2-PRS: aggression and social skills [parent, post]: time x group: $p > .05$

Heshmati et al. (2023). The effect of child-centered play therapy (CCPT) on the symptoms of oppositional defiant disorder in preschool children	- preschool children with ODD symptoms - $n = 12$ (IG), $n = 12$ (CG) - <i>male</i> : unknown (IG and CG) - <i>age</i> : $M = 6.08$, $SD = 0.51$ (IG), $M = 5.91$, $SD = 0.66$ (CG)	child-centered play therapy	no intervention	CSI-4: ODD symptoms [parent and teacher, 6-month]: group effect: partial eta-squared = 0.239, $p < .05$ time x group: partial eta-squared = 0.27, $p < .001$ for within-group effects: see article
Kendall et al. (2017). A Two-Week Psychosocial Intervention Reduces Future Aggression and Incarceration in Clinically Aggressive Juvenile Offenders	- juvenile offenders with and without clinical levels of aggression - $n = 28$ (IG, aggressive), $n = 135$ (IG, non-aggressive), $n = 43$ (CG, aggressive), $n = 104$ (CG, non-aggressive) - <i>male</i> : 64 % (IG, aggressive), 63 % (IG, non-aggressive), 65 % (CG, aggressive), 71 % (CG, non-aggressive) - <i>age</i> : $M = 15.53$, $SD = 1.25$ (IG, aggressive), $M = 16.33$, $SD = 1.00$ (IG, non-aggressive), $M = 15.97$, $SD = 1.19$ (CG, aggressive), $M = 15.94$, $SD = 1.03$ (CG, non-aggressive)	psychosocial intervention	health promotion control	YSR: total, targeted and nontargeted aggression [youth, post]: time effect (aggressive, total): partial eta-squared = 0.37, $p < .05$ time effect (aggressive, targeted): partial eta-squared = 0.36, $p < .05$ time effect (aggressive, nontargeted): partial eta-squared = 0.18, $p < .05$ time effect (non-aggressive): $p > .05$ time x group (aggressive, total): partial eta-squared = 0.07, $p < .05$ time x group (aggressive, targeted): partial eta-squared = 0.10, $p < .05$ time x group (aggressive, nontargeted): $p > .05$ time x group (non-aggressive): $p > .05$ time x group x clinical group (aggressive or non-aggressive): partial eta-squared = 0.02, $p = .012$ time x group x clinical group x subscale: partial eta-squared = 0.02, $p = .033$ YSR: total aggression [youth, 12-month]: time effect (aggressive): partial eta-squared = 0.07, $p < .05$ time effect (non-aggressive): $p > .05$ time x group (aggressive): partial eta-squared = 0.08, $p < .05$

				time x group (non-aggressive): $p > .05$ time x group x clinical group: partial eta-squared = 0.03, $p = .012$ time x group x clinical group x subscale: $p > .05$
Kiziltepe et al. (2023). An Intervention Program for Male Juvenile Offenders in Turkey: A Pilot Randomized Trial	- male juvenile offenders - $n = 36$ (IG), $n = 36$ (CG) - <i>male</i> : 100 % (IG and CG) - <i>age</i> : $M = 16.88$, $SD = 1.13$ (IG), $M = 17.10$, $SD = 1.20$ (CG)	psychoeducation program	unknown	KA-SI [post]: time effect: $p > .05$ group effect: $p > .05$ time x group: partial eta-squared = .12, $p < .05$ Trait Anger and Anger Expression Scale: type of anger expression: anger/control, anger/out and anger/in [post]: time effect (control): $p > .05$ time effect (out): partial eta-squared = 0.16, $p < .05$ time effect (in): partial eta-squared = 0.15, $p < .05$ group effect: $p > .05$ time x group: $p > .05$
Kjøbli et al. (2018). Three randomized effectiveness trials - one question: Can callous-unemotional traits in children be altered?	- children with conduct problems - $n = 116$ (IG 1), $n = 137$ (IG 2), $n = 198$ (CG) - <i>male</i> : 68.1 % (IG 1), 63.5 % (IG 2), 80.3 % (CG) - <i>age</i> : $M = 7.28$, $SD = 2.61$ (IG 1), $M = 8.5$, $SD = 2.35$ (IG 2), (3) $M = 7.64$, $SD = 2.19$ (CG)	- IG 1: individual brief parent training - IG 2: group parent management training	individual child-directed social skills training	CU traits [parent, post]: group effect: $d = 0.20$, $p < .05$ CU traits [parent, 6-month]: group effect: $d = 0.24$, $p < .05$ for within-group effects: see article
Larden et al. (2021). Effectiveness of an Individual Cognitive-Behavioral Intervention for Serious, Young Male Violent Offenders: Randomized	- serious, young male violent crime offenders - $n = 39$ (IG), $n = 43$ (CG) - <i>male</i> : 100 % (IG and CG) - <i>age</i> : $M = 18.0$, $SD = 0.9$ (IG), $M = 17.7$, $SD = 0.7$ (CG)	individual cognitive behavioral therapy + treatment as usual	treatment as usual	YSR: oppositional defiant and conduct problems [youth, post]: group effect: $p > .05$ time x group: $p > .05$ Reactive and proactive aggression scale: total score, proactive and reactive aggression [youth, post]:

Controlled Study With Twenty-Four-Month Follow-Up				group effect: $p > .05$ time x group: $p > .05$ How I think: antisocial cognitions [youth, post]: group effect: $p > .05$ time x group: $p > .05$ Summary score of eight possible DSM-5 CD symptoms [12-month]: group effect: $p > .05$ for within-group effects: see article
Li et al. (2019). Effectiveness of group interpersonal psychotherapy for decreasing aggression and increasing social support among Chinese university students: A randomized controlled study	- first-grade university students with a higher aggression score than the general student population - $n = 30$ (IG), $n = 30$ (CG) - <i>male</i>: 46.7 % (IG), 56.7 % (CG) - <i>age</i>: range: 18-19 (for total N)	group interpersonal psychotherapy	no intervention	CC-BPAQ: total aggression, impulsivity, hostility, physical aggression and anger proneness [university student, post]: post-pre effect (total aggression): $ES = 2.00$, $p < .001$ post-pre effect (impulsivity and physical aggression): $ES = 1.22$, $p < .001$ post-pre effect (hostility): $p > .05$ post-pre effect (anger proneness): $ES = 0.62$, $p = .020$ CC-BPAQ: total aggression, impulsivity, hostility, physical aggression and anger proneness [university student, 4-month]: follow-up-pre effect (total aggression): $ES = 1.55$, $p < .001$ follow-up-pre effect (impulsivity): $ES = 1.07$, $p < .001$ follow-up-pre effect (hostility): $p > .05$ follow-up-pre effect (physical aggression): $ES = 1.25$, $p < .001$ follow-up-pre effect (anger proneness): $ES = 0.64$, $p = .017$ time effect: $p < .001$ except for hostility ($p = .001$) and anger proneness ($p = .002$) group effect: $p < .001$ except for impulsivity ($p = .006$)

				time x group: $p < .001$ except for hostility ($p > .05$) and anger proneness ($p = .013$) Social Support Scale: total social, objective and subjective support, utilization degree [university student, post]: post-pre effect: $p > .05$ except for utilization degree ($ES = 0.56, p = .035$) Social Support Scale: total social, objective and subjective support, utilization degree [university student, 4-month]: follow-up-pre effect: $p > .05$ time effect: $p > .05$ except for objective support ($p = .016$) group effect: $p > .05$ except for subjective support ($p = .019$) and utilization degree ($p = .022$) time x group: $p > .05$ for within-group effects: see article
Li et al. (2023). Emotional Recognition Training Enhances Attention to Emotional Stimuli Among Male Juvenile Delinquents	- male adolescent delinquents with severe conduct problems - $n = 40$ (IG), $n = 40$ (CG) - <i>male</i>: 100 % (IG and CG) - <i>age</i>: $M = 15.03, SD = 0.77$ (IG), $M = 14.81, SD = 0.97$ (CG)	emotional recognition training	waitlist	AQ: physical and verbal aggression, anger, hostility and total score [youth, post]: time x group (hostility): partial eta-squared = 0.107, $p = .005$ time x group (all other scales): $p > .05$
Lochman et al. (2019). Group versus individual format of intervention for aggressive children: Moderators and predictors of outcomes through 4 years after intervention	- elementary school children scoring high on aggression scales - $n = 180$ (IG), $n = 180$ (CG) - <i>male</i>: 65 % (for total N) - <i>age</i>: $M = 10.17, SD = \text{unknown}$ (for total N)	social-cognitive training: group format	social-cognitive training: individual format	BASC: externalizing [teacher, post]: main effects are not reported BASC: externalizing [parent, post]: main effects are not reported Moderators: oxytocin receptor gene, SCL reactivity, inhibitory control and RSA reactivity:

				IG vs. CG (oxytocin receptor gene: G/G genotype and low SCL reactivity): $p < .05$ (sharper decline in CG than IG only in teacher-rated externalizing behavior) IG vs. CG (inhibitory control and RSA): $p > .05$ Predictors: group leaders' clinical skills, children's degree of negative behavior within sessions, group leaders' task orientation, children's in-session positive behaviors: IG: (children's negative and positive behavior and group leaders' task orientation): $p > .05$ IG: (group leaders' clinical skills): $p < .05$ (children with clinically skillful group leaders had greater declines only in teacher-rated externalizing behavior)
Lui et al. (2019). A Short-Term Intervention for Adolescents with Callous-Unemotional Traits and Emotion-Processing Deficits	- adolescents with CU traits - $n = 28$ (IG), $n = 28$ (CG) - <i>male</i>: 83.9 % (for total N) - <i>age</i>: $M = 16.54$, $SD = 0.57$ (for total N)	emotion-processing skills training + treatment as usual	treatment as usual	UNSW Task [youth, post]: group effect: $p > .05$ time effect: $d = 0.63$, $p < .001$ UNSW Task [youth, 6-week]: group effect: $p > .05$ time effect: $p > .05$ APT Task [youth, post]: group effect: $p < .05$ time effect: $d = 0.30$, $p = .03$ APT Task [youth, 6-week]: group effect: $p < .05$ time effect: $p > .05$ BES [youth, post]: group effect: $p < .05$ time effect: $d = -0.39$, $p = .01$

				BES [youth, 6-week]: group effect: $p < .05$ time effect: $d = -0.58, p < .001$ BES [youth and parent, 12-week]: group effect: $p > .05$ time effect: $p > .05$ PTM-R [youth, post]: group effect: $p > .05$ time effect: $p > .05$ PTM-R [youth, 6-week]: group effect: $p < .05$ time effect: $d = -0.46, p = .003$ PTM-R [youth, 12-week]: group effect: $p > .05$ time effect: $p > .05$ YSR: social and externalizing problems [youth, 6-week]: group effect: $p > .05$ time effect (social problems): $d = -0.29, p < .05$ time effect (externalizing problems): $d = -0.56, p < .001$ YSR: social and externalizing problems [youth, 12-week]: group effect: $p > .05$ time effect (social problems): $p > .05$ time effect (externalizing problems): $d = -0.86, p < .001$ CBCL: social and externalizing problems [parent, 12-week]: group effect (externalizing problems): $p < .05$
--	--	--	--	---

				time effect (social problems): $d = -0.76, p < .001$ time effect (externalizing problems): $d = -0.75, p = .001$ ICU [youth, post]: group effect: $p > .05$ ICU [youth, 6-week]: group effect: $p < .05$ ICU [youth, 12-week]: group effect: $p > .05$ time effect: $p < .001$ ICU [parent, 12-week]: group effect: $p < .05$ time effect: $d = -1.31, p < .001$
Morshed et al. (2019). A Comparative Study on the Effectiveness of Individual and Group Play Therapy on Symptoms of Oppositional Defiant Disorder among Children	- children with ODD - $n = 15$ (IG 1) $n = 15$ (IG 2), $n = 15$ (CG) - <i>male</i>: 53.33 % (IG 1), 46.67 % (IG 2), 66.67 % (CG) - <i>age</i>: $M = 7.6, SD = 1.76$ (IG 1), $M = 7.4, SD = 1.45$ (IG 2), $M = 7.4, SD = 1.54$ (CG)	play therapy - IG 1: individual - IG 2: group	unknown	CBCL: behavioral and emotional problems [parent, post]: group effect: $p < .001$ IG 1 vs. IG 2: $p = .013$ IG 1 vs. CG: $p < .001$ IG 2 vs. CG: $p < .001$ CBCL: behavioral and emotional problems [parent, 2-month]: group effect: $p < .001$ IG 1 vs. IG 2: $p > .05$ IG 1 vs. CG: $p < .001$ IG 2 vs. CG: $p < .001$ TRF: behavioral and emotional problems [teacher, post and 2-month]: group effect: $p < .001$ IG 1 vs. IG 2: $p > .05$

				IG 1 vs. CG: $p < .001$ IG 2 vs. CG: $p < .001$
Nayeri et al. (2021). A randomized controlled trial of group reality therapy in attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in adolescents	- adolescents diagnosed with ODD and ADHD - $n = 40$ (total N) - <i>male</i>: 65 % (IG and CG) - <i>age</i>: $M = 13.75$, $SD = 1.88$ (IG), $M = 13.90$, $SD = 1.80$ (CG)	group reality therapy	Unstructured sessions with a supportive approach	Conners: total [parent, post]: group effect: $p < .001$ Conners: total [parent, 10-week]: group effect: $p = .008$ SDQ: conduct, total, prosocial and impact [parent, post]: group effect (conduct): $p < .001$ group effect (total): $p > .05$ group effect (prosocial): $p = .004$ group effect (impact): $p = .002$ SDQ: conduct, total, prosocial and impact [parent, 10-week]: group effect: $p > .05$ except for prosocial ($p = .014$) DASS-21: total [youth, post and 10-week]: group effect: $p < .001$
Nijhof et al. (2021). The Role of Perspective Taking and Self-Control in a Preventive Intervention Targeting Childhood Disruptive Behavior	- at-risk children with symptoms of antisocial behavior - $n = 70$ (IG), $n = 103$ (CG) - <i>male</i>: 79 % (for total N) - <i>age</i>: $M = 10.27$, $SD = 1.19$ (for total N)	manualized cognitive behavioral treatment	waitlist	SCST: total [post]: group effect: $p > .05$ SCRS: total [teacher, post]: group effect: $d = 0.23$, $p = .048$
Njardvik et al. (2022). The Effects of Emotion Regulation Treatment on Disruptive Behavior Problems in Children: A	- children with disruptive behavior problems at school - $n = 71$ (IG), $n = 71$ (CG) - <i>male</i>: 82.1 % (IG), 86.2 % (CG) - <i>age</i>: $M = 8.65$, $SD = 1.10$ (IG), $M = 8.61$, $SD = 1.11$ (CG)	cognitive behavioral program	waitlist	SDQ: conduct [teacher, post]: time effect: $p < .01$ group effect: $p > .05$ time x group: $p < .01$ SDQ: conduct [parent, post]:

Randomized Controlled Trial				time effect: $p < .01$ group effect: $p > .05$ time x group: $p > .05$ DBRS [teacher, post]: time effect: $p < .001$ group effect: $p > .05$ time x group: $p < .01$ DBRS [parent, post]: time effect: $p < .001$ group effect: $p > .05$ time x group: $p > .05$ for within-group effects: see article
Pereira et al. (2020). Effectiveness of a combined surf and psychological preventive intervention with children and adolescents in residential childcare: A randomized controlled trial	- youth living in residential care - $n = 45$ (IG), $n = 44$ (CG) - <i>male</i> : 68.9 % (IG), 47.7 % (CG) - <i>age</i> : $M = 13.64$, $SD = 2.89$ (IG), $M = 14.02$, $SD = 2.29$ (CG)	intervention that combines surfing with psychological intervention	waitlist	ERQ-CA [youth, post]: time x group: $p > .05$ SDQ: prosocial [youth, post]: time x group: $p > .05$ SDQ: prosocial [caregiver, post]: time x group: $d = 0.97$, $p < .001$
Ramdhonee-Dowlot et al. (2021). Effectiveness of the Super Skills for Life programme in enhancing the emotional wellbeing of children and	- children and adolescents with emotional problems in residential care institutions - $n = 50$ (IG), $n = 50$ (CG) - <i>male</i> : 26 % (IG), 22 % (CG) - <i>age</i> : $M = 11.75$, $SD = 1.97$ (for total N)	manualised cognitive behavioural therapy	waitlist	SDQ: conduct problems and prosocial behaviour [child, post]: group effect (conduct): partial eta-squared = 0.31, $p < .001$ group effect (prosocial): partial eta-squared = 0.30, $p < .001$ SDQ: conduct problems and prosocial behaviour [child, 3-month]:

adolescents in residential care institutions in a low- and middle-income country: A randomised waitlist-controlled trial				group effect (conduct): partial eta-squared = 0.38, $p < .001$ group effect (prosocial): partial eta-squared = 0.22, $p < .001$
Ren et al. (2021). Modification of hostile interpretation bias and self-reported aggression in juvenile delinquents: A randomized controlled trial	- male juvenile delinquents - $n = 28$ (IG), $n = 28$ (CG) - <i>male</i> : 100 % (IG and CG) - <i>age</i> : $M = 17.52$, $SD = 0.75$ (IG), $M = 17.56$, $SD = 0.58$ (CG)	cognitive bias modification for interpretation	waitlist	AQ: total, physical aggression, verbal aggression, anger, hostility and self-directed aggression [youth, post]: time effect: $p > .05$ group effect: $p > .05$ time x group: $p > .05$ AIHQ: blame, aggression and hostile bias score [youth, post]: time effect: $p > .05$ group effect: $p > .05$ except for hostile ($p < .05$) time x group: $p > .05$ WSAP: positive and hostile interpretation [youth, post]: time effect: $p > .05$ group effect: $p > .05$ time x group: $p < .01$ Predictors: education, group, baseline WSAP hostile, group x baseline WSAP hostile: predictor effect: $p > .05$ except for group x baseline WSAP hostile ($p = .024$; for participants with a high level of baseline hostile interpretation on the WSAP, the AQ physical aggression was significantly smaller in the IG than that of the CG)
Roux et al. (2021). A Mindfulness-Based Intervention for	- adolescents living in a residential service with externalizing symptoms	- IG 1: mindfulness-based	treatment as usual	SNAP-IV: oppositional behaviors [institution educators, after the first 6 sessions]: time effect: $p < .05$

Adolescents with Behavior Disorders: Controlled Trial with Partial Randomization	- $n = 55$ (IG 1), $n = 45$ (IG 2), $n = 41$ (CG) - <i>male</i>: 66.7 % (for total N) - <i>age</i>: $M = 14.05$, $SD = 1.87$ (for total N)	- intervention + treatment as usual - IG 2: health psychoeducation + treatment as usual	- group effect: $p > .05$ - time x group: $p > .05$ - gender: $p < .05$ - medication: $p < .05$ - time x group x gender: $p > .05$ - time x group x medication: $p > .05$ CBCL: externalizing and internalizing behavior [institution educators, after the first 6 sessions]: - time effect (externalizing behavior): $p < .05$ - time effect (internalizing behavior): $p > .05$ - group effect: $p > .05$ - time x group: $p > .05$ - gender (externalizing): $p < .05$ - gender (internalizing): $p > .05$ - medication (externalizing): $p < .05$ - medication (internalizing): $p > .05$ - time x group x gender (externalizing): $p < .05$ - time x group x gender (internalizing): $p > .05$ - time x group x medication: $p > .05$ CAMM [youth, end of program]: - time effect: $p = .005$ - group effect: $p > .05$ - time x group: $p > .05$ - gender: $p > .05$ - medication: $p < .05$ - time x group x gender: $p > .05$ - time x group x medication: $p > .05$ The Lottery Task [youth, end of program]: - time effect: $p > .05$ - group effect: $p > .05$
---	---	--	--

				time x group: $p > .05$ gender: $p > .05$ medication: $p > .05$ time x group x gender: $p > .05$ time x group x medication: $p > .05$ Predictors: intercept, age, gender, MDI-C, UPPS-P, CAMM, d2-R, CBCL: internalizing and externalizing, SNAP-IV: inattention, hyperactivity and oppositional behaviors: IG 1 and IG 2: $p > .05$ CG (outcome: externalizing symptoms): $p > .05$ except for oppositional behaviors ($p < .01$) CG (outcome: internalizing symptoms): $p > .05$ except for CAMM, internalizing and hyperactivity ($p < .05$) CG (outcome: attentional level): $p > .05$ except for externalizing ($p < .01$) and oppositional behaviors ($p < .05$)
Saba et al. (2023). Effects of Animated Movies on the Aggression and Behavior Performance of Primary School Students and Their Control Using a Cognitive Behavioral Anger-Control Training (CBACT) Program	- aggressive students - $n = 23$ (IG), $n = 23$ (CG) - <i>male</i>: unknown - <i>age</i>: range: 7-9 (for total N)	cognitive behavioral anger-control training	playing games in a group	AQ: anger, physical and verbal aggression, hostility [child, post]: group effect (anger): $\eta^2 = 0.122$, $p < .05$ group effect (physical): $\eta^2 = 0.300$, $p < .05$ group effect (verbal): $p > .05$ group effect (hostility): $\eta^2 = 0.400$, $p < .05$ time x group (anger): $\eta^2 = 0.395$, $p < .05$ time x group (physical): $\eta^2 = 0.800$, $p < .05$ time x group (verbal): $\eta^2 = 0.803$, $p < .05$ time x group (hostility): $\eta^2 = 0.719$, $p < .05$ CBQ: effort control, surgency and negative affectivity [parent, post]: group effect (effort control): $\eta^2 = 0.104$, $p < .05$ group effect (surgency): $p > .05$ group effect (negative affectivity): $\eta^2 = 0.433$, $p < .05$

				time x group (effort control): $\eta^2 = 0.517, p < .05$ time x group (urgency): $\eta^2 = 0.814, p < .05$ time x group (negative affectivity): $\eta^2 = 0.895, p < .05$ for within-group effects: see article
Salzer et al. (2014). Psychodynamic therapy for adolescents suffering from co-morbid disorders of conduct and emotions in an in-patient setting: a randomized controlled trial	- adolescents diagnosed with mixed disorders of conduct and emotions - $n = 32$ (IG), $n = 34$ (CG) - <i>male</i> : 40.6 % (IG), 23.5 % (CG) - <i>age</i> : $M = 16.75, SD = 1.14$ (IG), $M = 16.24, SD = 1.13$ (CG)	manualized psychodynamic therapy	waitlist/treatment as usual	Remission rates [clinician, post]: group effect: $OR = 26.41, p < .001$ SDQ: total [post]: group effect: $d = 0.38, p = .04$ GSI [post]: group effect: $p > .05$ for within-group effects: see article
Schippers et al. (2020). Responsive Aggression Regulation Therapy (Re-ART) Improves Executive Functioning in Adolescents and Young Adults with Severe Aggression Problems: A Pilot Study	- adolescents and young adults with ODD, CD, CD not otherwise specified, or ASPD and who showed severe aggressive behavior - $n = 15$ (IG 1), $n = 11$ (IG 2) - <i>male</i> : 64 % (IG 1), 73 % (IG 2) - <i>age</i> : $M = 17.71, SD = 2.20$ (IG 1), $M = 17.09, SD = 3.51$ (IG 2)	responsive aggression regulation therapy - IG 1: compact - IG 2: complete	-	RAF MH: violent recidivism [clinician, post]: group effect: $d = -2.13, p < .001$ BRIEF-A: inhibition, flexibility and emotion regulation [youth, post]: group effect: $p > .05$ Re-ART List: self-control [clinician and youth, post]: group effect: $p > .05$ for within-group effects: see article
Schleider et al. (2020). Randomized trial of a single-session growth mindset intervention for rural adolescents' internalizing and externalizing problems	- 10th grade girls from rural, low-income high schools - $n = 115$ (IG), $n = 107$ (CG) - <i>male</i> : 0 % (IG and CG) - <i>age</i> : $M = 15.2, SD = 0.5$ (IG), $M = 15.3, SD = 0.5$ (CG)	Computerized single session "growth mindset" intervention	health education and relationship training	Conduct problem behaviors [youth, 4-month]: time effect: $p = .014$ group effect: $p > .05$ time x group: $p > .05$

Schuermans et al. (2023). The effectiveness of game-based meditation therapy for traumatized adolescents in residential care: a randomized controlled trial	- traumatized adolescents in residential care - $n = 37$ (IG), $n = 40$ (CG) - <i>male</i>: 60.53 % (IG), 56.41 % (CG) - <i>age</i>: $M = 14.93$, $SD = 2.63$ (IG), $M = 15.31$, $SD = 1.91$ (CG)	game-based meditation application	treatment as usual	RPQ: reactive and proactive aggression [youth, post]: group effect (reactive): partial eta-squared = 0.06, $p = .039$ group effect (proactive): partial eta-squared = .08, $p = .012$ RPQ: reactive and proactive aggression [youth, 2-month]: group effect: $p > .05$ PRPA: reactive and proactive aggression [caregiver, post and 2-month]: group effect: $p > .05$
Singh (2017). Altering the way adolescents attribute negative ambiguous social encounters: a social-cognitive intervention for reducing aggression	- participants scoring high on aggression - $n = 63$ (IG), $n = 63$ (CG) - <i>male</i>: 51 % (IG), 60 % (CG) - <i>age</i>: $M = 13.39$, $SD = 0.92$ (IG), $M = 13.40$, $SD = 0.80$ (CG)	social cognitive intervention	time management and career selection were discussed	AQ: anger, physical aggression, hostility, verbal and total aggression [youth, post]: group effect (anger): partial eta-squared = 0.066, $p = .004$ group effect (physical): partial eta-squared = 0.209, $p < .001$ group effect (hostility): $p > .05$ group effect (verbal): partial eta-squared = 0.108, $p < .001$ group effect (total): partial eta-squared = 0.188, $p < .001$ HAIE [youth, post]: group effect: partial eta-squared = 0.204, $p < .001$ for within-group effects: see article
Stadler et al. (2023). START NOW: a cognitive behavioral skills training for adolescent girls with conduct or oppositional defiant disorder - a randomized clinical trial	- female adolescents with CD or ODD - $n = 72$ (IG), $n = 55$ (CG) - <i>male</i>: 0 % (IG and CG) - <i>age</i>: $M = 15.9$, $SD = 1.4$ (IG), $M = 15.1$, $SD = 1.5$ (CG)	cognitive-behavioral, dialectical behavior therapy-oriented skills training + treatment as usual	treatment as usual	K-SADS: number of symptoms CD/ODD [youth and social worker, post]: group effect: $p > .05$ YSR: externalizing and internalizing [youth, post]: group effect: $p > .05$ ARI: total [parent, post]: group effect: Hedge's $g = -0.572$, $p < .05$

				ARI: total [youth, post]: group effect: $p > .05$ DERS: total [youth, post]: group effect: $p > .05$ MOAS: aggression [social worker, post]: group effect: Hedge's $g = -0.65$, $p < .05$ BMSLSS: total [youth, post]: group effect: $p > .05$
te Brinke et al. (2021). Emotion regulation training as a treatment element for externalizing problems in adolescence: A randomized controlled micro-trial	- adolescents with elevated externalizing problems - $n = 31$ (IG 1) $n = 26$ (IG 2), $n = 51$ (CG) - <i>male</i>: 74.20 % (IG 1), 69.20 % (IG 2), 70.60 % (CG) - <i>age</i>: $M = 13.87$, $SD = 1.02$ (IG 1), $M = 13.65$, $SD = 1.16$ (IG 2), $M = 13.53$, $SD = 1.12$ (CG)	emotion regulation training with a cognitive or behavioral approach in alternated sequences - IG 1: Think-Act sequence - IG 2: Act-Think sequence	care as usual	YSR: externalizing scale [youth, mid]: IG 1 vs. IG 2: $p > .05$ YSR: externalizing scale [youth, post]: IG (both) vs. CG: $d = 0.27$, $p = .026$ IG 1 vs. IG 2 (T2 to T3): $d = 0.33$, $p = .005$ IG 1 vs. IG 2 (T1 to T3): $p > .05$ TRF: externalizing scale [teacher, mid]: IG 1 vs. IG 2: $p > .05$ TRF: externalizing scale [teacher, post]: IG (both) vs. CG: $p > .05$ IG 1 vs. IG 2 (T2 to T3): $p > .05$ IG 1 vs. IG 2 (T1 to T3): $p > .05$ CBCL: externalizing scale [parent, mid]: IG 1 vs. IG 2: $p > .05$ CBCL: externalizing scale [parent, post]: IG (both) vs. CG: $p > .05$ IG 1 vs. IG 2 (T2 to T3): $p > .05$

				IG 1 vs. IG 2 (T1 to T3): $p > .05$ DERS [youth, mid]: IG 1 vs. IG 2: $p > .05$ DERS [youth, post]: IG (both) vs. CG: $p > .05$ IG 1 vs. IG 2 (T2 to T3): $p > .05$ IG 1 vs. IG 2 (T1 to T3): $p > .05$ FEEL-KJ: adaptive and maladaptive emotion regulation strategies [youth, mid]: IG 1 vs. IG 2: $p > .05$ FEEL-KJ: adaptive and maladaptive emotion regulation strategies [youth, post]: IG (both) vs. CG (adaptive): $d = 0.32, p = .011$ IG (both) vs. CG (maladaptive): $p > .05$ IG 1 vs. IG 2 (T2 to T3): $p > .05$ IG 1 vs. IG 2 (T1 to T3): $p > .05$
Umbach et al. (2018). Cognitive Decline as a Result of Incarceration and the Effects of a CBT/MT Intervention: A Cluster-Randomized Controlled Trial	- incarcerated males - $n = 109$ (IG), $n = 88$ (CG) - <i>male</i>: 100 % (IG and CG) - <i>age</i>: $M = 17.52, SD = 0.69$ (IG), $M = 17.40, SD = 0.71$ (CG)	cognitive behavioral therapy/ mindfulness training	cognitive-perception intervention and sexual-risk reduction intervention	Emotional go-/no-go task: emotion regulation [21-weeks]: time: eta-squared = 0.03, $p = .018$ time x group: $p > .05$ within-group (IG): $p > .05$ within-group (CG): $d = 0.32, p = .005$ Covariates: WRAT-4, YSR and duration of time between baseline and follow-up: main and interaction effects: $p > .05$ for within-group effects: see article

Reviews					
Publication	Number of included studies ²⁷	Population	Intervention	Comparison	Outcome
Beelmann et al. (2021). A Comprehensive Meta-Analysis of Randomized Evaluations of the Effect of Child Social Skills Training on Antisocial Development	selective: $k = 29$ indicated: $k = 54$	- selective: at-risk youth - indicated: youth with CD or ODD - $n = 31114$ - <i>male</i> : range: 41 %-80 % - <i>age</i> : range: 0-18	child social skills training in group and less often individually	untreated, waitlist, attention groups, treatment as usual	Aggression, disruptive behavior and delinquency: universal: weighted mean $ES = 0.11 \pm 0.12$ selective: weighted mean $ES = 0.08 \pm 0.15$ indicated: weighted mean $ES = 0.49 \pm 0.13$ age: up to 6: weighted mean $ES = 0.15 \pm 0.18$ 6.1-8.9: weighted mean $ES = 0.09 \pm 0.18$ 9-10: weighted mean $ES = 0.44 \pm 0.18$ 10.1-13.9: weighted mean $ES = 0.22 \pm 0.16$ 14-17.5: weighted mean $ES = 0.62 \pm 0.32$
Boldrini et al. (2023). Systematic Review and Meta-analysis: Psychosocial Treatments for Disruptive Behavior Symptoms and Disorders in Adolescence	$k = 17$	- adolescents affected by a DBD (CD or ODD) or showing externalizing symptoms - $n = 1954$ - <i>male</i> : 61 % - <i>age</i> : $M = 14.09$, $SD = 1.33$	psychosocial interventions	active non-psychosocial or no intervention, treatment as usual, waitlist	Externalizing behavior [12-week]: treatment effect: $SMD = -0.968$, $p < .001$ Externalizing behavior [8-month]: treatment effect: $p > .05$ Sensitivity analyses with disorders according to structured criteria: treatment effect: $SMD = -0.803$, $p < .001$ Moderators: type of intervention, format of intervention, theoretical background, control group, age, male sex and duration treatment effect: $p < .05$ except for individual therapy, age and sex

²⁷ k: studies, which are included in the review/meta-analysis and matched the inclusion criteria for the project

Byrne et al. (2023). Acceptance and Commitment Therapy for Anger, Irritability, and Aggression in Children, Adolescents, and Young Adults: A Systematic Review of Intervention Studies	$k = 5$	- children, adolescents, or young adults with difficulties related to aggression, hostility, violence, and/or irritability - $n = 86$ - <i>male</i>: range: 67 %-100 % - <i>age</i>: range: 5-18	acceptance and commitment therapy	active treatment, cognitive-behavioral therapy, control group, two studies were case studies	Anger and aggression: Some evidence suggests that the group intervention may be effective in reducing self-report measures of anger, but no firm conclusions can be drawn from the extant literature due to the heterogeneous nature of the studies, and limited information about ACT protocols and treatment delivery.
Castillo-Eito et al. (2020). How can adolescent aggression be reduced? A multi-level meta-analysis	$k = 52$	- young people at greater risk of being aggressive - $n = 111151$ - <i>male</i>: 60 % - <i>age</i>: $M = 13.36$, $SD =$ unknown	diverse	no treatment, waitlist, treatment as usual or attention control group	Actual or threatened physical aggression against peers: treatment effect: $d = 0.28$, $p < .05$ Moderator: number of behaviour change techniques: moderator effect: $p > .05$
Ensafdar et al. (2019). Efficacy of different versions of Aggression Replacement Training (ART): A review	$k = 10$	- participants with a history of aggressive, violent, or criminal behavior - $n = 2372$ - <i>male</i>: range: 35 %-100 % - <i>age</i>: range: 6-20	aggression replacement training	control group in 4 studies	Aggressive behavior: All 8 studies examining aggressive behavior found that the intervention was successful. Social skills: 5 studies reported significant improvements, 2 studies did not find differences in post-intervention social skills between intervention and control-groups. Anger control: 2 studies reported significant improvements.
Epstein et al. (2015). Psychosocial Interventions for Child	$k = 66$	- children exhibiting disruptive behaviors as a primary problem - $n = 6305$	psychosocial interventions (child component,	treatment as usual	Child disruptive behaviors [parent]: treatment effect: $p < .05$ Moderator: age:

Disruptive Behaviors: A Meta-analysis		- <i>male</i>: 72.94 % - <i>age</i>: $M = 8.21$, $SD =$ unknown	parent component, multicomponent)		moderator effect: $p < .05$
Granski et al. (2020). A Meta-Analysis of Program Characteristics for Youth with Disruptive Behavior Problems: The Moderating Role of Program Format and Youth Gender	selective: $k = 7$ indicated: $k = 17$	selective: - at risk of disruptive behavior problems - $n = 5894$ - <i>male</i>: range: 0 %-55 % - <i>age</i>: range: $M = 8.5$-16.8 indicated: - children experiencing symptoms of disruptive behavior problems - $n = 4372$ - <i>male</i>: range: 0 %-75 % - <i>age</i>: range: $M = 8.69$-16	selective: cognitive skills training, behavior modification indicated: cognitive skills training, behavior modification, family systems	alternative treatment group, no treatment	Disruptive behavior problems: treatment effect: $g = 0.33$ Moderators: population: universal: $g = 0.17$, selective: $g = 0.37$, indicated: $g = 0.40$; indicated > universal: $p < .001$; selective > universal: $p < .001$; selective vs. indicated: $p > .05$; sex: universal and indicated: $p > .05$, selective: $p = .001$ (boys > girls) age: 11 and younger: $g = 0.52$, 12 and older: $g = 0.18$; 11 and younger > youth 12 and older: $p < .001$ program format: multimodal: $g = 0.45$, group: $g = 0.39$, individual: $g = 0.12$; multimodal > group and individual: $p < .001$; individual < group and multimodal: $p < .001$; sex: group: $p < .05$ (boys > girls), multimodal and individual: $p > .05$ program type: cognitive skills training: $g = 0.78$, family systems: $g = 0.89$, behavioral modification: $g = 0.13$; cognitive vs. family: $p > .05$; behavioral < cognitive: $p < .01$; behavioral < family: $p < .01$; sex: cognitive: $p = .001$ (boys > girls), family and behavioral: $p > .05$ program lengths: $p < .01$ study design: experimental: $g = 0.45$, quasi-experimental: $g = 0.38$, non-experimental: $g = 0.13$; experimental > quasi-experimental and non-experimental: $p < .001$; sex: experimental: $p < .05$ (boys > girls), quasi-experimental and non-experimental: $p > .05$ post vs. follow-up effects: post: $g = 0.36$, follow-up: $g = 0.12$; post > follow-up: $p < .01$

Hoogsteder et al. (2022). A Meta-Analysis of the Effectiveness of EMDR and TF-CBT in Reducing Trauma Symptoms and Externalizing Behavior Problems in Adolescents	$k = 8$	- adolescents who had trauma symptoms or (partial) PTSD and externalizing behavior problems at the start of treatment - $n = 566$ - <i>male</i>: 35.99 % - <i>age</i>: $M = 13.01$, $SD = 1.59$	trauma-focused cognitive behavioral therapy and eye movement desensitization reprocessing	waitlist with routine care or no treatment, non-directive supportive therapy, non-trauma based psychosocial intervention	Externalizing behavior problems and trauma symptoms: treatment effect: $d = 0.909$, $p < .001$ Intervention characteristics: treatment outcome, intervention type, treatment intensity, group component, parental involvement, adolescent age and sex, follow up, type control group, informant, inclusion drop-outs, publication year and impact factor: moderator effect (treatment outcome on trauma symptoms): $d = 1.123$, $p < .001$ moderator effect (treatment outcome on externalizing problems): $d = 0.666$, $p < .001$ moderator effect (age): $d = 0.741$, $p < .001$ moderator effect (type control group): no treatment: $d = 1.694$, $p < .001$; treatment as usual: $p > .05$ moderator effect (all other moderators): $p > .05$
Hoogsteder et al. (2023). A Multilevel Meta-Analysis on the Effect of Mindfulness-Based Interventions in Reducing Externalizing Problem Behavior in Adolescents	$k = 14$	- adolescents with externalizing problem behavior - $n = 848$ - <i>male</i>: 100 % in in 82.63 % of studies - <i>age</i>: $M = 16.83$, $SD = 1.81$	mindfulness-based interventions	treatment as usual, waitlist, cognitive behavioral therapy, no treatment	Externalizing problem behavior (e.g., aggression, anger, ODD): treatment effect: $d = 0.99$, $p < .001$ Moderators: outcome measures, setting, treatment intensity, combined treatment, parental involvement, age, sex (% boys), independence, control group type, program integrity indication, type of research design, informant, inclusion of dropouts, year of publication and impact factor: moderator effect: $p > .05$
Merged studies: (1) Kaminski et al. (2017). Evidence Base Update for Psychosocial Treatments for	(1) $k = 64$ (2) $k = 44$	- children with DBDs - range: $n = 2$ to $n = 379$ - <i>male</i>: 43 % and higher - <i>age</i>: ≤ 12	psychosocial treatments	no treatment or treatment as usual,	Disruptive behavior: (1) well-established: group parent behavior therapy; individual parent behavior therapy with child participation ES range: -3.68 to 0.02 probably efficacious: group parent behavior therapy + group child behavior therapy; group parent behavior

Disruptive Behaviors in Children (2) Kaminski et al. (2024). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Disruptive Behaviors in Children: Update				attention control	therapy with child participation + family problem-solving training; group parent behavior therapy with child participation; individual parent behavior therapy; individual parent behavior therapy with child participation + individual child behavior therapy with parent participation + teacher training; self-directed parent behavior therapy; group child behavior therapy; group child behavior therapy + teacher training; individual child behavior therapy; individual child behavior therapy with parent participation; group parent-focused therapy; individual child-entered play therapy ES range: -0.96 to 0.03 possibly efficacious: group parent behavior therapy + individual parent behavior therapy with child participation + group child behavior therapy + individual child behavior therapy; group parent behavior therapy + group parent-focused therapy; group parent behavior therapy + teacher training + group child behavior therapy; group parent behavior therapy + teacher training; individual parent behavior therapy with child participation + addressing parental mental health needs; group child behavior therapy + individual child behavior therapy; teacher training ES range: -1.00 to -0.34 experimental: family problem-solving training (2) well-established: group parent behavior therapy; individual parent behavior therapy with child participation; group parent behavior therapy + group child behavior therapy ES range: -3.68 to 0.02 probably efficacious: group parent behavior therapy with child participation + group child behavior therapy + child academic curriculum; group parent behavior therapy with
---	--	--	--	--------------------------	--

					child participation + family problem-solving training; group parent behavior therapy with child participation; group parent behavior therapy + teacher training + group child behavior therapy; individual parent behavior therapy; phone/video-based individual parent behavior therapy; individual parent behavior therapy with child participation + individual child behavior therapy with parent participation + teacher training; individual child behavior therapy; individual child behavior therapy with parent participation; group parent-focused therapy; group child-centered play therapy; individual child-centered play therapy ES range: -1.80 to -0.10 possibly efficacious: group parent behavior therapy + individual parent behavior therapy with child participation + group child behavior therapy + individual child behavior therapy; group parent behavior therapy + group parent-focused therapy; group parent behavior therapy + teacher training; individual parent behavior therapy with child participation + addressing parental mental health needs; group child behavior therapy + individual child behavior therapy; group child behavior therapy + group parent-focused therapy + teacher training; teacher training ES range: -1.00 to -0.34 experimental: family problem-solving training
Kuhn et al. (2022). Effectiveness of Child-Focused Interventions for Externalizing Behavior: a Rapid Evidence Review	selective: $k = 3$ indicated: $k = 17$	selective: - children with police contact or CBCL delinquency T-score > 70, children experiencing school adjustment difficulties, children	cognitive behavioral therapy, social skills interventions, non-directive/	waitlist, treatment as usual, active control groups	Externalizing problems: Child-only social skills and child-only cognitive behavioral therapy performed equally to behavior management training when compared independently.

		receiving special education services - <i>n</i> = 122 - <i>male</i> : unknown - <i>age</i> : ≤ 12 indicated: - children with CD, DBD or ODD, externalizing problems, anger episodes, orphans with clinical or borderline behavior concern - <i>n</i> = 1653 - <i>male</i> : 0-100 % - <i>age</i> : ≤ 12	play approaches		
McClure. (2017). Investigation of CASEL SElect Programs with Minority Students From High-Poverty Communities	<i>k</i> = 20	- minority students living in high-poverty communities - <i>n</i> = unknown - <i>male</i> : mostly 50 % - <i>age</i> : range: 4-16	social emotional learning programs	unknown	Prosocial outcomes: treatment effect: <i>g</i> = 0.186, <i>p</i> < .003 Conduct problem outcomes: treatment effect: <i>g</i> = -0.184, <i>p</i> < .001
Olaghere et al. (2021). Trauma-informed interventions for at-risk and justice-involved youth: A meta-analysis	<i>k</i> = 29	- at-risk and justice-involved youth - <i>n</i> = unknown - <i>male</i> : unknown - <i>age</i> : <i>M</i> = 12.44, <i>SD</i> = 3.25 (at-risk youth), <i>M</i> = 16.24, <i>SD</i> = 1.18 (justice-involved)	cognitive processing therapy, social work, trauma affect regulation	no treatment, other treatment, waitlist, treatment as usual	Problem behaviors: treatment effect: <i>g</i> = 0.39, <i>p</i> = .002
Parker et al. (2021). Exploring the Impact of Child-Centered Play	<i>k</i> = 23	- children referred to treatment for disruptive behaviors, or scoring in	child centered play therapy	no treatment, treatment	Externalizing behaviors: play vs. no treatment: <i>ES</i> = -0.34, <i>p</i> < .01 play vs. alternative treatment: <i>ES</i> = -0.56, <i>p</i> < .01

Therapy for Children Exhibiting Behavioral Problems: A Meta-Analysis		clinical cutoffs on established behavior problem measures - <i>n</i> = 904 - <i>male</i> : 55 % - <i>age</i> : range: 3;0-11;11		as usual, alternative treatment	Overall problem behaviors: play vs. no treatment: <i>ES</i> = -0.48, <i>p</i> < .01 Aggressive behaviors: play vs. no treatment: <i>p</i> > .05
Pilling et al. (2020). Long-term outcomes of psychological interventions on children and young people's mental health: A systematic review and meta-analysis	<i>k</i> = 44	- youth with CD - <i>n</i> = 7728 - <i>male</i> : unknown - <i>age</i> : range: 4-18	individual and group CBT, family-based, parenting training, psychotherapy, multiple interventions	active control interventions, attentional, treatment as usual	Conduct disorder [12-month]: treatment effect: <i>g</i> = 0.234, <i>p</i> < .001 Moderator: modality [post]: moderator effect: <i>p</i> > .05
Riise et al. (2021). Cognitive behavior therapy for externalizing disorders in children and adolescents in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis	<i>k</i> = 28	- children and adolescents diagnosed with CD or ODD, referred for treatment through usual clinical routes - <i>n</i> = 2774 - <i>male</i> : 77.3 % - <i>age</i> : <i>M</i> = 7.9, <i>SD</i> = unknown	cognitive or behavior therapy	other or no treatment	CD/ODD [post]: within-group effect: <i>g</i> = 0.98, <i>p</i> < .0001 rates of remission: 47.6 % CD/ODD [11.3-month]: within-group effect: <i>g</i> = 1.06, <i>p</i> < .0001 rates of remission: 56.8 % Target of treatment: child: treatment effect: <i>g</i> = 0.82 rates of remission: 32.4 %
van der Stouwe et al. (2021). The effectiveness of social skills training (SST) for	<i>k</i> = 28	- juvenile offenders - <i>n</i> = 3124 - <i>male</i> : unknown - <i>age</i> : range: 12-18	social skills training	no or placebo treatment, alternative treatment	Externalizing problems: treatment effect: <i>p</i> > .05 Social skills:

juvenile delinquents: a meta-analytical review					treatment effect (comparison: no treatment/placebo): $d = 0.54, p < .05$ treatment effect (comparison: alternative treatments): $p > .05$ Moderators: country, study quality, age, proportion male, proportion ethnic minority, setting, treatment group size, informant and outcome type: moderator effect: $p > .05$ except for country and informant ($p < .05$)
Waxmonsky et al. (2021). A Review of the Evidence Base for Psychosocial Interventions for the Treatment of Emotion Dysregulation in Children and Adolescents	$k = 18$	- children with emotion dysregulation - mean $n = 104$ - <i>male</i>: 66 % - <i>age</i>: $M = 7.8, SD =$ unknown	parent management training, social-emotional training, cognitive behavioral therapy	no control group, treatment as usual, active treatment	Emotion regulation, reactivity and recognition [post]: improvements in all 3 domains across different treatment modalities; emotion regulation and reactivity: improvements for social emotional training, parent management training and cognitive behavioral therapy; emotion recognition: improvements for social-emotional training Emotion regulation, reactivity and recognition [follow-up]: treatment effects were typically maintained
Weber et al. (2018). Gruppentherapie bei Kindern und Jugendlichen mit aggressivem Verhalten	$k = 8$	- Kinder und Jugendliche mit einer Diagnose der Störung des Sozialverhaltens - $n =$ unbekannt - <i>male</i>: unbekannt - <i>age</i>: Spanne: 5-19	Gruppen- trainings	Warteliste	Aggressives und regelverletzendes Verhalten [Eltern- und Lehrkraft-Urteil, post]: BAGHIRA Training: signifikante Verringerung im Vergleich zu einer nichtbehandelten Kontrollgruppe (mittlere ES); Effekte auf das aggressive Verhalten fielen höher aus als auf das regelverletzende Verhalten Coping Power Program: positive Effekte auf proaktives und reaktives aggressives Verhalten Training mit aggressiven Kindern: Reduktion von aggressiven Verhalten

					Group Treatment for Reactive Aggressors: positive Effekte auf reaktive Aggression GIRLSS Programm: positive Effekte auf die relationale Aggressionsform Oppositionell-aggressives Verhalten [Elternurteil, post]: Verhaltenstherapeutisches Intensivtraining zur Reduktion von Aggression: signifikante Reduktion in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe Aggressives, regelverletzendes und oppositionell-aggressives Verhalten [Eltern- und/oder Lehrkrafturteil, follow-up]: BAGHIRA Training [6 Monate]: Effekte blieben stabil Coping Power Program [3 Jahre]: Effekte blieben stabil Training mit aggressiven Kindern [6 Monate]: zumindest im Elternurteil blieben Effekte stabil Group Treatment for Reactive Aggressors [2 Jahre]: Effekte bleiben stabil Empathy Training [3 Monate]: Effekte zeigen sich erst im 3-Monats-Follow-Up Empathiefähigkeit [Selbsturteil, post]: BAGHIRA Training: positiver Effekt Empathy Training: empathisches Verhalten gesteigert (kein Effekt in der Kontrollgruppe) Empathiefähigkeit [Selbsturteil, follow-up]: Empathy Training [2 Monate]: Effekte blieben stabil Mobbing [post]: Empathy Training: verringert (kein Effekt in der Kontrollgruppe)
--	--	--	--	--	---

					Mobbing [follow-up]: Empathy Training [2 Monate]: Effekte blieben stabil Impulsivität [post]: - BAGHIRA Training: kein Effekt - Coping Power Program: positive Effekte - Williams Life Skills Training: Konfliktsituationen werden effektiver gelöst, indem der Impuls, direkt aggressiv zu handeln, verringert wird Impulsivität [follow-up]: Coping Power Program [3 Jahre]: Effekte blieben stabil Emotionale Selbstkontrolle [Selbsturteil, post]: BAGHIRA Training: kein Effekt Ärgerkontrolle und nach innen gerichteter Ärger [post]: Verhaltenstherapeutisches Intensivtraining zur Reduktion von Aggression: positive Effekte Substanzmissbrauch [post]: Coping Power Program: positive Effekte Substanzmissbrauch [post]: Coping Power Program [3 Jahre]: Effekte blieben stabil
--	--	--	--	--	--

Observational studies					
Publication	Study design	Population	Intervention	Comparison	Outcome
Wagner et al. (2004). Wie effektiv sind Interventionen bei	observational study	- Patient:innen mit einer Störung des Sozialverhaltens	stationäre Behandlung	-	SGKJ: Impulsiv: Veränderung < 1: 1.63 %; Veränderung >= 1: 83.7 %

Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens? – Eine Inanspruchnahmestudie		- $n = 355$ [impulsiv], $n = 229$ [emotional], $n = 160$ [dissozial] - <i>male</i> : 89.01 % [impulsiv], 50.22 % [emotional], 68.75 % [dissozial] - <i>age</i> : $M = 10.2$, $SD = 2.8$ [impulsiv], $M = 13.5$, $SD = 2.7$ [emotional], $M = 11.6$, $SD = 3.8$ [dissozial]			Emotional: Veränderung < 1 : 24.0 %; Veränderung ≥ 1 : 76.0 % Dissozial: Veränderung < 1 : 35.6 %; Veränderung ≥ 1 : 64.4 % Verbesserung in Abhängigkeit von der Diagnosegruppe: $p < .001$
---	--	---	--	--	---

Abbreviations and acronyms. IG = intervention group; CG = control group; YSR = Youth-Self-Report; VEQ-A = Victim Empathy Questionnaire for Adolescents (short-term = short-term affective and behavioral consequences of their sexual offense, long-term = possible long-term changes in the victims' lives); STAXI = State-Trait Anger Expression Inventory; VTS = Violence Tendency Scale; IRPA = Instrument for Reactive and Proactive Aggression; CBCL = Child Behavior Checklist; TRF = Teacher Report Form; C-TRF = Caregiver-Teacher Report Form; CTS = Conflict Tactics Scale; ODD = oppositional defiant disorder; CD = conduct disorder; MOAS = Modified Overt Aggression Scale; CMHS = Cook-Medley Hostility Scale; QSB = Questionnaire Social Behavior; BARQ-C = behavioral anger response questionnaire for children; PEDS QL = pediatric quality of life inventory; SRS = Social Responsiveness Scale; NOSI-K = Nijmeegse Ouderlijke Stress Index-K; AAS-C = Appetitive Aggression Scale for Children; ES = effect size; DBDRS = Disruptive Behavior Disorders Rating Scale; CGI = Clinical Global Impressions Scale; RPQ = Reactive-Proactive Aggression Questionnaire; FAVK = Questionnaire for Aggressive Behavior of Children; SCL-DBD = Symptom Checklist for Disruptive Behavior Disorder; SCL-ADHD = Symptom Checklist for Attention Deficit Hyperactivity Disorder; ICU = Inventory of Callous-Unemotional Traits; WFIRS-P-M = modified German version of the Weiss Functional Impairment Rating Scale-Parent Report; KINDL-P = German questionnaire for measuring health-related quality of life in children and adolescents; SPST = Social Problem-Solving Test; DCL-DBD = Diagnostic Checklist for Disruptive Behavior Disorders; NAS-PI = Novaco Anger Scale and Provocation Inventory; AQ = Aggression Questionnaire; PCS = Peer Conflict Scale; PARS = Pediatric Anxiety Rating Scale; SCARED = Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders; CDRS = Children's Depression Rating Scale; CDI = Child Depression Inventory; CGAS = Children's Global Assessment Scale; ARI = Affective Reactivity Index; BPAQ = Buss and Perry Aggression Questionnaire; STAXI-2 = State-Trait Anger Expression Inventory – 2nd Edition; COMT = catechol-O-methyltransferase; SNP = single nucleotide polymorphisms; BASC-2-TRS = Behavioral Assessment System for Children, second edition – Teacher Rating Scale; BASC-2-PRS = Behavioral Assessment System for Children, second edition – Parent Rating Scales; CSI-4 = Child Symptom Inventory-4; KA-SI = Empathy Tendencies Scale-Adolescent Form developed by Kaya and Siyez; CU = callous-unemotional; CC-BPAQ = Chinese College Students' Version of Buss-Perry Aggression Questionnaire; BASC = Behavior Assessment System for Children; SCL = skin conductance level; RSA = respiratory sinus arrhythmia; UNSW = University of New South Wales Facial Emotion Recognition; APT = Affective Perspective-Taking; BES = Basic Empathy Scale; PTM-R = Prosocial Tendencies Measure-Revised; ADHD = attention-deficit hyperactivity disorder; SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire; DASS-21 = 21-Item Depression Anxiety Stress Scale; SCST = Social Cognitive Skills Test; SCRS = Self-Control Rating Scale; DBRS = Disruptive Behavior Rating Scale; ERQ-CA = Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents; AIHQ = Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire; WSAP Word Sentence Association Paradigm-

Hostility; SNAP-IV = Swanson, Nolan, and Pelham Questionnaire – IV; CAMM = Child and Adolescent Mindfulness Measure; MDI-C = Multiscore Depression Inventory for Children; UPPS-P = Impulsive Behavior Scale; d2-R = Focused Attention Test-Revised; CBQ = Children's Behavior Questionnaire; GSI = Global Severity Index; ASPD = anti-social personality disorder; RAF MH = Risk Assessment for outpatient Forensic Mental Health; BRIEF-A = Behavior Rating Inventory of Executive Function – Adult version; Re-ART List = Responsive Aggression Regulation Therapy List; PRPA = Parent-rating scale for Reactive and Proactive Aggression; HAIE = Hostile attribution of intent explorer; K-SADS = Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children; DERS = Difficulties in Emotion Regulation Scale; BMSLSS = Brief Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale; FEEL-KJ = Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen; WRAT-4 = Wide Range Achievement Test; DBD = disruptive behavior disorder; SMD = standardized mean difference; SGKJ = Skala zur Gesamtbeurteilung von Kindern und Jugendlichen.

Kapitel 4.5: Maßnahmen und Interventionen in Bildungseinrichtungen²⁸

Randomized controlled trials				
Publication	Population	Intervention	Comparison	Outcome
Baker-Henningham et al. (2012). Reducing child conduct problems and promoting social skills in a middle-income country: cluster randomised controlled trial	- 3 preschool children from each class with the highest levels of teacher-reported conduct problems - $n = 113$ (IG), $n = 112$ (CG) - <i>male</i> : 59.3 % (IG), 63.4 % (CG) - <i>age</i> : $M = 4.2$, $SD = 0.9$ (IG), $M = 4.2$, $SD = 0.8$ (CG)	teacher training	regular in-service workshops	Observed conduct problems [observer, post]: group effect: $ES = 0.42$, $p = .006$ PKBS: child social skills [teacher, post]: group effect: $ES = 0.59$, $p < .0001$ School attendance [post]: group effect: $ES = 0.30$, $p = .02$ SESBI and ECBI: conduct problems at school and home [post]: group effect: $ES = 0.30$, $p = .01$
Baker-Henningham et al. (2021). Effects of a Teacher-Training Violence Prevention Program in Jamaican Preschools on Child Behavior, Academic Achievement, and School Attendance in Grade One of Primary School: Follow up of a Cluster Randomized Trial	- 5 preschool children with the highest level of conduct problems from each class - $n = 181$ (IG), $n = 183$ (CG) - <i>male</i> : 59.3 % (IG), 63.4 % (CG) - <i>age</i> : $M = 4.2$, $SD = 0.9$ (IG), $M = 4.2$, $SD = 0.8$ (CG)	teacher training	educational materials	Observed conduct problems [post]: group effect: $p > .05$ SESBI: conduct problems [teachers, post]: group effect: $p > .05$ SSBS: social competence [teachers, post]: group effect: $p > .05$ ECBI: frequency [parents, post]: group effect: $p > .05$ SDQ: prosocial scale [parents, post]: group effect: $p > .05$

²⁸ The following study has already been described in the section “Patient-centred preventive measures and interventions”: McClure et al. (2017).

				Woodcock-Johnson III Tests of Achievement / Woodcock-McGrew Werder Mini-Battery of Achievement: child academic achievement and oral language [post]: group effect: $p < .05$ PSRA: self-regulation [post]: group effect: $p < .05$ Child attendance [post]: group effect: $p < .05$
Bierman et al. (2021). Reducing Adolescent Psychopathology in Socioeconomically Disadvantaged Children With a Preschool Intervention: A Randomized Controlled Trial	- children in Head Start centers, families were low income - $n = 192$ (IG), $n = 164$ (CG) - <i>male</i>: 46 % (for total N) - <i>age</i>: 4 years old (IG and CG)	social emotional learning intervention with enrichments	usual social emotional learning intervention	SDQ: conduct problems [teacher, post]: group effect: $d = -0.20$, $p < .05$
Bierman et al. (2023). Efficacy of the Fast Track Friendship Group Program for Peer-rejected Children: A Randomized-controlled Trial	- peer-rejected elementary school students with elevated externalizing problems (62 %) or internalizing problems (43 %) - $n = 110$ (IG), $n = 114$ (CG) - <i>male</i>: 68 % (for total N) - <i>age</i>: $M = 8.1$, $SD = 1.1$ (for total N)	social skills training	treatment as usual	SEL Web program: emotion recognition, self-control and competent social problem-solving [youth, post]: group effect: $p > .05$ except for emotion recognition ($ES = 0.21$, $p = .04$) SSIS: social skills [teacher]: group effect: $ES = 0.24$, $p = .03$ Peer-nominated social behaviors: prosocial and aggressive [peer, post]: group effect: $p > .05$ CBS: problematic peer relations [teacher, post]:

				group effect: $p > .05$ Moderators: child grade level, child sex, pre-intervention levels of aggression, pre-intervention levels of hyperactivity-inattention, pre-intervention levels of autism spectrum characteristics: moderator effect: $p > .05$
Bradshaw et al. (2009). Examining the Effects of Schoolwide Positive Behavioral Interventions and Supports on Student Outcomes: Results From a Randomized Controlled Effectiveness Trial in Elementary Schools	- public elementary schools - $n = 21$ schools (IG), $n = 16$ schools (CG) - <i>male</i>: unknown - <i>age</i>: unknown	schoolwide prevention	no training	Suspensions [post]: group effect: $p < .05$
Calhoun et al. (2020). Social emotional learning program boosts early social and behavioral skills in low-income urban children	- young school-aged children residing in high-poverty, urban neighborhood - $n = 150$ (IG), $n = 160$ (CG) - <i>male</i>: 45.48 % (for total N) - <i>age</i>: unknown (IG and CG)	social emotional learning program	teacher support	TOCA-R: aggression [teacher, post]: group effect: $d = -1.13$, $p < .05$ SCS: social competence, prosocial behavior, emotion regulation [teacher, post]: group effect (social competence): $d = 2.20$, $p < .05$ group effect (emotion regulation): $d = 1.85$, $p < .05$ group effect (prosocial behavior): $d = 2.28$, $p < .05$ Moderators: neurocognitive and physiological moderators: moderator effect: $p > .05$ except for heart rate variability
Coggins et al. (2021). The Efficacy of Child-Teacher Relationship	- children enrolled in a Head Start program and who scored in the elevated, borderline, or clinical range	child-teacher	conscious discipline program	C-TRF: externalizing problems [teacher, post]: time x group: $p > .05$

Training as an Early Childhood Mental Health Intervention in Head Start Programs	on at least one syndrome or DSM-oriented scale of the C-TRF of the CBCL - <i>n</i> = 11 (IG), <i>n</i> = 18 (CG) - <i>male</i> : 81.82 % (IG), 55.56 % (CG) - <i>age</i> : <i>M</i> = 4.0, <i>SD</i> = unknown (IG and CG)	relationship training		
Conroy et al. (2018). Prevention and Treatment of Problem Behaviors in Young Children: Clinical Implications From a Randomized Controlled Trial of BEST in CLASS	- young children at risk for emotional/behavioral disorders - <i>n</i> = 230 (IG), <i>n</i> = 232 (CG) - <i>male</i> : 63.5 % (IG), 65.9 % (CG) - <i>age</i> : <i>M</i> = 4.28, <i>SD</i> = 0.53 (IG), <i>M</i> = 4.36, <i>SD</i> = 0.53 (CG)	classroom-based behavioral, emotional, social training	business as usual	C-TRF: externalizing and internalizing problems [teacher, post]: group effect (externalizing): <i>ES</i> = -0.119, <i>p</i> = .027 group effect (internalizing): <i>ES</i> = -0.194, <i>p</i> = .001 SSIS-RS: problem behavior and social skills [teacher, post]: group effect (problem): <i>ES</i> = -0.186, <i>p</i> = .001 group effect (social): <i>p</i> > .05 Moderator: pretest status moderator effect: <i>p</i> > .05
Domitrovich et al. (2007). Improving Young Children's Social and Emotional Competence: A Randomized Trial of the Preschool "PATHS" Curriculum	- children and their families participating in Head Start classrooms - <i>n</i> = 10 classrooms (IG), <i>n</i> = 10 classrooms (CG) - <i>male</i> : 48.78 % (for total <i>N</i>) - <i>age</i> : <i>M</i> = 51.40 months, <i>SD</i> = 5.91 (for total <i>N</i>)	social-emotional curriculum	waitlist	Revised version of the Recognition of Emotion Concepts subtest from the Kusche Emotional Inventory: emotional knowledge [youth, post]: group effect: <i>ES</i> = 0.36, <i>p</i> < .01 PKBS: social skills [teacher, post]: group effect: <i>ES</i> = 0.48, <i>p</i> < .001 Head Start Competence Scale: total social and emotional skills [parent, post]: group effect: <i>ES</i> = 0.46, <i>p</i> < .001
Downer et al. (2017). Using Data-Driven, Video-Based Early	- school children displaying challenging behavior in the classroom	early childhood	business as usual	inClass: positive and negative engagement with teachers, peers and tasks [observer, post]: group effect: <i>p</i> > .05

Childhood Consultation with Teachers to Reduce Children's Challenging Behaviors and Improve Engagement in Preschool Classrooms	- $n = 22$ [classrooms] (IG), $n = 23$ [classrooms] (CG) - <i>male</i>: 65 % (for total N) - <i>age</i>: $M = 47.74$ [months], $SD = 7.29$ (for total N)	consultation model		ASPI: negative engagement with teachers, peers, and tasks [teacher, post]: group effect: $p > .05$ except for tasks ($p = .04$) ERC: regulation and lability [teacher, post]: group effect: $p > .05$ PIPPS-T: interaction, disruption and disconnection [teacher, post]: group effect: $p < .05$ except for disconnection
Fischmann et al. (2020). Can Psychodynamically Oriented Early Prevention for "Children-at-Risk" in Urban Areas With High Social Problem Density Strengthen Their Developmental Potential? A Cluster Randomized Trial of Two Kindergarten-Based Prevention Programs	- Kindergarten children from areas with neighborhood deprivation, high migration background and low SES - $n = 287$ (IG), $n = 280$ (CG) - <i>male</i>: 52.3 % (IG), 47.4 % (CG) - <i>age</i>: $M = 50.66$ [months], $SD = 8.6$ (IG), $M = 51.0$ [months], $SD = 10.6$ (CG)	Psychodynamic holistic prevention program	prevention as usual	C-TRF: aggressiveness and externalizing problems [teacher, post]: group effect: $p \leq .001$
Hoogendijk et al. (2020). Effect of Key2Teach on Dutch teachers' relationships with students with externalizing problem behavior: A	- students with (sub)clinical levels of externalizing problem behavior - $n = 53$ (IG), $n = 50$ (CG) - <i>male</i>: 77 % (for total N) - <i>age</i>: $M = 10.1$, $SD = \text{unknown}$ (for total N)	teacher-focused coaching intervention	support as usual	STRS: closeness and conflict [teacher, mid]: group effect: $d = 0.27$, $p < .001$ except for conflict ($p > .05$) STRS: closeness and conflict [teacher, post]: group effect (closeness): $d = 0.54$, $p < .001$ group effect (conflict): $d = 0.42$, $p = .03$

randomized controlled trial				
Liber et al. (2013). School-Based Intervention for Childhood Disruptive Behavior in Disadvantaged Settings: A Randomized Controlled Trial With and Without Active Teacher Support	- children with disruptive behavior problems in a difficult-to-reach population (low or low-to-middle SES urban areas) - $n = 29$ (IG 1), $n = 41$ (IG 2), $n = 103$ (CG) - <i>male</i>: 75.86 % (IG 1), 78.05 % (IG 2), 79.61 % (CG) - <i>age</i>: $M = 10.62$, $SD = 1.09$ (IG 1), $M = 10.17$, $SD = 1.06$ (IG 2), $M = 10.21$, $SD = 1.25$ (CG)	child-focused cognitive behavioral therapy at schools - IG 1: with active teacher support - IG 2: with educational teacher support	waitlist	DBDRS: ODD, CD [teacher, post]: group effect (ODD): $d = 0.45$, $p < .05$ group effect (CD): $d = 0.33$, $p < .05$ IG 1 vs. IG 2: $p > .05$ DBDRS: ODD, CD [teacher, 3-month]: IG 1 vs. IG 2: $p < .05$ TRF: ODD, CD and externalizing [teacher, post]: group effect (ODD): $d = 0.22$, $p < .05$ group effect (CD): $d = 0.33$, $p < .05$ group effect (externalizing): $p > .05$ IG 1 vs. IG 2: $p > .05$ TRF: ODD, CD, externalizing [teacher, 3-month]: IG 1 vs. IG 2: $p < .05$ except for CD ($p > .05$) PMIEB: externalizing [classmate, post]: group effect: $p > .05$ IG 1 vs. IG 2: $p > .05$ PMIEB: externalizing [classmate, 3-month]: IG 1 vs. IG 2: $p > .05$ Moderators: child-level and school-level variables: IG (both) vs. CG: $p > .05$ except for percentage of children at risk ($p < .05$) IG 1 vs. IG 2: $p > .05$ for within-group effects: see article

O'Leary-Barrett et al. (2013) Two-Year Impact of Personality-Targeted, Teacher-Delivered Interventions on Youth Internalizing and Externalizing Problems: A Cluster-Randomized Trial	- all year-9 students; high-risk students - $n = 11$ schools (IG), $n = 8$ schools (CG) - <i>male</i>: 54.5 % (IG), 60.7 % (CG) - <i>age</i>: $M = 13.7$, $SD =$ unknown (for total N)	teacher-delivered, brief, personality-targeted interventions	waitlist	SDQ: conduct symptoms and problems [post]: group effect: $p < .05$
Reddy et al. (2022). A randomized trial examining the effects of paraprofessional behavior support coaching for elementary students with disruptive behavior disorders: Paraprofessional and student outcomes	- elementary school students with or at risk for disruptive behavior disorders - $n = 142$ (IG), $n = 117$ (CG) - <i>male</i>: 77.07 % (for total N) - <i>age</i>: $M = 7.63$, $SD = 1.89$ (for total N)	behavior support coaching for paraprofessionals	waitlist	BOSS: total, active and passive engagement, inappropriate physical and verbal, noncompliance and disruptive academic [observer and coach, post]: group effect (total): $d = 0.87$, $p < .05$ group effect (active): $d = 0.54$, $p < .05$ group effect (passive): $d = 0.34$, $p < .05$ group effect (physical, verbal): $d = -0.68$, $p < .05$ group effect (noncompliance, disruptive): $p > .05$ BASC-3: behavioral symptoms, externalizing and internalizing problems, school problems and adaptive skills [teacher, post]: group effect: $p > .05$ except for school ($d = -0.43$, $p < .05$) and adaptive ($d = 0.44$, $p < .05$) SSIS: social skills total and student achievement [teacher, post]: group effect: $d = 0.42$, $p < .05$ except for achievement ($p > .05$)
Reinke et al. (2021). The Incredible Years Teacher Classroom Management Program: Effects for Students	- children receiving special education services - $n = 70$ (IG), $n = 82$ (CG) - <i>male</i>: 52 % (for total N)	universal social-emotional intervention	waitlist	TOCA-C: disruptive behavior, prosocial behavior, emotion dysregulation and social competence [teacher, post]: group effect: $p < .05$ except for prosocial behavior ($p > .05$)

Receiving Special Education Services	- age: Kindergarten to third grade (IG and CG)			
Senior et al. (2023). The Effects of a School-based Resilience Intervention for Youth with Socioemotional Difficulties	- underserved youth - $n = 71$ (IG), $n = 70$ (CG) - male: 66.20 % (IG), 61.43 % (CG) - age: $M = 10.89$, $SD = 0.60$ (IG), $M = 10.87$, $SD = 0.55$ (CG)	resilience-based intervention	waitlist	HIF: emotion control, negative and positive emotion [youth, post]: group effect: $p > .05$ time x group: $p > .05$ BASC-2: social skills, emotional self-control and anger control [teacher, post]: group effect: $p > .05$ time x group: $p > .05$ except for self-control (partial eta-squared = .08, $p = .001$) BASC-2: social skills, emotional self-control and anger control [parent, post]: group effect: $p > .05$ time x group: $p > .05$
Van Craeyveldt et al. (2017). The role of preschool teacher-child interactions in academic adjustment: An intervention study with Playing-2-gether	- preschool boys with the highest level of externalizing behaviour in their class - $n = 89$ (IG), $n = 86$ (CG) - male: 100 % (IG and CG) - age: $M = 4$ years 9 months, $SD = 7$ months (for total N)	one-on-one-playing sessions between teacher and child	education as usual	TRSS: cooperative classroom participation / academic engagement [teacher, mid]: group effect: $p < .01$ TRSS: cooperative classroom participation / academic engagement [teacher, post]: group effect: $p > .01$ WPPSI-III-NL: receptive vocabulary / academic achievement [researcher, post]: group effect: $p > .05$ Predictors: home language and engagement predictor effect: $p < .01$
van den Berg et al. (2018). Enhancing	- students with externalizing problems and their classrooms	classroom seating	random classroom	Likeability: interpersonal and group liking [peer, post]: time effect: $p > .05$

Social Inclusion of Children With Externalizing Problems Through Classroom Seating Arrangements: A Randomized Controlled Trial	- $n = 112$ (IG), $n = 109$ (CG) - <i>male</i>: 84.8 % (IG), 85.3 % (CG) - <i>age</i>: $M = 10.50$, $SD = 0.82$ (IG), $M = 10.53$, $SD = 0.86$ (CG)	arrange-ments with prosocial buddies	seating arrange-ments	time x group: $p > .05$ SDQ: conduct problems [teacher, post]: time effect: partial eta-squared = .03, $p = .02$ time x group: $p > .05$ Prosocial and aggressive behavior [peer, post]: time effect: partial eta-squared = .04, $p < .01$ time x group: $p > .05$ Predictor: initial likeability: predictor effect: $p < .05$
Wade et al. (2018). Mediators of aggression in a school-based physical activity intervention for low-income adolescent boys	- adolescent males from low-income areas who failed to meet international physical activity or recreational screen-time guidelines - $n = 181$ (IG), $n = 180$ (CG) - <i>male</i>: 100 % (IG and CG) - <i>age</i>: $M = 12.7$, $SD = 0.5$ (for total N)	physical activity program	waitlist	Aggression scale developed for young adolescents [youth, post]: group effect: $p > .05$
Wagner et al. (2014). A Randomized Controlled Trial of Guided Self-Change With Minority Adolescents	- predominantly minority students (80 %) - $n = 179$ (IG), $n = 235$ (CG) - <i>male</i>: 58 % (IG), 61 % (CG) - <i>age</i>: $M = 16.14$, $SD = \text{unknown}$ (IG), $M = 16.36$, $SD = \text{unknown}$ (CG)	guided self-change intervention	standard care	TLFB: aggressive behavior [youth, post]: group effect: $d = 0.23$, $p < .05$ TLFB: aggressive behavior [youth, 3- and 6-month]: group effect: $p > .05$ Moderators: total number of alcohol use days, average drinks per drinking day, maximum number of drinks per drinking day, total number of drug use days, total number of aggressive behavior incidents, gender and race/ethnicity moderator effect: $p > .05$
Webster-Stratton et al. (2008). Preventing	- children enrolled in Head Start, kindergarten, or first grade	social skills and	regular curriculum	MOOSSES: total conduct problems [post]: group effect: $p > .05$

conduct problems and improving school readiness: evaluation of the Incredible Years Teacher and Child Training Programs in high-risk schools	classrooms in schools selected because of high rates of poverty - total $n = 1768$ - <i>male</i> : 50 % (for total N) - <i>age</i> : $M = 63.7$ months, $SD = 12.7$ (for total N)	problem-solving curriculum		
Wilson et al. (2018). Child-Centered Play Therapy: Aggression, Empathy, and Self-Regulation	- children demonstrating problematic aggressive behaviors - $n = 36$ (IG), $n = 35$ (CG) - <i>male</i> : 77.78 % (IG), 88.57 % (CG) - <i>age</i> : $M = 7.11$, $SD = 1.55$ (IG), $M = 6.63$, $SD = 1.68$ (CG)	child-centered play therapy	waitlist	CAS: aggressive behavior [parent, post]: group effect: $p < .05$ CAS: aggressive behavior [teacher, post]: group effect: $p > .05$ SEARS: self-regulation and empathy [parent, post]: group effect: $p < .05$ SEARS: self-regulation and empathy [teacher, post]: group effect: $p > .05$
Zhang et al. (2021). How could mindfulness-based intervention reduce aggression in adolescent? Mindfulness, emotion dysregulation and self-control as mediators	- students with aggressive behavior - $n = 40$ (IG), $n = 40$ (CG) - <i>male</i> : 60.0 % (IG), 42.5 % (CG) - <i>age</i> : $M = 15.88$, $SD = 0.56$ (IG), $M = 15.90$, $SD = 0.49$ (CG)	mindfulness-based intervention	school curriculum as usual	BPAQ: physical and verbal aggression, anger, hostility and total [post]: time effect: $p < .05$ (eta-squared = 0.12-0.30) except for verbal ($p > .05$) group effect: $p < .05$ (eta-squared = 0.12-0.28) time x group: $p < .05$ (eta-squared = 0.23-0.35) except for verbal ($p > .05$) FFMQ: mindfulness [post]: time effect: eta-squared = 0.24, $p < .05$ group effect: eta-squared = 0.4, $p < .05$ time x group: eta-squared = 0.42, $p < .05$ DERS: emotion dysregulation [post]: time effect: eta-squared = 0.27, $p < .05$

				group effect: eta-squared = 0.3, $p < .05$ time x group: eta-squared = 0.43, $p < .05$ Self-Control Scale: self-control [post]: time effect: eta-squared = 0.43, $p < .05$ group effect: eta-squared = 0.2, $p < .05$ time x group: eta-squared = 0.22, $p < .05$
--	--	--	--	--

Reviews					
Publication	Number of included studies ²⁹	Population	Intervention	Comparison	Outcome
Barker et al. (2022). A review of evidence based practices to support students with oppositional defiant disorder in classroom settings	a) $k = 9$ b) $k = 5$ c) $k = 4$ d) $k = 8$	- students with ODD or disruptive behaviour in classroom settings - range: $n = 12$ to $n = 457$ - <i>male</i> : range: 72 %-85 % - <i>age</i> : range: 5 to 17	a) functional behaviour analysis, b) group contingency plans, c) self-monitoring strategies d) other teaching strategies (e.g., universal teaching practices, preventive	unknown	Adaptive and disruptive behaviour: a) treatment effect (adaptive behaviour improvement): weighted mean PND = 97 % a) treatment effect (disruptive behaviour decrease): weighted mean PND = 98 % b) treatment effect (adaptive behaviour improvement): weighted mean PND = 95 % b) treatment effect (disruptive behaviour decrease): weighted mean PND = 94 % c) treatment effect (adaptive behaviour improvement): weighted mean PND = 98 % c) treatment effect (disruptive behaviour decrease): weighted mean PND = 83 % d) treatment effect (adaptive behaviour improvement): weighted mean PND = 38 %-82 % d) treatment effect (disruptive behaviour decrease): weighted mean PND = 91 %-100 %

²⁹ k: studies, which are included in the review/meta-analysis and matched the inclusion criteria for the project

			practices, different ways of responding to disruptive behaviours)		
Beelmann et al. (2014). Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen: Eine Meta-Analyse der deutschsprachigen Wirksamkeitsforschung	<i>k</i> = 173	- Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr - <i>n</i> = 59118 - <i>male</i> : 0-100 % - <i>age</i> : ≤ 18	Prävention und Gesundheits- förderung	Unbehandelte/ untrainierte Kontroll- gruppen	Externalizing behavior: treatment effect: <i>d</i> = 0.26
Cipriano et al. (2023). The state of evidence for social and emotional learning: A contemporary meta- analysis of universal school-based SEL interventions	<i>k</i> = 424	- students in kindergarten through 12th grade - <i>n</i> = 575361 - <i>male</i> : unknown - <i>age</i> : range: 5-17	universal school- based social and emotional learning interven- tions	waitlist or attention placebo	Externalizing behavior: treatment effect: <i>d</i> = 0.162, <i>p</i> < .001 Social and emotional learning skills: treatment effect: <i>d</i> = 0.219, <i>p</i> < .001 Prosocial behaviors: treatment effect: <i>d</i> = 0.178, <i>p</i> < .001
Durlak et al. (2011). The Impact of Enhancing Students' Social and Emotional Learning: A Meta- Analysis of School- Based Universal Interventions	<i>k</i> = 213	- kindergarten through high school students without any identified adjustment or learning problems - <i>n</i> = 270034 - <i>male</i> : unknown - <i>age</i> : range: 5-18	school- based, universal social and emotional learning programs	unknown	Social and emotional learning skills [post]: treatment effect: <i>ES</i> = 0.57, <i>p</i> < .05 treatment effect (class by teacher): <i>ES</i> = 0.62, <i>p</i> < .05 treatment effect (class by nonschool personnel): <i>ES</i> = 0.87, <i>p</i> < .05 treatment effect (multicomponent): <i>p</i> > .05 Social and emotional learning skills [66- to 150-week]: treatment effect: <i>ES</i> = 0.26, <i>p</i> < .05 Attitudes [post]:

				treatment effect: $ES = 0.23, p < .05$ treatment effect (class by teacher): $ES = 0.23, p < .05$ treatment effect (class by nonschool personnel): $ES = 0.14, p < .05$ treatment effect (multicomponent): $ES = 0.23, p < .05$ Attitudes [66- to 150-week]: treatment effect: $ES = 0.11, p < .05$ Positive social behavior [post]: treatment effect: $ES = 0.24, p < .05$ treatment effect (class by teacher): $ES = 0.26, p < .05$ treatment effect (class by nonschool personnel): $p > .05$ treatment effect (multicomponent): $p > .05$ Positive social behavior [66- to 150-week]: treatment effect: $ES = 0.17, p < .05$ Conduct problems: treatment effect: $ES = 0.2w, p < .05$ treatment effect (class by teacher): $ES = 0.20, p < .05$ treatment effect (class by nonschool personnel): $ES = 0.17, p < .05$ treatment effect (multicomponent): $p > .05$ Conduct problems [66- to 150-week]: treatment effect: $ES = 0.14, p < .05$ Moderators: recommended training practices, implementation: moderator effect (social and emotional learning skills; recommended training practices): met criteria: $ES = 0.69, p < .05$; did not meet criteria: $p > .05$
--	--	--	--	--

					moderator effect (social and emotional learning skills; implementation): not mentioned: $ES = 0.58, p < .05$; no problems: $ES = 0.86, p < .05$; problems: $p > .05$ moderator effect (attitudes; recommended training practices): met criteria: $ES = 0.24, p < .05$; did not meet criteria: $ES = 0.16, p < .05$ moderator effect (attitudes; implementation): not mentioned: $ES = 0.17, p < .05$; no problems: $ES = 0.29, p < .05$; problems: $ES = 0.19, p < .05$ moderator effect (social behavior; recommended training practices): met criteria: $ES = 0.28, p < .05$; did not meet criteria: $p > .05$ moderator effect (social behavior; implementation): not mentioned: $ES = 0.32, p < .05$; no problems: $ES = 0.31, p < .05$; problems: $p > .05$ moderator effect (conduct problems; recommended training practices): met criteria: $ES = 0.24, p < .05$; did not meet criteria: $ES = 0.16, p < .05$ moderator effect (conduct problems; implementation): not mentioned: $ES = 0.24, p < .05$; no problems: $ES = 0.27, p < .05$; problems: $ES = 0.15, p < .05$
Gansle et al. (2005). The effectiveness of school-based anger interventions and programs: A meta-analysis	$k = 20$	- kindergarten through 12th grade - $n =$ unknown - <i>male</i>: predominant - <i>age</i>: range: 5-18	school interventions on child behavior	unknown	Anger-related interventions: treatment effect [post]: $d = 0.31$ treatment effect [follow-up]: $d = 0.53$ Externalizing and anger: treatment effect [post]: $d = 0.54$ treatment effect [follow-up]: $d = 0.53$ Internalizing: treatment effect [post]: $d = 0.43$ treatment effect [follow-up]: $d = -0.33$

					Social skills: treatment effect [post]: $d = 0.34$ treatment effect [follow-up]: $d = 0.99$ Moderators: self-focused intervention, social-focused intervention, rank of random assignment, number of behavior activities, treatment time, special population and parent involvement: moderator effect: Group comparisons that were more rigorous in terms of experimental design ($\rho = .48$) or which delivered intervention for a greater amount of time ($\rho = .48$) showed greater effects for externalizing and anger. Greater effects for social skills outcomes occurred for interventions that used a greater number of behavioral activities ($\rho = .49$), provided interventions to students with special needs ($\rho = .41$), or used socially focused intervention components ($\rho = .37$).
Hahn et al. (2007). Effectiveness of Universal School-Based Programs to Prevent Violent and Aggressive Behavior: A Systematic Review	$k = 53$	- children and youth of preschool and school age; high-risk areas defined by low SES or high crime rate - range: $n = 21$ to $n = 39168$ - <i>male</i>: unknown - <i>age</i>: preschool and school age	universal, school-based programs	unknown	Violent behavior: treatment effect: median effect (relative % change in intervention versus control populations) = -15, 25th percentile = -2.3, 75th percentile = -44.1 Moderators: intervention strategies, school environments, predominant ethnicity, (d) length of program exposure and time since program end: All school program intervention strategies (e.g., informational, cognitive/affective, and social skills building) were associated with a reduction in violent behavior. All program foci (e.g., disruptive or antisocial behavior, bullying, dating violence) were associated with reduced violent behavior. Except for programs administered by school administrators or counselors, violent behavior was reduced in programs administered

					by all personnel types examined, including students and peers. In environments with lower SES, high crime rates, or both, effectiveness was consistent with overall study results of studies. The programs were similarly effective in settings in which lower SES and high crime rates were absent. In schools in which the population was $\geq 50\%$ black, the median reduction in violent behavior was 14.9 %. Where the population was $\geq 50\%$ white, the median reduction in violent behavior was 17.7 %. Where the population was $\geq 50\%$ Hispanic, the median reduction in violent behavior was 18.5 %. No clear association emerged for either frequency or duration. Within the time periods assessed, the effectiveness of school programs appears to decrease slightly as time since the conclusion of the program increases.
Iznardo et al. (2020). The Effectiveness of Daily Behavior Report Cards for Children With ADHD: A Meta-Analysis	$k = 17$	- children with ADHD - $n =$ unknown - <i>male</i>: 71 % to 87.9 % - <i>age</i>: range: 3-18	daily behavior report cards as a school-based intervention	unknown	Comorbid externalizing behavior: treatment effect: $p > .05$
Korpershoek et al. (2016). A Meta-Analysis of the Effects of Classroom Management Strategies and Classroom Management Programs on Students' Academic, Behavioral,	$k = 54$	- regular, primary school classrooms - $n =$ unknown - <i>male</i>: unknown - <i>age</i>: pre-K to grade 6	classroom management strategies or programs	no treatment or treatment as usual	Social emotional outcomes: treatment effect: $g = 0.21, p < .01$ Behavior: treatment effect: $g = 0.24, p < .01$

Emotional, and Motivational Outcomes					
Murano et al. (2020). A Meta-Analytic Review of Preschool Social and Emotional Learning Interventions	$k = 15$	- at-risk students, being in need of additional support - $n = 15498$ (for total k) - <i>male</i>: 54 % (for total k) - <i>age</i>: $M = 4.31$ (for total k)	social and emotional learning interventions	waitlist	Social and emotional skill development: treatment effect: $g = 0.44, p < .05$ Problem behavior: treatment effect: $g = 0.50, p < .05$ Social and emotional skill development and problem behavior: treatment effect: $g = 0.48, p < .05$ Moderator: SES, minority students, measurement type moderator effect: $p > .05$ except for minority students ($p < .05$)
Mytton et al. (2006). School-based secondary prevention programmes for preventing violence	$k = 34$	- children identified as exhibiting, or at risk of, aggressive behaviour - $n = 2939$ - <i>male</i>: unknown - <i>age</i>: children in mandatory education	school based prevention programmes	no intervention , placebo	Aggressive behavior: treatment effect [post]: $SMD = -0.41, p < .0001$ treatment effect [follow-up]: $SMD = -0.40, p = .02$ Moderator: sex: moderator effect: mixed sex groups ($SMD = -0.45, p < .0001$), boys alone ($SMD = -0.35, p = .01$)
Nitz et al. (2023) Multi-tiered systems of support with focus on behavioral modification in elementary schools: A systematic review	$k = 40$	- elementary schools - $n =$ unknown - <i>male</i>: unknown - <i>age</i>: unknown	multi-tiered systems of support	unknown	Problem behavior (disrupting class): treatment effect: $d =$ between 0.11 and 0.94 Class climate: treatment effect: $d =$ between 0.01 and 0.69 Prosocial behavior:

					treatment effect: d = between 0.36 and 0.51 Social integration: treatment effect: d = 0.36
Oliver et al. (2011). Teacher classroom management practices: effects on disruptive or aggressive student behavior	$k = 12$	- all school-aged subjects in general or special education classrooms - $n = 269$ - <i>male</i>: unknown - <i>age</i>: kindergarten through 12th grade	classroom management practices	unknown	Disruptive or aggressive behavior: treatment effect (classroom): $d = .80, p < .05$
Shen et al. (2025). The Effectiveness of School-Based Programs on Aggressive Behaviors among Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis	$k = 12$	- children and adolescents with aggressive behaviors - $n = 3483$ - <i>male</i>: 40.7 % to 100 % - <i>age</i>: range: 3-19	school-based intervention programs	unknown	Aggressive behavior: treatment effect: $d = -0.44, p < .05$
Sklad et al. (2012). Effectiveness of school-based universal social, emotional, and behavioral programs: Do they enhance students' development in the area of skill, behavior, and adjustment?	$k = 75$	- primary or secondary school students - range: $n = 13$ to $n = 8280$ - <i>male</i>: 50 % - <i>age</i>: $M = 10.5, SD = 2.1$	universal, school-based social, emotional, and/or behavioral programs	unknown	Antisocial behavior: treatment effect [post]: $d = -0.43, p < .001$ treatment effect [follow-up]: $d = -0.20, p < .001$ Prosocial behavior: treatment effect [post]: $d = 0.39, p < .001$ treatment effect [follow-up]: $d = 0.12, p < .001$ Social-emotional skills: treatment effect [post]: $d = 0.70, p < .001$ treatment effect [follow-up]: $d = 0.07, p < .001$
Stoltz et al. (2012). Effectiveness of individually delivered	$k = 24$	- children with elevated levels of externalizing behavior and at risk for	individually delivered indicated	unknown	Externalizing behavior: treatment effect (individual interventions): $d = 0.30, p < .001$

indicated school-based interventions on externalizing behavior		developing stable externalizing behavior problems - $n = 738$ (individual interventions), $n = 1165$ (individual and additional components) - <i>male</i> : mostly mixed - <i>age</i> : kindergarten to grade six	school-based interventions		treatment effect (individual and additional components): $d = 0.30, p < .001$
Merged studies: (1) Wilson et al. (2003). The Effects of School-Based Intervention Programs on Aggressive Behavior: A Meta-Analysis (2) Wilson et al. (2007). School-Based Interventions for Aggressive and Disruptive Behavior: Update of a Meta-Analysis	universal: (1) $k = 221$ (2) $k = 77$ selective: (2) $k = 108$	universal: - children attending school - $n =$ nearly 56000 - <i>male</i> : unknown - <i>age</i> : preschool to 12 th grade selective: - students who are selected to receive treatment because of conduct problems or some risk factor - $n =$ unknown - <i>male</i> : unknown - <i>age</i> : preschool to 12 th grade	universal: (1) behavioral techniques (2) cognitively oriented interventions, behavioral strategies, social skills training, counseling programs selective: (2) cognitively-oriented interventions, behavioral	no treatment, placebo	(1) Aggressive behavior: treatment effect: $ES = 0.35$ (2) Aggressive and disruptive behavior: treatment effect (universal): $ES = 0.21, p < .05$ treatment effect (selective): $ES = 0.29, p < .05$

			strategies, social skills training, counseling, therapy, peer mediation		
--	--	--	---	--	--

Observational studies					
Publication	Study design	Population	Intervention	Comparison	Outcome
Franzen et al. (2008). The Utilization and Effects of Positive Behavior Support Strategies on an Urban School Playground	single case study	- urban charter elementary school; student population with approximately 95 % of students from minority backgrounds and 96 % receiving free or reduced lunch - <i>n</i> = 180 - <i>male</i> : unknown - <i>age</i> : range: 6-9	school-wide positive behavior support	-	Disruptive behaviors: treatment effect: decreases in disruptive behaviors across three grade levels
Nitz et al. (2023). Tiers 1 and 2 of a German MTSS: impact of a multiple baseline study on elementary school students with disruptive behavior	single case study	- students with disruptive behavior - <i>n</i> = 29 - <i>male</i> : 93 % - <i>age</i> : <i>M</i> = 7.14, <i>SD</i> = 0.516	multi-tiered system of supports	-	Disruptive behavior: no intervention vs. Tier 1: 13 participants (44.82 %) showed small effects, 15 (51.72 %) showed medium effects, and one showed strong effect Tier 1 vs. Tier 2: 19 participants (65.51 %) showed small effects, eight (27.58 %) showed medium effects, and two showed strong effects (6.89 %) treatment effect: significant reduction at Tier 1, but non-significant reduction at Tier 2 compared with Tier 1

Plück et al. (2015). Effectiveness of a Teacher-Based Indicated Prevention Program for Preschool Children with Externalizing Problem Behavior	within-subject control group design	- children with externalizing problem behavior - $n = 144$ - <i>male</i> : 79.7 % - <i>age</i> : $M = 4.6$, $SD = 0.8$	teacher's module of a prevention program	-	SCL-DBD: ODD [teacher, post]: intervention vs. waiting period: $d = 0.67$, $p < .05$ C-TRF: externalizing symptoms [teacher, post]: intervention vs. waiting period: $d = 0.64$, $p < .05$ SCL-ADHD: ADHD symptoms [teacher, post]: intervention vs. waiting period: $d = 0.44$, $p < .05$
---	-------------------------------------	--	--	---	---

Abbreviations and acronyms. IG = intervention group; CG = control group; ES = effect size; PKBS = Preschool and Kindergarten Behavior Scales; SESBI = Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory; ECBI = Eyberg Child Behavior Inventory; SSBS = School Social Behavior Scales; SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire; PSRA = Preschool Self-Regulation Assessment; SEL = social-emotional learning; SSIS = Social Skills Improvement System; CBS = Child Behavior Scale; TOCA-R = Teacher Observation of Child Adaptation – Revised; SCS = Social Competence Scale; C-TRF = Caregiver-Teacher Report Form; CBCL = Child Behavior Checklist; SSIS-RS = Social Skills Improvement System – Rating Scales; inCLASS = Individualized Classroom Assessment Scoring System; ASPI = Adjustment Scale for Preschool Intervention; ERC = Emotion Regulation Checklist; PIPPS-T = Penn Interactive Peer Play Scale; SES = socioeconomic status; STRS = Student-Teacher Relationship Scale; DBDRS = Disruptive Behavior Disorders Rating Scale; ODD = oppositional defiant disorder; CD = conduct disorder; TRF = Teacher Report Form; PMIEB = peer measure of internalizing and externalizing behavior; BOSS = Behavioral Observation of Students in Schools; BASC-3 = Behavioral Assessment System for Children, 3rd edition; TOCA-C = Teacher Observation of Classroom Adaptation – Checklist; HIF = How I Feel Scale; BASC-2 = Behavioral Assessment System for Children, 2nd edition; TRSS = Teacher Rating Scale of School Adjustment; WPPSI-III-NL = third edition of the Dutch version of the Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence; TLFB = Timeline Follow-Back; MOOSES = Multiple Option Observation System for Experimental Studies; CAS = Children's Aggression Scale; SEARS = Social Emotional Assets and Resilience Scales; BPAQ = Buss-Perry Aggression Questionnaire; FFMQ = five facet mindfulness questionnaire; DERS = difficulties in emotion regulation scale; PND = percentages of nonoverlapping data; SMD = standardized mean difference; SCL-DBD = Symptom Checklist for Disruptive Behavior Disorder; SCL-ADHD = Symptom Checklist for Attention Deficit and Hyperactivity Disorder.

Kapitel 4.6: Systemübergreifende, intensive, multimodale Interventionen

Randomized controlled trials				
Publication	Population	Intervention	Comparison	Outcome
Dodge et al. (2015). Impact of Early Intervention on Psychopathology, Crime, and Well-Being at Age 25	- children with early-starting conduct problems - $n = 445$ (IG), $n = 446$ (CG) - <i>male</i> : 69 % (for total N) - <i>age</i> : $M = 6.58$, $SD = 0.48$ (for total N)	early psychosocial intervention	standard services	Adult Self-Report/Adult Behavior Checklist-Friend: externalizing and internalizing [adult/friend, at age 25]: group effect (externalizing): $d = -0.15$, $p = .026$ group effect (internalizing): $d = -0.20$, $p = .002$ Tobacco, Alcohol, and Drugs survey (version 3) and Alcohol and Drug Module: substance use problems [friend, at age 25]: group effect: $OR = 0.57$, $p = .001$ Short-Form Health Survey: well-being [adult and friend, at age 25]: group effect: $d = 0.17$, $p = .02$ Education information and employment history [adult, at age 25]: group effect: $p > .05$ Overview of Sexual Experiences and General Violence Questionnaire: number of lifetime partners, risky behavior in past 12 months and violence against romantic partners [adult, at age 25]: group effect (number): $d = -0.17$, $p = .032$ group effect (risky): $d = -0.24$, $p < .001$ group effect (violence): $p > .05$ Courts records: substance crimes, violent crimes and property and public order crimes [national database, at age 25]: group effect (substance): $p = .027$

				group effect (violent): $p = .047$ group effect (property/public order): $p > .05$ Moderators: gender, race, cohort, site and initial screen: moderator effect: $p > .05$
Merged studies: (1) Fonagy et al. (2018). Multisystemic therapy versus management as usual in the treatment of adolescent antisocial behaviour (START): a pragmatic, randomised controlled, superiority trial (2) Fonagy et al. (2020). Multisystemic therapy versus management as usual in the treatment of adolescent antisocial behaviour (START): 5-year follow-up of a pragmatic, randomised, controlled, superiority trial	- participants with moderate-to-severe antisocial behaviour who had at least three severity criteria indicating past difficulties across several settings and one of five general inclusion criteria for antisocial behaviour; more than 80 % met DSM-IV criteria for any CD - $n = 342$ (IG), $n = 342$ (CG) - <i>male</i>: 63 % (IG), 64 % (CG) - <i>age</i>: $M = 13.7$, $SD = 1.4$ (IG), $M = 13.9$, $SD = 1.4$ (CG)	Multisystemic therapy	Management as usual	SDQ: conduct problems and prosocial behaviour [youth, 6-, 12-, 18-, 24-, 36- and 48-month]: group effect: $p > .05$ SDQ: conduct problems and prosocial behaviour [parents, 6-month]: group effect (conduct): $p < .0001$ group effect (prosocial): $p = .0025$ SDQ: conduct problems and prosocial behaviour [parents, 12-, 18-, 24-, 36- and 48-month]: group effect: $p > .05$ ICU [youth, 6-, 12-, 24-, 36- and 48-month]: group effect: $p > .05$ ICU [youth, 18-month]: group effect: $p = .011$ ICU [parents, 6-month]: group effect: $p < .0001$ ICU conduct problems [parents, 12-, 18-, 24-, 36- and 48-month]: group effect: $p > .05$

				Self-reported delinquency measure: variety of delinquent acts, volume of delinquent acts, peer delinquency [youth, 6-, 12-, 18-, 24- and 36-month]: group effect: $p > .05$ Self-reported delinquency measure: variety of delinquent acts, volume of delinquent acts, peer delinquency [youth, 48-month]: group effect: $p > .05$ except for variety ($p = .03$) ABAS problems [youth, 6-, 12-, 18-, 24-, 36- and 48-month]: group effect: $p > .05$ ABCL: aggressive behaviour, externalising problems and antisocial personality [parent, 24-, 36- and 48-month]: group effect: $p > .05$ Moderators: sex, age, early-onset CD, baseline ICU score, baseline peer delinquency score, baseline ABAS score, no previous offence at baseline, CD and ADHD at baseline, CD and depression or anxiety at baseline, referral path: moderator effect (on out-of-home placement): $p > .05$ except for early-onset CD ($p = .0026$) and baseline ICU score ($p = .048$) moderator effect (on time to first offence): $p > .05$ except for baseline peer delinquency score ($p = .0007$)
Santisteban (2017). Computer Informed and Flexible Family-Based Treatment for Adolescents: A Randomized Clinical	- adolescents with at least two areas of behavioral or mental health problems (63 % met criteria for CD) - $n = 40$ (IG), $n = 40$ (CG) - <i>male</i>: 52.5 % (IG), 60.0 % (CG)	Computer-assisted family-based treatment	waitlist	RBPC: conduct disorder and socialized aggression [caregiver, post]: group effect: $p < .05$ YSR: external and internal [youth, post]: group effect (external): $p < .05$

Trial for at-Risk Racial/Ethnic Minority Adolescents	- age: $M = 13.63$, $SD = 1.24$ (IG), $M = 13.53$, $SD = 1.10$ (CG)			group effect (internal): $p > .05$ for within-group effects: see article
Schaeffer et al. (2022). A Smartphone App for Parental Management of Adolescent Conduct Problems: Randomized Clinical Trial of iKinnect	- youth with a current serious conduct problem - $n = 38$ (IG), $n = 34$ (CG) - male: 55.9 % (IG), 63.2 % (CG) - age: $M = 14.6$, $SD = 1.3$ (IG), $M = 14.7$, $SD = 1.3$ (CG)	linked caregiver-teen mobile app system	Commercially available app that allows family members to track their location	Global Appraisal of Individual Needs: alcohol and marijuana use [youth, across 12 weeks]: group effect (alcohol): $d = 0.54$, $p = .027$ group effect (marijuana): $d = 0.78$, $p < .0001$ Global Appraisal of Individual Needs: alcohol and marijuana use [youth, at 12 weeks]: group effect (alcohol): $d = 0.95$, $p < .05$ group effect (marijuana): $d = 0.45$, $p < .05$ Self-Report of Delinquency: school delinquency, general delinquency and status offenses [youth, across 12 weeks]: group effect (school): $d = 0.69$, $p = .002$ group effect (general): $d = 0.84$, $p = .001$ group effect (status): $d = 0.72$, $p = .001$ Self-Report of Delinquency: school delinquency, general delinquency and status offenses [youth, at 12 weeks]: group effect (school): $d = 0.33$, $p < .05$ group effect (general): $d = 0.53$, $p < .05$ group effect (status): $d = 0.63$, $p < .05$ CBCL and YSR: aggression and rule breaking [parent or youth, across 12 weeks]: group effect: $p > .05$

Reviews					
Publication	Number of included studies ³⁰	Population	Intervention	Comparison	Outcome
Markham. (2018). A Review Following Systematic Principles of Multisystemic Therapy for Antisocial Behavior in Adolescents Aged 10-17 Years	<i>k</i> = 14	- adolescents at risk of serious antisocial behavior/out of home placement/foster care/residential setting/incarceration - <i>n</i> = 2042 - <i>male</i> : > 61 % - <i>age</i> : <i>M</i> = 14.9, <i>SD</i> = 0.5	Multisystemic therapy programs	treatment as usual, other treatments or no treatment	CBCL: total, externalizing or aggression and delinquency [caregiver, post]: treatment effect: significant between group differences were reported for four studies in favor of multisystemic therapy YSR: externalizing [youth, post]: treatment effect: three studies found a significant positive treatment effect
McCart et al. (2023). Evidence Base Update of Psychosocial Treatments for Adolescents with Disruptive Behavior	<i>k</i> = 149	- adolescents with disruptive behavior, in juvenile justice - <i>n</i> = unknown - <i>male</i> : unknown - <i>age</i> : range: 12-19	individual, family, youth group, parent group, at home, clinic, school, detention center, mostly behavior therapy and/or cognitive	placebo, active treatment, waitlist, no treatment, well-established treatment	Disruptive behavior: well-established: - adolescents without juvenile justice involvement: no well-established treatments - adolescents with juvenile justice involvement: Functional Family Therapy (FFT), Multisystemic Therapy (MST), and Treatment Foster Care Oregon (TFCO) probably efficacious: - adolescents without juvenile justice involvement: CBT, Social Cognitive Intervention, Combined Behavior Therapy and Attachment-Based approach delivered in a mix of family sessions and parent groups (i.e., Connect Program), treatment incorporating Behavior Therapy, CBT, and Family Therapy delivered via a combination of family, parent, and child sessions (i.e., MST)

³⁰ k: studies, which are included in the review/meta-analysis and matched the inclusion criteria for the project

			behavioral therapy		- adolescents with juvenile justice involvement: CBT, Equipping Youth to Help One Another (EQUIP), Solution-Focused Group Program, Preventing HIV/AIDS Among Teens (PHAT Life), approach incorporating CBT, African Culture Reflective Identity and Life Skill Development, Case Management, and Peer Mentoring, Redemption Reintegration Services (RRS)
van der Pol et al. (2019). Common elements of evidence-based systemic treatments for adolescents with disruptive behaviour problems	<i>k</i> = 117	- adolescents diagnosed with at least one externalising disorder (CD, ODD, substance use disorder) - <i>n</i> = unknown - <i>male</i>: unknown - <i>age</i>: range: 12-18	family oriented interventions	-	Treatment mechanisms: Engagement, alliance and interactional focus: found in all 5 systematic treatments developmental process, relational assessments/evaluations and here-and-now focus: found in 4 systematic treatments Treatment parameters: average caseload: 9 (4-16) families per therapist average duration: 5.3 (3-12) months education level of therapists: minimal master's degree therapy dosage: 1-3 sessions per week Treatment techniques: conflict management and communication skills: found in all 5 systematic treatments reinforcement, assigning and reviewing homework, problem-solving, psychoeducation, anticipating and training for setbacks, divert and interrupt, reframing, reviewing goals and progress, and special time: found in 4 systematic treatments limit-setting, enactment, working with boundaries, monitoring and reconnecting: found in 3 systematic treatments

Observational studies					
Publication	Study design	Population	Intervention	Comparison	Outcome
Schoenwald. (2008). Therapist Adherence and Organizational Effects on Change in Youth Behavior Problems One Year After Multisystemic Therapy	observational study	- youth with autism or severe mental retardation - <i>n</i> = 1979 - <i>male</i> : 65.0 % - <i>age</i> : <i>M</i> = 14.0, <i>SD</i> = 2.35	Multisystemic therapy	-	CBCL: externalizing [caregivers]: therapist adherence was a robust predictor of reductions in youth externalizing behavior

Abbreviations and acronyms. IG = intervention group; CG = control group; CD = conduct disorder; SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire; ICU = Inventory of Callous-Unemotional Traits; ABAS = Antisocial Beliefs and Attitudes Scale; ABCL = Adult Behavior Checklist; ADHD = attention-deficit hyperactivity disorder; RBPC = Revised Behavior Problem Checklist; YSR = Youth Self-Report; CBCL = Child Behavior Checklist; ODD = oppositional defiant disorder.

Kapitel 5: Empfehlungen zu pharmakologischen Interventionen

Reviews					
Publication	Number of included studies ³¹	Population	Intervention	Comparison	Outcome
Agency for Healthcare Research and Quality. (2015). Psychosocial and Pharmacologic Interventions for Disruptive Behavior in Children and Adolescents	$k = 13$	- children exhibiting disruptive behaviors (e.g., CD, ODD, and IED) - $n =$ unknown - <i>male</i>: unknown - <i>age</i>: ≤ 18	Antipsychotics, antiepileptics, stimulants and nonstimulants	alternate psychosocial or pharmacologic intervention, inactive treatment, waitlist, active treatment, placebo	ODD symptoms: Studies of antipsychotic medications and valproic acid had mixed results over the short term. Two RCTs of atomoxetine suggested it was more effective at reducing ODD symptoms than placebo. One RCT of guanfacine extended release also reported significant reductions over placebo in ODD symptoms. Two RCTs reported that stimulants were more effective than placebo at reducing ODD and CD symptoms.
Balia et al. (2018). The pharmacological treatment of aggression in children and adolescents with conduct disorder. Do callous-unemotional traits modulate the efficacy of medication?	a) $k = 5$ b) $k = 2$ c) & d) $k = 2$ e) $k = 1$	- a) subjects with a primary diagnosis of CD and participants with ADHD with comorbid CD; b) subjects with a primary diagnosis of CD; c) subjects with severe physical aggression, ADHD, and co-occurring ODD/CD, who failed to respond optimally to a parent training and	a) stimulants (methylphenidate), b) antipsychotics (risperidone, quetiapine), c) basic therapy (parent training plus	placebo	Conduct problems: a) treatment effect (teacher): $ES = -2.62, p = .01$ a) treatment effect (parent): $ES = -2.43, p = .11$ b) treatment effect: $MD = -12.67, p = .32$ Aggression: a) treatment effect (parent): $SMD = -5.09, p = .05$ a) treatment effect (parent): $p > .05$ e) treatment effect: $p > .05$ Peer aggression c) treatment effect (parent): $d = 0.32, p = .02$

³¹ k: studies, which are included in the review/meta-analysis and matched the inclusion criteria for the project

		stimulant medication; d) subjects with ADHD, ODD or CD, and significant aggressive behavior; e) subjects with aggressive behavior and CD - range $n = 39-242$ - <i>male</i>: unknown - <i>age</i>: range $M = 9.31-12.5$	stimulant plus placebo) or "augmented therapy" (parent training plus stimulant plus risperidone), d) stimulant monotherapy, e) mood stabilizer (lithium)		c) treatment effect (teacher): $p > .05$ CD symptom severity: c) treatment effect: $p > .05$ Positive social behavior: c) treatment effect: $ES = 0.35, p < .05$ Reactive (impulsive) aggression c) treatment effect: $ES = 0.29, p < .05$ Proactive aggression: c) treatment effect: $p > .05$ Moderator: CU traits c) higher scores predicted better outcome on disruptive behavior regardless of treatment assignment d) CU traits at baseline did not diminish the effectiveness of stimulant monotherapy in reducing aggressive behavior among children with ADHD
Connor et al. (2002). Psychopharmacology and Aggression. I: A Meta-Analysis of Stimulant Effects on Overt/Covert Aggression-Related Behaviors in ADHD	$k = 28$	- children with ADHD, the most common comorbid diagnoses (75 % of subjects) were those of CD/ODD - $n = 683$ - <i>male</i>: 88 % - <i>age</i>: range: 7.7-14.4	stimulant	placebo control	Aggression: overt and covert: treatment effect (clinician, overt): $d = 0.77, p < .0001$ treatment effect (clinician, covert): $d = 0.81, p < .001$ treatment effect (parent, overt): $d = 0.71, p < .0001$ treatment effect (teacher, overt): $d = 1.04, p < .0001$ treatment effect (overall, overt): $d = 0.84, p < .0001$ treatment effect (overall, covert): $d = 0.69, p < .001$
Khan et al. (2019). Current pharmacotherapy options for conduct disorders in	$k = 17$	- children and adolescents with a diagnosis of CD, DBD, including ODD and DBD-NOS	risperidone, quetiapine, methylphenidate, methylphe-	placebo	Conduct problems and aggression: risperidone: Overall, there was some evidence of limited efficacy in reducing conduct problems and aggression in children and adolescents (5-18 years) when prescribed for a short-term (6-12 weeks). This effect is often short-lived

adolescents and children		- <i>n</i> = 1344 - <i>male</i>: range: 38 %-100 % - <i>age</i>: range: 5-18	nidate + clonidine, clonidine, lithium, divalproex, atomoxetine		and after several months many of the disruptive behaviors begin to return. quetiapine, ziprasidone, and other newer atypical antipsychotics: There is lack of current evidence in regard to efficacy and safety. quetiapine: It is useful in certain situations such as children who develop extrapyramidal side effects or hyperprolactinemia on risperidone. aripiprazole: It is often better tolerated but less effective in decreasing aggressive and disruptive behaviors. olanzapine: It can be useful in a small minority of children with less frequent but severe disruptive behavior where there is significant risk to others and where there is both a clear precipitant and sufficient time for the medication to take effect before the child becomes too emotionally dysregulated to follow direction. clonidine: The observed efficacy is often limited. In some cases, it can be useful as a pro re nata to control more severe episodes of aggression where there is a risk to the child or their parents. lithium: It should not be routinely used in disruptive behaviors unless it is considered that the behaviors may be in the context of an emerging bipolar diathesis. psychological interventions: If the individual has CD alone, the findings strongly suggest that pharmacotherapy remains adjunctive to psychological interventions with the latter being high-intensity broad family and community interventions such as multisystemic therapy. Side effects: risperidone: significant weight gain (short-term therapy) and derangement of metabolic parameters was common (e.g. hyperprolactinemia and impaired lipid profile)
--------------------------	--	--	--	--	--

					aripiprazole: metabolic side effects are preferable to other second-generation antipsychotics, still associated with weight gain and sedation in most patients clonidine: sedation is often problematic at higher doses lithium: adverse effects can occur even when serum levels are within the therapeutic range, it interacts with a number of medications including NSAIDS which can significantly increase lithium levels, there is a risk of acute and chronic renal impairment, hypothyroidism and parathyroid dysfunction
Loy et al. (2017). Atypical antipsychotics for disruptive behaviour disorders in children and youths (Review)	$k = 10$	- youth with a diagnosis of DBDs, including comorbid ADHD - $n = 896$ - <i>male</i>: 8 trials included significantly more males - <i>age</i>: range: 5-18	risperidone, quetiapine, ziprasidone	placebo	Aggression: treatment effect (risperidone): $p > .05$ Conduct problems: treatment effect (risperidone): $SMD = -8.61, p < .00001$ Weight gain: treatment effect (risperidone; antipsychotics only): $MD = 2.37, p = .03$ treatment effect (risperidone; antipsychotics and stimulant): $MD = 2.14, p < .0001$
Merged studies: (1) Pringsheim et al. (2015). The Pharmacological Management of Oppositional Behaviour, Conduct Problems, and Aggression in Children and Adolescents With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder,	(1) $k = 22$ (2) $k = 18$	- children and adolescents with a diagnosis of ADHD, ODD, or CD - (1) $n = 4811$, (2) $n = 1195$ - <i>male</i>: more boys - <i>age</i>: range: 3-18	psychostimulants (methylphenidate and amphetamine), alpha agonists (clonidine and guanfacine), atomoxetine, antipsycho-	placebo	Aggression: overt and covert: treatment effect (psychostimulants, clinician, overt): $d = 0.77, p < .001$ treatment effect (psychostimulants, clinician, covert): $d = 0.81, p < .001$ treatment effect (psychostimulants, parent, overt): $d = 0.71, p < .001$ treatment effect (psychostimulants, teacher, overt): $d = 1.04, p < .001$ treatment effect (psychostimulants, overall, overt): $d = 0.84, p < .001$

Oppositional Defiant Disorder, and Conduct Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. Part 1: Psychostimulants, Alpha-2 Agonists, and Atomoxetine (2) Pringsheim et al. (2015). The Pharmacological Management of Oppositional Behaviour, Conduct Problems, and Aggression in Children and Adolescents With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, and Conduct Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. Part 2: Antipsychotics and Traditional Mood Stabilizers			tics and traditional mood stabilizers		Oppositional behaviour, conduct problems, and/or aggression: treatment effect (psychostimulants, teacher): $SMD = 0.84$, $p < .001$ treatment effect (psychostimulants, parent): $SMD = 0.55$, $p < .001$ treatment effect (clonidine): $SMD = 0.27$, $p = .02$ treatment effect (guanfacine): $SMD = 0.43$, $p < .001$ treatment effect (atomoxetine): $ES = 0.33$, $p < .001$ treatment effect (risperidone, youth with subaverage IQ and ODD, CD, or DBD-NOS): $SMD = 0.72$, $p < .001$ treatment effect (risperidone, youth with average IQ and ODD or CD, with and without ADHD): $SMD = 0.60$, $p < .001$ treatment effect (lithium): $OR = 4.56$, $p < .001$ treatment effect (divalproex): $OR = 14.60$, $p < .001$
Rajkumar. (2022). Antipsychotics in the Management of Disruptive Behavior Disorders in Children	$k = 6$	- children and youth with a DBD diagnosis - range: $n = 24$ to $n = 165$ - <i>male</i>: mostly mixed - <i>age</i>: range: 6 to 16	adjunctive or maintenance risperidone	placebo, active comparator	Cognitive performance: treatment effect: $p > .05$ Disruptive behavior: treatment effect: $p > .05$

and Adolescents: An Update and Critical Review					ODD symptoms: treatment effect: risperidone > placebo; risperidone = methylphenidate Aggression: treatment effect: risperidone = clozapine; risperidone > divalproex Adverse effects: somnolence or sedation, syncope, extrapyramidal adverse effects (tremors or stiffness), anxiety, constipation, increased appetite, skin rash, menstrual irregularity and nocturnal enuresis, body weight: more frequently with antipsychotic than with placebo
Shafiq et al. (2018). Using antipsychotics for behavioral problems in children	<i>k</i> = 6	- children and youth with ODD/CD and subaverage or average IQ - range: <i>n</i> = 19 to <i>n</i> = 118 - <i>male</i>: unknown - <i>age</i>: range: 5 to 18	risperidone, sometimes added to methylphenidate and/or parent training or family therapy	placebo	Conduct problems: treatment effect (subaverage IQ): SMD = -0.98, <i>p</i> < .00001 treatment effect (average IQ): SMD = -0.64, <i>p</i> < .00001
van Schalkwyk et al. (2017). Efficacy of antipsychotics for irritability and aggression in children: a meta-analysis	selective: <i>k</i> = 4 indicate: <i>k</i> = 2	selective: - individuals with low IQ - <i>n</i> = 279 - <i>male</i>: unknown - <i>age</i>: range <i>M</i> = 8.6-14 indicated: - individuals with CD	quetiapine or risperidone	placebo	Aggression: Each diagnostic subgroup showed a statistically significant improvement with a moderate-to-large effect size, with the exception of ADHD for which the effect size was smaller (SMD = 0.38, <i>p</i> = .029).

		- <i>n</i> = 112 - <i>male</i>: unknown - <i>age</i>: range <i>M</i> = 9.2-13.1			
--	--	---	--	--	--

Abbreviations and acronyms. CD = conduct disorder; ADHD = attention-deficit hyperactivity disorder; ODD = oppositional defiant disorder; ES = effect size; MD = mean difference; SMD = standardized mean difference; CU = callous-unemotional; IED = intermittent explosive disorder; DBD = disruptive behavior disorder; DBD-NOS = disruptive behavior disorder not otherwise specified.

[Anhang 6] Studienqualitätsbewertung: Randomisiert-kontrollierte Studien (angelehnt an RoB-2)

	Einschätzung eines möglichen Bias durch ...	Leitfrage(n)	
1	den Randomisierungsprozess ³²	a) War die Zuteilungssequenz randomisiert? b) Wurde die Zuteilungssequenz angemessen verdeckt durchgeführt? c) Gibt es Unterschiede zwischen den Gruppen bei Studienbeginn („baseline differences“), die auf ein Problem mit dem Randomisierungsprozess hinweisen?	Niedrig Bedenken Hoch
2	Abweichungen von den vorgesehenen Interventionen	a) Gab es Abweichungen von den vorgesehenen Interventionen (z. B. mehr/weniger Sitzungen als vorgesehen)? b) Waren nicht im Protokoll spezifizierte Interventionen ausgewogen zwischen den Gruppen? Wenn a) JA oder b) NEIN, ist es wahrscheinlich, dass diese Abweichungen/Unterschiede das Ergebnis beeinflusst haben?	Niedrig Bedenken Hoch
3	fehlende Ergebnisdaten	War der Anteil an „Dropouts“ im Studienverlauf in mindestens einer Gruppe größer als zu erwarten gewesen wäre? (ca. 10 % pro Messzeitpunkt)?	Niedrig Bedenken Hoch
4	die Ergebnismessung	a) War die Operationalisierung des Outcomes angemessen? b) Im Falle eines nicht verblindeten, klinischen Beurteilers ³³ : Ist es wahrscheinlich, dass die Erhebung des Ergebnisses durch das Wissen, welche Intervention die Teilnehmer:innen erhalten hatten, beeinflusst wurde?	Niedrig Bedenken Hoch
5	eine Selektion des berichteten Ergebnisses	Wurden die zu analysierenden Endpunkte vorab festgelegt? ODER Ist es wahrscheinlich, dass das numerische Ergebnis auf Grundlage der Ergebnisse mehrerer Endpunkte oder mehrerer durchgeführter Analysen ausgewählt wurde?	Niedrig Bedenken Hoch

³² Die Ermittlung des möglichen Bias durch den Randomisierungsprozess erfolgte angelehnt an den Entscheidungsbaum im RoB-2.

³³ Da in der Forschung zu psychosozialen Interventionen (u. a. Psychotherapie) Patient:innen (und deren Bezugspersonen) in der Regel darüber informiert sind welche Intervention die Patient:innen erhalten, ist es nicht anzustreben verblindete Urteile von Patient:innen, Eltern oder Lehrkräften zu erheben. Im Falle eines klinischen Beurteilers ist es unter Umständen durchaus anzustreben einen unabhängigen, verblindeten Kliniker hinzuzuziehen.

Ermittlung des Gesamt-Vertrauens in die Ergebnisse der randomisiert-kontrollierten Studie:

- Niedriges Biasrisiko: Biasrisiko in allen Domänen als niedrig eingeschätzt
- Bedenken: Biasrisiko in einer Domäne als „mit einigen Bedenken“ eingeschätzt
- Hohes Biasrisiko: Biasrisiko in einer Domäne als hoch eingeschätzt ODER Biasrisiko in mehreren Domänen als „mit einigen Bedenken“ behaftet eingeschätzt, in einer Weise, die das Vertrauen in das Ergebnis substantiell verringert.

[Anhang 7] Studienqualitätsbewertung: Systematische Übersichtsarbeiten (angelehnt an AMSTAR 2)

	Leifrage(n)	
1	Geben die Autor:innen an, dass die Fragestellung(en), die Suchstrategie sowie die Ein- und Ausschlusskriterien vor der Durchführung des Reviews festgelegt wurden? <i>[z. B. in Form eines Protokolls, Leitfadens]</i>	JA NEIN
2	Haben die Autor:innen eine umfassende Suchstrategie angewendet (Durchsuchen von mindestens zwei Datenbanken, ausreichend detaillierter Bericht der Suchbegriffe und weiterer Suchkriterien, wie z. B. Publikationssprache)?	JA NEIN
3	Haben die Autor:innen eine Liste der ein- und ausgeschlossenen Studien bereitgestellt und die Ausschlüsse begründet? <i>[Es ist nicht unbedingt erforderlich, dass der Ausschlussgrund pro Studie angegeben wurde. Es ist ausreichend, wenn eine Auflistung der häufigsten Ausschlussgründe inkl. Prozentangaben vorhanden ist.]</i>	JA NEIN
4	Haben die Autor:innen eine Bewertung des Biasrisikos in den einzelnen, eingeschlossenen Studien vorgenommen und bei der Interpretation/Diskussion der Ergebnisse berücksichtigt?	JA NEIN
5	Sofern eine quantitative Synthese/Metaanalyse durchgeführt wurde: Haben die Autor:innen die statistische Heterogenität der eingeschlossenen Studien ermittelt? Im Falle hoher Heterogenität: Wurden weiterführende Analysen durchgeführt (Subgruppenanalysen, Meta-Regressionen, Sensitivitätsanalysen) und die Heterogenität diskutiert?	JA NEIN
6	Sofern eine quantitative Synthese/Metaanalyse durchgeführt wurde: Haben die Autor:innen eine Untersuchung eines möglichen Publikationsbias durchgeführt und bei der Interpretation/Diskussion der Ergebnisse berücksichtigt?	JA NEIN

Ermittlung des Gesamt-Vertrauens in die Ergebnisse der systematischen Übersichtsarbeit:

- Moderate/Hoch: keines der 6 Items wurde mit NEIN beantwortet
- Niedrig: eins der 6 Items wurde mit NEIN beantwortet
- Kritisch niedrig: mehr als eins der 6 Items wurde mit NEIN beantwortet

[Anhang 8] Studienqualitätsbewertung: Beobachtungsstudien (angelehnt an ROBINS-I-V2)

Nr. Domäne	Risiko für ein Bias	Beispiel	Bewertung
1	durch Störfaktoren	Ein anderer Gesundheitsfaktor, der nicht kontrolliert wird, beeinflusst das Ergebnis.	Niedrig – moderat – ernst – kritisch
2	bei der Klassifikation der Interventionen Fehlerhafte oder inkonsistente Zuordnung der Teilnehmer zur Interventions- oder Kontrollgruppe.	Teilnehmer:innen werden fälschlicherweise als behandelt oder unbehandelt eingestuft.	Niedrig – moderat – ernst – kritisch
3	bei der Auswahl der Teilnehmenden in die Studie (oder in die Analyse) Verzerrung entsteht durch eine ungleichmäßige oder fehlerhafte Auswahl der Studienteilnehmenden, entweder zu Studienbeginn oder beim Einschluss in die Auswertung.	Nur gesunde Teilnehmende werden in die Analyse aufgenommen, Kranke fallen aus.	Niedrig – moderat – ernst – kritisch
4	durch Abweichungen von den vorgesehenen Interventionen Verzerrungen, die entstehen, wenn Teilnehmende von der geplanten Intervention abweichen oder zusätzliche Maßnahmen erhalten, die nicht Teil des Studienprotokolls sind.	Kontrollgruppe nutzt heimlich die Intervention. Eher selten, da keine „vorgesehene Intervention“ im engeren Sinn existiert aber kann wichtig werden, wenn z. B. Patient:innen die Exposition wechseln (Cross-over) oder zusätzlich andere Therapien einsetzen, die mit dem Outcome interferieren.	Niedrig – moderat – ernst – kritisch
5	durch fehlende Daten Verzerrungen durch Ausfälle, verlorene Daten oder unvollständige Nachverfolgung,	Patient:innen mit schlechtem Verlauf brechen häufiger aus der Studie aus.	Niedrig – moderat – ernst – kritisch

	insbesondere, wenn diese nicht zufällig sind.		
6	durch die Messung des Outcomes • Verzerrung entsteht, wenn die Ergebnisbewertung ungenau, subjektiv oder systematisch unterschiedlich zwischen den Gruppen erfolgt.	Untersucher weiß, welche Behandlung der Patient/die Patientin erhalten hat und bewertet das Ergebnis beeinflusst.	Niedrig – moderat – ernst – kritisch
7	durch die Auswahl der berichteten Ergebnisse • Verzerrung, wenn nur bestimmte Ergebnisse (z. B. signifikante oder gewünschte) veröffentlicht oder berichtet werden, andere aber nicht.	Negative oder neutrale Ergebnisse bleiben unerwähnt.	Niedrig – moderat – ernst – kritisch

Gesamtbewertung	Interpretation	Entscheidungsfindung
Niedriges Risiko für Bias (außer Bedenken bzgl. unkontrollierter Confounder)	Es besteht die Möglichkeit, dass nicht alle Störfaktoren (Confounder) vollständig kontrolliert wurden (aufgrund der Beobachtungsnatur der Studie). Ansonsten gibt es jedoch kaum oder keine Bedenken hinsichtlich Bias im Ergebnis.	- Niedriges Risiko für Bias in allen Domänen ODER - Niedriges Risiko in allen Domänen außer in Domäne 1 (Confounding).
Moderates Risiko für Bias	Es bestehen gewisse Bedenken hinsichtlich Bias im Ergebnis, auch wenn nicht klar ist, ob ein wesentlicher Bias vorliegt.	Mindestens eine Domäne zeigt ein moderates Risiko, aber keine Domäne ist mit ernstem oder kritischem Risiko bewertet.
Ernstes Risiko für Bias	Die Studie weist wichtige Probleme auf: Charakteristika der Studie führen zu einem ernsthaften Risiko für Bias im Ergebnis.	- Mindestens eine Domäne mit einem ernstem Risiko, aber keine mit einem kritischem Risiko ODER - Mehrere Domänen (> 3 der Domänen 2-7) mit einem moderaten Risiko, sodass sich in Summe ein ernstes Risiko ergibt.
Kritisches Risiko für Bias	Die Studie ist sehr problematisch: Charakteristika führen zu einem kritischen Bias im Ergebnis, sodass die Resultate in Evidenzsynthesen im Regelfall ausgeschlossen werden sollten.	- Mindestens eine Domäne mit kritischem Risiko ODER - Mehrere Domänen (> 3 der Domänen 2-7) mit ernstem Risiko, sodass sich in Summe ein kritisches Risiko ergibt.

[Anhang 9] Vertrauenswürdigkeit der Evidenz: Einschätzung entsprechend des GRADE-Ansatzes

INHALT

KAPITEL 1: EMPFEHLUNGEN ZU RAHMENBEDINGUNGEN UND DER KOORDINATION VON VERSORGUNGSANGEBOTEN	144
KAPITEL 2: EMPFEHLUNGEN ZUR DIAGNOSTIK	146
KAPITEL 4: EMPFEHLUNGEN ZU PSYCHOSOZIALEN PRÄVENTIONSMAßNAHMEN UND INTERVENTIONEN	150
KAPITEL 4.1 UND KAPITEL 4.2: ELTERN- UND ELTERN-KINDZENTRIERTE PRÄVENTIVE MAßNAHMEN UND THERAPEUTISCHE INTERVENTIONEN	150
KAPITEL 4.3 UND KAPITEL 4.4: PATIENT:INNENZENTRIERTE PRÄVENTIVE MAßNAHMEN UND THERAPEUTISCHE INTERVENTIONEN	288
KAPITEL 4.5: MAßNAHMEN UND INTERVENTIONEN IN BILDUNGSEINRICHTUNGEN	370
KAPITEL 4.6: SYSTEMÜBERGREIFENDE, INTENSIVE, MULTIMODALE INTERVENTIONEN	392
KAPITEL 5: EMPFEHLUNGEN ZU PHARMAKOLOGISCHEN INTERVENTIONEN	398

Kapitel 1: Empfehlungen zu Rahmenbedingungen und der Koordination von Versorgungsangeboten

Recommendation 1.16.								
"In komplexen Fallkonstellationen sollte eine verantwortliche Fachkraft in Abstimmung mit den verschiedenen Systemen, Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Störungen des Sozialverhaltens bei Bedarf auch längerfristig begleiten, Hilfsangebote koordinieren und den Verlauf dokumentieren."								
Type and number of studies; number of patients (age); etc.	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Publication bias	Summary of findings	Comments	Overall quality
<i>Wraparound Care Coordination (IG) vs. without case management (CG); delinquent behavior^{core}</i>								
1 MA ¹ (including 7 studies; 802 patients aged 3 to 21 years)	serious	not serious	serious	serious	serious	IG > CG; small effects	> 50 % of the included studies are observational studies (GRADE rating started at 'low').	very low
<i>Wraparound Care Coordination (IG) vs. without case management (CG); mental health^{functional}</i>								
2 MAs ² (including 17 and 7 studies; 26811 patients aged 3 to 21 years)	serious	not serious	serious	not serious	not serious	IG > CG; small effects	> 50 % of the included studies are observational studies (GRADE rating started at 'low').	very low
<i>Wraparound Care Coordination (IG) vs. without case management (CG); psychosocial functioning^{functional}</i>								
2 MAs ² (including 17 and 7 studies; 26811 patients aged 3 to 21 years)	serious	not serious	serious	not serious	not serious	IG > CG; small effects	> 50 % of the included studies are observational studies (GRADE rating started at 'low').	very low

<i>Wraparound Care Coordination (IG) vs. without case management (CG); school functioning^{functional}</i>								
2 MAs ² (including 17 and 7 studies; 26811 patients aged 3 to 21 years)	serious	not serious	serious	serious	not serious	IG > CG; small to moderate effects	> 50 % of the included studies are observational studies (GRADE rating started at 'low').	very low
<i>Wraparound Care Coordination (IG) vs. without case management (CG); residential placement or living situation^{functional}</i>								
2 MAs ² (including 17 and 7 studies; 26811 patients aged 3 to 21 years)	serious	not serious	serious	not serious	not serious	IG > CG; moderate effects	> 50 % of the included studies are observational studies (GRADE rating started at 'low').	very low
OVERALL								very low
Core symptoms								very low
Comorbid symptoms								N/A
Level of functioning								very low
<i>Note. CG = control group; core = core symptoms; functioning = level of functioning; IG = intervention group; MA = meta-analysis; N/A = not applicable.</i>								
¹ Suter (2009); ² Olson (2021), Suter (2009)								

Kapitel 2: Empfehlungen zur Diagnostik

Recommendation 2.2.								
"Wenn bei Kindern/Jugendlichen/jungen Erwachsenen Hinweise auf eine andere psychische Störung (v.a. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Autismus-Spektrum-Störung, Reaktive Bindungsstörung, Störungen durch Substanzgebrauch, Persönlichkeitsstörungen, Depressive Störungen, Angst- oder furchtbezogene Störungen, Posttraumatische Belastungsstörung, Störungen durch Verhaltenssüchte) vorliegen, dann sollte überprüft werden, ob auch eine Störung des Sozialverhaltens vorliegt. Das Vorliegen einer dieser psychischen Störungen soll kein Hindernis für eine diagnostische Abklärung der Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens sein."								
Type and number of studies; number of patients (age); etc.	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Publication bias	Summary of findings	Comments	Overall quality
<i>Girls versus boys, both with conduct disorder (CD); comorbidities (current/lifetime) ^{comorbid}</i>								
1 non-randomised study ¹ (454 girls and 295 boys aged 9-18 years)	serious	not serious	not serious	not serious	not serious	Oppositional defiant disorder (female: 78.6 % / 84.1 %; male: 76.3 % / 79.7 %), attention deficit hyperactivity disorder (ADHD; female: 30.4 % / 31.9 %; male: 44.7 % / 48.8 %), borderline personality disorder (female: 22.7 %; male: 5.4 %), substance use disorders (female: 18.5 % / 28.4 %; male: 17.6 % / 21.0 %), depression (female: 18.7 % / 33.3 %; male: 11.2 % / 15.6 %), anxiety disorders (female: 13.7 % / 17.4 %; male: 11.5	GRADE rating started at 'low'. Confidence intervals calculated by the study team.	very low

						% / 19.7 %), post-traumatic stress disorder (PTSD; female: 10.8 % / 17.4 %; male: 4.1 % / 5.8 %), and elimination disorders (female: 3.1 % / 10.6 %; male: 6.1 % / 15.9 %). Girls with conduct disorder characterized by dissocial behavior showed more lifetime comorbid diagnoses than boys with the same subtype of conduct disorder.		
<i>Adolescents and young adults with conduct problems (CP); problem gambling and gaming</i> comorbid								
1 SR ² (including 71 studies; 138.055 patients aged 12-25 years)	serious	not serious	not serious	not serious	not serious	Based on cross-sectional evidence, both problem gambling and gaming are consistently concurrently associated with conduct problems and depressive symptoms. Longitudinal evidence appears to be clearer for conduct problems as a risk factor for problem gambling, and depressive symptoms as a risk factor for problem gaming. However, both risk factors appear to increase the risk for these problem behaviors.	observational and descriptive studies are included (GRADE rating started at 'low'). - 15 studies for problem gambling and CP - 5 for problem gaming and CP	very low

<i>Children and adolescents with autism spectrum disorder (ASD); prevalence of conduct disorder (CD) ^{comorbid}</i>								
1 SR ³ (including 6 studies; 783 patients aged under 14 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	The estimated prevalence rates for CD are between 1 % and 10 %. Across the six studies 5 % of those with ASDs had CD. In an absolute sense, the rate for CD is similar in the general population.	–	very low
<i>Children and adolescents with autism spectrum disorder (ASD); prevalence of oppositional defiant disorder (ODD) ^{comorbid}</i>								
1 SR ³ (including 7 studies; 892 participants aged under 14 years)	serious	serious	not serious	serious	not serious	The estimated prevalence rates for ODD are between 4 % and 37 %. Across the seven studies 21 % of those with ASDs had ODD. In an absolute sense, the rate for ODD is higher than in the general population.	–	very low
<i>Children and adolescents with reactive attachment disorder (RAD); prevalence of oppositional defiant disorder (ODD) and conduct disorder (CD) ^{comorbid}</i>								
1 SR ⁴ (including 25 studies; patients aged 0-20 years)	serious	serious	not serious	very serious	not serious	Results obtained in the present review point to a relationship between the presence of RAD, inhibited, disinhibited or mixed, and other mental health and developmental problems, such as behavioural problems (e.g., oppositional defiant	Inconclusive results	very low

						disorder, dissocial disorder).		
OVERALL								very low
Core symptoms								N/A
Comorbid symptoms								very low
Level of functioning								N/A
<i>Note.</i> Comorbid = comorbid symptoms; N/A = not applicable; SR = systematic review.								
¹ Konrad (2022); ² Richard (2020); ³ Kaat (2013); ⁴ Talmón-Knuser (2023)								

Kapitel 4: Empfehlungen zu psychosozialen Präventionsmaßnahmen und Interventionen

Kapitel 4.1 und Kapitel 4.2: Eltern- und eltern-kindzentrierte präventive Maßnahmen und therapeutische Interventionen

Recommendation 4.1.1								
"Bei Vorliegen von kindlichen oder familiären Risikofaktoren sollte den Familien der Kinder eine spezifische psychosoziale Unterstützung mit dem Ziel der langfristigen Reduktion des Risikos der Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens angeboten werden."								
Type and number of studies; number of patients (age); risk factor	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Publication bias	Summary of findings	Comments	Overall quality
<i>Incredible Years parenting intervention (IYPI) vs. mixed (no or minimal intervention, waitlist); externalizing symptoms/conduct problems^{core}</i>								
1 MA ¹ (including k = 3 studies; 469 high-risk families such as disadvantaged families or mothers who had been released from prison, children aged M = 63 months)	not serious	not serious	not serious	serious	serious	ECBI-I (or PACS for two studies): [4-6 months after IYPI] for selective, indicated, and therapeutical sample: significant overall effect of IYPI on child conduct problems (z = 10.08, p < 0.001), estimated to be a reduction of 13.5 points on ECBI-I (95 % CI -16.14, -10.88). Indicated prevention or treatment trials had larger effect sizes than did selective prevention trials.	There were no significant moderation effects by any social disadvantage indicator. There were no significant moderation effects by ethnicity.	low

Parent training programs vs. mixed (untreated groups, treatment as usual (TAU), service as usual (SAU)); antisocial behavior ^{core}								
1 MA ² (including 128 comparisons; N = unknown children & adolescents up to the mean age of 18)	serious	not serious	serious	not serious	serious	Intervention level $Q_b < .01$: Universal prevention: $d = 0.38 \pm 0.08$, $k = 64$ Selective prevention: $d = 0.41 \pm 0.09$, $k = 66$ Indicated prevention: $d = 0.51 \pm 0.08$, $k = 80$ Clinical applications: $d = 0.59 \pm 0.11$, $k = 48$ Effect sizes indicated low but significant differences for ASB ($Q_b < .05$) favoring the 4- to 7-year-old age group: Up to 4 years: $d = 0.46 \pm 0.10$, $k = 51$ 4–7 years: $d = 0.54 \pm 0.07$, $k = 118$ 8–10 years: $d = 0.39 \pm 0.10$, $k = 49$ 11–18 years: $d = 0.38 \pm 0.12$, $k = 40$ Program name/type/approach $Q_b < .05$ Triple P: $d = 0.44 \pm 0.10$, $k = 55$ Incredible Years: $d = 0.42 \pm 0.12$, $k = 37$ Parent Management Training OM: $d = 0.35 \pm$	–	very low

						0.17, k = 16 Parent Child Interaction Therapy: d = 0.83 ± 0.22, k = 14 Other cognitive-behavioral programs: d = 0.46 ± 0.07, k = 100 Adlerian programs: d = 0.61 ± 0.26, k = 10 Humanistic programs: d = 0.66 ± 0.25, k = 12 Attachment/relationship-based programs: d = 0.35 ± 0.34, k = 4 Mixed programs: d = 0.40 ± 0.22, k = 10		
<i>BASIC Incredible Years videotape modeling parenting intervention (IG) vs. waitlist (CG); aggression, conduct problems^{core}</i>								
1 RCT ³ (154 mothers with socioeconomic disadvantaged and ethnic minority backgrounds, who experiencing parenting difficulties due to disruptive child behavior, children aged M = 5.59 years, SD = 1.35)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	aggression (mothers): IG = CG SDQ (conduct, mothers): IG > CG, d = .45 SDQ (conduct, teachers): IG = CG	No moderation effects were found of socioeconomic status or ethnic minority background on reduced mother or teacher reported disruptive behavior, (ps > .10). Recruitment process as a dichotomous moderator had no significant influence on the effects of Incredible Years on any of our outcome measures (ps > .11);	low

							study included in Beelmann (2023) & Gardner (2019) [Equity effects of parenting...]	
<i>CAPAS-Youth (IG) vs. waitlist (CG); conduct disorder^{core}</i>								
1 RCT ⁴ (79 Latina/o immigrant families, focal youth was between the ages of 12 and 14 and had mild-to-moderate behavior problems)	not serious	not serious	not serious	not serious	not serious	IG > CG, eta-squared = .24	–	high
<i>Culturally adapted Triple P program (IG) vs. waitlist (CG); prosocial behavior^{core}</i>								
1 RCT ⁵ (70 parents of indigenous children with behavior problems aged M = 4.49 (IG), M = 4.52 (CG)) culturally adapted Triple P program: two à 2-h parenting discussions groups "Being a Positive Parent"	serious	not serious	not serious	serious	not serious	SDQ: [post, 6 months]: IG = CG	–	low

and "Dealing with Disobedience"								
<i>PPOP (IG) vs. waitlist (CG); oppositional defiant behavior, conduct problem behavior ^{core}</i>								
1 RCT ⁶ (85 Israeli parental couples with a 3-6-year-old child exhibiting non-clinical disruptive behavior) PPOP: is a structured, individual, parent training intervention program developed based on applied behavior analysis and social learning principles. The program consists of eight weekly 90-min sessions administered at the family's home, with the participation of the instructor and both parents.	not serious	not serious	not serious	serious	not serious	ODBTA: [3-month FU]: time x group: (a) IG > CG, eta-squared = .83 Conduct Problem Behavior (ECBI-CPB): [3-month FU]: IG > CG, eta-squared = .57	—	moderate

<i>"Nuestras Familias" Intervention (IG) vs. service as usual (SAU); aggression^{core}</i>								
1 RCT ⁷ (241 Latino/a youth living in Oregon aged M = 12.28, SD = 1.24) IG: 12 weekly group-based sessions with up to 15 families per group; delivered in Spanish, lasting 2.5 h; culturally adapted versions of core parent management training components	not serious	not serious	not serious	serious	not serious	CBCL: [post]: Group x Time: IG = SAU Group x Time x Nativity Status: IG = SAU	–	moderate
<i>"Nuestras Familias" Intervention (IG) vs. service as usual (SAU); externalizing symptoms^{core}</i>								
1 RCT ⁷ (241 Latino/a youth living in Oregon aged M = 12.28, SD = 1.24) IG: 12 weekly group-based sessions with up to 15 families per group; delivered in Spanish, lasting 2.5 h; culturally adapted versions	not serious	not serious	not serious	serious	not serious	CBCL: [post]: Group x Time: IG = SAU Group x Time x Nativity Status: IG = SAU	–	moderate

of core parent management training components								
<i>Group Triple P program (GTP) vs. care as usual (CAU); conduct problems^{core}</i>								
1 RCT ⁸ (134 low-income mothers of children aged between 3-12 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	SDQ: [12-months FU]: GTP = CAU	–	low
<i>Group Triple P program (GTP) vs. care as usual (CAU); prosocial behavior^{core}</i>								
1 RCT ⁸ (134 low-income mothers of children aged between 3-12 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	SDQ: [12-months FU]: GTP = CAU	–	low
<i>Madres Apoyando el Desarrollo emocional de Sus Hijos (IG) vs. CG (unknown); prosocial behavior^{core}</i>								
1 RCT ⁹ (113 low-income Latina mothers of children aged 9-12 years) IG: The program teaches mothers the difference between primary and secondary control coping strategies and	not serious	not serious	not serious	serious	not serious	[post & 3 months FU]: [effects of condition]: IG = CG [location by condition interaction]: significant program effect for mothers in Othello, but not in Pasco at post-test and 3 months FU.	–	moderate

the importance of matching the coping strategy they use to the controllability of the stressor. The program consisted of seven sessions once a week. Each session lasted about 90 minutes.								
<i>Parents as Teachers (PAT, parent training program) vs. care as usual (CAU); oppositional/defiant problems^{core}</i>								
1 RCT ¹⁰ (255 at-risk families with new-born children aged M = 51.3-55 days)	not serious	not serious	not serious	not serious	not serious	CBCL: [36 month]: PAT= CAU	At-risk families: two distinct psychosocial risk factors on the personal (e.g., mental illness), the family (e.g., single parents), the social (e.g., no social network), or on the material level (e.g., confined living space)	high
<i>Baby Triple P for Preterm Infants plus routine care (IG) vs. care as usual (CG); externalizing symptoms^{core}</i>								
1 RCT ¹¹ (384 parents of infants born very preterm (< 32 weeks of gestational age), gestational aged	serious	not serious	not serious	serious	not serious	ITSEA: [4 months of corrected age]: IG = CG	—	low

M = 28.5 weeks, SD = 2.1 weeks)								
<i>Baby Triple P for Preterm Infants plus routine care (IG) vs. care as usual (CG); dysregulation^{core}</i>								
1 RCT ¹¹ (384 parents of infants born very preterm (< 32 weeks of gestational age), gestational aged M = 28.5 weeks, SD = 2.1 weeks)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	ITSEA: [4 months of corrected age]: IG = CG	–	low
<i>FICare (IG) vs. standard care (CG); externalizing symptoms^{core}</i>								
1 RCT ¹² (126 parents of preterm born babies (< 33 weeks of gestation) aged 18 months) FICare: Enhanced training in the day-to-day care of their infant including bathing, feeding, providing skin-to- skin care, dressing, administering oral medications, taking	serious	not serious	not serious	serious	not serious	ITSEA: IG = CG	Maternal hair cumulative cortisol (HCC) was positively related to child Dysregulation T scores in control dyads, but not FICare dyads, accounting for 3 % of the total 9 % of the variance in child Dysregulation T scores explained by the model fixed effects. When mothers' HCC was 0.71 and greater (log- transformed; 5.12 pg/mg backtransformed), child Dysregulation T scores were significantly greater in control, relative to FICare dyads.	low

temperature, and interacting with their infant to support development. Parents were encouraged to participate with the medical team on medical rounds, clinical decisions about their infant's care, and chart their infant's growth. Through informal peer-to-peer support and veteran parent and social work involvement in the education sessions, parents were provided with psychosocial support.								
<i>FiCare (IG) vs. standard care (CG); dysregulation^{core}</i>								
1 RCT ¹² (126 parents of preterm born babies (< 33 weeks of gestation) aged	serious	not serious	not serious	serious	not serious	ITSEA: IG > CG	Maternal hair cumulative cortisol (HCC) was positively related to child Dysregulation T scores in control dyads, but not FiCare dyads, accounting	low

18 months) FICare: Enhanced training in the day-to-day care of their infant including bathing, feeding, providing skin-to-skin care, dressing, administering oral medications, taking temperature, and interacting with their infant to support development. Parents were encouraged to participate with the medical team on medical rounds, clinical decisions about their infant's care, and chart their infant's growth. Through informal peer-to-peer support and veteran parent and social work							for 3 % of the total 9 % of the variance in child Dysregulation T scores explained by the model fixed effects. When mothers' HCC was 0.71 and greater (log-transformed; 5.12 pg/mg backtransformed), child Dysregulation T scores were significantly greater in control, relative to FICare dyads.	
---	--	--	--	--	--	--	--	--

involvement in the education sessions, parents were provided with psychosocial support.								
<i>Kangaroo mother care (KMC; IG) vs. traditional care (CG); aggressivity, antisocial behavior</i> ^{core}								
1 RCT ¹³ (264 young adults, who had a weight of ≤1800 g at birth aged M = 20 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	Conners (aggressivity): IG > CG ABCL (antisocial): IG = CG	The Conners' scores for aggressiveness and for externalization in the Adult Behavior Checklist (ABCL) test were consistently lower in the KMC group, particularly for less well-educated mothers, and these children were perceived as having less antisocial behavior (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM]) than controls.	low
<i>Kangaroo mother care (KMC; IG) vs. traditional care (CG); externalizing symptoms</i> ^{core}								
1 RCT ¹³ (264 young adults, who had a weight of ≤1800 g at birth aged M = 20 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	ABCL: IG = CG	The Conners' scores for aggressiveness and for externalization in the Adult Behavior Checklist (ABCL) test were consistently lower in the KMC group, particularly for less well-educated mothers, and these	low

							children were perceived as having less antisocial behavior (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM]) than controls.	
<i>Mother-Infant Transaction Program-Modified (MITP-M; IG) vs. UNN's standard protocol for discharge (CG); externalizing symptoms ^{core}</i>								
1 RCT ¹⁴ (146 mothers and their infants with birth weights below 2000 g, age unknown) Mother-Infant Transaction Program-Modified (MITP-M): After the initial session, eight trained neonatal nurses implemented 1-h daily sessions with parents and infants over 7 days. The sessions started 1 week before discharge. The same intervention nurse followed	not serious	not serious	not serious	serious	not serious	CBCL/2-3 (parents): [at 2 years of age]: IG = CG; the intervention group scored consistently lower on all CBCL scales, but the differences were not significant. [at 5 years of age] At this age level, parents in the intervention group reported significantly less behavioral problems, and significantly more children in the preterm control group scored within the clinical area.	—	moderate

up the daily sessions with home visits on the 3rd, 14th, 30th and 90th days after discharge. UNN's standard protocol for discharge: This included an offer of training in infant massage, a clinical examination including visual and hearing screening and a consultation with one of the medical doctors.								
<i>Caregiving for Children through Conflict and Displacement (IG) vs. waitlist (CG); conduct problems^{core}</i>								
1 RCT ¹⁵ (120 children aged 8 to 14 years and their parents who had experienced conflict in the past 5 years in the West Bank) IG: single two-hour session in	not serious	not serious	not serious	serious	not serious	SDQ: [5 and 15 weeks]: baseline to post-intervention: IG = CG	—	moderate

groups of up to 25 caregivers with each group led by two facilitators								
<i>Caregiving for Children through Conflict and Displacement (IG) vs. waitlist (CG); prosocial behavior</i> ^{core}								
1 RCT ¹⁵ (120 children aged 8 to 14 years and their parents who had experienced conflict in the past 5 years in the West Bank) IG: single two-hour session in groups of up to 25 caregivers with each group led by two facilitators	not serious	not serious	not serious	serious	not serious	SDQ: [5 and 15 weeks]: baseline to post-intervention: IG > CG	—	moderate
<i>FIND (IG) vs. standard services (CG); externalizing symptoms</i> ^{core}								
1 RCT ¹⁶ (138 low-income families, children aged M= 23.15 months, SD = 9.94 months) FIND: 10-session FIND intervention program in	serious	not serious	not serious	serious	not serious	CBCL/1.5-5 (children ≥ 18 months old) and BITSEA, (children < 18 months old): IG = CG	—	low

addition to standard EHS services. FIND is a brief, flexible, and strength-based video feedback intervention that targets five elements on "serve and return" interactions. active control: families received standard services from EHS programs with no additional support or intervention provided.								
<i>Doula Home visiting (IG) vs. case management (CG); externalizing symptoms^{core}</i>								
1 RCT ¹⁷ (312 young, low-income mothers in mid-pregnancy aged M = 18.3 (IG), M = 18.5 (CG)) Doula Home visiting: A community doula	not serious	not serious	not serious	serious	not serious	BITSEA [13 months] & [30 months]: IG = CG	Moderator-analyses: (a) parental depressive symptoms (Center for Epidemiological Studies - Depression Scale): intervention by depression interaction: p > .05; (b) maternal risk-taking behavior: risk-taking by intervention	moderate

is a para-professional health educator who provides young pregnant women with information and support throughout pregnancy, during childbirth, and in the first postpartum weeks. Weekly home visits are offered. Case Management: basic case management services by workers at local health and social service agencies (standard of care), which typically involved one prenatal and one postpartum office visit							interactions: significant interaction effects was found ($p < 0.01$), low risk-taking mothers benefited more by doula home visiting (IG). Three-way interactions (intervention group by depressive symptoms by time): (a) significant three-way interactions were found for externalizing symptoms ($p < 0.05$), showing that depressive symptoms moderated the impact of the intervention. Among mothers with high prenatal depressive symptoms, children in the intervention group had higher externalizing scores than children in the control group.; (b) $p > .05$	
<i>Doula Home visiting (IG) vs. case management (CG); emotion regulation^{core}</i>								
1 RCT ¹⁷ (312 young, low-	not serious	not serious	not serious	serious	not serious	Behavior Rating Scale of the Bayley Scales of Infant	Moderator-analyses: (a) parental depressive	moderate

income mothers in mid-pregnancy, aged M = 18.3 (IG), M = 18.5 (CG)) Doula Home visiting: A community doula is a para-professional health educator who provides young pregnant women with information and support throughout pregnancy, during childbirth, and in the first postpartum weeks. Weekly home visits are offered. Case Management: basic case management services by workers at local health and social service agencies (standard of						Development-II: [13 months] & [30 months]: IG = CG	symptoms (Center for Epidemiological Studies - Depression Scale): intervention by depression interaction: $p > .05$; (b) maternal risk-taking behavior: risk-taking by intervention interactions: significant interaction effects was found ($p < 0.01$), low risk-taking mothers benefited more by doula home visiting (IG). Three-way interactions (intervention group by depressive symptoms by time): (a) significant three-way interactions were found for externalizing symptoms ($p < 0.05$), showing that depressive symptoms moderated the impact of the intervention. Among mothers with high prenatal depressive symptoms, children in the intervention group had higher externalizing scores than children in	
---	--	--	--	--	--	---	---	--

care), which typically involved one prenatal and one postpartum office visit							the control group.; (b) $p > .05$	
<i>Enhanced Milieu Teaching (EMT, language intervention) vs. business as usual treatment (BAU); externalizing symptoms</i> ^{core}								
1 RCT ¹⁸ (97 children with language delays aged M = 30.5 months)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	CBCL: [12-month]: EMT > BAU, 95 % CI [-4.355, -0.108], d = -0.346	–	low
<i>Child-Parent Psychotherapy (CPP; IG) vs. case management (CG); externalizing symptoms</i> ^{core}								
1 RCT ¹⁹ (113 2-5 year olds with mothers exposed to interpersonal violence and traumatic stressor) CPP: 60 min sessions at clinic Case Management: monthly case management phone calls lasting 30 min and face-to-face meetings when indicated	not serious	not serious	not serious	not serious	not serious	CBCL: [12 month post baseline]: IG > CG, 95 %-CI [-7.01, -1.33]	–	high

<i>Legacy (IG) vs. unknown (CG); empathy, emotion regulation</i> ^{core}								
1 RCT ²⁰ (615 mother-child dyads living in poverty, aged Md = 9 years) Legacy is a group-based intervention to promote positive parenting among mothers facing economic hardship.	serious	not serious	not serious	serious	not serious	CEQ: Miami [4 years]: IG = CG; Los Angeles [6 years]: IG > CG, $p < 0.05$, $d = 0.30$ ERC: Lability/negativity: Miami [4 years] & Los Angeles [6 years]: IG = CG Inappropriate affect: Miami [4 years] & Los Angeles [6 years]: IG = CG Emotion regulation: Miami [4 years] & Los Angeles [6 years]: IG = CG	–	low
<i>Trauma-focused interventions vs. CG (unknown); externalizing problems (mostly CBCL)</i> ^{core}								
1 MA ²¹ (including 17 studies, 860 children/youth exposed to violence-related trauma aged 3-17 years)	serious	not serious	not serious	not serious	not serious	$d = 0.48$ (95 % CI [0.34, 0.62]); moderate to large average declines; the effect varied significantly across studies ($Q = 58.81$, $p < 0.001$)	Moderator: duration of treatment: $p > .05$ Meta-analysis included pre-post studies and RCTs	moderate
<i>Attachment and Biobehavioral Catch-up (ABC) intervention vs. Developmental Education for Families (DEF); emotion (dys-)regulation</i> ^{core}								
2 RCTs ²² (211 families with children in child protective services aged M = 27.81 months) ABC intervention:	very serious	not serious	not serious	serious	not serious	Anger dysregulation: There was not a main effect of intervention on anger dysregulation for children placed in foster care [ABC M = -0.17, 95 % CI = (-0.44, 0.09) vs. DEF M =	Among children whose caregivers received the comparison intervention, anger dysregulation was significantly higher for children remaining with their birth parents [M =	very low

10 h-long sessions delivered in the home by trained parent coaches receiving weekly supervision. ABC focused on enhancing caregiver nurturance (sessions 1 and 2), promoting sensitivity to child cues (sessions 3 and 4), and minimizing frightening behaviors (sessions 5 and 6). Sessions 7 and 8 involved identifying aspects of caregivers' childhood attachment experiences and/or current thought patterns that may interfere with						-0.24, 95 % CI = (-0.48, -0.00). A main effect of intervention emerged for birth children, with children in the ABC group showing lower anger dysregulation than children in the DEF group [ABC M = -0.08, 95 % CI (-0.30, 0.14) vs. DEF M = 0.40, 95 % CI = (0.19, 0.62). Adaptive regulation: Adaptive regulation was not significantly related to intervention or the interaction between intervention and caregiver type.	-0.24, 95 % CI = (-0.48, -0.00)] than those placed in foster care [M = 0.40, 95 % CI = (0.19, 0.62). There was no significant difference by caregiver type among children whose caregivers received ABC [foster care M = -0.17, 95 % CI = (-0.44, 0.09); birth family M = -0.08, 95 % CI = (-0.30, 0.14).	
---	--	--	--	--	--	--	---	--

behaving in nurturing or sensitive ways, in order to help caregivers to recognize and override these influences. Sessions 9 and 10 focused on consolidating gains and celebrating change using video feedback to highlight caregivers' strengths. DEF: 10 h-long sessions delivered in the home by trained parent coaches receiving weekly supervision. DEF was adapted from a home-visiting program that was previously shown to enhance intellectual functioning.								
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sessions involved teaching caregivers developmentally stimulating activities to do with their young children during daily life. Activities involving parental sensitivity were excluded to minimize overlap in intervention content.								
<i>Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting in Adoption and Foster Care (VIPP-FC/A; IG) vs. "Dummy" condition (CG); externalizing symptoms core</i>								
1 RCT ²³ (83 internationally adopted children who experienced life in institution before adoption placement in middle-class SES in Italy aged M = 43.3 months, SD = 15.9 months) VIPP-FC/A: 7 home visits	not serious	not serious	not serious	serious	not serious	CBCL: [6 months] IG = CG	—	moderate

"Dummy" condition: one initial home visit and six telephone calls								
<i>Promoting First Relationships (PFR) vs. Resource and Referral Service (RR service); externalizing symptoms^{core}</i>								
1 RCT ²⁴ (162 primary caregivers and toddlers aged 10-31 months living on or near reservation for Native Americans) Promoting First Relationships (PFR): 10 weekly home visits over 14 weeks; a portion of each visit is set aside for either recording an interaction between caregiver and child (Weeks 1, 3, 5, 7, 9), or observing and reflecting on a video of such an interaction	very serious	not serious	not serious	not serious	not serious	ITSEA: [post, 3 months FU] PFR = RR service	—	low

(Weeks 2, 4, 6, 8, 10), for a total of five opportunities for video reflection; adapted for Native families Resource and Referral Service (RR service): 3 phone contacts with 20-60min of initial phone call and two 10min follow up phone calls (2 weeks and 3 months after initial call)								
<i>IMARA (IG) vs. health promotion control (emphasized good nutrition, exercise, informed consumer behavior, and violence prevention; CG); externalizing behaviors^{core}</i>								
1 RCT ²⁵ (199 mother-daughter dyads of African-American adolescent girls aged 14-18 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	YSR: [12 months]: IG = CG	Time × group × baseline: p < .05 Among girls with high but not lower baseline externalizing symptoms, IMARA was associated with a significantly greater decrease in externalizing scores relative to the control. However, the effect was very small and mean symptom levels did not	low

							differ significantly between arms.	
<i>Sesame Street for Military Families - Transitions program (IG) vs. sesame activity booklet about dental hygiene (CG); conduct problems^{core}</i>								
1 RCT ²⁶ (200 families who are transitioning out of the military into civilian life, with a child between the ages of 3 and 7 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	SDQ: IG = CG	–	low
<i>Sesame Street for Military Families - Transitions program (IG) vs. sesame activity booklet about dental hygiene (CG); prosocial behavior^{core}</i>								
1 RCT ²⁶ (200 families who are transitioning out of the military into civilian life, with a child between the ages of 3 and 7 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	SDQ: IG = CG	–	low
OVERALL								low
Core symptoms								low
Comorbid symptoms								N/A
Level of functioning								N/A

Note. ABCL = Adult Behaviour Checklist; BITSEA = Brief Infant-Toddler Social Emotional Assessment; CBCL = Child Behavior Checklist; CEQ = Children's Empathy Questionnaire; Conners = Conners Abbreviated Parent-Teacher Questionnaire; core = core symptoms; EBCI = Eyberg Child Behavior Inventory; ERC = Emotion Regulation Checklist; ITSEA = Infant-Toddler Social and Emotional Assessment; MA = meta-analysis; N/A = not applicable; ODBTA = Oppositional Defiant Behavior Towards Adults; PCAS = Parental Account of Children's Symptoms; RCT = randomized controlled trial; SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire; YSR = Youth-Self-Report.

¹ Gardner (2019) [Equity effects of parenting...]; ² Beelmann (2023); ³ Leijten (2017); ⁴ Parra-Cardona (2021); ⁵ Keown (2018); ⁶ Matalon (2023); ⁷ Martinez (2022); ⁸ Nogueira (2021); ⁹ Silva Garcia (2020); ¹⁰ Schaub (2019); ¹¹ Colditz (2019); ¹² McLean (2022); ¹³ Charpak (2017); ¹⁴ Ulvund (2022); ¹⁵ El-Khani (2020); ¹⁶ Liu (2021); ¹⁷ Edwards (2022); ¹⁸ Curtis (2019); ¹⁹ Bernstein (2019); ²⁰ Barry (2022); ²¹ Lindstrom Johnson (2018); ²² Labella (2020): include both RCTs; ²³ Barone (2019); ²⁴ Booth-LaForce (2023); ²⁵ Kendall (2020); ²⁶ Sherman (2018)

Recommendation 4.1.2								
"Wenn bei Kindern im Alter von 3 bis 12 Jahren kindliche oder familiäre Risikofaktoren vorliegen, sollte präventiv ein Elternttraining angeboten werden. Auch im Jugendalter sollten primäre Bezugspersonen in die Präventionsmaßnahmen einbezogen werden."								
Type and number of studies; number of patients (age); risk factor	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Publication bias	Summary of findings	Comments	Overall quality
<i>Incredible Years parenting intervention (IYPI) vs. mixed (no or minimal intervention, waitlist); externalizing symptoms/conduct problems^{core}</i>								
1 MA ¹ (including k = 3 studies; 469 high-risk families such as disadvantaged families or mothers who had been released from prison, children aged M = 63 months)	not serious	not serious	not serious	serious	serious	ECBI-I (or PACS for two studies): [4-6 months after IYPI] for selective, indicated, and therapeutical sample: significant overall effect of IYPI on child conduct problems (z = 10.08, p < 0.001), estimated to be a reduction of 13.5 points on ECBI-I (95 % CI -16.14, -10.88). Indicated prevention or treatment trials had larger effect sizes than did selective prevention trials.	There were no significant moderation effects by any social disadvantage indicator. There were no significant moderation effects by ethnicity.	low
<i>Parent training programs vs. mixed (untreated groups, treatment as usual (TAU), service as usual (SAU)); antisocial behavior^{core}</i>								
1 MA ² (including 128 comparisons; N =	serious	not serious	serious	not serious	serious	Intervention level Q _b < .01: Universal prevention: d = 0.38 ± 0.08, k = 64	—	very low

unknown children & adolescents up to the mean age of 18)						Selective prevention: $d = 0.41 \pm 0.09$, $k = 66$ Indicated prevention: $d = 0.51 \pm 0.08$, $k = 80$ Clinical applications: $d = 0.59 \pm 0.11$, $k = 48$ Effect sizes indicated low but significant differences for ASB ($Q_b < .05$) favoring the 4- to 7-year-old age group: Up to 4 years: $d = 0.46 \pm 0.10$, $k = 51$ 4–7 years: $d = 0.54 \pm 0.07$, $k = 118$ 8–10 years: $d = 0.39 \pm 0.10$, $k = 49$ 11–18 years: $d = 0.38 \pm 0.12$, $k = 40$ Program name/type/approach $Q_b < .05$ Triple P: $d = 0.44 \pm 0.10$, $k = 55$ Incredible Years: $d = 0.42 \pm 0.12$, $k = 37$ Parent Management Training OM: $d = 0.35 \pm 0.17$, $k = 16$ Parent Child Interaction Therapy: $d = 0.83 \pm 0.22$, $k = 14$ Other cognitive-behavioral programs: $d = 0.46 \pm 0.07$, $k = 100$		
--	--	--	--	--	--	--	--	--

						Adlerian programs: $d = 0.61 \pm 0.26$, $k = 10$ Humanistic programs: $d = 0.66 \pm 0.25$, $k = 12$ Attachment/relationship-based programs: $d = 0.35 \pm 0.34$, $k = 4$ Mixed programs: $d = 0.40 \pm 0.22$, $k = 10$		
<i>BASIC Incredible Years videotape modeling parenting intervention (IG) vs. waitlist (CG); aggression, conduct problems</i> ^{core}								
1 RCT ³ (154 mothers with socioeconomic disadvantaged and ethnic minority backgrounds, who experiencing parenting difficulties due to disruptive child behavior, children aged $M = 5.59$ years, $SD = 1.35$)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	Aggression (mothers): IG = CG SDQ (conduct, mothers): IG > CG, $d = .45$ SDQ (conduct, teachers): IG = CG; study included in Beelmann (2023) & Gardner (2019) [Equity effects of parenting...]	No moderation effects were found of socioeconomic status or ethnic minority background on reduced mother or teacher reported disruptive behavior, ($ps > .10$). Recruitment process as a dichotomous moderator had no significant influence on the effects of Incredible Years on any of our outcome measures ($ps > .11$)	low

CAPAS-Youth (IG) vs. waitlist (CG); conduct disorder ^{core}								
1 RCT ⁴ (79 Latina/o immigrant families, focal youth was between the ages of 12 and 14 and had mild-to-moderate behavior problems)	not serious	not serious	not serious	not serious	not serious	IG > CG, eta-squared = .24	–	high
Culturally adapted Triple P program (IG) vs. waitlist (CG); prosocial behavior ^{core}								
1 RCT ⁵ (70 parents of indigenous children with behavior problems aged M = 4.49 (IG), M = 4.52 (CG))culturally adapted Triple P program: two à 2-h parenting discussions groups "Being a Positive Parent" and "Dealing with Disobedience"	serious	not serious	not serious	serious	not serious	SDQ: [post, 6 months]: IG = CG	–	low

PPOP (IG) vs. waitlist (CG); oppositional defiant behavior, conduct problem behavior ^{core}								
1 RCT ⁶ (85 Israeli parental couples with a 3-6-year-old child exhibiting non-clinical disruptive behavior)PPOP: is a structured, individual, parent training intervention program developed based on applied behavior analysis and social learning principles. The program consists of eight weekly 90-min sessions administered at the family's home, with the participation of the instructor and both parents.	not serious	not serious	not serious	serious	not serious	ODBTA: [3-month FU]: time x group: (a) IG > CG, eta-squared = .83 Conduct Problem Behavior (ECBI-CPB): [3-month FU]: IG > CG, eta-squared = .57	–	moderate

<i>"Nuestras Familias" Intervention (IG) vs. service as usual (SAU); aggression^{core}</i>								
1 RCT ⁷ (241 Latino/a youth living in Oregon aged M = 12.28, SD = 1.24)IG: 12 weekly group-based sessions with up to 15 families per group; delivered in Spanish, lasting 2.5 h; culturally adapted versions of core parent management training components	not serious	not serious	not serious	serious	not serious	CBCL: [post]: Group x Time: IG = SAU Group x Time x Nativity Status: IG = SAU	–	moderate
<i>"Nuestras Familias" Intervention (IG) vs. service as usual (SAU); externalizing symptoms^{core}</i>								
1 RCT ⁷ (241 Latino/a youth living in Oregon aged M = 12.28, SD = 1.24)IG: 12 weekly group-based sessions with up to 15 families per group; delivered	not serious	not serious	not serious	serious	not serious	CBCL: [post]: Group x Time: IG = SAU Group x Time x Nativity Status: IG = SAU	–	moderate

in Spanish, lasting 2.5 h; culturally adapted versions of core parent management training components								
<i>Group Triple P program (GTP) vs. care as usual (CAU); conduct problems^{core}</i>								
1 RCT ⁸ (134 low-income mothers of children aged between 3-12 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	SDQ: [12-months FU]: GTP = CAU	–	low
<i>Group Triple P program (GTP) vs. care as usual (CAU); prosocial behavior^{core}</i>								
1 RCT ⁸ (134 low-income mothers of children aged between 3-12 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	SDQ: [12-months FU]: GTP = CAU	–	low
<i>Madres Apoyando el Desarrollo emocional de Sus Hijos (IG) vs. CG (unknown); prosocial behavior^{core}</i>								
1 RCT ⁹ (113 low-income Latina mothers of children aged 9-12 years) IG: The program teaches mothers the difference	not serious	not serious	not serious	serious	not serious	[post & 3 months FU]: [effects of condition]: IG = CG [location by condition interaction]: significant program effect for mothers in Othello, but	–	moderate

between primary and secondary control coping strategies and the importance of matching the coping strategy they use to the controllability of the stressor. The program consisted of seven sessions once a week. Each session lasted about 90 minutes.						not in Pasco at post-test and 3 months FU.		
<i>Caregiving for Children through Conflict and Displacement (IG) vs. waitlist (CG); conduct problems ^{core}</i>								
1 RCT ¹⁰ (120 children aged 8 to 14 years and their parents who had experienced conflict in the past 5 years in the West Bank)IG: single two-hour session in groups of up to 25 caregivers with each group	not serious	not serious	not serious	serious	not serious	SDQ: [5 and 15 weeks]:baseline to post-intervention: IG = CG	—	moderate

led by two facilitators								
<i>Caregiving for Children through Conflict and Displacement (IG) vs. waitlist (CG); prosocial behavior</i> ^{core}								
1 RCT ¹⁰ (120 children aged 8 to 14 years and their parents who had experienced conflict in the past 5 years in the West Bank) IG: single two-hour session in groups of up to 25 caregivers with each group led by two facilitators	not serious	not serious	not serious	serious	not serious	SDQ: [5 and 15 weeks]: baseline to post-intervention: IG > CG	–	moderate
<i>Legacy (IG) vs. unknown (CG); empathy, emotion regulation</i> ^{core}								
1 RCT ¹¹ (615 mother-child dyads living in poverty, aged Md = 9 years) Legacy is a group-based intervention to promote positive parenting among mothers facing	serious	not serious	not serious	serious	not serious	CEQ: Miami [4 years]: IG = CG; Los Angeles [6 years]: IG > CG, $p < 0.05$, $d = 0.30$ ERC: Lability/negativity: Miami [4 years] & Los Angeles [6 years]: IG = CG Inappropriate affect: Miami [4 years] & Los Angeles [6 years]: IG = CG Emotion regulation:	–	low

economic hardship.						Miami [4 years] & Los Angeles [6 years]: IG = CG		
<i>Trauma-focused interventions vs. CG (unknown); externalizing problems (mostly CBCL) ^{core}</i>								
1 MA ¹² (including 17 studies, 860 children/youth exposed to violence-related trauma aged 3-17 years)	serious	not serious	not serious	not serious	not serious	d = 0.48 (95 % CI [0.34, 0.62]); moderate to large average declines; the effect varied significantly across studies (Q = 58.81, p < 0.001)	Moderator: duration of treatment: p > .05 Meta-analysis included pre-post studies and RCTs	moderate
OVERALL								moderate
Core symptoms								moderate
Comorbid symptoms								N/A
Level of functioning								N/A
<i>Note.</i> ABCL = Adult Behaviour Checklist; BITSEA = Brief Infant-Toddler Social Emotional Assessment; CBCL = Child Behavior Checklist; CEQ = Children's Empathy Questionnaire; Conners = Conners Abbreviated Parent-Teacher Questionnaire; core = core symptoms; EBCI = Eyberg Child Behavior Inventory; ERC = Emotion Regulation Checklist; ITSEA = Infant-Toddler Social and Emotional Assessment; MA = meta-analysis; N/A = not applicable; ODBTA = Oppositional Defiant Behavior Towards Adults; PCAS = Parental Account of Children's Symptoms; RCT = randomized controlled trial; SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire; YSR = Youth-Self-Report.								
¹ Gardner (2019) [Equity effects of parenting...]; ² Beelmann (2023); ³ Leijten (2017); ⁴ Parra-Cardona (2021); ⁵ Keown (2018); ⁶ Matalon (2023); ⁷ Martinez (2022); ⁸ Nogueira (2021); ⁹ Silva Garcia (2020); ¹⁰ El-Khani (2020); ¹¹ Barry (2022); ¹² Lindstrom Johnson (2018)								

Recommendation 4.2.1.								
"Primären Bezugspersonen von Kindern bis zum Alter von 3 Jahren, bei denen ein klinisch relevantes oppositionell-aggressives Verhalten vorliegt, kann ein Elternt raining angeboten werden. Die Intervention sollte in diesem Altersbereich insbesondere auf die Verminderung derjenigen Faktoren ausgerichtet sein, die sich im Zusammenhang mit der Entstehung und Aufrechterhaltung von Störungen des Sozialverhaltens als bedeutsam erwiesen haben (z. B. Verbesserung der Interaktion zwischen primären Bezugspersonen und Kindern)."								
Type and number of studies; number of patients (age); etc.	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Publication bias	Summary of findings	Comments	Overall quality
<i>Parenting intervention (video-feedback; IG) vs. regular pediatric primary care (CG); conduct and aggressive behavior^{core}</i>								
1 RCT ¹ (300 patients aged 12-36 months) 6 home-based sessions, 1-2 hour duration every 2 weeks	not serious	not serious	serious	serious	not serious	PPCAS (conduct; 5-month FU): IG > CG CBCL (aggression; 5-month FU): IG > CG SDQ (conduct; 5-month FU): IG = CG	Children who scored in the top 20 % for externalizing behavior problems on the SDQ	low
<i>Parenting intervention (video-feedback; IG) vs. regular pediatric primary care (CG); prosocial behavior^{core}</i>								
1 RCT ¹ (300 patients aged 12-36 months) 6 home-based sessions, 1-2 hour duration every 2 weeks	not serious	not serious	serious	serious	not serious	SDQ (5-month FU): IG = CG	Children who scored in the top 20 % for externalizing behavior problems on the SDQ	low

<i>Parenting intervention (video-feedback; IG) vs. regular pediatric primary care (CG); externalizing symptoms^{core}</i>								
1 RCT ¹ (300 patients aged 12-36 months) 6 home-based sessions, 1-2 hour duration every 2 weeks	not serious	not serious	serious	serious	not serious	CBCL, SDQ (5-month FU): IG = CG	Children who scored in the top 20 % for externalizing behavior problems on the SDQ	low
<i>Parenting intervention (video-feedback; IG) vs. regular pediatric primary care (CG); internalizing symptoms^{comorbid}</i>								
1 RCT ¹ (300 patients aged 12-36 months) 6 home-based sessions, 1-2 hour duration every 2 weeks	not serious	not serious	serious	not serious	not serious	CBCL (5-month FU): IG = CG	Children who scored in the top 20 % for externalizing behavior problems on the SDQ	moderate
<i>Parenting intervention (infant behavior program; IG) vs. regular pediatric primary care (CG); effortful control^{core}</i>								
1 RCT ² (60 patients aged 12-15 months) 6.1 sessions, 1-1.5 hour duration on average	serious	serious	serious	not serious	not serious	Post: IG > CG (d = .56) 3-month FU: IG = CG 6-month FU: IG = CG	High-risk 12-to 15-month-old infants with externalizing problems	very low
OVERALL								low
Core symptoms								low
Comorbid symptoms								moderate

Level of functioning								N/A
<i>Note.</i> CBCL = Child Behavior Checklist; CG = control group; comorbid = comorbid symptoms; core = core symptoms; FU = Follow-up; IG = intervention group; N/A = not applicable; PPCAS = Preschool Parental Account of Children's Symptoms; RCT = randomized controlled trial; SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire.								
¹ O'Farrelly (2021); ² Neuman (2023)								

Recommendation 4.2.2.								
"Elterntrainings im Einzel- oder Gruppensetting sollten primären Bezugspersonen von Kindern im Alter von 3 bis 12 Jahren angeboten werden, wenn deren Kinder die diagnostischen Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllen oder wenn bei den Kindern ein klinisch relevantes oppositionell-aggressives Verhalten vorliegt."								
Type and number of studies; number of patients (age); etc.	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Publication bias	Summary of findings	Comments	Overall quality
<i>Parent training programs vs. mixed (untreated groups, treatment as usual (TAU), service as usual (SAU); antisocial behavior</i> ^{core}								
1 MA ¹ (including 128 comparisons; N = unknown children & adolescents up to the mean age of 18)	serious	not serious	serious	not serious	serious	Intervention level $Q_b < .01$: Universal prevention: $d = 0.38 \pm 0.08$, $k = 64$ Selective prevention: $d = 0.41 \pm 0.09$, $k = 66$ Indicated prevention: $d = 0.51 \pm 0.08$, $k = 80$ Clinical applications: $d = 0.59 \pm 0.11$, $k = 48$ Effect sizes indicated low but significant differences for ASB ($Q_b < .05$) favoring the 4- to 7-year-old age group: Up to 4 years: $d = 0.46 \pm 0.10$, $k = 51$ 4–7 years: $d = 0.54 \pm 0.07$, $k = 118$ 8–10 years: $d = 0.39 \pm 0.10$, $k = 49$ 11–18 years: $d = 0.38 \pm 0.12$,	RCTs and high-quality quasiexperimental designs with at least two assessment points (pre–post) and two experimental groups (PTP condition vs. a comparable control condition) were included.	very low

						k = 40 Program name/type/approach Qb < .05 Triple P: d = 0.44 ± 0.10, k = 55 Incredible Years: d = 0.42 ± 0.12, k = 37 Parent Management Training OM: d = 0.35 ± 0.17, k = 16 Parent Child Interaction Therapy: d = 0.83 ± 0.22, k = 14 Other cognitive-behavioral programs: d = 0.46 ± 0.07, k = 100 Adlerian programs: d = 0.61 ± 0.26, k = 10 Humanistic programs: d = 0.66 ± 0.25, k = 12 Attachment/relationship-based programs: d = 0.35 ± 0.34, k = 4 Mixed programs: d = 0.40 ± 0.22, k = 10		
Parent training (behavioral, relational, and cognitive; IG) vs. mixed (CG); conduct problems ^{core}								
1 SR ² (including 5 meta-analyses; N = unknown,	serious	not serious	not serious	serious	serious	IG > CG: signifikante Reduktion der Verhaltensprobleme: kleine bis große Effekte	Hinsichtlich externalisierender Verhaltensprobleme erreichen behaviorale Elterntrainings neben einer	very low

patients aged 2-12 years)							Reduktion der Verhaltensprobleme auch positive Effekte auf Erziehungsverhalten und das elterliche psychische Wohlbefinden. Besonders behaviorale elternzentrierte Interventionen, deren Wirksamkeit nachgewiesen ist, sollten künftig häufiger angewendet werden und eine Möglichkeit zur Abrechnung über die Krankenkassen geschaffen werden.	
<i>Parent training (behavioral, relational, and cognitive; IG) vs. mixed (CG); disruptive behavior</i> ^{core}								
2 MAs ³ (including >29 studies [specific k unknown], n = unknown, patients aged 1-13 years)	serious	not serious	not serious	not serious	not serious	Hua (2022): overall: IG > CG, d = -0.93, 95 % CI =[-1.35, -0.50] behavioral: IG > CG, d = -1.28, 95 % CI =[-1.86, -0.70] relational: IG = CG behavioral + relational: IG > CG, d = -0.72, 95 % CI =[-1.41, -0.03] Leijten (2018, 2019, 2022): [main effect of treatment vs. prevention] treatment settings: d = -.57, prevention settings: d = -.24; beta = .33, 95 % CI [.20, .47]	Hua (2022): No criteria were set for the comparison Behavioral > relational, d = .89, 95 % [-1.7, -0.13] integrative = behavioral integrative = relational Leijten (2018, 2019, 2022): PCIT was also included	moderate

					[Relationship Enhancement × Treatment (vs. prevention) interaction effect] relationship enhancement amplified program effects more in treatment than in prevention: $b = .28$, 95 % CI [.0006, .5639], $p = .0495$; Specifically, teaching relationship enhancement in addition to behavior management yielded stronger program effects in treatment, but weaker effects in prevention. Universal prevention programs failed to yield significant effects ($d = -0.21$, 95 % CI -0.52 to 0.10). Programs at all other levels of prevention and treatment yielded significant effects: selective prevention $d = -0.27$ (95 % CI -0.36 to -0.17), indicated prevention $d = -0.55$ (95 % CI -0.70 to -0.39), and treatment $d = -0.69$ (95 % CI -0.84 to -0.54). Programs in universal and selective prevention were less effective than programs in indicated prevention and		
--	--	--	--	--	---	--	--

						treatment (beta = 0.33, p < .001).		
<i>Parent training (behavioral, cognitive; IG) vs. mixed (CG); externalizing behavior^{core}</i>								
4 MAs and 1 SR ⁴ (MAs including k = 213 (+ 10 prevention), > 4428 patients (exact N unknown) age range of M = 1-13 years) (SR including k = 12, 1334 patients, aged 2-10 years)	serious	not serious	not serious	not serious	serious	MA, Mouton (2018): IG > CG, d = 0.84 MA, Mingebach (2018): IG > CG, significant moderate effect size (SMD = 0.45, 95 % CI 0.35 to 0.55) MA, Gardner (2019): IG > CG <i>Individual participant data (IPD) meta-analysis of European trials of Incredible Years parenting intervention:</i> Most trials found that the IY intervention reduced child conduct problems, with standardized effect sizes varying across trials from very small (0.12) to large (0.76), with overall a moderate effect size (0.43). <i>Larger, trial-level robust variance estimation meta-analysis of a wider range of parenting programs:</i> The average effect size of the parenting interventions on disruptive child behavior was d = .47 (95 % CI [0.55,	No moderation effect was found for specific orientation or duration, only for the informant MAs, Mouton (2018) and Mingebach (2018): patients with externalizing symptoms --> all other studies disruptive behavior disorder MA, Gardner (2019): There was therefore no evidence to suggest that child age moderated the benefit of the IY intervention.	low

					0.40)). MA, Gardner (2019) [Equity effects of parenting..]: [4-6 months after IYPI] IG > CG Significant overall effect of IYPI on child conduct problems ($z = 10.08$, $p < 0.001$), estimated to be a reduction of 13.5 points on ECBI-I (95 % CI 10.9-16.1). Indicated prevention or treatment trials had larger effect sizes than did selective prevention trials. SR, Zarakoviti (2021): [The Incredible Years Program]: IG > CG: All six studies indicated significant reduction on ECBI behavior problem and intensity scores from pre- to post treatment and subsequent FU's. Incredible Years effectively reduced both the number and the frequency of disruptive behavior problems. [The Triple P Program]: IG > CG: Three of five studies indicated that the program led to significant		
--	--	--	--	--	---	--	--

						reduction on the ECBI behavior problem and intensity scale scores from pre- to post and follow up. One study indicated significant reductions on the CBCL externalizing problem scores (Wiggins et al. 2009), while Sanders and colleagues (2012), also found significant reductions on both the SDQ externalizing problem scores and observed child conduct problems between the intervention condition and control group from pre- to post-treatment and follow up. [The Tuning In To Kids Program]: IG > CG: Results indicated significant reductions in mother reported child behavior problems on the ECBI problem and intensity scores from pre- to post-treatment and follow up (Aghaie Meybodi et al. 2019).		
--	--	--	--	--	--	--	--	--

<i>Parent training (behavioral, cognitive) vs. mixed; internalizing behavior</i> ^{comorbid}								
1 SR ⁵ (including 12 studies; 1334 patients aged 2-10 years)	serious	serious	not serious	serious	serious	mixed findings: The results indicated that parent training programs designed to treat conduct problems may positively affect co-occurring internalizing concerns; Seven of the twelve studies found significant reductions in internalizing symptoms in the intervention group compared to the control group, from pre- to post-treatment and at subsequent follow ups. Of the seven demonstrating significant reductions in internalizing symptoms, three used the Incredible Years program, one used the Tuning In To Kids program and the remaining three used the Triple P program.	—	very low
<i>Parent training (BPEC; IG) vs. waitlist (CG); oppositional defiant disorder (ODD)</i> ^{core}								
1 RCT ⁶ (156 patients aged 5-11 years)	very serious	not serious	not serious	serious	not serious	NICHQ Vanderbilt Assessment Scale: [at week 5]: condition × time (time 0 vs. time 1) interaction: IG > CG, partial-eta squared = 0.047 [at 3 months]: condition ×	—	very low

						time (time 0 vs. time 1) interaction: IG > CG, partial- eta squared = 0.103		
<i>Parent training (BPEC; IG) vs. waitlist (CG); attention deficit hyperactivity disorder</i> ^{comorbid}								
1 RCT ⁶ (156 patients aged 5-11 years)	very serious	not serious	not serious	serious	not serious	SWAN: (a) inattention, (b) hyperactivity [at week 5]: condition × time (time 0 vs. time 1) interaction: (a) IG > CG, partial-eta squared = 0.086; (b) condition × time (time 0 vs. time 1) interaction: IG > CG, partial-eta squared = 0.115	—	very low
<i>Parent Management Training (PMT), PMT+ cognitive behavioral therapy (CBT), parent-child interaction therapy (PCIT) vs. waitlist (WL); disruptive behavior</i> ^{core}								
1 MA ⁷ (including 25 studies; 2023 patients aged 2-13 years)	serious	not serious	not serious	not serious	serious	[post]: PMT vs. waitlist: parent- rated: PMT > waitlist, g = 0.64; clinician-rated: PMT > waitlist, g = 0.18; teacher- rated: PMT = waitlist PCIT vs. waitlist: PCIT vs. WL: parent-rated: PCIT > WL, g = 1.22 PMT + child CBT vs. WL: parent-rated & teacher- rated: PMT + child CBT = WL PMT vs. PMT + child CBT: parent-rated: PMT = PMT + child CBT	The mean age in the PCIT studies (4.22, SD 0.68) and the standard PMT studies (5.30, SD 1.00) were significantly different There was no significant difference in the number of treatment sessions between PCIT (M = 13.25, SD = 1.57) and PMT (M = 12.75, SD = 4.06)	low

Parent Management Training (PMT; IG) vs. Collaborative and Proactive Solutions (CPS; CG); externalizing problems ^{core}								
1 RCT ⁸ (134 patients aged 7-14 years) PMT: manualized training program, improving parenting strategies to address children's oppositional behaviors and ultimately uplift the parent-child relationship; weekly treatment sessions (maximum 14 sessions) à 75 minutes involving children and parents CPS: based on family-based cognitive behavioral therapy and also weekly treatment sessions (maximum 14 sessions) à 75 minutes involving	very serious	not serious	not serious	serious	not serious	BASC: IG = CG	Both, children and parents were involved	very low

children and parents								
<i>Parent Management Training (PMT; IG) vs. Collaborative and Proactive Solutions (CPS; CG); adaptive skills ^{functioning}</i>								
1 RCT ⁸ (134 patients aged 7-14 years) PMT: manualized training program, improving parenting strategies to address children's oppositional behaviors and ultimately uplift the parent-child relationship; weekly treatment sessions (maximum 14 sessions) à 75 minutes involving children and parents CPS: based on family-based cognitive behavioral therapy and also weekly treatment sessions (maximum 14 sessions) à 75	very serious	not serious	not serious	serious	not serious	BASC: IG = CG	Both, children and parents were involved	very low

minutes involving children and parents								
<i>Enhanced intervention (ePMT; IG) vs. traditional intervention (tPMT; CG); antisocial behavior</i> ^{core}								
1 RCT ⁹ (201 patients aged 6-13 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	IAB: IG = CG	—	low
<i>Enhanced intervention (ePMT; IG) vs. traditional intervention (tPMT; CG); total problems</i> ^{comorbid}								
1 RCT ⁹ (201 patients aged 6-13 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	CBCL: IG = CG	—	low
<i>Enhanced intervention (ePMT; IG) vs. traditional intervention (tPMT; CG); psychosocial functioning</i> ^{functioning}								
1 RCT ⁹ (201 patients aged 6-13 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	CGAS: IG = CG	—	low
<i>Enhanced intervention (ePMT; IG) vs. traditional intervention (tPMT; CG); social competence</i> ^{core}								
1 RCT ⁹ (201 patients aged 6-13 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	CBCL: IG = CG	—	low
<i>iComet (online version of Comet) vs. gComet (group version of Comet); oppositional defiant disorder (ODD), conduct problems</i> ^{core}								
1 RCT ¹⁰ (161 patients aged 3-11 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	[clinician rated]: MINI-KID/CSR ODD: iComet = gComet [parent rated]: SDQ-cd: iComet = gComet	Online self-help vs. face-to-face	low

<i>iComet (online version of Comet) vs. gComet (group version of Comet); prosocial behavior</i> ^{core}								
1 RCT ¹⁰ (161 patients aged 3-11 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	[parent rated]: SDQ-pro iComet = gComet	Online self-help vs. face-to-face	low
<i>iComet (online version of Comet) vs. gComet (group version of Comet); externalizing</i> ^{core}								
1 RCT ¹⁰ (161 patients aged 3-11 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	ECBI (both scales): iComet = gComet	Online self-help vs. face-to-face	low
<i>iComet (online version of Comet) vs. gComet (group version of Comet); attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)</i> ^{comorbid}								
1 RCT ¹⁰ (161 patients aged 3-11 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	[clinician rated]: MINI ADHD: iComet > gComet, d = .34 CSR ADHD: iComet = gComet [parent rated]: SDQ-hyp: iComet = gComet SDQ-imp: iComet = gComet	Online self-help vs. face-to-face	low
<i>iComet (online version of Comet) vs. gComet (group version of Comet); emotional problems</i> ^{comorbid}								
1 RCT ¹⁰ (161 patients aged 3-11 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	[parent rated]: SDQ-emo: iComet = gComet	Online self-help vs. face-to-face	low
<i>iComet (online version of Comet) vs. gComet (group version of Comet); peer problems</i> ^{functioning}								
1 RCT ¹⁰ (161 patients aged 3-11 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	[parent rated]: SDQ-peer: iComet = gComet	Online self-help vs. face-to-face	low

<i>iComet (online version of Comet) vs. gComet (group version of Comet); impact, health-related quality of life^{functioning}</i>								
1 RCT ¹⁰ (161 patients aged 3-11 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	[parent rated]: SDQ-imp: iComet = gComet PHQ-9: iComet = gComet [child rated]: KINDL-R: iComet = gComet	Online self-help vs. face-to-face	low
<i>Family Check-Up (FCU; parent training program) vs. Internet-delivered Parent Training (iComet); disruptive behavior disorders, conduct problems^{core}</i>								
1 RCT ¹¹ (231 patients aged 10-13 years)	serious	not serious	not serious	not serious	not serious	DBD (parents): pre- to post assessment: FCU > iComet, d = 0.24 post- to 1- and 2-years: FCU = iComet DBD (teachers): pre- to post assessment: FCU = iComet post- to 1- and 2-years: FCU = iComet SDQ: conduct problems: pre- to post assessment: FCU > iComet, d = 0.30 post- to 1- and 2-years: FCU = iComet	Face-to-face vs. online self-help	moderate
<i>Family Check-Up (FCU) vs. Internet-delivered Parent Training (iComet); prosocial behavior^{core}</i>								
1 RCT ¹¹ (231 patients aged 10-13 years)	serious	not serious	not serious	not serious	not serious	SDQ: pre- to post assessment: FCU = iComet post- to 1- and 2-years: FCU = iComet	Face-to-face vs. online self-help	moderate

<i>Family Check-Up (FCU) vs. Internet-delivered Parent Training (iComet); total difficulties^{comorbid}</i>								
1 RCT ¹¹ (231 patients aged 10-13 years)	serious	not serious	not serious	not serious	not serious	SDQ: pre- to post assessment: FCU = iComet post- to 1- and 2-years: FCU = iComet	Face-to-face vs. online self-help	moderate
<i>Comet vs. Incredible Years (IY) vs. Cope vs. Connect (four parent trainings); oppositional defiant disorder (ODD)^{core}</i>								
1 RCT ¹² (749 patients aged 3-12 years)	serious	not serious	serious	serious	not serious	SNAP-IV (ODD): [2-year FU]: Comet = IY = Cope = Connect SNAP ODD showed no overall differences in change patterns among the programs. Post-hoc analyses confirmed that all the programs produced similar changes, in the small effect-size range, between baseline and post-test, but that Connect was the only program to show continued improvement (d = 0.23) during the follow-up period.	Children with externalizing behaviors	very low
<i>Comet vs. Incredible Years (IY) vs. Cope vs. Connect (four parent trainings); externalizing symptoms^{core}</i>								
1 RCT ¹² (749 patients aged 3-12 years)	serious	not serious	serious	serious	not serious	ECBI (intensity, problem): [2-year FU]: Comet = IY = Cope = Connect	Children with externalizing behaviors	very low

					At 2-year follow-up, there were no differences in any of the child outcomes among the programs. All programs had reduced externalizing behaviors with large effect sizes ($d = 1.21$ to $d = 1.32$). The overall change pattern for Comet was significantly different from the change patterns for Incredible Years, Cope, and Connect, as measured by ECBI intensity. From baseline to post-test, the reductions in ECBI intensity scores were significantly greater for Comet ($d = 1.43$) than for Connect ($d = 1.06$). On the other hand, children of parents in the Connect program decreased significantly more in ECBI intensity ($d = 0.32$) from post-test to 2-year follow-up, compared with Comet, where the child ratings were unchanged during this period. (b) Regarding ECBI problems, Comet differed from Connect but not from		
--	--	--	--	--	---	--	--

						Incredible Years and Cope. Regarding ECBI problems, post-hoc analyses indicated similar change rates from baseline to post-test for all the programs. During this period, however, the children of parents in Connect were reported to improve significantly more ($d = 0.22$) than the children in Comet, who, again, were unchanged during this phase.		
<i>Comet vs. Incredible Years (IY) vs. Cope vs. Connect (four parent trainings); attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) comorbid</i>								
1 RCT ¹² (749 patients aged 3-12 years)	serious	not serious	serious	serious	not serious	SNAP-IV (hyperactivity, inattention): [2-year FU]: Comet = IY = Cope = Connect Participants in Incredible Years changed at a different rate from those in Comet and Connect regarding hyperactivity, but that all the programs had similar change patterns for inattention. The post-hoc latent change analyses indicate that Incredible Years reduced hyperactivity more effectively ($d = 0.81$) than Connect ($d = 0.44$)	Children with externalizing behaviors	very low

						between baseline and post-test. On the other hand, the children of parents in Connect showed a continued decrease ($d = 0.41$) in hyperactivity from post-test to 2-year follow-up, while participants in Comet, Incredible Years and Cope were unchanged during this period.		
<i>Comet vs. Incredible Years vs. Cope vs. Connect (four parent trainings); oppositional defiant disorder (ODD) ^{core}</i>								
1 RCT ¹² (749 patients aged 3-12 years)	serious	not serious	serious	serious	not serious	SNAP-IV (ODD): [2-year FU]: Comet = IY = Cope = Connect SNAP ODD showed no overall differences in change patterns among the programs. Post-hoc analyses confirmed that all the programs produced similar changes, in the small effect-size range, between baseline and post-test, but that Connect was the only program to show continued improvement ($d = 0.23$) during the follow-up period.	Children with externalizing behaviors	very low
<i>Parent Management Training (PMT) + cognitive behavioral therapy (CBT) vs. PMT; social skills ^{core}</i>								
1 MA and 1 RCT ¹³ (MA including 25	serious	not serious	not serious	not serious	serious	MA, Helander (2022): post: PMT+CBT = PMT	MA, Helander (2022): 4 out of 25 studies relevant	low

studies; 2023 patients aged 2-13 years) (RCT including 120 patients aged 8-12 years) 15-session of 2.5 hours (PMT+CBT), 11 group sessions of 2.5 hours (PMT)						1-year FU: PMT+CBT = PM RCT, merged studies: Helander (2018, 2023): post: PMT+CBT > PMT (SDQ prosocial parent & P-COMP social skills, communication skills), PMT+CBT = PMT (SDQ prosocial child) FU: PMT+CBT = PMT (P-COMP social skills, communication skills)	(post), 3 out of 25 relevant (FU)	
<i>Parent management training (PMT) + cognitive behavioral therapy (CBT) vs. PMT; emotion regulation^{core}</i>								
1 RCT ¹⁴ (120 patients aged 8-12 years) 15-session of 2.5 hours (PMT+CBT), 11 group sessions of 2.5 hours (PMT)	not serious	not serious	not serious	not serious	not serious	post: PMT+CBT > PMT FU: PMT+CBT = PMT	—	high
<i>Incredible Years (IG) vs. no intervention (CG); conduct problems^{core}</i>								
1 RCT ¹⁵ (387 patients aged 4-8 years)	serious	not serious	serious	serious	not serious	SDQ (parent, teacher, child): [2.5-year follow-up]: IG = CG	Merged studies: Chhangur (2017), Weeland (2018, 2022), Overbeek (2021): children with moderate to high levels of externalizing behavior (following ECBI Intensity scale)	very low
<i>Incredible Years (IG) vs. no intervention (CG); hyperactivity^{comorbid}</i>								
1 RCT ¹⁵ (387 patients aged 4-8 years)	serious	not serious	serious	serious	not serious	SDQ (parent, teacher, child): [2.5-year follow-up]: IG = CG	Merged studies: Chhangur (2017), Weeland (2018, 2022), Overbeek (2021):	very low

							children with moderate to high levels of externalizing behavior (following ECBI Intensity scale)	
<i>Incredible Years (IG) vs. no intervention (CG); peer problems</i> functioning								
1 RCT ¹⁵ (387 patients aged 4-8 years)	serious	not serious	serious	serious	not serious	SDQ (parent, teacher, child): [2.5-year follow-up]: IG = CG	Merged studies: Chhangur (2017), Weeland (2018, 2022), Overbeek (2021): children with moderate to high levels of externalizing behavior (following ECBI Intensity scale)	very low
<i>Incredible Years (IG) vs. mixed (care as usual (CAU), no intervention; CG); externalizing symptoms</i> core								
2 RCTs ¹⁶ (773 patients aged 4-8 years)	serious	not serious	serious	serious	not serious	Merged studies: Chhangur (2017), Weeland (2018, 2022), Overbeek (2021) Overbeek (2021): ECBI (intensity): IG > CG, d = 0.35 [post] [4-month, 1.5 years]: IG = CG [2.5-year follow-up]: IG > CG, d = 0.33 Weeland (2018, 2022): externalizing behavior (observed): IG = CG externalizing behavior (reported by parents): IG > CG Huijzer-Engbrengenhof (2023): ECBI (intensity): [post-pre] IG > CG	Merged studies: Chhangur (2017), Weeland (2018, 2022), Overbeek (2021): children with moderate to high levels of externalizing behavior (following ECBI Intensity scale) Weeland (2018, 2022): for moderation and mediation effects see article. Chhangur(2017): Children's genetic makeup neither predicted their observed externalizing behavior nor moderated the effect of the intervention on this behavior.	very low

						[FU-post]: IG = CG effortful control: [post-pre] & [FU-post]: IG = CG	Condition × Polygenic Index interaction term: significant for boys (beta = .183, p = .01) though not for girls (beta = .085, p = .37), the intervention was most effective in decreasing parent- reported externalizing behavior for boys with high polygenic scores (partial eta squared = .00). Thus, the intervention was most effective in decreasing parent-reported externalizing behavior for boys with high polygenic scores, particularly by time of follow-up (partial eta squared = .20). Huijzer-Engbreghof (2023) : inclusion: children with scores >= 75th percentile ECBI; externalizing behaviour	
<i>Incredible Years (IG) vs. mixed (care as usual (CAU), no intervention; CG); emotional symptoms^{comorbid}</i>								
2 RCTs ¹⁶ (including 773 patients aged 4-8 years)	serious	not serious	serious	serious	not serious	Overbeek (2021) : SDQ (parent, teacher, child): [2.5-year follow-up]: IG = CG Huijzer-Engbreghof (2023) : negative emotionality:	Merged studies: Chhangur (2017), Weeland (2018, 2022), Overbeek (2021) : children with moderate to high levels of externalizing	very low

						[post-pre] & [FU-post]: IG = CG	behavior (following ECBI Intensity scale) Huijzer-Engbrenghof (2023) : inclusion: children with scores $\geq$ 75th percentile ECBI; externalizing behaviour	
<i>Parent-child interaction therapy (PCIT) vs. routine community care (CG); externalizing symptoms^{core}</i>								
1 RCT ¹⁷ (55 patients aged 4-10 years) once a week between 60 and 90 min	not serious	not serious	serious	serious	not serious	interim: PCIT > CG (ECBI intensity scale); PCIT = CG (ECBI problem scale, BASC externalizing) post: PCIT > CG (intensity + problem scale, BASC externalizing)	Children with Autism spectrum disorder and at-risk or clinically relevant externalizing behaviors	low
<i>Parent-child interaction therapy (PCIT) vs. control (differs per study, e.g., waitlist, treatments, treatment as usual (TAU)); externalizing symptoms^{core}</i>								
2 MAs ¹⁸ (including 123 studies; 7396 patients aged 1-15 years)	serious	serious	serious	serious	not serious	post: PCIT > control/TAU (d = -0.87; SMD = -0.87) FU: PCIT = control/TAU	- Children with externalizing behavior problems - PCIT effectiveness did not differ depending on session length, location (academic versus community settings), or child problems (disruptive behaviors only compared with disruptive behavior and other problems).	very low
<i>Parent-child interaction therapy (PCIT) vs. child group; aggression^{core}</i>								
1 RCT ¹⁹ (126 patients aged	serious	not serious	not serious	serious	not serious	PCIT = child group (parent, child)	Child group = parent group (parent)	low

8-14 years) 8 weekly sessions of 90 minutes (PCIT, child group/parent group)							child group > parent group (child)	
<i>Internet-delivered parent-child interaction therapy (PCIT; I-PCIT) vs. clinical based PCIT; externalizing symptoms^{core}</i>								
1 RCT ²⁰ (40 patients aged 3-5 years)	very serious	not serious	not serious	serious	not serious	Comer (2017): ECBI: [post, FU]: I-PCIT = clinical based PCIT CBCL: [post, FU]: I-PCIT = clinical based PCIT treatment responder, diagnostic responder (principal diagnosis), diagnostic responder (any DBD): [post, FU] I-PCIT = clinical based PCIT excellent responder: [post]: I-PCIT > clinical based PCIT; [FU]: I-PCIT = clinical based PCIT Fleming (2020): ECBI-Intensity: Time × Group: I-PCIT = clinical based PCIT Time × Group × Callous-unemotional Traits: I-PCIT = clinical based PCIT Treatment responder, principal DBD diagnosis, treatment attrition: Group ×	I-PCIT therapists provide remote, real-time coaching to parents during home-based parent-child interactions Online therapy vs. FTF	very low

						Callous-unemotional Traits: I-PCIT = clinical based PCIT		
<i>Internet-delivered parent-child interaction therapy (PCIT; I-PCIT) vs. clinical based PCIT; child global severity and functioning</i> ^{functioning}								
1 RCT ²⁰ (40 patients aged 3-5 years)	very serious	not serious	not serious	serious	not serious	Comer (2017): CGI-severity: [post, FU]: I-PICIT = clinical based PCIT CGAS: [post, FU]: [post, FU]: I-PICIT = clinical based PCIT Fleming (2020): Time × Group: I-PICIT = clinical based PCIT Time × Group × callous- unemotional Traits: $p < .05$	I-PCIT therapists provide remote, real-time coaching to parents during home- based parent-child interactions Online therapy vs. Face-to- Face	very low
<i>A more intensive version of Parent-Child Interaction Therapy (I-PCIT) vs. a time-limited weekly parent-child interaction therapy (PCIT); externalizing symptoms</i> ^{core}								
1 RCT ²¹ (60 patients aged 2-7 years) I-PCIT: 5 days/week over 2 weeks PCIT: 1 day/week over 10 weeks	serious	not serious	serious	not serious	not serious	ECBI-intensity: [post] I-PCIT = PCIT [6-9 months FU]: I-PCIT < PCIT	- Children who displayed clinically elevated externalizing behavior problems - interaction between parental stress on the PSI- SF at posttreatment and treatment-group in predicting posttreatment child behavior problems on the ECBI: $R^2 = .06$, $b = -$.18, $p < .05$ high stress: $t = -2.73$, $p <$.01 low stress: $p > .05$	low

Choice (IG): different formats of parent management training - oregeon Model (PMTO) or service as usual (SAU) vs. no choice (CG): different formats of PMTO or SAU; conduct problems ^{core}								
1 RCT ²² (129 patients aged 5-12 years) choice: families could chose between home-based, clinic-based or group-based PMTO, or SAU no-choice: families were randomized to home-based, clinic-based or group-based PMTO, or SAU	serious	not serious	serious	serious	not serious	SDQ (teacher): [6 months]: IG = CG SDQ (parent): [6 months]: IG = CG time × choice × modality effect on SDQ teacher: p > .05 time × choice × modality effect on SDQ parent: p > .05	Families with 5- to 12-year-old children with externalizing problems self-referring to one of three community mental health clinics	very low
Choice (IG): different formats of parent management training - Oregeon model (PMTO) or service as usual (SAU) vs. no choice (CG): different formats of PMTO or SAU; attention deficit hyperactivity disorder ^{comorbid}								
1 RCT ²² (129 patients aged 5-12 years) choice: families could chose between five modalities: home-based, clinic-based or group-based PMTO, or child therapy (SAU) no-choice: families were randomized	serious	not serious	serious	serious	not serious	SDQ (teacher): [6 months]: IG > CG, d = .28 SDQ (parent): [6 months]: IG = CG time × choice × modality effect on SDQ teacher: p = .008; Children of parents who chose to receive PMTO interventions showed improvements compared to those who chose SAU and to those who were randomized to PMTO interventions.	Families with 5- to 12-year-old children with externalizing problems self-referring to one of three community mental health clinics	very low

to five modalities: home-based, clinic-based or group-based PMTO, or child therapy (SAU)						Children of parents who were randomized to SAU also showed improvements over time. time × choice × modality effect on SDQ parent: $p > .05$		
<i>Parent Management Training - Oregon model (PMTO) vs. Brief Parent Training (BPT) vs. Care as usual; externalizing symptoms</i> ^{core}								
1 RCT ²³ (137 patients aged 3-12 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	ECBI (intensity): [BPT = about 8 weeks, PMTO = about 12 weeks]: BPT > PMTO [6-month FU]: BPT > PMTO	—	low
<i>Parent Management Training - Oregon model (PMTO) vs. Brief Parent Training (BPT) vs. care as usual; social competence</i> ^{core}								
1 RCT ²³ (137 patients aged 3-12 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	[BPT = about 8 weeks, PMTO = about 12 weeks]: BPT > PMTO [6-month FU]: BPT = PMTO	—	low
<i>Parent Management Training - Oregon model (PMTO) vs. Brief Parent Training (BPT) vs. care as usual; depression/anxiety</i> ^{comorbid}								
1 RCT ²³ (137 patients aged 3-12 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	CBCL: [BPT = about 8 weeks, PMTO = about 12 weeks]: BPT > PMTO [6-month FU]: BPT = PMTO	—	low
<i>Triple P (online; IG) vs. Triple P (staff-delivered; CG); child disruptive behavior</i> ^{core}								
1 RCT ²⁴ (334 patients aged 3-7 years)	very serious	not serious	not serious	serious	not serious	[rate per minute]: ITT/PP, T2/T3: IG = CG Child and Adolescent Disruptive Behavior Inventory [teacher report]:	Online self-help vs. face- to-face	very low

						(a) conduct problems: ITT/PP, T2/T3: IG = CG (b) oppositional to adults: ITT, T2/T3: IG = CG; PP, T2: IG = CG, PP,T3: IG ≠ CG (noninferiority not confirmed) (c) oppositional to peers: ITT, T2/T3: IG = CG; PP, T2: IG = CG, PP,T3: IG ≠ CG (noninferiority not confirmed)		
<i>Triple P (online; IG) vs. Triple P (staff-delivered; CG); hyperactivity^{comorbid}</i>								
1 RCT ²⁴ (334 patients aged 3-7 years)	very serious	not serious	not serious	serious	not serious	[teacher-reported] ITT, T2: IG = CG; PP, T2: IG = CG ITT/PP, T3: IG ≠ CG (noninferiority not confirmed)	Online self-help vs. face-to-face	very low
<i>Triple P (online; IG) vs. Triple P (staff-delivered; CG); parent-rated child behavior problems^{comorbid}</i>								
1 RCT ²⁴ (334 patients aged 3-7 years)	very serious	not serious	not serious	serious	not serious	ITT/PP, T2: IG ≠ CG (noninferiority not confirmed) ITT/PP, T3: IG = CG	Online self-help vs. face-to-face	very low
<i>Triple P (online; IG) vs. Triple P (staff-delivered; CG); family quality of life^{functioning}</i>								
1 RCT ²⁴ (334 patients aged 3-7 years)	very serious	not serious	not serious	serious	not serious	Impact on Family Questionnaire: adverse impact of child behavior problems on family quality of life: IG ≠ CG	Online self-help vs. face-to-face	very low

						(noninferiority not confirmed)		
<i>Triple P (online; IG) vs. Triple P (staff-delivered; CG); parent-child relationship quality</i> ^{functioning}								
1 RCT ²⁴ (334 patients aged 3-7 years)	very serious	not serious	not serious	serious	not serious	[rate per minute]: ITT/PP, T2: IG = CG ITT, T3: IG = CG PP, T3: IG ≠ CG (noninferiority not confirmed)	Online self-help vs. face-to-face	very low
<i>Wild & Willful (parent training; IG) vs. waitlist (CG); oppositional defiant problems (OPP)</i> ^{core}								
1 RCT ²⁵ (108 patients aged 4-12 years)	very serious	not serious	serious	serious	not serious	CBCL (OPP): IG = CG	Children with hyperactive and oppositional behaviors (externalizing population)	very low
<i>Wild & Willful (parent training; IG) vs waitlist (CG); attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)</i> ^{comorbid}								
1 RCT ²⁵ (108 patients aged 4-12 years)	very serious	not serious	serious	serious	not serious	CBCL (ADHD): IG = CG	Children with hyperactive and oppositional behaviors (externalizing population)	very low
<i>Parent training (PT) + child training (CT) vs. waitlist (WL); aggression/disruptive behavior</i> ^{core}								
1 MA and 2 RCTs ²⁶ (MA including 25 studies; 2023 patients aged 2-13 years) (RCTs including 163 patients aged 4-14 years) PT: 12-14 weeks for 90 minutes to 2 hours; CT: 10 days	serious	not serious	not serious	not serious	serious	MA, Helander (2022): disruptive behavior (post): PMT+CBT = WL RCT, Larsson (2009), Grasmann (2011): CBCL aggression (mothers): PT+CT > WL (d = 0.75) CBCL aggression (fathers) PT+CT = WL	MA, Helander (2022): 3 out of 25 studies relevant	low

to 18 weeks 2 to 8 hours								
<i>Parent training (PT) + child training (CT) vs. waitlist or PT (WL); externalizing symptoms^{core}</i>								
2 RCTs ²⁷ (163 patients aged 4-14 years) PT: 12-14 weeks for 90 minutes to 2 hours; CT: 10 days to 18 weeks 2 to 8 hours	not serious	not serious	not serious	not serious	not serious	ECBI intensity, CBCL attention (mothers, fathers): PT+CT = WL; PT+CT = PT ECBI problems (mothers): PT+CT = WL; PT+CT = PT ECBI problems (fathers): PT+CT = WL; PT > PT+CT (d = 0.67) ECBI total: PT+CT > WL (eta-squared: .140)	—	high
<i>Parent training (PT) + child training (CT) vs. waitlist (WL); internalizing symptoms^{comorbid}</i>								
1 RCT ²⁸ (127 patients aged 4-8 years) PT: 12-14 weeks for 2 hours; CT: 18 weeks 2 hours	not serious	not serious	not serious	not serious	not serious	CBCL internalizing (mothers, fathers): PT+CT = WL	—	high
<i>Parent training + child training (PT+CT) vs. PT; disruptive behavior/aggression^{core}</i>								
1 MA and 2 RCTs ²⁹ (including 25 studies; 2023 patients aged 2-13 years) (RCTs including 277 patients aged 4-12 years) 12 to 18-session of 2 to 2.5 hours	serious	not serious	not serious	not serious	serious	MA, Helander (2022): post: parent management training + cognitive behavior therapy (PMT+CBT) = PMT 1-year FU: PMT+CBT = PMT RCT, merged studies: Helander (2018, 2023): post: PMT+CBT = PMT 2-year FU: PMT+CBT = PMT RCT, Larsson (2009): CBCL	MA, Helander (2022): 4 out of 25 studies relevant (post), 3 out of 25 relevant (FU); there were large variations in effect sizes among the studies	low

						aggression (mothers, fathers): PT+CT = PT		
<i>Technology-assisted parent training programs (IG) vs. no treatment control (CG); externalizing symptoms^{core}</i>								
1 SR ³⁰ (including 2 relevant studies; 432 patients aged 9-15 years)	not serious	not serious	serious	not serious	not serious	ECBI: IG > CG, d = between 0.17 and 0.20	Parents were eligible to participate if they reported: high levels of behavior problems based on the ECBI subscales (ECBI Problem ≥15 & ECBI Intensity ≥132; externalizing behaviour) Online self-help	moderate
<i>Online Behavioral Parenting Interventions (IG) vs. mixed (comparison group or waitlist; CG); disruptive behavior^{core}</i>								
1 MA and 1 SR ³¹ (MA including 9 studies; N = unknown aged 2;0-18;11 years) (SR including 9 studies; 1545 patients aged M-range = 3.5-8.5 years)	serious	not serious	serious	serious	not serious	MA, Florean (2020): ECBI: disruptive behavior: IG > CG (waitlist), g = 0.38 SR, McAloon (2021): Online BPIs are a viable treatment for disruptive behavioral disorders with nine of ten reporting significant improvements post-treatment. Effective interventions had clearly defined program structure and included content based on operant learning principles.	MA, Florean (2020): Online parenting interventions are effective in reducing children's behavior problems when compared with a control group (i.e., waitlist) and seem to have the same effectiveness as other non-Internet-based interventions (e.g., face-to-face interventions). Likewise, the number of sessions and parents' educational level seem to play a role in the effectiveness of the interventions.	very low

							SR, McAloon (2023): children that met diagnostic criteria for oppositional defiant disorder, intermittent explosive disorder or conduct disorder and/or fell within the clinical or sub-clinical ranges on an assessment of emotional or behavioral functioning Online self-help	
<i>Therapist-assisted online treatment (AccessEI) vs. face-to-face (FTF); oppositional defiant disorder (ODD) or conduct disorder (CD) diagnoses, oppositional behavior</i> ^{core}								
2 RCTs ³² (206 patients aged 3-14 years) AccessEI: consisted of six interactive and educational video modules as well as approximately six to 10 sessions with a clinician delivered via secure video conferencing.	serious	not serious	not serious	not serious	not serious	ODD or CD diagnoses [both studies]: AccessEI = FTF oppositional behavior [both studies]: AccessEI = FTF	FTF vs. online self-help	moderate
<i>Therapist-assisted online treatment (AccessEI) vs. face-to-face (FTF); total problem behavior</i> ^{comorbid}								
2 RCTs ³² (206 patients aged	serious	not serious	not serious	serious	not serious	SDQ (total) [both studies]: AccessEI = FTF	FTF vs. online self-help	low

3-14 years) AccessEl: consisted of six interactive and educational video modules as well as approximately six to 10 sessions with a clinician delivered via secure video conferencing.								
<i>Behavioral Intervention Technology (BIT) + behavioral parent training (BPT) vs. face to face (FTF) BPT; externalizing behavior</i> ^{core}								
1 MA ³³ (including 24 studies; 3957 patients aged 1-17 years)	serious	not serious	serious	serious	serious	BIT BPT > FTF BPT, g = 0.62	All levels of human support, except for teletherapy, indicate a moderate to large effect size, and there were no significant differences between levels of human support. Additionally, analyses did not indicate significant differences between human support, low SES studies, racial minority studies. These findings provide preliminary evidence that BIT BPT is effective for treating child and adolescent externalizing behavior in a variety of	very low

							populations. Parents of children with disruptive/externalizing behaviors Online self-help vs. online + face-to-face	
<i>Strongest Families Smart Website (SFSW) vs. educational control (EC); aggression, oppositional defiant disorder (ODD), hostility^{core}</i>								
1 RCT ³⁴ (464 patients aged 4 years)	serious	not serious	not serious	not serious	not serious	aggression: [6 months]: SFSW > EC aggression/ODD: [6 to 12 months] & [12 to 24 months]: SFSW = EC parent scale: total, hostility: [6 months]: SFSW > EC total: [6 to 12 month]: SFSW > EC hostility: [6 to 12 month]: SFSW = EC total, hostility [12 to 24 months]: SFSW = EC	Online self-help with support	moderate
<i>Strongest Families Smart Website (SFSW) vs. educational control (EC); callous-unemotional (CU) traits^{core}</i>								
1 RCT ³⁴ (464 patients aged 4 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	[6 months]: total: SFSW > EC callousness: SFSW = EC [6 to 12 months] & [12 to 24 months]: SFSW = EC	Online self-help with support	low
<i>Strongest Families Smart Website (SFSW) vs. educational control (EC); externalizing^{core}</i>								

1 RCT ³⁴ (464 patients aged 4 years) SFSW intervention group: received an Internet version of the Strongest Families telephone-based program EC group: participants were given access to a website that provided a brief introduction to positive parenting strategies and a 45-minute call from a coach who provided positive parenting advice, in addition to the standard care provided by their physicians or obtained by parents	serious	not serious	not serious	not serious	not serious	[6 months]: SFSW > EC [6 to 12 months] & [12 to 24 months]: SFSW = EC	None of the parental variables that we explored, namely the levels of parental attention deficit hyperactivity disorder or parental distress significantly moderated the effect of treatment on child externalizing behavior. Online self-help with support	moderate
---	---------	-------------	-------------	-------------	-------------	--	--	----------

<i>Strongest Families Smart Website (SFSW) vs. educational control (EC); internalizing ^{comorbid}</i>								
1 RCT ³⁴ (464 patients aged 4 years)	serious	not serious	not serious	not serious	not serious	Internalizing: [6 months]: SFSW > EC [6 to 12 months] & [12 to 24 months]: SFSW = EC DASS-21: total: all FUs: SFSW = EC	Online self-help with support	moderate
<i>Strongest Families Smart Website (SFSW) vs. educational control (EC); total ^{comorbid}</i>								
1 RCT ³⁴ (464 patients aged 4 years)	serious	not serious	not serious	not serious	not serious	[6 months]: SFSW > EC [6 to 12 months] & [12 to 24 months]: SFSW = EC	Online self-help with support	moderate
<i>Self-help parenting program (manual and online part) with additional telephonic support (IG) vs. self-help parenting program without support (IG) vs. waitlist (CG); externalizing behavior ^{core}</i>								
1 RCT ³⁵ (110 patients aged 4-12 years)	serious	not serious	serious	serious	not serious	EMA: IG > CG, d= -0.43 telephonic = no support ECBI intensity: IG > CG, d= -0.51 telephonic = no support	Participants were parents seeking support for their child's externalizing behavior Online self-help with support vs. online self-help vs. waitlist	very low
<i>Behavioral guided self-help for parents (BG) vs. nondirective guided self-help for parents (NDG); oppositional behavior ^{core}</i>								
1 RCT ³⁶ (110 patients aged 4-11 years) both groups: biweekly contact calls and booklet reception for a 5-	serious	not serious	serious	serious	not serious	DCL: [blinded clinician report]: BG > NDG, d = -0.35 [therapist report]: BG > NDG FBB: [participant report]: BG = NDG	The child met the diagnostic criteria for attention deficit hyperactivity disorder or oppositional defiant disorder Self-help	very low

month intervention stage						[partner report]: BG = NDG [teacher report]: BG = NDG		
<i>Behavioral guided self-help for parents (BG) vs. nondirective guided self-help for parents (NDG); externalizing symptoms</i> ^{core}								
1 RCT ³⁶ (110 patients aged 4-11 years) both groups: biweekly contact calls and booklet reception for a 5- month intervention stage	serious	not serious	serious	not serious	not serious	CBCL: BG > NDG, d = 0.31	The child met the diagnostic criteria for attention deficit hyperactivity disorder or oppositional defiant disorder Self-help	low
<i>Behavioral guided self-help for parents (BG) vs. nondirective guided self-help for parents (NDG); attention deficit hyperactivity disorder</i> ^{comorbid}								
1 RCT ³⁶ (110 patients aged 4-11 years) both groups: biweekly contact calls and booklet reception for a 5- month intervention stage	serious	not serious	serious	serious	not serious	DCL: [blinded clinician report]: BG = NDG [therapist report]: BG = NDG FBB: [participant report]: BG = NDG [partner report]: BG = NDG [teacher report]: BG = NDG	The child met the diagnostic criteria for ADHD or oppositional defiant disorder Self-help	very low
<i>Behavioral guided self-help for parents (BG) vs. nondirective guided self-help for parents (NDG); internalizing symptoms</i> ^{comorbid}								
1 RCT ³⁶ (110 patients aged 4-11 years) both groups: biweekly contact calls and booklet reception for a 5-	serious	not serious	serious	serious	not serious	CBCL: BG = NDG	The child met the diagnostic criteria for attention deficit hyperactivity disorder or oppositional defiant disorder Self-help	very low

month intervention stage								
<i>Behavioral guided self-help for parents (BG) vs. nondirective guided self-help for parents (NDG); quality of life^{functioning}</i>								
1 RCT ³⁶ (110 patients aged 4-11 years) both groups: biweekly contact calls and booklet reception for a 5-month intervention stage	serious	not serious	serious	serious	not serious	KINDL-R-total: BG = NDG	The child met the diagnostic criteria for attention deficit hyperactivity disorder or oppositional defiant disorder Self-help	very low
<i>Behavioral guided self-help for parents (BG) vs. nondirective guided self-help for parents (NDG); impairment^{functioning}</i>								
1 RCT ³⁶ (110 patients aged 4-11 years) both groups: biweekly contact calls and booklet reception for a 5-month intervention stage	serious	not serious	serious	serious	not serious	WFIRS-P Total: BG = NDG	The child met the diagnostic criteria for attention deficit hyperactivity disorder or oppositional defiant disorder Self-help	very low
<i>Hitkashrut parent training (PT; IG) vs. minimal intervention (CG); callous-unemotional (CU) traits^{core}</i>								
1 RCT ³⁷ (209 patients aged 3-5 years) PT: groups of 5-7 couples that were co-facilitated by two masters-level educational	serious	not serious	not serious	serious	not serious	Elizur (2017): ECBI (intensity): [post]: IG > CG, d = 0.72 Elizur (2018): ECBI (intensity): [post]: IG > CG	The study investigated a mediation model with the mediator effortful control and the dependent variables conduct problems and callous-unemotional traits. The direct and indirect effect of	low

psychologists met for 14 two-hour weekly meetings minimal intervention: - parents were referred for two consultation sessions - facilitators made use of Hitkashrut's key components and handouts, and where necessary referred parents to treatment at the local educational psychology service or community clinics							treatment/control on callous-unemotional traits via effortful control was significant. The direct and indirect effect of treatment/control via effortful control on conduct problems was not significant.	
<i>Hitkashrut parent training (PT; IG) vs. minimal intervention (CG); effortful control^{core}</i>								
1 RCT ³⁷ (209 patients aged 3-5 years) PT: groups of 5-7 couples that were co-facilitated by two masters-level educational psychologists met for 14 two-hour weekly meetings	serious	not serious	not serious	serious	not serious	Elizur (2017): EC: [post]: IG > CG, d = 0.57 Elizur (2018): EC: [post]: IG > CG	The study investigated a mediation model with the mediator effortful control and the dependent variables conduct problems and callous-unemotional traits. The direct and indirect effect of treatment/control on callous-unemotional traits via effortful control was	low

minimal intervention: - parents were referred for two consultation sessions - facilitators made use of Hitkashrut's key components and handouts, and where necessary referred parents to treatment at the local educational psychology service or community clinics							significant. The direct and indirect effect of treatment/control via effortful control on conduct problems was not significant.	
<i>Hitkashrut parent training (PT; IG) vs. minimal intervention (CG); externalizing symptom ^{core}</i>								
1 RCT ³⁷ (209 patients aged 3-5 years) PT: groups of 5-7 couples that were co-facilitated by two masters-level educational psychologists met for 14 two-hour weekly meetings minimal intervention: - parents were	serious	not serious	not serious	serious	not serious	ECBI (intensity): [post]: IG > CG, d = 0.76; [1 year-FU]: IG > CG	The study investigated a mediation model with the mediator effortful control and the dependent variables conduct problems and callous-unemotional traits. The direct and indirect effect of treatment/control on callous-unemotional traits via effortful control was significant. The direct and indirect effect of treatment/control via	low

referred for two consultation sessions - facilitators made use of Hitkashrut's key components and handouts, and where necessary referred parents to treatment at the local educational psychology service or community clinics							effortful control on conduct problems was not significant.	
<i>Tuning in to Kids (TIK, parent program; IG) vs. waitlist (CG); externalizing symptoms</i> ^{core}								
1 RCT ³⁸ (54 patients aged 3-5 years)	not serious	not serious	not serious	serious	not serious	ECBI (intensity): IG > CG, partial-eta squared = .17	—	moderate
<i>Tuning in to Kids (TIK, parent program; IG) vs. waitlist (CG); emotion regulation</i> ^{core}								
1 RCT ³⁸ (54 patients aged 3-5 years)	not serious	not serious	not serious	serious	not serious	(a) Child emotion regulation: IG = CG (b) Lability/negativity: IG > CG, partial-eta squared = .07	—	moderate
<i>Parent intervention (home sessions; IG) vs. treatment as usual (TAU)/waitlist (WL)/parent intervention supplemented with cellular phones and text messaging (CPAT); externalizing problems</i> ^{core}								
3 RCTs ³⁹ (185 patients aged 1-18 years) 5 to 10 sessions a 75 to 90 minutes	not serious	not serious	serious	serious	not serious	CBCL (externalizing; post & 3-, 3.5- & 6-month FU): IG = TAU ITSEA (Activity/Impulsivity): IG = TAU	van Holen (2017) : children aged 3-12; van Holen (2018): children aged 6-18 years (foster parents) Bagner (2016) : above the 75th percentile on the	low

							problem scale of the Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment	
<i>Parent intervention (home sessions) vs. treatment as usual (TAU)/waitlist (WL)/parent intervention supplemented with cellular phones and text messaging (CPAT); internalizing problems</i> comorbid								
3 RCTs ³⁹ (185 patients aged 1-18 years) 5 to 10 sessions a 75 to 90 minutes	not serious	not serious	serious	serious	not serious	CBCL (internalizing; post & 3-, 3.5-month FU): IG = TAU, but at 6.5-month FU: IG > TAU ITSEA (internalizing; 6-month FU): IG > TAU	van Holen (2017, 2018): foster children with externalizing problem behavior Bagner (2016): above the 75th percentile on the problem scale of the Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment	low
<i>Structured home parent support (HPS) + Incredible Years Parent (IYP) program (IG) vs. IYP (CG); externalizing symptoms</i> core								
1 RCT ⁴⁰ (126 patients aged 3-7 years) IG: 10 one-hour sessions to provide personalized coaching for families in their homes concurrent with their attendance at an IYP group program	serious	not serious	not serious	serious	not serious	ECBI: (a) total problem scale, (b) intensity scale [post]: IG = CG [6-month]: post to follow-up: (a) IG > CG d = 0.57; (b) IG = CG pre to follow-up: (a) IG > CG, d = 0.63; (b) IG = CG Those receiving HPS had significantly fewer children with child behavior scores in the clinical range after treatment (9 of 51 [17.6 %]) compared with families receiving the IYP program alone (18 of 45 [40.0 %]): chi-squared = 5.91; p = .02).		low

						This difference remained significant at the 6-month follow-up (6 of 51 [11.8 %] for HPS and 14 of 45 [31.1 %] for the IYP program): chi-squared = 5.43, p = .02		
<i>Structured home parent support (HPS) + Incredible Years Parent (IYP) program (IG) vs. IYP (CG); social competence^{core}</i>								
1 RCT ⁴⁰ (126 patients aged 3-7 years) IG: 10 one-hour sessions to provide personalized coaching for families in their homes concurrent with their attendance at an IYP group program	serious	not serious	not serious	serious	not serious	SCS: [post]: IG = CG [post to follow-up]: IG = CG [pre to follow-up]: IG > CG, d = 0.54	—	low
<i>Parenting for Lifelong Health (PLH; parenting program; IG) vs. service as usual (CG); externalizing symptoms^{core}</i>								
1 RCT ⁴¹ (296 patients aged 2-9 years) PLH: a low-cost 12-session program designed to increase positive parenting and reduce harsh parenting	serious	not serious	serious	not serious	not serious	ECBI: (a) problem scale: IG > CG, (b) intensity scale [post]: IG = CG [1-year]: (a, b) IG = CG	Children (2-9 years) showed clinical levels of conduct problems (ECBI Problem Score > 5 --> externalizing behaviour)	low

<i>Parenting for Lifelong Health (PLH; parenting program; IG) vs. service as usual (CG); observed child behavior (positive/negative)</i> ^{comorbid}								
1 RCT ⁴¹ (296 patients aged 2-9 years) PLH: a low-cost 12-session program designed to increase positive parenting and reduce harsh parenting	serious	not serious	serious	not serious	not serious	Observed child behavior: [post, 1-year]: (a) positive: IG > CG; (b) negative: IG = CG	Children (2-9 years) showed clinical levels of conduct problems (ECBI Problem Score > 5 --> externalizing behaviour)	low
<i>Family based interventions vs. mixed/unknown; callous-unemotional (CU) traits</i> ^{core}								
1 SR ⁴² (including 5 studies; 995 patients aged 2-9 years)	serious	not serious	not serious	serious	serious	[family based interventions]: three of four studies found reductions in callous-unemotional traits	> 50 % of the included studies are observational studies (GRADE rating started at 'low'). Samples characterized by either clinically significant conduct problems or identified as 'at risk' for conduct problems Family based intervention: as defined in terms of treatments that were delivered at least in part to parents/caregivers	very low
<i>Treatment family and qualifying studies, by level of evidence; disruptive behavior</i> ^{core}								

1 SR ⁴³ (including 108 studies; N = unknown children aged 12 years and younger)	serious	not serious	not serious	not serious	serious	Kaminski (2024): [well- established]: group parent behavior therapy; individual parent behavior therapy with child participation; group parent behavior therapy + group child behavior therapy ES range: -3.68 to 0.02 [probably efficacious]: group parent behavior therapy with child participation + group child behavior therapy + child academic curriculum; group parent behavior therapy with child participation + family problem-solving training; group parent behavior therapy with child participation; group parent behavior therapy + teacher training + group child behavior therapy; individual parent behavior therapy; phone/video-based individual parent behavior therapy; individual parent behavior therapy with child participation + individual child behavior therapy with parent participation + teacher training; individual	—	low
---	---------	-------------	-------------	-------------	---------	--	---	-----

					child behavior therapy; individual child behavior therapy with parent participation; group parent- focused therapy; group child-centered play therapy; individual child-centered play therapy ES range: -1.80 to -0.10 [possibly efficacious]: group parent behavior therapy + individual parent behavior therapy with child participation + group child behavior therapy + individual child behavior therapy; group parent behavior therapy + group parent-focused therapy; group parent behavior therapy + teacher training; individual parent behavior therapy with child participation + addressing parental mental health needs; group child behavior therapy + individual child behavior therapy; group child behavior therapy + group parent-focused therapy + teacher training; teacher training ES range: -1.00 to -0.34		
--	--	--	--	--	---	--	--

						[experimental]: family problem-solving training		
<i>Level of support designations for disruptive behavior treatments; disruptive behavior (DB) problems ^{core}</i>								
1 SR ⁴⁴ (including 28 studies; N = unknown patients aged 3-18 years)	serious	not serious	serious	not serious	serious	<i>well-established'</i> : - children with DB: behavior therapy [parent groups], behavior therapy [family] - adolescents with DB: - <i>'probably efficacious'</i> : - children with DB: behavior therapy [family groups, parent individual, parent self-directed & parent coaching, parent groups & child groups, child individual with parent participation], behavior therapy and family therapy [family groups], cognitive behavioral therapy (CBT) [both parents group & both parents individual], emotion-focused therapy [parent groups] - adolescents with DB: behavior therapy, CBT, and family therapy [combination of family, parent, individual, & child individual] <i>'possibly efficacious'</i> - children with DB: behavior therapy [parent groups,		very low

						family, child groups, & child individual], behavior therapy and CBT [parent groups] - adolescents with DB: behavior therapy [parent self-directed], behavior therapy and family therapy [parent groups & family], behavior therapy and CBT [family], behavior therapy, CBT, and family therapy [family], behavior therapy, CBT, and family therapy [parent individual]		
<i>Interventions specifically targeting children's externalized behavior problems (IG) vs. mixed (waitlist, no treatment, care as usual; CG); externalizing symptoms</i> core								
2 MAs ⁴⁵ (including 83 relevant studies; N > 1824 patients aged 1-18 years)	serious	not serious	serious	not serious	serious	Baumel (2021): [immediately after intervention]: IG > CG, g = 0.493, CI(0.414, 0.572) [short-term follow-up; 27 studies examined 1-6 months, 12 examined 9-15 months and 2 studies > 20 months]: IG > CG, g = 0.265, CI(0.181, 0.348) Treatment recipient: The recipient of the intervention significantly influenced the outcome (Qb = 11.17, p = .004). [immediate response to	Baumel (2021): Treatment recipient: child (4.1 %), parent (74.4 %), both involved (21.5 %) Delivery format: group (65.3 %), individual (16.5 %), assisted self-help (18.2 %) Savaglio (2023): six different programmes: 4x manualised group-based parenting programmes - 1-2-3 Magic - Tuning into Kids - Positive Parenting	very low

					intervention] Child: Hedges's $g = 0.23$, $p = .03$ Parent: Hedges' $g = 0.45$, $p < .001$ Both involved: Hedges' $g = 0.75$, $p < .001$ [short-term FU] The recipient of the intervention did not significantly influenced the outcome ($Qb = 1.74$ $p = .42$). Child: Hedges's $g = 0.13$, $p = .24$ Parent: Hedges' $g = 0.30$, $p < .001$ Both involved: Hedges' $g = 0.26$, $p < .001$ Delivery format: The delivery format did not significantly influenced the outcome ($Qb = 3.34$, $p = .19$). [immediate response to intervention] Group elements: Hedges' $g = 0.45$, $p < .001$ Individual: Hedges' $g = 0.70$, $p < .001$ Assisted self-help: Hedges' $g = 0.52$, $p < .001$ [short-term FU] The delivery format did not	Program (Triple P) - PCIT	
--	--	--	--	--	--	---	--

						significantly influenced the outcome ($Q_b = 3.35$, $p = .19$). Group elements: Hedges' $g = 0.32$, $p < .001$ Individual: Hedges' $g = 0.15$, $p < .03$ Assisted self-help: Hedges' $g = 0.25$, $p = .001$ Savaglio (2023): externalizing symptoms: IG > CG, SMD = -0.56 Frequency of externalising behaviours: IG > CG, SMD = -0.54		
OVERALL								low
Core symptoms								low
Comorbid symptoms								low
Level of functioning								very low

Note. BASC = Behavior Assessment System for Children; CBCL = Child Behavior Checklist; CG = control group; CGAS = Child Global Assessment Scale; CGI = Clinical Global Impression; comorbid = comorbid symptoms; core = core symptoms; CSR = clinician severity rating; DBD = Disruptive Behavior Disorder Rating Scales; DCL = Diagnosis Checklist; ECBI = Eyberg Child Behavior Inventory; EMA = Ecological Momentary Assessment; FBB = Fremdbeurteilungsbogen; functioning = level of functioning; IAB = Interview for Antisocial Behavior; IG = intervention group; ITSEA = Infant-Toddler Social and Emotional Assessment; KINDL-R = Questionnaire for measuring health-related quality of life in children and adolescents; MA = meta-analysis; MINI-KID = Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents; N/A = not applicable; NICHQ Vanderbilt Assessment Scale = National Initiative for Children's Healthcare Quality Vanderbilt Assessment Scale - Parent Informant; RCT = randomized controlled trial; SCS = Social Competence Scale-Parent Version; SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire; SNAP-IV = Swanson, Nolan and Pelham Rating Scale Questionnaire, revised; SR = systematic review; SWAN = Chinese Strengths and Weaknesses of ADHD-Symptoms and Normal-Behaviors Questionnaire; WFIRS-P = German version of the Weiss Functional Impairment Rating Scale-Parent Report.

¹ Beelmann (2023); ² Herr (2015); ³ Hua (2022), merged studies: Leijten (2018, 2019, 2022); ⁴ Mouton (2018), Mingebach (2018), Gardner (2019) [The Earlier the Better?...], Gardner (2019) [Equity Effects of Parenting...], Zarakoviti (2021); ⁵ Zarakoviti (2021); ⁶ Chan (2022); ⁷ Helander (2022); ⁸ Booker (2020); ⁹ Kazdin (2018); ¹⁰ merged studies: Engelbrektsson (2023, 2023) [Parent Training via Internet...; Is internet-based parent training...]; ¹¹ Ghaderi (2018); ¹² Högström (2017); ¹³ Helander (2022), merged studies: Helander (2018, 2023); ¹⁴ merged studies: Helander (2018, 2023); ¹⁵ merged studies: Chhangur (2017), Weeland (2018, 2022), Overbeek (2021); ¹⁶ merged studies: Chhangur (2017), Weeland (2018, 2022), Overbeek (2021); Huijzer-Engbreghof (2023); ¹⁷ Allen (2022); ¹⁸ Valero-Aguayo (2021), Thomas (2017); ¹⁹ Fung (2018) [Reducing Reactive Aggression in...]; ²⁰ merged studies: Comer (2017), Fleming (2020); ²¹ Graziano (2020); ²² Gewirtz (2019); ²³ Hukkelberg (2019); ²⁴ Prinz (2022); ²⁵ Sluiter (2023); ²⁶ Helander (2022), Larsson (2009), Grasmann (2011); ²⁷ Larsson (2009), Grasmann (2011); ²⁸ Larsson (2009); ²⁹ Helander (2022), merged studies: Helander (2018, 2023); Larsson (2009); ³⁰ Baumel (2023); ³¹ Florean (2020), McAloon (2023); ³² Dadds (2019) [Therapist-Assisted Online Treatment...]: study included both RCTs; ³³ Bausback (2021); ³⁴ merged studies: Sourander (2016, 2018), Fossum (2018); ³⁵ de Jong (2023); ³⁶ merged studies: Katzmann (2017), Hautmann (2018, 2023), Treier (2022); ³⁷ merged studies: Elizur (2017, 2018), Somech (2021); ³⁸ Aghaie Meybodi (2019); ³⁹ van Holen (2017), van Holen (2018), Bagner (2016); ⁴⁰ Lees (2019); ⁴¹ Ward (2020); ⁴² Hawes (2014); ⁴³ merged studies: Kaminski (2017, 2024); ⁴⁴ Sheidow (2022); ⁴⁵ Baumel (2021), Savaglio (2023)

Recommendation 4.2.3.								
"Bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ab 12 Jahren, welche die diagnostischen Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllen oder bei denen ein klinisch relevantes oppositionell-aggressives Verhalten vorliegt, kann ein, an das Jugend- bzw. junge Erwachsenenalter angepasste, Elternt raining angeboten werden."								
Type and number of studies; number of patients (age); etc.	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Publication bias	Summary of findings	Comments	Overall quality
<i>Parent training programs vs. mixed (untreated groups, treatment as usual (TAU), service as usual (SAU)); antisocial behavior^{core}</i>								
1 MA ¹ (including 128 comparisons; N = unknown children & adolescents aged up to the mean age of 18)	serious	not serious	serious	not serious	serious	Intervention level $Q_b < .01$: Universal prevention: $d = 0.38 \pm 0.08$, $k = 64$ Selective prevention: $d = 0.41 \pm 0.09$, $k = 66$ Indicated prevention: $d = 0.51 \pm 0.08$, $k = 80$ Clinical applications: $d = 0.59 \pm 0.11$, $k = 48$ Effect sizes indicated low but significant differences for antisocial behavior ($Q_b < .05$) favoring the 4- to 7-year-old age group: Up to 4 years: $d = 0.46 \pm 0.10$, $k = 51$ 4–7 years: $d = 0.54 \pm 0.07$, $k = 118$ 8–10 years: $d = 0.39 \pm 0.10$, $k = 49$ 11–18 years: $d = 0.38 \pm$	–	very low

						0.12, k = 40 Program name/type/approach Triple P: d = 0.44 ± 0.10, k = 55 Incredible Years: d = 0.42 ± 0.12, k = 37 Parent Management Training OM: d = 0.35 ± 0.17, k = 16 Parent Child Interaction Therapy: d = 0.83 ± 0.22, k = 14 Other cognitive-behavioral programs: d = 0.46 ± 0.07, k = 100 Adlerian programs: d = 0.61 ± 0.26, k = 10 Humanistic programs: d = 0.66 ± 0.25, k = 12 Attachment/relationship- based programs: d = 0.35 ± 0.34, k = 4 Mixed programs: d = 0.40 ± 0.22, k = 10		
<i>Technology-assisted parent training programs (IG) vs. no treatment control (CG); externalizing symptoms^{core}</i>								
1 SR ² (including 2 relevant studies; 432 patients aged 9-15 years M = 13.1 years)	not serious	not serious	not serious	not serious	not serious	ECBI: IG > CG, d = between 0.17 and 0.20	—	high

<i>Parent-web intervention (IG) vs. waitlist (CG); oppositional defiant disorder (ODD), conduct problems^{core}</i>								
1 RCT ³ (75 patients aged 12-18 years) parents completed the program in between 6 and 9 weeks	not serious	not serious	serious	not serious	not serious	DBD ODD scale: IG > CG (d = 0.63) SDQ (conduct problems): IG > CG	Parent-reported indications of clinical or subclinical externalizing behaviors in adolescents	moderate
<i>Parent-web intervention (IG) vs. waitlist (CG); prosocial behavior^{core}</i>								
1 RCT ³ (75 patients aged 12-18 years) parents completed the program in between 6 and 9 weeks	not serious	not serious	serious	not serious	not serious	SDQ: IG = CG	Parent-reported indications of clinical or subclinical externalizing behaviors in adolescents	moderate
<i>Parent-web intervention (IG) vs. waitlist (CG); hyperactivity/inattention^{comorbid}</i>								
1 RCT ³ (75 patients aged 12-18 years) parents completed the program in between 6 and 9 weeks	not serious	not serious	serious	not serious	not serious	SDQ: IG = CG	Parent-reported indications of clinical or subclinical externalizing behaviors in adolescents	moderate
<i>Parent-web intervention (IG) vs. waitlist (CG); emotional symptoms^{comorbid}</i>								
1 RCT ³ (75 patients aged 12-18 years)	not serious	not serious	serious	not serious	not serious	SDQ: IG > CG	Parent-reported indications of clinical or	moderate

parents completed the program in between 6 and 9 weeks							subclinical externalizing behaviors in adolescents	
<i>Parent-web intervention (IG) vs. waitlist (CG); peer problems</i> functioning								
1 RCT ³ (75 patients aged 12-18 years) parents completed the program in between 6 and 9 weeks	not serious	not serious	serious	not serious	not serious	SDQ: IG > CG	Parent-reported indications of clinical or subclinical externalizing behaviors in adolescents	moderate
<i>Level of support designations for disruptive behavior treatments; disruptive behavior problems</i> core								
1 SR ⁴ (including 28 studies; N = unknown patients aged 3-18 years)	serious	not serious	serious	not serious	serious	Well-established': none 'probably efficacious': behavior therapy, cognitive behavioral therapy (CBT), and family therapy [combination of family, parent, individual, & child individual] 'possibly efficacious': behavior therapy [parent self-directed], behavior therapy and family therapy [parent groups & family], behavior therapy and cognitive behavioral therapy [family], behavior	–	very low

						therapy, CBT, and family therapy [family], behavior therapy, CBT, and family therapy [parent individual]		
OVERALL								moderate
Core symptoms								low
Comorbid symptoms								moderate
Level of functioning								moderate
<i>Note.</i> Comorbid = comorbid symptoms; core = core symptoms; DBD = Disruptive Behavior Disorder Rating Scales; ECBI = Eyberg Child Behavior Inventory; functioning = level of functioning; MA = meta-analysis; N/A = not applicable; RCT = randomized controlled trial; SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire; SR = systematic review.								
¹ Beelmann (2023); ² Baumeister (2017); ³ Wetterborg (2019); ⁴ Sheidow (2022)								

Recommendations 4.2.7.								
"Elterntrainings können auch im aufsuchenden Kontext angeboten werden."								
Type and number of studies; number of patients (age); etc.	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Publication bias	Summary of findings	Comments	Overall quality
<i>Parenting intervention (video-feedback at home; IG) vs. regular pediatric primary care (CG); conduct and aggressive behavior^{core}</i>								
1 RCT ¹ (300 patients aged 12-36 months) 6 home-based sessions, 1-2 hour duration every 2 weeks	not serious	serious	serious	serious	not serious	PPACS (conduct; 5-month FU): IG > CG CBCL (aggression; 5-month FU): IG > CG SDQ (conduct; 5-month FU): IG = CG	Children who scored in the top 20 % for externalizing behavior problems on the SDQ	very low
<i>Parenting intervention (video-feedback at home; IG) vs. regular pediatric primary care (CG); prosocial behavior^{core}</i>								
1 RCT ¹ (300 patients aged 12-36 months) 6 home-based sessions, 1-2 hour duration every 2 weeks	not serious	not serious	serious	serious	not serious	SDQ (5-month FU): IG = CG	Children who scored in the top 20 % for externalizing behavior problems on the SDQ	low
<i>Parenting intervention (video-feedback at home; IG) vs. regular pediatric primary care (CG); externalizing symptoms^{core}</i>								
1 RCT ¹ (300 patients aged 12-36 months)	not serious	not serious	serious	serious	not serious	CBCL, SDQ (5-month FU): IG = CG	Children who scored in the top 20 % for externalizing behavior problems on the SDQ	low

6 home-based sessions, 1-2 hour duration every 2 weeks								
<i>Parenting intervention (video-feedback at home; IG) vs. regular pediatric primary care (CG); internalizing symptoms</i> ^{comorbid}								
1 RCT ¹ (300 patients aged 12-36 months) 6 home-based sessions, 1-2 hour duration every 2 weeks	not serious	not serious	serious	not serious	not serious	CBCL (5-month FU): IG = CG	Children who scored in the top 20 % for externalizing behavior problems on the SDQ	moderate
<i>Parent intervention (home sessions; IG) vs. treatment as usual (TAU); aggression</i> ^{core}								
1 RCT ² (60 infants aged 12-15 months) on average 6 sessions, 1-1.5 hours	not serious	not serious	serious	serious	not serious	ITSEA (Aggression/Defiance; 6-month FU): IG > TAU	Bagner (2016): above the 75th percentile on the problem scale of the Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment	low
<i>Parent intervention (home sessions; IG) vs. treatment as usual (TAU)/waitlist (WL)/parent intervention supplemented with cellular phones and text messaging (CPAT); externalizing problems</i> ^{core}								
3 RCTs ³ (185 patients aged 1-18 years) 5 to 10 sessions a 75 to 90 minutes	not serious	not serious	serious	serious	not serious	van Holen (2017): CBCL (externalizing): post: IG = TAU 3-month FU: IG > TAU, d = 0.84 van Holen (2018): CBCL (externalizing): IG = TAU (post & 3-month FU)	van Holen (2017, 2018): foster children with externalizing problem behavior, aged 3-12 (van Holen 2017) or 6-18 years (van Holen 2018) Bagner (2016): above the 75th percentile on the problem scale of the Brief	low

						Bagner (2016): ITSEA (Activity/Impulsivity): IG = TAU	Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (externalizing behaviour)	
<i>Parent intervention (home sessions; IG) vs. treatment as usual (TAU)/waitlist (WL)/parent intervention supplemented with cellular phones and text messaging (CPAT); internalizing problems^{comorbid}</i>								
3 RCTs ³ (185 patients aged 1-18 years) 5 to 10 sessions a 75 to 90 minutes	not serious	serious	serious	serious	not serious	van Holen (2017): CBCL (internalizing): post: IG = TAU 3-month FU: IG > TAU, d = 0.88 van Holen (2018): CBCL (internalizing): IG = TAU (post & 3-month FU) Bagner (2016): ITSEA (internalizing; 6-month FU): IG > TAU	van Holen (2017, 2018): foster children with externalizing problem behavior, aged 3-12 (van Holen 2017) or 6-18 years (van Holen 2018) Bagner (2016): above the 75th percentile on the problem scale of the Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (externalizing behaviour)	very low
<i>Structured home parent support (HPS) + Incredible Years Parent (IYP) program (IG) vs. IYP (CG); externalizing symptoms^{core}</i>								
1 RCT ⁴ (126 patients aged 3-7 years) IG: 10 one-hour sessions to provide personalized coaching for families in their homes concurrent with their attendance at an IYP group program	serious	not serious	not serious	serious	not serious	ECBI: (a) total problem scale, (b) intensity scale [post]: IG = CG [6-month]: post to follow-up: (a) IG > CG d = 0.57; (b) IG = CG pre to follow-up: (a) IG > CG, d = 0.63; (b) IG = CG Those receiving HPS had significantly fewer children with child behavior scores in the clinical range after treatment (9 of 51 [17.6 %]) compared with families	—	low

						receiving the IYP program alone (18 of 45 [40.0 %]): chi-squared = 5.91; p = .02. This difference remained significant at the 6-month follow-up (6 of 51 [11.8 %] for HPS and 14 of 45 [31.1 %] for the IYP program): chi-squared = 5.43, p = .02		
<i>Structured home parent support (HPS) + Incredible Years Parent (IYP) program (IG) vs. IYP (CG); social competence ^{core}</i>								
1 RCT ⁴ (126 patients aged 3-7 years) IG: 10 one-hour sessions to provide personalized coaching for families in their homes concurrent with their attendance at an IYP group program	serious	not serious	not serious	serious	not serious	SCS: [post]: IG = CG [post to follow-up]: IG = CG [pre to follow-up]: IG > CG, d = 0.54	–	low
<i>Parenting intervention (infant behavior program; IG) vs. regular pediatric primary care (CG); effortful control ^{core}</i>								
1 RCT ⁵ (60 patients aged 12-15 months) 6.1 sessions, 1-1.5 hour duration on average	serious	serious	serious	not serious	not serious	post: IG > CG, d = .56 3-month FU: IG = CG 6-month FU: IG = CG	High-risk 12-to 15-month-old infants with externalizing problems Home-based intervention	very low

OVERALL								low
Core symptoms								low
Comorbid symptoms								low
Level of functioning								N/A
<i>Note.</i> CBCL = Child Behavior Checklist; CG = control group; comorbid = comorbid symptoms; core = core symptoms; ECBI = Eyberg Child Behavior Inventory; FU = Follow-up; functioning = level of functioning; IG = intervention group; ITSEA = Infant-Toddler Social and Emotional Assessment; N/A = not applicable; PPCAS = Preschool Parental Account of Children's Symptoms; RCT = randomized controlled trial; SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire.								
¹ O'Farrelly (2021); ² Bagner (2016); ³ van Holen (2017), van Holen (2018), Bagner (2016); ⁴ Lees (2019); ⁵ Neuman (2023)								

Recommendation 4.2.8.								
"Wenn Elterntrainings nicht in Präsenz vor Ort durchgeführt werden können, können Inhalte von Elterntrainings auch mittels Ferntherapie oder begleiteter Selbsthilfe angeboten werden. Der Durchführung einer Ferntherapie oder einer Selbsthilfe-Intervention soll eine persönliche Untersuchung der Kinder/Jugendlichen/jungen Erwachsenen durch ärztliches bzw. psychotherapeutisches Fachpersonal vorausgehen. Im Falle einer komplexen Symptomatik in mehreren Lebensbereichen, behandlungsbedürftiger Komorbiditäten oder eines stark belasteten Familiensystem sollte ein Elterntraining mit intensiveren therapeutischen Kontakten vor Ort einer Selbsthilfe-Intervention vorgezogen werden."								
Type and number of studies; number of patients (age); etc.	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Publication bias	Summary of findings	Comments	Overall quality
<i>Internet-delivered parent-child interaction therapy (I-PCIT) vs. clinic-based parent-child-interaction therapy (PCIT); externalizing symptoms ^{core}</i>								
1 RCT ¹ (40 patients, aged 3-5 years)	very serious	not serious	not serious	serious	not serious	Comer (2017): ECBI: [post, FU]: I-PCIT = clinical based PCIT CBCL: [post, FU]: I-PCIT = clinical based PCIT Treatment responder, diagnostic responder (principal diagnosis), diagnostic responder (any DBD): [post, FU] I-PCIT = clinical based PCIT Excellent responder: [post]: I-PCIT > clinical based PCIT; [FU]: I-PCIT = clinical based PCIT Fleming (2020): ECBI-Intensity: Time × Group: I-PCIT = clinical based PCIT	I-PCIT therapists provide remote, real-time coaching to parents during home-based parent–child interactions Online therapy vs. face-to-face Study is also included in Florean (2020) and McAloon (2023)	very low

						Time × Group × Callous-unemotional Traits: I-PCIT = clinical based PCIT Treatment responder, principal DBD diagnosis, treatment attrition: Group × Callous-unemotional traits: I-PCIT = clinical based PCIT		
<i>Internet-delivered parent-child interaction therapy (I-PCIT) vs. clinic-based parent-child-interaction therapy (PCIT); child global severity and functioning</i> <i>functioning</i>								
1 RCT ¹ (40 patients, aged 3-5 years)	very serious	not serious	not serious	serious	not serious	Comer (2017): CGI-severity: [post, FU]: I-PCIT = clinical based PCIT CGAS: [post, FU]: [post, FU]: I-PCIT = clinical based PCIT Fleming (2020): Time × Group: I-PCIT = clinical based PCIT Time × Group × Callous-unemotional Traits: I-PCIT > clinical based PCIT	I-PCIT therapists provide remote, real-time coaching to parents during home-based parent-child interactions Online therapy vs. face-to-face Study is also included in Florean (2020) and McAloon (2023)	very low
<i>Therapist-assisted online treatment (AccessEI) vs. face-to-face (FTF); oppositional defiant disorder (ODD) or conduct disorder (CD) diagnoses, oppositional behavior</i> ^{core}								
2 RCTs ² (206 patients aged 3-14 years) AccessEI: consisted of six interactive and educational video	serious	not serious	not serious	not serious	not serious	ODD or CD diagnoses [both studies]: AccessEI = FTF Oppositional behavior [both studies]: AccessEI = FTF	Online therapy vs. FTF Study is also included in Florean (2020) and McAloon (2023)	moderate

modules as well as approximately six to 10 sessions with a clinician delivered via secure video conferencing.								
<i>Therapist-assisted online treatment (AccessEI) vs. face-to-face (FTF); total problem behavior</i> ^{comorbid}								
2 RCTs ² (206 patients aged 3-14 years) AccessEI: consisted of six interactive and educational video modules as well as approximately six to 10 sessions with a clinician delivered via secure video conferencing.	serious	not serious	not serious	serious	not serious	SDQ (total) [both studies]: AccessEI = FTF	Online therapy vs. FTF Study is also included in Florean (2020) and McAloon (2023)	low
<i>Online Behavioral Parenting Interventions (BPIs; IG) vs. mixed (comparison group or waitlist; CG); disruptive behavior</i> ^{core}								
1 MA and 1 SR ³ (MA including 9 studies, N = unknown aged 2;0-18;11 years) (SR including 9 studies, 1545 patients aged M	serious	not serious	not serious	not serious	not serious	MA, Florean (2020): ECBI: disruptive behavior: IG > CG (waitlist), g = 0.38 SR, McAloon (2023): Online BPIs are a viable treatment for disruptive behavioral disorders with nine of ten reporting significant improvements	MA, Florean (2020): The intervention was delivered online, via computer or mobile/tablet app (both self-directed and clinician delivered). The comparison group could be either a control	moderate

range = 3.5-8.5 years)						post-treatment. Effective interventions had clearly defined program structure and included content based on operant learning principles.	condition (e.g., waitlist) or an alternative intervention that was non-Internet- based. Support provided: $p = .071$ Technical: $n = 5$, $g = 0.32$, 95 % CI (0.02 to 0.59) Specialized advice: $n = 5$, $g = 0.63$, 95 % CI (0.42 to 0.84) Online parenting interventions are effective in reducing children's behavior problems when compared with a control group (i.e., waitlist) and seem to have the same effectiveness as other non-Internet-based interventions (e.g., face-to-face interventions). Likewise, the number of sessions and parents' educational level seem to play a role in the effectiveness of the interventions. SR, McAloon (2023): Studies included a BPI that was delivered to parents in an online	
---------------------------	--	--	--	--	--	---	--	--

							format across at least two engagements, via an electronic medium that was not interpersonally-based. Mixed: online self-help, online intervention therapist guided, videoconferences	
<i>Technology-assisted parent training programs (IG) vs. no treatment control (CG); externalizing symptoms ^{core}</i>								
1 SR ⁴ (including 2 relevant studies; 432 patients aged 9-15 years)	not serious	not serious	serious	not serious	not serious	ECBI: IG > CG, d = between 0.17 and 0.20	Parents were eligible to participate if they reported: high levels of behavior problems based on the ECBI subscales (ECBI Problem ≥15 & ECBI Intensity ≥132; externalizing behaviour) Online self-help	moderate
<i>Parent-web intervention (IG) vs. waitlist (CG); oppositional defiant disorder, conduct problems ^{core}</i>								
1 RCT ⁵ (75 patients aged 12-18 years) parents completed the program in between 6 and 9 weeks	not serious	not serious	serious	not serious	not serious	DBD ODD scale: IG > CG (d = 0.63) SDQ (conduct problems): IG > CG	Parent-reported indications of clinical or subclinical externalizing behaviors in adolescents Online self-help	moderate

<i>Parent-web intervention (IG) vs. waitlist (CG); prosocial behavior</i> ^{core}								
1 RCT ⁵ (75 patients aged 12-18 years) parents completed the program in between 6 and 9 weeks	not serious	not serious	serious	not serious	not serious	SDQ: IG = CG	Parent-reported indications of clinical or subclinical externalizing behaviors in adolescents Online self-help	moderate
<i>Parent-web intervention (IG) vs. waitlist (CG); hyperactivity/inattention</i> ^{comorbid}								
1 RCT ⁵ (75 patients aged 12-18 years) parents completed the program in between 6 and 9 weeks	not serious	not serious	serious	not serious	not serious	SDQ: IG = CG	Parent-reported indications of clinical or subclinical externalizing behaviors in adolescents Online self-help	moderate
<i>Parent-web intervention (IG) vs. waitlist (CG); emotional symptoms</i> ^{comorbid}								
1 RCT ⁵ (75 patients aged 12-18 years) parents completed the program in between 6 and 9 weeks	not serious	not serious	serious	not serious	not serious	SDQ: IG > CG	Parent-reported indications of clinical or subclinical externalizing behaviors in adolescents Online self-help	moderate
<i>Parent-web intervention (IG) vs. waitlist (CG); peer problems</i> ^{functioning}								
1 RCT ⁵ (75 patients aged 12-18 years)	not serious	not serious	serious	not serious	not serious	SDQ: IG > CG	Parent-reported indications of clinical or subclinical externalizing	moderate

parents completed the program in between 6 and 9 weeks							behaviors in adolescents Online self-help	
<i>Self-help parenting program (manual and online part) with additional telephonic support (IG) vs. self-help parenting program without support (IG) vs. waitlist (CG); externalizing behavior^{core}</i>								
1 RCT ⁶ (110 patients aged 4-12 years)	serious	not serious	serious	serious	not serious	EMA: IG > CG, d = -0.43 Telephonic = no support ECBI intensity: IG > CG, d = -0.51 Telephonic = no support	Participants were parents seeking support for their child's externalizing behavior Online self-help with support vs. online self-help without support vs. waitlist	very low
<i>Strongest Families Smart Website (SFSW) vs. educational control (EC); aggression, oppositional defiant disorder (ODD), hostility^{core}</i>								
1 RCT ⁷ (464 patients aged 4 years)	serious	not serious	not serious	not serious	not serious	Aggression: [6 months]: SFSW > EC Aggression/ODD: [6 to 12 months] & [12 to 24 months]: SFSW = EC Parent scale: total, hostility: [6 months]: SFSW > EC Total: [6 to 12 month]: SFSW > EC Hostility: [6 to 12 month]: SFSW = EC Total, hostility [12 to 24 months]: SFSW = EC	The SFSW intervention, an 11-session Internet-assisted parent training program that included weekly 45-minute telephone coaching. In the EC group, participants were given access to a website that provided a brief introduction to positive parenting strategies and a 45-minute call from a coach who provided positive parenting advice,	moderate

							in addition to the standard care provided by their physicians or obtained by parents. Online self-help with support vs. online self-help + care as usual	
<i>Strongest Families Smart Website (SFSW) vs. educational control (EC); callous-unemotional traits^{core}</i>								
1 RCT ⁷ (464 patients aged 4 years)	serious	not serious	not serious	not serious	not serious	[6 months]: total: SFSW > EC callousness: SFSW = EC [6 to 12 months] & [12 to 24 months]: SFSW = EC	Online self-help with support vs. online self-help + care as usual	moderate
<i>Strongest Families Smart Website (SFSW) vs. educational control (EC); externalizing^{core}</i>								
1 RCT ⁷ (464 patients aged 4 years) SFSW intervention group: received an Internet version of the Strongest Families telephone-based program EC group: participants were given access to a website that provided a	serious	not serious	not serious	not serious	not serious	[6 months]: SFSW > EC [6 to 12 months] & [12 to 24 months]: SFSW = EC	None of the parental variables that we explored, namely the levels of parental attention deficit hyperactivity disorder or parental distress significantly moderated the effect of treatment on child externalizing behavior. Online self-help with support vs. online self-help + care as usual	moderate

brief introduction to positive parenting strategies and a 45-minute call from a coach who provided positive parenting advice, in addition to the standard care provided by their physicians or obtained by parents								
<i>Strongest Families Smart Website (SFSW) vs. educational control (EC); internalizing ^{comorbid}</i>								
1 RCT ⁷ (464 patients aged 4 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	Internalizing: [6 months]: SFSW > EC [6 to 12 months] & [12 to 24 months]: SFSW = EC DASS-21: total: all FUs: SFSW = EC	Online self-help with support vs. online self-help + care as usual	low
<i>Strongest Families Smart Website (SFSW) vs. educational control (EC); total ^{comorbid}</i>								
1 RCT ⁷ (464 patients aged 4 years)	serious	not serious	not serious	not serious	not serious	[6 months]: SFSW > EC [6 to 12 months] & [12 to 24 months]: SFSW = EC	Online self-help with support vs. online self-help + care as usual	moderate
<i>Family Check-Up (FCU; parent training program) vs. Internet-delivered Parent Training (iComet); disruptive behavior, conduct problems ^{core}</i>								
1 RCT ⁸ (231 patients aged 10-13 years)	serious	not serious	not serious	not serious	not serious	DBD (parents): pre- to post assessment: FCU > iComet, d = 0.24	FCU, described as a second-generation model of parent training, is	moderate

						post- to 1- and 2-years: FCU = iComet DBD (teachers): pre- to post assessment: FCU = iComet post- to 1- and 2-years: FCU = iComet SDQ: conduct problems: pre- to post assessment: FCU > i Comet, d = 0.30 post- to 1- and 2-years: FCU = iComet	adapted from the Oregon Parent Management Training model combined with techniques from Motivational Interviewing (MI). Face-to-face vs. online self-help	
<i>Family Check-Up (FCU) vs. Internet-delivered Parent Training (iComet); prosocial behavior</i> ^{core}								
1 RCT ⁸ (231 patients aged 10-13 years)	serious	not serious	not serious	not serious	not serious	SDQ: pre- to post assessment: FCU = iComet post- to 1- and 2-years: FCU = iComet	FCU, described as a second-generation model of parent training, is adapted from the Oregon Parent Management Training model combined with techniques from Motivational Interviewing (MI). Face-to-face vs. online self-help	moder- ate
<i>Family Check-Up (FCU) vs. Internet-delivered Parent Training (iComet); total difficulties</i> ^{comorbid}								
1 RCT ⁸ (231 patients aged 10-13 years)	serious	not serious	not serious	not serious	not serious	SDQ: pre- to post assessment: FCU = iComet post- to 1- and 2-years: FCU = iComet	FCU, described as a second-generation model of parent training, is adapted from the Oregon Parent Management Training model combined	moder- ate

							with techniques from Motivational Interviewing (MI).	
							Face-to-face vs. online self-help	
<i>Triple P (online; IG) vs. Triple P (staff-delivered; CG); child disruptive behavior</i> ^{core}								
1 RCT ⁹ (334 patients aged 3-7 years)	very serious	not serious	not serious	serious	not serious	[rate per minute]: ITT/PP, T2/T3: IG = CG Child and Adolescent Disruptive Behavior Inventory [teacher report]: (a) conduct problems: ITT/PP, T2/T3: IG = CG (b) oppositional to adults: ITT, T2/T3: IG = CG; PP, T2: IG = CG, PP,T3: IG ≠ CG (noninferiority not confirmed) (c) oppositional to peers: ITT, T2/T3: IG = CG; PP, T2: IG = CG, PP,T3: IG ≠ CG (noninferiority not confirmed)	Online self-help vs. face-to-face	very low
<i>Triple P (online; IG) vs. Triple P (staff-delivered; CG); hyperactivity</i> ^{comorbid}								
1 RCT ⁹ (334 patients aged 3-7 years)	very serious	not serious	not serious	serious	not serious	[teacher-reported] ITT, T2: IG = CG; PP, T2: IG = CG ITT/PP, T3: IG ≠ CG (noninferiority not confirmed)	Online self-help vs. face-to-face	very low

<i>Triple P (online; IG) vs. Triple P (staff-delivered; CG); parent-rated child behavior problems</i> ^{comorbid}								
1 RCT ⁹ (334 patients aged 3-7 years)	very serious	not serious	not serious	serious	not serious	ITT/PP, T2: IG ≠ CG (noninferiority not confirmed) ITT/PP, T3: IG = CG	Online self-help vs. face- to-face	very low
<i>Triple P (online; IG) vs. Triple P (staff-delivered; CG); family quality of life</i> ^{functioning}								
1 RCT ⁹ (334 patients aged 3-7 years)	very serious	not serious	not serious	serious	not serious	Impact on Family Questionnaire: adverse impact of child behavior problems on family quality of life: IG ≠ CG (noninferiority not confirmed)	Online self-help vs. face- to-face	very low
<i>Triple P (online; IG) vs. Triple P (staff-delivered; CG); parent-child relationship quality</i> ^{functioning}								
1 RCT ⁹ (334 patients aged 3-7 years)	very serious	not serious	not serious	serious	not serious	[rate per minute]: ITT/PP, T2: IG = CG ITT, T3: IG = CG PP, T3: IG ≠ CG (noninferiority not confirmed)	Online self-help vs. face- to-face	very low
<i>iComet (online version of Comet) vs. gComet (group version of Comet); oppositional defiant disorder (ODD), conduct problems</i> ^{core}								
1 RCT ¹⁰ (161 patients aged 3-11 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	[clinician rated]: MINI-KID/CSR ODD: iComet = gComet [parent rated]: SDQ-cd: iComet = gComet	iComet consists of the same treatment content as gComet delivered in 7 modules accessed through an online platform. Three individual sessions with the therapist at the clinic were offered to parents with the purpose of	low

							helping them through the online treatment. Online self-help with support vs. face-to-face (group)	
<i>iComet (online version of Comet) vs. gComet (group version of Comet); prosocial behavior</i> ^{core}								
1 RCT ¹⁰ (161 patients aged 3-11 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	[parent rated]: SDQ-pro iComet = gComet	Online self-help with support vs. face-to-face (group)	low
<i>iComet (online version of Comet) vs. gComet (group version of Comet); externalizing</i> ^{core}								
1 RCT ¹⁰ (161 patients aged 3-11 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	ECBI (both scales): iComet = gComet	Online self-help with support vs. face-to-face (group)	low
<i>iComet (online version of Comet) vs. gComet (group version of Comet); attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)</i> ^{comorbid}								
1 RCT ¹⁰ (161 patients aged 3-11 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	[clinician rated]: MINI-KID ADHD: iComet > gComet, d = .34 CSR ADHD: iComet = gComet [parent rated]: SDQ-hyp: iComet = gComet SDQ-imp: iComet = gComet	Online self-help with support vs. face-to-face (group)	low
<i>iComet (online version of Comet) vs. gComet (group version of Comet); emotional problems</i> ^{comorbid}								
1 RCT ¹⁰ (161 patients aged 3-11 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	[parent rated]: SDQ-emo: iComet = gComet	Online self-help with support vs. face-to-face (group)	low

<i>iComet (online version of Comet) vs. gComet (group version of Comet); peer problems</i> ^{functioning}								
1 RCT ¹⁰ (161 patients aged 3-11 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	[parent rated]: SDQ-peer: iComet = gComet	Online self-help with support vs. face-to-face (group)	low
<i>iComet (online version of Comet) vs. gComet (group version of Comet); impact, health-related quality of life</i> ^{functioning}								
1 RCT ¹⁰ (161 patients aged 3-11 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	[parent rated]: SDQ-imp: iComet = gComet PHQ-9: iComet = gComet [child rated]: KINDL-R: iComet = gComet	Online self-help with support vs. face-to-face (group)	low
<i>Behavioral Intervention Technology (BIT) + behavioral parent training (BPT) vs. Face-to-face (FTF) BPT; externalizing behavior</i> ^{core}								
1 MA ¹¹ (including 24 studies; 3957 patients aged 1-17 years)	serious	not serious	serious	serious	serious	BIT BPT > FTF BPT, $g = 0.62$	A BPT was considered a traditional FTF with BIT as adjuncts when the primary source of treatment occurred FTF, and technology was only a complement to FTF treatment (e.g., FTF sessions with videos or smartphone applications accessed between FTF sessions). BPT were considered guided BIT with human support as adjuncts when the intervention was primarily delivered through technology, and humans were only supporting BIT in a	very low

							facilitative capacity (e.g., self-directed treatment delivered online with weekly telephone check-ins from a therapist). All levels of human support, except for teletherapy, indicate a moderate to large effect size, and there were no significant differences between levels of human support. Additionally, analyses did not indicate significant differences between human support, low SES studies, racial minority studies. These findings provide preliminary evidence that BIT BPT is effective for treating child and adolescent externalizing behavior in a variety of populations. Parents of children with disruptive/externalizing behaviors Guided BIT (technology	
--	--	--	--	--	--	--	--	--

							delivered self-help with support) vs. FTF BIT	
<i>Behavioral guided self-help for parents (BG) vs. nondirective guided self-help for parents (NDG); oppositional behavior</i> ^{core}								
1 RCT ¹² (110 patients aged 4-11 years) both groups: biweekly contact calls and booklet reception for a 5-month intervention stage	serious	not serious	serious	serious	not serious	DCL: [blinded clinician report]: BG > NDG, d = -0.35 [therapist report]: BG > NDG FBB: [participant report]: BG = NDG [partner report]: BG = NDG [teacher report]: BG = NDG	The child met the diagnostic criteria for attention deficit or oppositional defiant disorder (externalizing population) Self-help	very low
<i>Behavioral guided self-help for parents (BG) vs. nondirective guided self-help for parents (NDG); externalizing symptoms</i> ^{core}								
1 RCT ¹² (110 patients aged 4-11 years) both groups: biweekly contact calls and booklet reception for a 5-month intervention stage	serious	not serious	serious	not serious	not serious	CBCL: BG > NDG, d = 0.31	The child met the diagnostic criteria for attention deficit or oppositional defiant disorder (externalizing population) Self-help	low
<i>Behavioral guided self-help for parents (BG) vs. nondirective guided self-help for parents (NDG); attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)</i> ^{comorbid}								
1 RCT ¹² (110 patients aged 4-11 years) both groups: biweekly contact calls and booklet	serious	not serious	serious	serious	not serious	DCL: [blinded clinician report]: BG = NDG [therapist report]: BG = NDG FBB:	The child met the diagnostic criteria for ADHD or oppositional defiant disorder (externalizing population)	very low

reception for a 5-month intervention stage						[participant report]: BG = NDG [partner report]: BG = NDG [teacher report]: BG = NDG	Self-help	
<i>Behavioral guided self-help for parents (BG) vs. nondirective guided self-help for parents (NDG); internalizing symptoms</i> comorbid								
1 RCT ¹² (110 patients aged 4-11 years) both groups: biweekly contact calls and booklet reception for a 5-month intervention stage	serious	not serious	serious	serious	not serious	CBCL: BG = NDG	The child met the diagnostic criteria for attention deficit or oppositional defiant disorder (externalizing population) Self-help	very low
<i>Behavioral guided self-help for parents (BG) vs. nondirective guided self-help for parents (NDG); quality of life</i> functioning								
1 RCT ¹² (110 patients aged 4-11 years) both groups: biweekly contact calls and booklet reception for a 5-month intervention stage	serious	not serious	serious	serious	not serious	KINDL-R-total: BG = NDG	The child met the diagnostic criteria for attention deficit or oppositional defiant disorder (externalizing population) Self-help	very low
<i>Behavioral guided self-help for parents (BG) vs. nondirective guided self-help for parents (NDG); impairment</i> functioning								
1 RCT ¹² (110 patients aged 4-11 years) both groups:	serious	not serious	serious	serious	not serious	WFIRS-P Total: BG = NDG	The child met the diagnostic criteria for attention deficit or oppositional defiant	very low

biweekly contact calls and booklet reception for a 5-month intervention stage							disorder (externalizing population) Self-help	
OVERALL								low
Core symptoms								moderate
Comorbid symptoms								low
Level of functioning								very low
<i>Note.</i> CBCL = Child Behavior Checklist; CGAS = Child Global Assessment Scale; CGI = Clinical Global Impression; comorbid = comorbid symptoms; core = core symptoms; CSR = clinician severity rating; DBD = Disruptive Behavior Disorder Rating Scales; DCL = Diagnosis Checklist; ECBI = Eyberg Child Behavior Inventory; EMA = Ecological Momentary Assessment; FBB = Fremdbeurteilungsbogen; functioning = level of functioning; KINDL-R = Questionnaire for measuring health-related quality of life in children and adolescents; MA = meta-analysis; MINI-KID = Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents; N/A = not applicable; PHQ = 9-item Patient Health Questionnaire (Parent Health); RCT = randomized controlled trial; SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire; SR = systematic review; WFIRS-P = German version of the Weiss Functional Impairment Rating Scale–Parent Report.								
¹ merged studies: Comer (2017), Fleming (2020); ² Dadds (2019) [Therapist-Assisted Online Treatment...]; ³ Florean (2020), McAloon (2023); ⁴ Baumeister (2017); ⁵ Wetterborg (2019); ⁶ de Jong (2023); ⁷ merged studies: Sourander (2016, 2018), Fossum (2018); ⁸ Ghaderi (2018); ⁹ Prinz (2022); ¹⁰ merged studies: Engelbrektsson (2023, 2023) [Parent Training via Internet...; Is Internet-based Parent Training...]; ¹¹ Bausback (2021); ¹² merged studies: Katzmann (2017), Hautmann (2018, 2023), Treier (2022)								

Recommendation 4.2.9.								
"Insbesondere im Kleinkind- und Vorschulalter und wenn die Interaktion zwischen primären Bezugspersonen und Kindern als problemaufrechterhaltender Faktor für oppositionelles oder aggressives Verhalten des Kindes angenommen wird, sollten die primären Bezugspersonen in Einzelsitzungen während der Interaktion mit ihrem Kind durch eine Fachperson angeleitet werden (Eltern-Kind-Interaktionstherapie)."								
Type and number of studies; number of patients (age); etc.	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Publication bias	Summary of findings	Comments	Overall quality
<i>PCIT vs. mixed (untreated groups, treatment as usual (TAU), service as usual (SAU)); antisocial behavior^{core}</i>								
1 MA ¹ (including 128 comparisons; N = unknown children & adolescents up to the mean age of 18)	serious	not serious	serious	not serious	serious	Intervention level $Q_b < .01$: Universal prevention: $d = 0.38 \pm 0.08$, $k = 64$ Selective prevention: $d = 0.41 \pm 0.09$, $k = 66$ Indicated prevention: $d = 0.51 \pm 0.08$, $k = 80$ Clinical applications: $d = 0.59 \pm 0.11$, $k = 48$ Effect sizes indicated low but significant differences for ASB ($Q_b < .05$) favoring the 4- to 7-year-old age group: Up to 4 years: $d = 0.46 \pm 0.10$, $k = 51$ 4–7 years: $d = 0.54 \pm 0.07$, $k = 118$ 8–10 years: $d = 0.39 \pm 0.10$, $k = 49$ 11–18 years: $d = 0.38 \pm$	–	very low

						0.12, k = 40 Program name/type/approach Qb < .05 Triple P: d = 0.44 ± 0.10, k = 55 Incredible Years: d = 0.42 ± 0.12, k = 37 Parent Management Training OM: d = 0.35 ± 0.17, k = 16 Parent Child Interaction Therapy: d = 0.83 ± 0.22, k = 14 Other cognitive-behavioral programs: d = 0.46 ± 0.07, k = 100 Adlerian programs: d = 0.61 ± 0.26, k = 10 Humanistic programs: d = 0.66 ± 0.25, k = 12 Attachment/relationship-based programs: d = 0.35 ± 0.34, k = 4 Mixed programs: d = 0.40 ± 0.22, k = 10		
<i>PCIT vs. waitlist (WL); disruptive behavior^{core}</i>								
1 MA ² (including 25 studies; 2023 patients aged 2-13 years)	serious	not serious	not serious	not serious	serious	Post: PCIT > WL (g = 1.22)	- 6 out of 25 studies relevant - Mean age in the PCIT studies (4.22, SD 0.68)	low

PCIT vs. CG (differs per study, e.g., waitlist, routine community care, treatments, treatment as usual (TAU)); externalizing symptoms ^{core}								
2 MAs and 1 RCT ³ (including 123 studies; 7451 patients aged 1-15 years) once a week between 60 and 90 min	serious	not serious	serious	serious	not serious	MA, Valero-Aguayo (2021): post: PCIT > control/TAU (d = -0.87; SMD = -0.87) FU: PCIT = control/TAU RCT, Allen (2022): interim: PCIT > CG (ECBI intensity scale); PCIT = CG (ECBI problem scale, BASC externalizing) Post: PCIT > CG (intensity + problem scale, BASC externalizing)	MA, Thomas (2017): - children with externalizing behavior problems - PCIT effectiveness did not differ depending on session length, location (academic versus community settings), or child problems (disruptive behaviors only compared with disruptive behavior and other problems) RCT, Allen (2020): children with autism spectrum disorder and at-risk or clinically relevant externalizing behaviors	very low
PCIT vs. child group; aggression ^{core}								
1 RCT ⁴ (126 patients aged 8-14 years) 8 weekly sessions of 90 minutes (PCIT, child group/parent group)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	PCIT = child group (parent, child)	Child group = parent group (parent) child group > parent group (child)	low

Internet-delivered PCIT (I-PCIT) vs. clinical based PCIT; externalizing symptoms ^{core}								
1 RCT ⁵ (40 patients aged 3-5 years)	very serious	not serious	not serious	serious	not serious	Comer (2017): ECBI: [post, FU]: I-PCIT = clinical based PCIT CBCL: [post, FU]: I-PCIT = clinical based PCIT Treatment responder, diagnostic responder (principal diagnosis), diagnostic responder (any DBD): [post, FU] I-PCIT = clinical based PCIT Excellent responder: [post]: I-PCIT > clinical based PCIT; [FU]: I-PCIT = clinical based PCIT Fleming (2020): ECBI-Intensity: Time × Group: I-PCIT = clinical based PCIT Time × Group × Callous-unemotional Traits: I-PCIT = clinical based PCIT Treatment responder, principal DBD diagnosis, treatment attrition: Group × Callous-unemotional traits: I-PCIT = clinical based PCIT	I-PCIT therapists provide remote, real-time coaching to parents during home-based parent–child interactions Online therapy vs. FTF	very low

<i>Internet-delivered PCIT (I-PCIT) vs. clinical based PCIT; child global severity and functioning</i> ^{functioning}								
1 RCT ⁵ (40 patients aged 3-5 years)	very serious	not serious	not serious	serious	not serious	Comer (2017): CGI-severity: [post, FU]: I-PCIT = clinical based PCIT CGAS: [post, FU]: [post, FU]: I-PCIT = clinical based PCIT Fleming (2020): Time × Group: I-PCIT = clinical based PCIT Time × Group × Callous-unemotional Traits: I-PCIT > clinical based PCIT	I-PCIT therapists provide remote, real-time coaching to parents during home-based parent–child interactions online therapy vs. face-to-face	very low
<i>A more intensive version of Parent-Child Interaction Therapy (I-PCIT) vs. a time-limited weekly PCIT; externalizing symptoms</i> ^{core}								
1 RCT ⁶ (60 patients aged 2-7 years) I-PCIT: 5 days/week over 2 weeks PCIT: 1 day/week over 10 weeks	serious	not serious	serious	not serious	not serious	ECBI-intensity: [post] I-PCIT = PCIT [6-9 months FU]: I-PCIT < PCIT	- Children who displayed clinically elevated externalizing behavior problems - Interaction between parental stress on the PSI-SF at posttreatment and treatment-group in predicting posttreatment child behavior problems on the ECBI: $R^2 = .06$, $b = -.18$, $p < .05$ High stress: $t = -2.73$, $p < .01$ Low stress: $p > .05$	low
OVERALL								very low

Core symptoms								very low
Comorbid symptoms								N/A
Level of functioning								very low
<i>Note.</i> BASC = Behavior Assessment System for Children; CBCL = Child Behavior Checklist; CGAS = Child Global Assessment Scale; CGI = Clinical Global Impression; core = core symptoms; DBD = Disruptive Behavior Disorder Rating Scales; EBCI = Eyberg Child Behavior Inventory; FU = Follow-up; functioning = level of functioning; MA = meta-analysis; N/A = not applicable; RCT = randomized controlled trial.								
¹ Beelmann (2023); ² Helander (2022); ³ Valero-Aguayo (2021), Thomas (2017), Allen (2022); ⁴ Fung (2018) [Reducing Reactive Aggression in...]; ⁵ merged studies: Comer (2017), Fleming (2020); ⁶ Graziano (2020)								

Recommendation 4.2.10.								
"Bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit begrenzten prosozialen Emotionen kann eine Intensivierung der vorwiegend elternzentrierten Behandlung indiziert sein, um einer geringeren Wirksamkeit der Behandlung entgegenzuwirken. Im Rahmen dessen sollte der Fokus vor allem auf die Förderung einer positiven Beziehung zwischen den primären Bezugspersonen und den Kindern/Jugendlichen/jungen Erwachsenen und auf die positive Verstärkung von Zielverhalten gesetzt werden."								
Type and number of studies; number of patients (age); etc.	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Publication bias	Summary of findings	Comments	Overall quality
<i>Family based interventions vs. mixed/unknown; conduct problems, disruptive behavior disorder (DBD)-symptoms^{core}</i>								
1 SR and 1 MA ¹ (including 65 studies; 10.400 patients aged 2-18 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	SR, Hawes (2014): [parent training interventions] Callous-unemotional (CU) traits have been examined as a predictor of conduct problems following parent training intervention in five studies: Four out of these five studies report a significant association between CU traits and poor treatment outcomes. The only other study: The authors tested parent-reported CU traits as a predictor of response to Parent Child Interaction Therapy, in two samples of preschoolers at risk for conduct problems. This 'at-	SR, Hawes (2014): samples characterized by either clinically significant conduct problems or identified as 'at risk' for conduct problems MA, Perlstein (2023): DBD+CU or DBD-only children; clinical, community or juvenile justice involved population Treatment characteristics: Parenting-focused component (binary), Child-focused component (binary), Family-focused component (binary),	low

					risk' status was based on elevated Eyberg Child Behavior Inventory scores, and the presence of either a developmental delay (sample A) or premature birth (sample B). CU traits were found to significantly predict post-treatment conduct problems in sample A, but not B, controlling for pre-treatment symptom severity. Levels of CU traits also differed between these groups, with mean levels found to be higher in the sample for which CU traits were associated with poor outcomes. MA, Perlstein (2023): (overall treatment characteristics): treatment was associated with similar reductions in DBD symptoms for DBD+CU (SMD = 1.08, 95 % CI = 0.45, 1.72) and DBD-only (SMD = 1.01, 95 % CI = 0.38, 1.64). However, DBD+CU started (SMD = 1.18, 95 % CI = 0.57, 1.80) and ended (SMD = 0.73, p	Pharmacotherapy (binary), etc.	
--	--	--	--	--	---	--------------------------------	--

						< .001; 95 % CI = 0.43, 1.04) treatment with more DBD symptoms. There were no significant moderator effects of treatment characteristics.		
<i>Family based interventions vs. mixed/unknown; callous-unemotional (CU) traits^{core}</i>								
1 SR and 1 MA ¹ (including 65 studies; 10.400 patients aged 2-18 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	SR, Hawes (2014): [family based interventions]: three of four studies found reductions in CU traits MA, Perlstein (2023): (overall treatment characteristics): treatment was not associated with reductions in CU traits (SMD = 0.09, p = .10, 95 % CI = -0.02, 0.20). Treatment type was related to reductions in CU traits ($\beta_1 = 0.22$, p < .05, 95 % CI = 0.01, 0.44; Table 3), with significant reductions for treatments with a parenting-focused component (k = 17, SMD = 0.22, p < .05, 95 % CI = 0.06, 0.38)	SR, Hawes (2014): samples characterized by either clinically significant conduct problems or identified as 'at risk' for conduct problems family based intervention: as defined in terms of treatments that were delivered at least in part to parents/caregivers MA, Perlstein (2023): DBD+CU or DBD-only children; clinical, community or juvenile justice involved population Treatment characteristics: Parenting-focused component (binary), Child-focused component (binary), Family-focused component (binary),	low

							Pharmacotherapy (binary), etc.	
<i>Parent management training (PMT) +Emotional Engagement (EE) vs. PMT+Child Centred Play (CCP); conduct problems (CP) ^{core}</i>								
1 RCT ² (49 patients aged 3-8 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	diagnostic severity CP: [3 months]: EE = CCP SDQ (CP) rated by mother, father, and teacher: [3 months]: EE = CCP	Participants: children aged 3-8 years, primary DSM-IV diagnosis of Oppositional-Defiant or Conduct Disorder, score >80th percentile on the conduct problems scale of the Strengths and Difficulties Questionnaire benchmarking sample receiving only the core PMT treatment: there were large time effects such that all groups showed significant improvements on both conduct problems and callous-unemotional traits, but again there were no Group or Group × Time differences.	low
<i>Parent management training (PMT) +Emotional Engagement (EE) vs. PMT+Child Centred Play (CCP); callous-unemotional (CU) traits ^{core}</i>								

1 RCT ² (49 patients aged 3-8 years)	serious	not serious	not serious	not serious	not serious	CU traits rated by mother, father, and teacher: [3 months]: EE = CCP	Participants: children aged 3-8 years, primary DSM-IV diagnosis of Oppositional-Defiant or Conduct Disorder, score >80th percentile on the conduct problems scale of the Strengths and Difficulties Questionnaire benchmarking sample receiving only the core PMT treatment: there were large time effects such that all groups showed significant improvements on both conduct problems and CU traits, but again there were no Group or Group × Time differences.	moderate
<i>Internet-delivered Parent-Child Interaction Therapy (iPCIT) vs. standard, clinic-based PCIT; externalizing symptoms</i> ^{core}								
1 RCT ³ (40 patients aged 3-5 years)	very serious	not serious	not serious	serious	not serious	ECBI: time × group × Callous-unemotional traits: $p > .05$ Treatment responder, principal disruptive behavior disorder diagnosis, treatment attrition: Group × Callous-unemotional traits: $p > .05$	Participants: families and their 3- to 5-year-old child with a DSM-IV diagnosis of oppositional defiant disorder, conduct disorder, and/or disruptive behavior disorder - not otherwise specified	very low
<i>Internet-delivered Parent-Child Interaction Therapy (iPCIT) vs. standard, clinic-based PCIT; child functioning</i> ^{functioning}								

1 RCT ³ (40 patients aged 3-5 years)	very serious	not serious	not serious	serious	not serious	CGAS: time × group × Callous-unemotional traits: $p < .05$ Exploration of model-predicted means for CGAS scores over time indicated greater magnitude of difference between those low and high on callous-unemotional traits in the iPCIT group compared to the clinic-based PCIT group, such that of all participants, iPCIT children with lower callous-unemotional traits scores improved most, while iPCIT children with higher callous-unemotional traits scores improved least.	Participants: families and their 3- to 5-year-old child with a DSM-IV diagnosis of oppositional defiant disorder, conduct disorder, and/or DBD-NOS	very low
<i>PCIT-CU vs. standard PCIT; aggressive behavior, oppositional defiant disorder (ODD) ^{core}</i>								
1 RCT ⁴ (43 patients aged 3-7 years)	very serious	not serious	not serious	serious	not serious	CBCL (aggressive behavior): [post, 3-month]: PCIT-CU = standard PCIT CBCL (DSM-oriented oppositional defiant problems): [post, 3-month]: PCIT-CU = standard PCIT	Participants: families with 3- to 7-year-old clinic-referred children with conduct problems and co-occurring callous-unemotional traits	very low
<i>PCIT-CU vs. standard PCIT; callous-unemotional (CU) traits ^{core}</i>								

1 RCT ⁴ (43 patients aged 3-7 years)	very serious	not serious	not serious	serious	not serious	[post, 3-month]: PCIT-CU = standard PCIT	Participants: families with 3- to 7-year-old clinic-referred children with conduct problems and co-occurring CU traits	very low
<i>PCIT-CU vs. standard PCIT; externalizing symptoms ^{core}</i>								
1 RCT ⁴ (43 patients aged 3-7 years)	very serious	not serious	not serious	serious	not serious	ECBI: (a) intensity, (b) problem [post]: a, b: PCIT-CU = standard PCIT [3-month]: a: PCIT-CU = standard PCIT, b: PCIT-CU > standard PCIT CBCL (externalizing): [post, 3-month]: PCIT-CU = standard PCIT	Participants: families with 3- to 7-year-old clinic-referred children with conduct problems and co-occurring callous-unemotional traits	very low
<i>PCIT-CU vs. standard PCIT; affective empathy ^{core}</i>								
1 RCT ⁴ (43 patients aged 3-7 years)	very serious	not serious	not serious	serious	not serious	[post, 3-month]: PCIT-CU = standard PCIT	Participants: families with 3- to 7-year-old clinic-referred children with conduct problems and co-occurring callous-unemotional traits	very low
<i>Hitkashrut parent training (PT; IG) vs. minimal intervention (CG); callous-unemotional (CU) traits ^{core}</i>								

1 RCT ⁵ (209 patients aged 3-5 years) PT: groups of 5-7 couples that were co-facilitated by two masters-level educational psychologists met for 14 two-hour weekly meetings minimal intervention: - parents were referred for two consultation sessions - facilitators made use of Hitkashrut's key components and handouts, and where necessary referred parents to treatment at the local educational psychology service or community clinics	serious	not serious	not serious	serious	not serious	[post]: IG > CG, d = 0.72 The study investigated a mediation model with the mediator effortful control and the dependent variables conduct problems and callous-unemotional traits. The direct and indirect effect of treatment/control on callous-unemotional traits via effortful control was significant. The direct and indirect effect of treatment/control via effortful control on conduct problems was not significant.	Participants: preschoolers with subclinical-clinical range conduct problems	low
Hitkashrut parent training (PT; IG) vs. minimal intervention (CG); effortful control ^{core}								

1 RCT ⁵ (209 patients aged 3-5 years) PT: groups of 5-7 couples that were co-facilitated by two masters-level educational psychologists met for 14 two-hour weekly meetings minimal intervention: - parents were referred for two consultation sessions - facilitators made use of Hitkashrut's key components and handouts, and where necessary referred parents to treatment at the local educational psychology service or community clinics	serious	not serious	not serious	serious	not serious	Elizur (2017, 2018): effortful control: [post]: IG > CG, d = 0.57 The study investigated a mediation model with the mediator effortful control and the dependent variables conduct problems and callous-unemotional traits. The direct and indirect effect of treatment/control on callous-unemotional traits via effortful control was significant. The direct and indirect effect of treatment/control via effortful control on conduct problems was not significant.	Participants: preschoolers with subclinical-clinical range conduct problems	low
Hitkashrut parent training (PT; IG) vs. minimal intervention (CG); externalizing symptom ^{core}								

1 RCT⁵ (209 patients aged 3-5 years) PT: groups of 5-7 couples that were co-facilitated by two masters-level educational psychologists met for 14 two-hour weekly meetings minimal intervention: - parents were referred for two consultation sessions - facilitators made use of Hitkashrut's key components and handouts, and where necessary referred parents to treatment at the local educational psychology service or community clinics	serious	not serious	not serious	serious	not serious	ECBI (intensity): [post]: IG > CG, d = 0.76 The study investigated a mediation model with the mediator effortful control and the dependent variables conduct problems and callous-unemotional traits. The direct and indirect effect of treatment/control on callous-unemotional traits via effortful control was significant. The direct and indirect effect of treatment/control via effortful control on conduct problems was not significant.	Participants: preschoolers with subclinical-clinical range conduct problems	low
---	---------	-------------	-------------	---------	-------------	---	--	-----

OVERALL								low
Core symptoms								low
Comorbid symptoms								N/A
Level of functioning								very low
<i>Note.</i> CBCL = Child Behavior Checklist; CGAS = Child Global Assessment Scale; core = core symptoms; EBCI = Eyberg Child Behavior Inventory; functioning = level of functioning; N/A = not applicable; RCT = randomized controlled trial; SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire; SR = systematic review.								
¹ Hawes (2014), Perlstein (2023); ² Dadds (2019) [Can reciprocated parent-child...]; ³ merged studies: Comer (2017), Fleming (2020); ⁴ Fleming (2022); ⁵ merged studies: Elizur (2017, 2018), Somech (2021)								

Recommendation 4.2.11.								
"In Familien mit ungünstigen psychosozialen Bedingungen oder vorliegender sozio-ökonomischer Benachteiligung kann die Inanspruchnahme ergänzender Maßnahmen (z. B. Kinderbetreuung, Fahrtkostenerstattung, Unterstützung durch Kinder- und Jugendhilfe, externe Anreize) unterstützt werden, um eine regelmäßige Teilnahme an einem Elterntraining zu ermöglichen. Darüber hinaus kann erwogen werden, zusätzliche Sitzungen anzubieten, um einen nachhaltigen Erfolg zu gewährleisten."								
Type and number of studies; number of patients (age); etc.	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Publication bias	Summary of findings	Comments	Overall quality
<i>Violence prevention programs/parent training vs. control group (unknown); youth violence and/or aggression behavioral outcomes, disruptive behavior</i> ^{core}								
1 MA ¹ (including 75 studies; 3755 patients aged up to the age of 12 years)	serious	not serious	not serious	serious	serious	Immediately posttreatment, disadvantaged samples benefited less from parent training, but only when they had low levels of initial problem severity. At follow-up, disadvantaged samples benefited less from parent training regardless of initial problem severity. Initial problem severity was a strong predictor of effect sizes both immediately posttreatment and at follow-up. Maintenance of treatment gain, however, seems harder for disadvantaged families,	–	very low

						suggesting that more sustained family support may be needed.		
<i>Parent training programs with financial incentives vs. parent training programs without financial incentives; parenting programs engagement</i> ^{functioning}								
1 MA ² (including 8 studies; 2561 patients aged under 18 years)	not serious	not serious	serious	not serious	serious	Connection and attendance: Parents invited to incentive arms were more likely to complete a threshold of sessions than parents invited to control arms (odds ratio 2.51 95 % CI 1.42–4.48). Connection: Parents were more likely to agree to participate when they knew they were joining the incentive program (odds ratio 1.40, 95 % CI 1.20–1.65) Attendance: parents in the incentive group were more likely than parents in the control group to reach a completion threshold of sessions (odds ratio 1.76 95 % CI 1.17–2.66). Demographic differences (income): Incentives increase connection among people with lower incomes.	Concerns about children's behavior had been identified by parents or by professionals. There were no limitations on behavior problem severity or diagnosis of oppositional defiant disorder, conduct disorder, and/or attention deficit hyperactivity disorder given parenting programs can improve subclinical or severe behavior problems and can be used preventively. Guaranteed incentives for each attendance valued over \$10 are most effective at increasing engagement.	low

						Demographic differences (race, ethnicity, and immigration status): Incentives increase connection among ethnically and racially minoritized groups as well as immigrant populations. Enacting: Evidence suggests no difference in behavior change between incentive and control groups.		
OVERALL								low
Core symptoms								very low
Comorbid symptoms								N/A
Level of functioning								low
Note. Core = core symptoms; functioning = level of functioning; MA = meta-analysis; N/A = not applicable; SR = systematic review.								
¹ Leijten (2013); ² Hodson (2025)								

Kapitel 4.3 und Kapitel 4.4: Patient:innenzentrierte präventive Maßnahmen und therapeutische Interventionen

Recommendation 4.3.1								
"Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Risikofaktoren für die Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens sollten frühzeitig, bereits bevor eine manifeste Störung auftritt, spezifische präventive Unterstützungsangebote erhalten. Die präventiven Maßnahmen sollten sich an den Behandlungskonzepten und -methoden für Kinder/Jugendliche/junge Erwachsene mit einer diagnostizierten Störung des Sozialverhaltens orientieren."								
Type and number of studies; number of patients (age); duration of studies	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Publication bias	Summary of findings	Comments	Overall quality
<i>IG (mixed) vs. CG (mixed); actual or threatened physical aggression against peers, such as fighting, weapon carrying or bullying^{core}</i>								
1 MA ¹ (including 95 studies; 111.151 young people at greater risk of being aggressive aged M = 13.36)	serious	not serious	serious	not serious	not serious	[For total sample, universal and targeted interventions]: The overall mean effect size was $d = 0.28$, 95 % Confidence Interval (CI) [0.17, 0.39], indicating that psychosocial interventions reduced aggression compared to a control group, with a small-to-medium effect size overall.	IG: The interventions varied in duration from 20 minutes to 3 years, 79 % of them were delivered in schools and 84 % were group interventions. Fifty-four per cent of the interventions were delivered to young people with aggressive behaviours or with risk factors for aggression (targeted interventions) and 46 % were delivered to the whole population regardless of risk (universal interventions). CG: non-treatment,	low

							waiting list, treatment as usual or attention control group Number of Behaviour Change Technique (BCT): A meta-regression was conducted including the 28 BCTs which were reported in 5 or more interventions. The moderator effect was not significant ($F(28,103) = 0.88, p = .640$). Subgroup analyses conducted for each BCT were non-significant. More effective interventions were of shorter duration, were conducted in the Middle East, were targeted at adolescents with higher levels of risk, and were facilitated by intervention professionals. Potentially active ingredients were classified using the Behaviour Change Technique Taxonomy. Behavioural practice and problem solving were	
--	--	--	--	--	--	--	--	--

							components of more effective interventions targeted at the general population.	
<i>IG (mixed) vs. CG (mixed); emotion regulation, emotion reactivity, emotion recognition</i> ^{core}								
1 SR ² (including 18 studies; N = unknown children with emotion dysregulation aged 2-18 years) IG: parent management training (PMT), social-emotional training (SET), cognitive behavioral therapy (CBT), both SET and PMT or all 3 components (PMT, CBT, and SET). CG: not all included studies used a control group; if so, active control groups,	serious	not serious	not serious	serious	serious	(a) emotion regulation, (b) emotion reactivity, (c) emotion recognition: (a) & (b) SET, PMT-only and CBT-only: improvements; (c) SET: improvements. Thus, improvements in all 3 domains of ED were observed across different treatment modalities in youth with a wide range of clinical presentations (eg, attention deficit hyperactivity disorder, disruptive mood dysregulation disorder, depression, autism, trauma). Follow-up effects were examined in 9 studies. Follow-up periods ranged from a few months to more than 1 year, and treatment effects were typically maintained. Graziano (2016) observed that only children in the	–	very low

treatment as usual, etc. were used						more intensive summer camp-based treatment arms (vs. PMT only) maintained gains in emotion regulation after 6 months.		
<i>Cognitive behavioral therapy (CBT; skills training) vs. mixed (untreated, wait-list, attention groups, treatment as usual); aggression, disruptive behavior, delinquency^{core}</i>								
1 MA ³ (including 54 studies; N = unknown aged up to the M = 18 years)	serious	not serious	not serious	not serious	not serious	Universal: weighted mean effect size according to the random-effect-model with 95 % confidence interval: 0.11 +- 0.12 Selective: weighted mean effect size according to the random-effect-model with 95 % confidence interval: 0.08 +- 0.15 Indicated: weighted mean effect size according to the random-effect-model with 95 % confidence interval: 0.49 +- 0.13 [Age]: up to 6: weighted mean effect size according to the random-effect-model with 95 % confidence interval: 0.15+-0.18 6.1-8.9: weighted mean effect size according to the random-effect-model with	—	moderate

						95 % confidence interval: 0.09+-0.18 9-10: weighted mean effect size according to the random-effect-model with 95 % confidence interval: 0.44+-0.18 10.1-13.9: weighted mean effect size according to the random-effect-model with 95 % confidence interval: 0.22+-0.16 14-17.5: weighted mean effect size according to the random-effect-model with 95 % confidence interval: 0.62+-0.32 Indicated prevention for youngsters who already showed some antisocial behavior had better effects than universal approaches and (partially related to this) older youngsters benefited more than preschool children.		
<i>Super Skills for Life (SSL) vs. waitlist (CG); conduct problems^{core}</i>								
1 RCT ⁴ (100 children and adolescents with emotional problems in	very serious	not serious	not serious	not serious	not serious	[one week after the SSL finished the intervention]: SSL > CG, partial eta- squared = .31 [three months after the IG	—	low

residential care institutions (RCIs) aged 9-14 years) SSL: 8 sessions of manualised cognitive behavioral therapy (CBT). Children participate in 45-min sessions of the SSL once a week in groups of 8-9 within their regular setting.						finished the intervention]: partial eta-squared = .38		
<i>Super Skills for Life (SSL) vs. waitlist (CG); prosocial behavior</i> ^{core}								
1 RCT ⁴ (100 children and adolescents with emotional problems in residential care institutions (RCIs) aged 9-14 years) SSL: 8 sessions of manualised cognitive behavioral therapy (CBT). Children participate in 45-min sessions of	very serious	not serious	not serious	not serious	not serious	[one week after the SSL finished the intervention]: SSL > CG, partial eta-squared = .30 [three months after the IG finished the intervention]: partial eta-squared = .22	–	low

the SSL once a week in groups of 8-9 within their regular setting.								
<i>SafERteens (IG) vs. enhanced usual care (EUC; CG); frequency of moderate and severe aggression in non-partner relationships</i> ^{core}								
1 RCT ⁵ (185 patients from Emergency Department aged 14-18 years, reporting past 3 months aggression) SafERteens: motivational interviewing plus cognitive behavioral therapy-skill training	very serious	not serious	not serious	not serious	not serious	CTS (adapted version): Remote EUC vs. Remote SafERteens: IG > CG, IRR = 0.52, p = 0.0132 In-person EUC vs. In-person SafERteens: IG = CG, p > .05	—	low
<i>SafERteens (IG) vs. enhanced usual care (EUC; CG); self-efficacy to avoid fighting, pro-violence attitudes, behavioral intention to avoid fighting in the next 3-months</i> ^{core}								
1 RCT ⁵ (185 patients from Emergency Department aged 14-18 years, reporting past 3 months aggression) SafERteens:	very serious	not serious	not serious	not serious	not serious	Teen Conflict Scale: self-efficacy to avoid fighting: Remote EUC vs. Remote SafERteens: IG > CG, IRR = 1.22, p = 0.0005 In-person EUC vs. In-person SafERteens: IG > CG, IRR = 1.23, p < 0.0001 Attitudes Towards Violence	—	low

motivational interviewing plus cognitive behavioral therapy-skill training						Scale: pro-violence attitudes: Remote EUC vs. Remote SafERteens: IG > CG, IRR = 0.83, p = 0.0001 In-person EUC vs. In-person SafERteens: IG > CG, IRR = 0.87, p = 0.0287 Behavioral intention to avoid fighting in the next 3-months: Remote EUC vs. Remote SafERteens: IG = CG, p > .05 In-person EUC vs. In-person SafERteens: IG = CG, p > .05		
<i>Social Emotional Learning (SEL) programs vs. CG (unknown); conduct problems^{core}</i>								
1 MA ⁶ (including 9 studies; N = unknown minority students living in high-poverty communities aged 4-16 years)	serious	not serious	not serious	not serious	not serious	SEL > CG, g = -0.184, CI(-0.242, -0.126)	—	moderate
<i>Social Emotional Learning (SEL) programs vs. CG (unknown); prosocial behaviour^{core}</i>								
1 MA ⁶ (including 9 studies; N = unknown)	serious	not serious	not serious	not serious	not serious	SEL > CG, g = 0.186, CI (0.112, 0.259)	—	moderate

minority students living in high-poverty communities aged 4-16 years)								
<i>The Wave by Wave program (IG) vs. waitlist (CG); prosocial behavior^{core}</i>								
1 RCT ⁷ (89 youth aged living in residential care aged 7-17 years) IG: main objectives of the program are to decrease mental health problems and increase wellbeing through the promotion of different protective factors. Weekly three-hour sessions with the same format; total of twenty-one sessions.	very serious	not serious	not serious	serious	not serious	SDQ: youth: IG = CG; caregiver: IG > CG, d = 0.97	–	very low
<i>The Wave by Wave program (IG) vs. waitlist (CG); emotion regulation^{core}</i>								
1 RCT ⁷ (89 youth aged living in	very serious	not serious	not serious	serious	not serious	ERQ-CA: IG = CG	–	very low

residential care aged 7-17 years) IG: main objectives of the program are to decrease mental health problems and increase wellbeing through the promotion of different protective factors. Weekly three-hour sessions with the same format; total of twenty-one sessions.								
<i>Muse (IG) vs. treatment as usual (TAU; CG); aggression^{core}</i>								
1 RCT ⁸ (77 traumatized adolescents living in residential care aged 10-18 years) Muse: game-based meditation therapy TAU: types of TAU included a range of evidence-based	serious	not serious	not serious	serious	not serious	RPQ: (a) reactive aggression, (b) proactive aggression: [8 weeks]: (a) IG > CG, partial eta-squared = .06; (b) IG > CG, partial eta-squared = .08 [2 months after post]: (a) & (b): IG = CG PRPA: (a) reactive aggression, (b) proactive aggression:	—	low

interventions, except for trauma-focused treatments						[8 weeks & 2 months after post]: (a) & (b): IG = CG		
<i>6-week summer program vs. no intervention; aggression^{core}</i>								
1 RCT ⁹ (80 children in kindergarten and first grade with adjustment problems (clinically relevant T-scores on Aggression or Withdrawal scale))	serious	not serious	not serious	serious	not serious	Aggression: peer nominations: IG > CG (a) BASC-2-TRS, (b) BASC-2-PRS: IG = CG	–	low
<i>6-week summer program vs. no intervention; social skills^{core}</i>								
1 RCT ⁹ (80 children in kindergarten and first grade with adjustment problems (clinically relevant T-scores on Aggression or Withdrawal scale))	serious	not serious	not serious	serious	not serious	(a) BASC-2-TRS, (b) BASC-2-PRS: (a) IG > CG; (b) IG = CG	–	low

Social skills training (SST) vs. CG mixed (no/placebo treatment or alternative treatment on offending, externalizing problems, social skills, and internalizing problems); externalizing problems ^{core}								
1 MA ¹⁰ (including 28 studies; 3124 juvenile offenders aged 12-18 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	[comparison: no treatment/placebo]: SST = CG [comparison: alternative treatments]: SST = CG	Alternative treatment consisted of traditional probation services, regular residential youth care services, or alternative training and discussion groups. [moderator effect for externalizing problems compared to alternative treatment, k differs per moderator]: (a) country, (b) study quality, (c) age, (d) proportion male, (e) proportion ethnic minority, (f) setting, (g) treatment group size, (h) informant, (i) outcome type: (a) SST showed larger treatment effects for studies conducted in the USA than outside the USA, although neither location showed significant treatment effects ($F = 4.32$, $p < .05$). (b)-(i) $p > .05$	low

Social skills training (SST) vs. mixed (no/placebo treatment or alternative treatment on offending, externalizing problems, social skills, and internalizing problems); social skills ^{core}								
1 MA ¹⁰ (including 28 studies; 3124 juvenile offenders aged 12-18 years)	serious	not serious	not serious	not serious	not serious	[comparison: no treatment/placebo]: SST > CG, d = .54, 95 % CI = .37-.72 [comparison: alternative treatments]: SST = CG	> 50 % of the included studies are observational studies (GRADE rating started at 'low'). Alternative treatment consisted of traditional probation services, regular residential youth care services, or alternative training and discussion groups. [moderator effect for social skills compared to alternative treatment, k differs per moderator]: (a) country, (b) study quality, (c) age, (d) proportion male, (e) proportion ethnic minority, (f) setting, (g) treatment group size, (h) informant, (i) outcome type: (a)-(g) and (i) p > .05 (h) Effects on social skills showed to be larger when they were measured through self-report than other-report. However, the effects were non-	very low

							significant for both reporting sources (F = 7.51, p < .01).	
<i>Trauma treatment (CPT, social work, trauma affect regulation; IG) vs. mixed (no-treatment and/or waitlist control, other therapy, and treatment as usual; CG); problem behaviors (in 18 studies CBCL external) ^{core}</i>								
1 MA ¹¹ (including 29 studies; N = unknown at-risk and justice-involved youth aged 12-18 years) CPT: specific form of cognitive behavioral therapy that focuses on modifying unhelpful and faulty beliefs related to a traumatic event or events)	serious	not serious	not serious	not serious	serious	IG > CG, mean effect size (M g) = .39 A total of 18 comparisons existed for this analysis and the overall finding was small and statistically significant, suggesting that trauma treatment as a whole can produce meaningful reductions in problem behaviors. The finding for delinquency was roughly the same size but based on only four studies. This leads us to cautiously suggest trauma treatments can reduce future delinquency among youth with histories of trauma and at risk of justice system contact.	–	low
<i>Cognitive Bias Modification for Interpretation (CMB-I; IG) vs. waitlist (CG); aggression, anger, hostility ^{core}</i>								
1 RCT ¹² (56 male juvenile delinquents aged 16-18 years) IG: An adapted	serious	not serious	not serious	serious	not serious	AQ (Chinese version): (a) total, (b) physical aggression, (c) verbal aggression, (d) anger, (e)	Predictors: step 1: (a) education, step 2: (b) group, (c) T1-WSAP-H, step 3: (d) group x T1-WSAP-H:	low

version of the computerized CBM-I was employed to modify the hostile interpretation bias of juvenile delinquents. Participants completed four intervention tasks that took place once a week with an interval of seven days over the course of one month.						hostility, (f) self-directed aggression: (a)-(f): IG = CG	(a)-(c) $p > .05$ (d) The results showed that the interaction between the Group and WSAP-H significantly predicted changes in AQCV-PA. For participants with a low level of pre-test hostile interpretation on the WSAP-H, the Δ AQ-PA in the CBM-I group was not significantly different from that of the Waiting-List group; for participants with a high level of pre-test hostile interpretation on the WSAP-H, the Δ AQCV-PA in the CBM-I group was significantly smaller than that of the Waiting-List group ($p = .024$).	
<i>Cognitive Bias Modification for Interpretation (CMB-I; IG) vs. waitlist (CG); interpretation bias^{core}</i>								
1 RCT ¹² (56 male juvenile delinquents aged 16-18 years) IG: An adapted version of the computerized CBM-I was employed to modify the	serious	not serious	not serious	serious	not serious	AIHQ: (a) blame bias score, (b) aggression bias score, (c) hostile bias score: (a)-(c): IG = CG WSAP: (a) positive interpretation, (b) hostile interpretation: (a)-(b): IG > CG	Predictors: step 1: (a) education, step 2: (b) group, (c) T1-WSAP-H, step 3: (d) group x T1-WSAP-H: (a)-(c) $p > .05$ (d) The results showed that the interaction between the Group and WSAP-H significantly	low

hostile interpretation bias of juvenile delinquents. Participants completed four intervention tasks that took place once a week with an interval of seven days over the course of one month.							predicted changes in AQCV-PA. For participants with a low level of pre-test hostile interpretation on the WSAP-H, the Δ AQ-PA in the CBM-I group was not significantly different from that of the Waiting-List group; for participants with a high level of pre-test hostile interpretation on the WSAP-H, the Δ AQCV-PA in the CBM-I group was significantly smaller than that of the Waiting-List group ($p = .024$).	
<i>Individual CBT (iCBT) vs. treatment as usual (TAU); oppositional defiant, conduct problems, aggression, antisocial cognitions^{core}</i>								
1 RCT ¹³ (82 serious, male violent crime offenders aged 16-21 years)	very serious	not serious	not serious	serious	not serious	YSR: iCBT = TAU Reactive and proactive aggression scale: (a) total score, (b) proactive aggression, (c) reactive aggression: No between-group or interaction effects were found (a, c: iCBT = TAU) except for proactive aggression (b: iCBT > TAU) where iCBT participants reported a tendency toward more self-reported improvement ($p < 0.10$). How I think: antisocial	—	very low

						cognitions: iCBT = TAU Summary score of eight possible DSM-5 Conduct Disorder symptoms (based on a interview): iCBT = TAU		
<i>Routine intervention plus Williams LifeSkills Training (WLST; IG) vs. routine Reform School intervention (CTL; CG); aggression, hostility^{core}</i>								
1 RCT ¹⁴ (66 male inmates aged 14-24 years) IG: individual assessment (up to 1 hr duration) and eight sessions of group training (2 hr duration each, with 1 session per week). Each group started with 6-10 participants. It is based on established principles of cognitive behavior therapy and behavior therapy that are positively framed. CG: mainly included legal	not serious	not serious	not serious	serious	not serious	MOAS: (a) total score, (b) verbal aggression, (c) aggression against property, (d) autoaggression, (e) physical aggression: [week 9]:(a), (c)-(e): IG > CG, (b): IG = CG CMHS: IG = CG	—	moderate

and health education, along with academic courses, but no cognitive-behavioral training								
<i>Social problem-solving training (SPST) vs. treatment as usual (TAU); anger^{core}</i>								
1 RCT ¹⁵ (289 male detainees aged M = 14.95, SD = 0.96) SPST: manual consists of 10 one-hour-long sessions constructed to follow a specific format and to be conducted in small groups of participants. The main body of the sessions is dedicated to covering a specific step in the problem-solving process.	very serious	not serious	not serious	serious	not serious	STAXI-2: (a) state anger, (b) anger control-in, (c) anger control-out, (d) anger expression-in, (e) anger expression-out SPST-TAU comparison: (a)-(e) SPST = TAU	Single-marker analyses, assessing the effects of a single polymorphism, showed no significant association between the five COMT SNPs and changes in state anger. There were also no significant gene-by-condition interactions, assessing the interaction effects of a single polymorphism and the intervention. This means that intervention effects were not differentiated by participants' genotypes when single COMT SNPs were considered one at a time. One haplotype's interaction with treatment condition in predicting the change in	very low

							state anger was statistically significant ($p = .04$). This model involved haplotypes across rs740603 and rs165599. Regression coefficients of the two-marker haplotype model showed two significant haplotype-by-condition interactions, indicating that for individuals in the TAU condition the presence of the specific haplotype did not impact their change in state anger, whereas it did for individuals in the SPST condition. Adolescents with AA ($B a' = 0.49, p < .01$) or GG ($B a' = .42, p < .01$) haplotypes decreased in state anger after receiving SPST, but those with the GA haplotype did not. This indicates that SPST was effective in decreasing state anger, but only for those participants who carry the AA or GG haplotypes across COMT SNPs rs740603-rs165599.	
--	--	--	--	--	--	--	---	--

<i>Juvenile Justice Anger Management (JJAM; IG) vs. treatment as usual (CG); anger, aggression</i> ^{core}								
1 RCT ¹⁶ (70 girls aged 12-19 years, residing in three residential juvenile justice facilities, two in New Jersey and one in Pennsylvania)	very serious	not serious	not serious	not serious	not serious	NAS-PI: total anger: IG > CG, partial eta-squared = .16 AQ (a) anger, (b) physical aggression, (c) indirect aggression: for all IG > CG; (a) partial eta-squared = .12, (b) partial eta-squared = .11, (c) partial eta-squared = .19 PCS (a) total reactive aggression, (b) total overt aggression, (c) total relational aggression, (d) total proactive aggression, (e) reactive physical aggression, (f) proactive physical aggression, (g) reactive relational aggression, (h) proactive relational aggression: (a) unknown, (b) IG > CG, partial eta-squared = .12, (c) IG = CG, (d) unknown, (e) IG > CG, partial eta-squared = .13, (f) IG = CG, (g) IG > CG, partial eta-squared = .11, (h) IG = CG	—	low

IG vs. CG (unknown); anger ^{core}								
1 RCT ¹⁷ (38 male juvenile offenders aged M (IG) = 16.88, SD (IG) = 1.13, M (CG) = 17.10, SD (CG) = 1.20) IG: included topics on problem solving, emotions, communication skills, and friendship, coping with stress, cognitive distortion, anger, and self-esteem. Each module consisted of two sessions, which lasted for a total of 90 minutes.	very serious	not serious	not serious	serious	not serious	a) anger/control, (b) anger/out, (c) anger/in: for all scales IG = CG	–	very low
IG vs. CG (unknown); empathy ^{core}								
1 RCT ¹⁷ (38 male juvenile offenders aged M (IG) = 16.88, SD (IG) = 1.13, M (CG) = 17.10, SD (CG) = 1.20)	very serious	not serious	not serious	serious	not serious	IG > CG, partial eta-squared = .12	–	very low

IG: included topics on problem solving, emotions, communication skills, and friendship, coping with stress, cognitive distortion, anger, and self-esteem. Each module consisted of two sessions, which lasted for a total of 90 minutes.								
<i>Accommodated Cognitive Behavioral Treatment (A-CBT) vs. Standard Cognitive Behavioral Treatment (S-CBT); externalizing behavior^{core}</i>								
1 RCT ¹⁸ (70 Latino/a adolescents in the US displaying substance use aged 13-18 years)	very serious	not serious	not serious	serious	not serious	YSR: [12 months post]: group x time: A-CBT = S-CBT	–	very low
<i>Growing Minds (IG) vs. HEART (Health Education and Relationship Training; CG); conduct problem behaviors, including violent and non-violent antisocial behavior^{core}</i>								
1 RCT ¹⁹ (222 10th grade girls from four rural, low-income high school aged M = 15.2 years)	not serious	not serious	not serious	serious	not serious	IG = CG	–	moderate

<i>ThePaS-I (IG) vs. ThePaS-II (CG); externalizing symptoms^{core}</i>								
1 RCT ²⁰ (64 juveniles who have sexually offended (JSO's) in Switzerland aged 10.01-17.99 years) IG: ThePaS-I, short-term CBT intervention for JSOs (University Hospital of Psychiatry Zurich): consist of 19 and 20 modules, respectively, which can be completed within 30 therapy sessions of 60 minutes each (normally one or two therapy session per week). It is a specific skills training. The ThePaS-I focused on understanding the JSO's sexual	not serious	not serious	not serious	serious	not serious	YSR: T1-T2 x Condition: IG < CG, standardized coefficient = -0.51 T1-T3 x Condition: IG = CG	—	moderate

offense. ThePaS-II, short-term CBT intervention for JSOs (University Hospital of Psychiatry Zurich): consist of 19 and 20 modules, respectively, which can be completed within 30 therapy sessions of 60 minutes each (normally one or two therapy session per week). It is a general skills training. ThePaS-II focused on the enhancement of social/affective and sexual skills.								
<i>ThePaS-I (IG) vs. ThePaS-II (CG); empathy^{core}</i>								
1 RCT ²⁰ (64 juveniles who have sexually offended (JSO's) in Switzerland aged 10.01-17.99	not serious	not serious	not serious	serious	not serious	VEQ-A short term: T1-T2 x Condition & T1-T3 x Condition: IG = CG VEQ-A long term: T1-T2 x Condition & T1-T3 x Condition: IG = CG	—	moderate

years) IG: ThePaS-I, short-term CBT intervention for JSOs (University Hospital of Psychiatry Zurich): consist of 19 and 20 modules, respectively, which can be completed within 30 therapy sessions of 60 minutes each (normally one or two therapy session per week). It is a specific skills training. The ThePaS-I focused on understanding the JSO's sexual offense. ThePaS-II, short-term CBT intervention for JSOs (University Hospital of Psychiatry Zurich): consist of								
--	--	--	--	--	--	--	--	--

19 and 20 modules, respectively, which can be completed within 30 therapy sessions of 60 minutes each (normally one or two therapy session per week). It is a general skills training. ThePaS-II focused on the enhancement of social/affective and sexual skills.								
<i>Cognitive behavioral therapy/mindfulness training (CBT/MT; IG) vs. cognitive-perception control condition (CG); emotion regulation^{core}</i>								
1 RCT ²¹ (197 incarcerated males aged 16-18 years)	very serious	not serious	not serious	serious	not serious	Emotional go-/no-go task: IG = CG	Covariates: WRAT score, the six subscales of the Youth Self Report Questionnaire, and the duration of time between baseline and follow-up: None of the covariates had significant main or interaction effects (all ps > 0.30).	very low
OVERALL								low

Core symptoms								low
Comorbid symptoms								N/A
Level of functioning								N/A
<i>Note.</i> AIHQ = Chinese version of the Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire; AQ = Aggression Questionnaire; AQCV = Buss-Perry Aggression Questionnaire; BASC-2 (TRS, PRS) = Behavior Assessment Scale for Children - Second Edition (teacher-reported, patient-reported); CBT = cognitive behavioral therapy; CMHS = Cook-Medley Hostility Scale; core = core symptoms; CTS = Conflict Tactics Scale; ERQ-CA = Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents; MA = meta-analysis; MOAS = Modified Overt Aggression Scale; N/A = not applicable; NAS-PI = Novaco Anger Scale and Provocation Inventory; PCS = Peer Conflict Scale; PRPA = Parent-rating scale for Reactive and Proactive Aggression; RPQ = Reactive-Proactive Aggression Questionnaire; SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire; SR = systematic review; STAXI-2 = State-Trait Anger Expression Inventory-2nd Edition; VEQ-A (short term, long term) = Victim Empathy Questionnaire for Adolescent; WSAP = World Sentence Association Paradigm-Hostility; YSR = Youth-Self-Report.								
¹ Castillo-Eito (2020); ² Waxmonsky (2021); ³ Beelmann (2021); ⁴ Ramdhoney-Dowlot (2021); ⁵ Carter (2022); ⁶ McClure (2017); ⁷ Pereira (2020); ⁸ Schuurmans (2023); ⁹ Hektner (2017); ¹⁰ van der Stouwe (2021); ¹¹ Olaghere (2021); ¹² Ren (2021); ¹³ Larden (2021); ¹⁴ Chen (2014); ¹⁵ Hein (2020); ¹⁶ Goldstein (2018); ¹⁷ Kiziltepe (2023); ¹⁸ Burrow-Sanchez (2021); ¹⁹ Schleider (2020); ²⁰ Aebi (2022); ²¹ Umbach (2018)								

Recommendation 4.4.1.								
"In Kombination mit Interventionen mit den Eltern bzw. primären Bezugspersonen sowie pädagogischen Fachkräften können bei Kindern zwischen 4 und 6 Jahren, welche die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllen oder bei denen ein klinisch relevantes oppositionell-aggressives Verhalten vorliegt, patient:innenzentrierte, an den Entwicklungsstand der Kinder angepasste, Interventionen durchgeführt werden. "								
Type and number of studies; number of patients (age); duration of studies	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Publication bias	Summary of findings	Comments	Overall quality
<i>Cognitive behavioral therapy (CBT; skills training) vs. mixed (untreated, waitlist, attention groups, treatment as usual); aggression, disruptive behavior, delinquency^{core}</i>								
1 MA ¹ (including 54 studies; N = unknown aged up to the M = 18 years)	serious	not serious	not serious	not serious	not serious	universal: weighted mean effect size according to the random-effect-model with 95 % confidence interval: 0.11 +- 0.12 selective: weighted mean effect size according to the random-effect-model with 95 % confidence interval: 0.08 +- 0.15 indicated: weighted mean effect size according to the random-effect-model with 95 % confidence interval: 0.49 +- 0.13 age: up to 6: weighted mean effect size according to the	–	moderate

						random-effect-model with 95 % confidence interval: 0.15+-0.18 6.1-8.9: weighted mean effect size according to the random-effect-model with 95 % confidence interval: 0.09+-0.18 9-10: weighted mean effect size according to the random-effect-model with 95 % confidence interval: 0.44+-0.18 10.1-13.9: weighted mean effect size according to the random-effect-model with 95 % confidence interval: 0.22+-0.16 14-17.5: weighted mean effect size according to the random-effect-model with 95 % confidence interval: 0.62+-0.32 Indicated prevention for youngsters who already showed some antisocial behavior had better effects than universal approaches and (partially related to this) older youngsters benefited more than preschool children.		
--	--	--	--	--	--	--	--	--

<i>Child-centered play therapy (CCPT) vs. no treatment (CG); aggression^{core}</i>								
1 MA ² (including 23 studies; 904 patients aged 2-12 years)	serious	not serious	serious	serious	not serious	CCPT = CG	The median age of participants in this study was 6 years old, with a range from three to 11 years of age.	very low
<i>Child-centered play therapy (CCPT) vs. no treatment (CG); externalizing symptoms^{core}</i>								
1 MA ² (including 23 studies; 904 patients aged 2-12 years)	serious	not serious	serious	serious	not serious	CCPT > CG; mean effect size = -.34	The median age of participants in this study was 6 years old, with a range from three to 11 years of age.	very low
<i>Child-centered play therapy (CCPT) vs. no treatment (CG); overall problem behaviors^{comorbid}</i>								
1 MA ² (including 23 studies; 904 patients aged 2-12 years)	serious	not serious	serious	serious	serious	CCPT > CG; mean effect size = -.48	The median age of participants in this study was 6 years old, with a range from three to 11 years of age.	very low
<i>Child-centered play therapy (CCPT) vs. alternative treatment for reducing externalizing behaviors (CG); externalizing symptoms^{core}</i>								
1 MA ² (including 23 studies; 904 patients aged 2-12 years)	serious	not serious	serious	serious	not serious	CCPT > CG; mean effect size = -.56	The median age of participants in this study was 6 years old, with a range from three to 11 years of age.	very low
<i>Child-centered play therapy (CCPT; IG) vs. reading mentoring (RM; CG); aggressive behavior^{core}</i>								
1 RCT ³ (including 62 patients aged 3-4 years) CCPT: children	not serious	not serious	serious	serious	not serious	C-TRF: CCPT (IG) > RM (CG), eta squared = .27	included in Parker (2021)	low

received twice weekly, 30-min CCPT sessions for a total of 17 to 21 sessions reading mentoring (RM): children were paired with a reading mentor and met with their assigned mentor 30 minutes, twice-weekly for a total of 16-20 sessions throughout the intervention phase of the study.								
<i>Child-centered play therapy (CCPT) vs. reading mentoring (RM); externalizing problems^{core}</i>								
1 RCT ³ (including 62 patients aged 3-4 years) CCPT: children received twice weekly, 30-min CCPT sessions for a total of 17 to 21 sessions reading mentoring (RM):	not serious	not serious	serious	serious	not serious	C-TRF: CCPT > RM, eta squared = .34	included in Parker (2021)	low

children were paired with a reading mentor and met with their assigned mentor 30 minutes, twice-weekly for a total of 16-20 sessions throughout the intervention phase of the study.								
<i>Child-centered play therapy (CCPT) vs. reading mentoring (RM); attention problems</i> comorbid								
1 RCT ³ (including 62 patients aged 3-4 years) CCPT: children received twice weekly, 30-min CCPT sessions for a total of 17 to 21 sessions reading mentoring (RM): children were paired with a reading mentor and met with their assigned mentor 30 minutes, twice-	not serious	not serious	serious	serious	not serious	C-TRF: CCPT > RM, eta squared = .17	included in Parker (2021)	low

weekly for a total of 16-20 sessions throughout the intervention phase of the study.								
<i>Brief parent training (BPT) vs. parent management training, Oregon Model (PMTO) vs. child-directed social skills training (ISST); callous-unemotional (CU) traits</i> ^{core}								
1 RCT ⁴ (551 patients aged 3-12 years)	serious	not serious	serious	serious	not serious	Findings showed that both BPT (d = .32) and PMTO (d = .39) had positive effects on CU traits at posttest, while ISST did not (d = -.06). When we examined these effects 6 months after posttest, we found that only PMTO produced a positive and significant effect (d = .48) on CU traits. Both at posttest and at follow-up, we obtained larger effects in the PMTO sample than in the BPT sample.	Age: M = 7.28, SD = 2.61	very low
OVERALL								low
Core symptoms								low
Comorbid symptoms								very low

Level of functioning								N/A
<i>Note.</i> CG = control group; comorbid = comorbid symptoms; core = core symptoms; C-TRF = Caregiver/Teacher Report Form; IG = intervention group; MA = meta-analysis; N/A = not applicable.								
¹ Beelman (2021); ² Parker (2021); ³ Bratton (2013); ⁴ Kjøbli (2018)								

Recommendation 4.4.2.								
"Bei Kindern und Jugendlichen ab dem Alter von 6 Jahren, welche die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllen oder bei denen ein klinisch relevantes oppositionell-aggressives Verhalten vorliegt, sollten patient:innenzentrierte Interventionen durchgeführt werden. Sie sind vor allem beim Vorliegen gleichaltrigenbezogener Aggression oder sozialer Problemlöse- und Verhaltensfertigkeitendefizite indiziert. Diese patient:innenzentrierten Interventionen sollten möglichst in Kombination mit eltern- und gegebenenfalls schulzentrierten Interventionen durchgeführt werden."								
Type and number of studies; number of patients (age); duration of studies	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Publication bias	Summary of findings	Comments	Overall quality
<i>Cognitive behavioral therapy (CBT; individual or group; IG) vs. waitlist (CG); aggression, disruptive behavior, bullying, anger management</i> ^{core}								
1 SR and 2 RCTs ¹ (including 8 studies; > 268 patients aged 5-19 years) treatment duration: 6 session (+ minimal parental involvement)	not serious	not serious	not serious	not serious	serious	SR, Weber (2018): (a) aggressives und (b) regelverletzendes Verhalten [Eltern- und Lehrkraft-Urteil], (c) oppositionell-aggressive Verhalten [Elternurteil]: BAGHIRA Training: (a) und (b) IG > CG; signifikante Verringerung im Vergleich zu einer nichtbehandelten Kontrollgruppe (mittlere ES), wobei die Effekte auf das aggressive Verhalten höher ausfielen als auf das regelverletzende Verhalten Coping Power Program: (a)	Gruppentrainings: eigenständig und separat (BAGHIRA Training, Empathy Training, Group Treatment for Reactive Aggressors) oder als Teil von multimodalen Therapieansätzen (Coping Power, GIRLLS, Training mit aggressiven Kindern, Verhaltenstherapeutische Intensivtraining zur Reduktion von Aggression, Williams LifeSkills Intervention)	moderate

						IG > CG; positive Effekte auf proaktives und reaktives aggressives Verhalten Training mit aggressiven Kindern: (a) IG > CG; Reduktion Group Treatment for Reactive Aggressors: (a) IG > CG; positive Effekte auf reaktive Aggression GIRLSS Programm: (a) IG > CG; positive Effekte auf die relationale Aggressionsform Verhaltenstherapeutisches Intensivtraining zur Reduktion von Aggression: (c) IG > CG; signifikante Reduktion in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe [6 Monate]: BAGHIRA Training: Effekte blieben stabil [3 Jahre]: Coping Power Program: Effekte blieben stabil [6 Monate]: Training mit aggressiven Kindern: zumindest im Elternurteil blieben Effekte stabil		
--	--	--	--	--	--	--	--	--

						[2 Jahre]: Group Treatment for Reactive Aggressors: Effekte bleiben stabil [3 Monate]: Empathy Training: Effekte zeigen sich erst im 3-Monats-Follow-Up Mobbing: Empathy Training: verringert (kein Effekt in der Kontrollgruppe) [2 Monate] Empathy Training: Effekte blieben stabil Ärgerkontrolle und nach innen gerichteter Ärger: Verhaltenstherapeutisches Intensivtraining zur Reduktion von Aggression: IG > CG, positive Effekte RCT, Njardvik (2022): SDQ (conduct): post: IG > CG (teacher), IG = CG (parent) 6-month FU: IG > CG (teacher, parent) DBRS: post: IG > CG (teacher), IG = CG (parent) 6-month FU: IG > CG (teacher, parent) RCT, Singh (2017): AQ: (a) anger, (b) physical		
--	--	--	--	--	--	---	--	--

						aggression, (c) hostility, (d) verbal aggression, (e) total aggression post: (a) IG > CG (partial eta-squared = 0.066); (b) IG > CG (partial eta-squared = 0.209); (c) IG = CG; (d) IG > CG (partial eta-squared = 0.108); (e) IG > CG (partial eta-squared = 0.188) HAIE (hostile attribution of intent explorer): post: IG > CG (partial eta-squared = 0.204)		
<i>Cognitive behavioral therapy (individual or group) vs. waitlist; empathy^{core}</i>								
1 SR ² (including 8 studies; N = unknown aged 5-19 years)	serious	not serious	not serious	serious	serious	Empathiefähigkeit (Selbsturteil): BAGHIRA Training: positiver Effekt Empathy Training: empathisches Verhalten gesteigert (kein Effekt in der Kontrollgruppe) [2 Monate]: Empathy Training: Effekte blieben stabil	Gruppentrainings: eigenständig und separat (BAGHIRA Training, Empathy Training, Group Treatment for Reactive Aggressors) oder als Teil von multimodalen Therapieansätzen (Coping Power, GIRLLS, Training mit aggressiven Kindern, Verhaltenstherapeutische Intensivtraining zur Reduktion von Aggression, Williams LifeSkills Intervention)	very low

<i>Cognitive behavioral therapy (individual or group; IG) vs. waitlist (CG); perspective taking, self-control^{core}</i>								
1 SR and 1 RCT ³ (including 8 studies; > 173 patients aged 5-19 years) treatment duration: 9 group sessions a 90 min.	serious	not serious	not serious	serious	serious	SR, Weber (2018): BAGHIRA Training: emotional self-control: kein Effekt RCT, Nijhof (2021): SCST (perspective taking): IG = CG SCRS (self-control, behavioral + cognitive components): IG > CG (d = 0.23)	–	very low
<i>Cognitive behavioral therapy (individual or group) vs. waitlist; impulsivity^{core}</i>								
1 SR ² (including 8 studies; N = unknown aged 5-19 years)	serious	not serious	not serious	serious	serious	BAGHIRA Training: kein Effekt Coping Power Program: positive Effekte Williams Life Skills Training: Konfliktsituationen werden effektiver gelöst, indem der Impuls, direkt aggressiv zu handeln, verringert wird [3 Jahre]: Coping Power Program: Effekte blieben stabil	–	very low
<i>Cognitive behavioral therapy (individual or group) vs. waitlist; Substanzmissbrauch^{comorbid}</i>								
1 SR ² (including 8 studies; N = unknown aged 5-19 years)	serious	not serious	not serious	serious	serious	Coping Power Program: positive Effekte; [3 Jahre] Coping Power Program: Effekte blieben stabil	–	very low

<i>Cognitive behavioral therapy (IG) vs. group play (CG); aggression, disruptive behavior^{core}</i>								
1 RCT ⁴ (76-101 patients aged 6-12 years) IG: 24 weekly child sessions (lasting for 45 min each) and additional sessions or shorter contacts with parents; CG: 12 fortnightly sessions (lasting for 90 min each) over 24 weeks, parents attended two parent group sessions (90 min each)	not serious	not serious	not serious	not serious	not serious	FAVK [post] (parent report): IG > CG, d = -.46 (peer); IG = CG (adult); FAVK (teacher report): IG = CG (peer, adult) FAVK [10-month FU] (parent report): IG = CG (peer, adult) SCL-DBD (ODD, parent report) [post]: IG > CG, d = -0.61; (teacher report): IG = CG SCL-DBD (ODD, parent report) [10-month FU]: IG > CG, d = -0.60 SCL-DBD [post, 10-month FU] (CD, parent & teacher report): IG = CG aggressive behavior (clinician rating): IG > CG, d = -0.50	–	high
<i>Cognitive behavioral therapy (IG) vs. group play (CG); prosocial behavior^{core}</i>								
1 RCT ⁴ (76-101 patients aged 6-12 years) IG: 24 weekly child sessions (lasting for 45 min each) and additional sessions or	not serious	not serious	not serious	not serious	not serious	SCL-DBD [post] (prosocial behavior, parent report): IG > CG, d = 0.42; (teacher report): IG > CG, d = 0.42 SCL-DBD [10-month FU] (prosocial behavior, parent report): IG > CG, d = 0.71 socially competent	–	high

shorter contacts with parents; CG: 12 fortnightly sessions (lasting for 90 min each) over 24 weeks, parents attended two parent group sessions (90 min each)						behavior (clinician rating): IG > CG, d = 0.66		
<i>Cognitive behavioral therapy (IG) vs. group play (CG); callous-unemotional traits ^{core}</i>								
1 RCT ⁴ (76-101 patients aged 6-12 years) IG: 24 weekly child sessions (lasting for 45 min each) and additional sessions or shorter contacts with parents; CG: 12 fortnightly sessions (lasting for 90 min each) over 24 weeks, parents attended two parent group sessions (90 min each)	not serious	not serious	not serious	not serious	not serious	CBCL: IG > CG, d = -0.47	–	high

<i>Cognitive behavioral therapy (CBT; IG) vs. group play (CG); externalizing problems</i> ^{core}								
1 RCT ⁴ (76-101 patients aged 6-12 years) IG: 24 weekly child sessions (lasting for 45 min each) and additional sessions or shorter contacts with parents; CG: 12 fortnightly sessions (lasting for 90 min each) over 24 weeks, parents attended two parent group sessions (90 min each)	not serious	not serious	not serious	serious	not serious	CBCL [post]: IG > CG, d = -0.54; [10-month FU]: IG = CG TRF [post]: IG = CG	–	moderate
<i>Cognitive behavioral therapy (CBT; IG) vs. group play (CG); attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)</i> ^{comorbid}								
1 RCT ⁴ (76-101 patients aged 6-12 years) IG: 24 weekly child sessions (lasting for 45 min each) and additional sessions or shorter contacts with parents; CG:	not serious	not serious	not serious	serious	not serious	SCL-ADHD [post, 10-month FU] (parent report): IG = CG; [post](teacher report): IG > CG, d = -0.52	–	moderate

12 fortnightly sessions (lasting for 90 min each) over 24 weeks, parents attended two parent group sessions (90 min each)								
<i>Cognitive behavioral therapy (IG) vs. group play (CG); expectations, expressed emotions</i> comorbid								
1 RCT ⁴ (76-101 patients aged 6-12 years) IG: 24 weekly child sessions (lasting for 45 min each) and additional sessions or shorter contacts with parents; CG: 12 fortnightly sessions (lasting for 90 min each) over 24 weeks, parents attended two parent group sessions (90 min each)	not serious	not serious	not serious	not serious	not serious	PECS (clinician rating): IG > CG, d = 0.53 PEAS (clinician rating): IG = CG FMSS-M (expressed emotion score): IG > CG, d = -0.51	–	high
<i>Cognitive behavioral therapy (IG) vs. group play (CG); internalizing problems</i> comorbid								
1 RCT ⁴ (76-101 patients aged 6-12 years)	not serious	not serious	not serious	serious	not serious	CBCL, TRF [post]: IG = CG CBCL [10-month FU]: IG = CG	–	moderate

IG: 24 weekly child sessions (lasting for 45 min each) and additional sessions or shorter contacts with parents; CG: 12 fortnightly sessions (lasting for 90 min each) over 24 weeks, parents attended two parent group sessions (90 min each)								
<i>Cognitive behavioral therapy (IG) vs. group play CG); functional impairment, quality of life^{functioning}</i>								
1 RCT ⁴ (76-101 patients aged 6-12 years) IG: 24 weekly child sessions (lasting for 45 min each) and additional sessions or shorter contacts with parents; CG: 12 fortnightly sessions (lasting for 90 min each) over 24 weeks, parents attended	not serious	not serious	not serious	not serious	not serious	WFIRS-P-M (parent report): IG > CG, d = -0.45, KINDL-P (parent report): IG > CG, d = 0.44	–	high

two parent group sessions (90 min each)								
<i>Cognitive behavioral therapy (CBT) + virtual reality (VR; both IGs) vs. CBT + roleplay (RP) or care as usual (CAU); aggressive behavior^{core}</i>								
1 RCT ⁵ (115 patients aged 8-13 years) 1 session with parent; 10 sessions a 45 minutes with child	serious	not serious	not serious	serious	not serious	IRPA (parents, teacher): both IGs > CAU (d = 0.16 - 0.39); IRPA (child): both IGs = CAU IRPA (parents): virtual reality = roleplay; IRPA (teacher, child): VR > RP (d = 0.20 - 0.30) IRPA (parents, teacher): VR > CAU (d = 0.31 - 0.33); IRPA (child): VR = CAU weekly aggression (parents): both IGs > CAU (d = 0.55); VR > RP (d = 0.68); VR > CAU (d = 0.95) weekly aggression (child): both IGs > CAU (d = 0.55); VR = RP (d = < 0.01); VR > CAU (d = 0.58) CBCL (aggression): both IGs > CAU (d = 0.14); VR = RP (d = 0.06); VR > CAU (d = 0.19) TRF (aggression): both IGs > CAU (d = 0.16); VR > RP (d = 0.14); VR > CAU (d = 0.24)	–	low

Cognitive behavioral therapy (CBT; skills training; IG) vs. mixed (untreated, waitlist, attention groups, treatment as usual (TAU); CG); aggression, disruptive behavior, delinquency ^{core}								
1 MA und 1 RCT ⁶ (MA including 54 studies, N = unknown, aged up to the mean age of 18) (RCT including 127 patients aged 12-20 years) CBT (START NOW): 12 weekly group sessions (90 min each) and 12 individual sessions (45 min each); TAU: Any standard care available at a respective youth welfare institution, excluding any group-based psycho-therapeutic approaches like START NOW (for example, CBT or	serious	not serious	not serious	not serious	not serious	MA, Beelmann (2021): universal: weighted mean effect size according to the random-effect-model with 95 % confidence interval: 0.11 +- 0.12 selective: weighted mean effect size according to the random-effect-model with 95 % confidence interval: 0.08 +- 0.15 indicated: weighted mean effect size according to the random-effect-model with 95 % confidence interval: 0.49 +- 0.13 age: up to 6: weighted mean effect size according to the random-effect-model with 95 % confidence interval: 0.15+-0.18 6.1-8.9: weighted mean effect size according to the random-effect-model with 95 % confidence interval: 0.09+-0.18 9-10: weighted mean effect size according to the random-effect-model with 95 % confidence interval:	MA, Beelmann (2021): Child social skills training was significantly more effective in indicated prevention approaches, i.e., when the youngsters have already shown some behavioral problems (see Table 3). These groups benefited more from the programs than groups that participated in universal programs (i.e., for all students at a school) or selected groups (i.e., with some individual or family risk factors). For the latter groups, the effect sizes were not significantly different from zero.	moderate

DBT-oriented programs)						0.44+-0.18 10.1-13.9: weighted mean effect size according to the random-effect-model with 95 % confidence interval: 0.22+-0.16 14-17.5: weighted mean effect size according to the random-effect-model with 95 % confidence interval: 0.62+-0.32 Indicated prevention for youngsters who already showed some antisocial behavior had better effects than universal approaches and (partially related to this) older youngsters benefited more than preschool children. RCT, Stadler (2023): KSADS (number of symptoms conduct disorder (CD)/oppositional defiant disorder (ODD)): [post]: IG = CG MOAS (aggression): IG > CG, Hedge's g = -.65		
<i>Cognitive behavioral training (CBT; skills training) + treatment as usual (TAU; IG) vs. TAU (CG); externalizing^{core}</i>								
1 RCT ⁷ (127 patients aged 12-20 years)	very serious	not serious	not serious	serious	not serious	YSR: IG = CG	–	very low

CBT (START NOW): 12 weekly group sessions (90 min each) and 12 individual sessions (45 min each); TAU: Any standard care available at a respective youth welfare institution, excluding any group-based psycho-therapeutic approaches like START NOW (for example, CBT or DBT-oriented programs)								
<i>Cognitive behavioral therapy (CBT; skills training) + treatment as usual (TAU; IG) vs. TAU (CG); irritability, emotion regulation problems^{core}</i>								
1 RCT ⁷ (127 patients aged 12-20 years) CBT (START NOW): 12 weekly group sessions (90 min each) and 12 individual	very serious	not serious	not serious	serious	not serious	ARI: IG > CG, Hedge's g = -.572 (parent report); IG = CG (self-report) DERS (total score): IG = CG	–	very low

sessions (45 min each); TAU: Any standard care available at a respective youth welfare institution, excluding any group-based psycho-therapeutic approaches like START NOW (for example, CBT or DBT-oriented programs)								
<i>Cognitive behavioral therapy (CBT; skills training) + treatment as usual (TAU; IG) vs. TAU (CG); internalizing^{comorbid}</i>								
1 RCT ⁷ (127 patients aged 12-20 years) CBT (START NOW): 12 weekly group sessions (90 min each) and 12 individual sessions (45 min each); TAU: Any standard care available at a respective youth welfare	very serious	not serious	not serious	serious	not serious	YSR: IG = CG	–	very low

institution, excluding any group-based psycho-therapeutic approaches like START NOW (for example, CBT or DBT-oriented programs)								
<i>Cognitive behavioral therapy (CBT; skills training) + treatment as usual (TAU; IG) vs. TAU (CG); life satisfaction^{functioning}</i>								
1 RCT ⁷ (127 patients aged 12-20 years) CBT (START NOW): 12 weekly group sessions (90 min each) and 12 individual sessions (45 min each); TAU: Any standard care available at a respective youth welfare institution, excluding any group-based psycho-therapeutic	very serious	not serious	not serious	serious	not serious	BMSLSS: IG = CG	–	very low

approaches like START NOW (for example, CBT or DBT-oriented programs)								
<i>ScouT computer-delivered social skills training vs. STARK (resource activation); aggression, disruptive behavior ^{core}</i>								
1 RCT ⁸ (100 patients aged 6-12 years) ScouT/STARK: 16-weekly 50-minute sessions plus 2 individual parent psycho-education sessions	serious	not serious	not serious	serious	not serious	FAVK: (a) peer-related aggression (parent report), (b) adult-related aggression (parent report), (c) peer-related aggression (teacher report), (d) adult-related aggression (teacher report), (e) peer-related aggression (child report), (f) adult-related aggression (child report): (a)+(b): ScouT > STARK; (c)-(f) ScouT = STARK SCL-DBD: (a) total (parent report): ScouT > STARK; total (teacher report, child report): (a)+(b): ScouT = STARK DCL-DBD: (a) ODD: ScouT > STARK, (b) CD & (c) limited prosocial behavior: ScouT = STARK	–	low
<i>ScouT (computer-delivered social skills training) vs. STARK (resource activation); callous-unemotional traits ^{core}</i>								
1 RCT ⁸ (100 patients aged 6-12 years)	serious	not serious	not serious	not serious	not serious	ScouT > STARK	–	moderate

ScouT/STARK: 16-weekly 50-minute sessions plus 2 individual parent psycho-education sessions								
<i>ScouT (computer-delivered social skills training) vs. STARK (resource activation); prosocial^{core}</i>								
1 RCT ⁸ (100 patients aged 6-12 years) ScouT/STARK: 16-weekly 50-minute sessions plus 2 individual parent psycho-education sessions	serious	not serious	not serious	serious	not serious	SCL-DBD: (b) prosocial behavior (parent report): ScouT > STARK; prosocial behavior (teacher report, child report): (a)+(b): ScouT = STARK	–	low
<i>ScouT (computer-delivered social skills training) vs. STARK (resource activation); total problems^{comorbid}</i>								
1 RCT ⁸ (100 patients aged 6-12 years) ScouT/STARK: 16-weekly 50-minute sessions plus 2 individual parent psycho-education sessions	serious	not serious	not serious	serious	not serious	CBCL/TRF/YSR: ScouT = STARK	–	low

<i>ScouT (computer-delivered social skills training) vs. STARK (resource activation); functional impairment, quality of life^{functioning}</i>								
1 RCT ⁸ (100 patients aged 6-12 years) ScouT/STARK: 16-weekly 50- minute sessions plus 2 individual parent psycho- education sessions	serious	not serious	not serious	not serious	not serious	WFIRS-P-M (parent report), KINDL-P (parent report): Scout > STARK	–	moder- ate
<i>Skills and philosophy/skills only/philosophy only vs. physical fitness; aggression^{core}</i>								
1 RCT ⁹ (298 patients aged M = 8.53)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	RPQ (general, reactive, and proactive aggression; time 1): skills & philosophy > physical fitness; skills- only/philosophy only = physical fitness RPQ (general, reactive aggression; time 2): skills & philosophy > physical fitness, RPQ (proactive aggression): skills & philosophy = physical fitness; RPQ (general, reactive, and proactive aggression; time 2): skills- only/philosophy only = physical fitness YSR (aggressive behavior; time 1): skills & philosophy > physical fitness; skills-	–	low

						only/philosophy only = physical fitness YSR (delinquent behavior): skills & philosophy > physical fitness; skills- only/philosophy only = physical fitness		
<i>Skills and philosophy/skills only/philosophy only vs. physical fitness; attention problem</i> ^{comorbid}								
1 RCT ⁹ (298 patients aged M = 8.53)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	YSR (attention problem; time 1): skills & philosophy > physical fitness; skills- only/philosophy only = physical fitness YSR (attention problem; time 1): skills & philosophy = physical fitness; skills- only/philosophy only = physical fitness	–	low
<i>Skills and philosophy/skills only/philosophy only vs. physical fitness; anxious/depressed</i> ^{comorbid}								
1 RCT ⁹ (298 patients aged M = 8.53)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	YSR (anxious/depressed; time 1): skills & philosophy > physical fitness; skills- only/philosophy only = physical fitness YSR (anxious/depressed; time 2): skills & philosophy > physical fitness; skills- only/philosophy only = physical fitness	–	low

<i>Cognitive Behavioral Anger-Control Training (CBACT; IG) vs. gaming sessions (in groups; CG); anger, aggression</i> ^{core}								
1 RCT ¹⁰ (46 patients aged 7-9 years)	serious	not serious	not serious	not serious	not serious	IG > CG: The post-test score showed that all dimensions of the BPAQ (anger, physical aggression, verbal aggression, hostility) and two dimensions of the CBQ (surgency and negative affectivity) of the treatment group were reduced more than those of the control group	–	moderate
<i>Responsive Aggression Regulation Therapy (Re-ART) compact (IG) vs. Re-ART complete (CG); executive function, self-control</i> ^{core}								
1 RCT ¹¹ (25 patients aged 13-23 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	(a) inhibition, (b) flexibility, (c) emotion regulation: IG = CG self-control: IG = CG	Re-ART: cognitive behavioral-based intervention The Re-ART Complete group did show a higher pretreatment risk of recidivism than the Re-ART Compact group.	low
<i>Interpretation bias training (IBT; IG) vs. sham IBT (CG); irritability</i> ^{core}								
1 RCT ¹² (44 patients aged 8-17 years)	not serious	not serious	not serious	serious	not serious	ARI-CL (clinician, parent): IG = CG ARI (child): IG > CG	–	moderate
<i>Interpretation bias training (IBT; IG) vs. sham IBT (CG); anxiety</i> ^{comorbid}								
1 RCT ¹² (44 patients aged 8-17 years)	not serious	not serious	not serious	serious	not serious	PARS: [after 2 weeks]: IG = CG	–	moderate

						SCARED: IG > CG (child); IG = CG (parent)		
<i>Interpretation bias training (IBT; IG) vs. sham IBT (CG); depression^{comorbid}</i>								
1 RCT ¹² (44 patients aged 8-17 years)	not serious	not serious	not serious	serious	not serious	CDRS: IG = CG (clinician) CDI: IG = CG (parent)	–	moderate
<i>Interpretation bias training (IBT; IG) vs. sham IBT (CG); functional level^{functioning}</i>								
1 RCT ¹² (44 patients aged 8-17 years)	not serious	not serious	not serious	serious	not serious	CGI: (a) severity: IG = CG; (b) improvement: IG = CG CGAS: IG > CG	–	moderate
<i>ACT vs. mixed (active treatment, cognitive-behavioral therapy, control group, two studies were case studies); anger and aggressive behavior^{core}</i>								
1 SR ¹³ (including 5 studies; 86 patients aged 5-18 years)	serious	serious	not serious	serious	serious	Mixed: no/pos. effects Some evidence suggests that group ACT may be effective in reducing self-report measures of anger, but no firm conclusions can be drawn from the extant literature due to the heterogeneous nature of the studies, and limited information about ACT protocols and treatment delivery.	The review is also based on a small number of largely non-randomized, heterogeneous studies that primarily relied on a small number of general self-report measures.	very low
<i>ACT with RAGE-control (IG) vs. ACT with sham version of RAGE-control (CG); aggression, DBDRS, anger^{core}</i>								
1 RCT ¹⁴ (40 patients aged 10-17 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	MOAS: IG > CG, ES = 0.55 DBDRS: IG > CG, ES = 0.48 STAXI-CA: IG = CG	–	low

<i>ACT with RAGE-control (IG) vs. ACT with sham version of RAGE-control (CG); CGI^{functional}</i>								
1 RCT ¹⁴ (40 patients aged 10-17 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	CGI-S: IG > CG, ES = 0.51 CGI-I: IG = CG	–	low
<i>Aggression replacement training (standard or extended/modified version) vs. control group (not further defined); aggression^{core}</i>								
1 SR ¹⁵ (including 10 studies; 2372 patients aged 6-20 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	All eight studies examining aggressive behavior found that ART was successful	> 50 % of the included studies are observational studies (GRADE rating started at 'low'). Control group in 4 studies. The findings were largely based on pre-post intervention comparisons without a control group.	very low
<i>Aggression replacement training (standard or extended/modified version) vs. control group (not further defined); anger control^{core}</i>								
1 SR ¹⁵ (including 10 studies; 2372 patients aged 6-20 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	Two studies reported a significant improvement	> 50 % of the included studies are observational studies (GRADE rating started at 'low'). Control group in 4 studies. The findings were largely based on pre-post intervention comparisons without a control group.	very low
<i>Aggression replacement training (standard or extended/modified version) vs. control group (not further defined); social skills^{core}</i>								
1 SR ¹⁵ (including 10 studies; 2372)	serious	serious	not serious	serious	not serious	Five studies reported a significant improvement, two studies did not find	> 50 % of the included studies are observational studies (GRADE rating	very low

patients aged 6-20 years)						differences in post-intervention social skills between ART and control-groups	started at 'low'). Control group in 4 studies. The findings were largely based on pre-post intervention comparisons without a control group.	
<i>Schema therapy (adolescents) vs. PBM vs. no treatment (CG); aggression, coping disobedience</i> ^{core}								
1 RCT ¹⁶ (45 patients aged 13-16 years)	serious	not serious	not serious	not serious	not serious	Aggression: Group schema therapy > CG PBM > group schema therapy coping disobedience: Group schema therapy > CG PBM > group schema therapy	–	moderate
<i>Mindfulness-based interventions (MBI; IG) vs. mixed (treatment as usual (TAU), waitlist, cognitive behavioral therapy, no treatment, health psychoeducation (HP); CG); externalizing problem behavior</i> ^{core}								
1 MA and 1 RCT ¹⁷ (MA including 14 studies; 848 patients aged M = 16.83 years) (RCT including 141 patients aged 11-19 years) MBI: six 50-min sessions devoted	serious	serious	serious	not serious	not serious	MA, Hoogsteder (2023): IG > CG, d = 0.99 RCT, Roux (2021): CBCL: after six weeks: MBI = HP = TAU	Adolescents with externalizing behavior problems Combined treatment: no difference in treatment effect between a combined form of treatment (other than parent involvement) or treatment solely with mindfulness:	very low

to emotion psycho-education and 10 50-min sessions of mindfulness practice; (HP): it consisted of 16 50-min sessions							- Yes: k = 7, d = 1.00 - No: k = 7, d = 0.96 Parental involvement: no significant difference in effect was found between treatment with and without parental involvement: - Yes: k = 7, d = 1.09 - No: k = 7, d = 0.86	
<i>Mindfulness-based intervention (MBI) vs. waitlist (CG); rule-breaking behavior, aggressive behavior^{core}</i>								
1 RCT ¹⁸ (30 patients aged 6-8 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	MBI > CG: rule-breaking behavior: partial eta squared = 0.57; aggression: partial eta squared = 0.43	–	low
<i>Mindfulness-Based Intervention (MBI) + treatment as usual (TAU) vs. health psychoeducation (HP) + TAU vs. TAU; oppositional behavior^{core}</i>								
1 RCT ¹⁹ (141 patients aged 11-19 years) MBI: six 50-min sessions devoted to emotion psycho-education and 10 50-min sessions of mindfulness practice; (HP): it consisted of 16 50-min sessions	serious	not serious	not serious	serious	not serious	SNAP-IV (oppositional behavior): after six weeks: MBI = HP = TAU	–	low

<i>Mindfulness-Based Intervention (MBI) + treatment as usual (TAU) vs. health psychoeducation (HP) + TAU vs. TAU; internalizing symptoms^{comorbid}</i>								
1 RCT ¹⁹ (141 patients aged 11-19 years) MBI: six 50-min sessions devoted to emotion psycho-education and 10 50-min sessions of mindfulness practice; (HP): it consisted of 16 50-min sessions	serious	not serious	serious	serious	not serious	CBCL: after six weeks: MBI = HP = TAU	Adolescents with externalizing behavior problems	very low
<i>Emotion-Processing Skills Training (EPST) + treatment as usual (TAU; IG) vs. TAU (CG); callous-unemotional traits^{core}</i>								
1 RCT ²⁰ (56 patients aged 16-18 years) EPST: six 2-hour group sessions (ca. 8 weeks); TAU: typical curriculum offered at the residential program	very serious	not serious	not serious	serious	not serious	self-report: post, 12-week FU: IG = CG, 6-week FU: IG > CG parent report: 12-week FU: IG > CG	–	very low
<i>Emotion-Processing Skills Training (EPST) + treatment as usual (TAU; IG) vs. TAU (CG); prosocial behavior^{core}</i>								
1 RCT ²⁰ (56 patients aged 16-18 years)	very serious	not serious	not serious	serious	not serious	Prosocial: post, 12-week FU: IG = CG; 6-week FU: IG > CG	–	very low

EPST: six 2-hour group sessions (ca. 8 weeks); TAU: typical curriculum offered at the residential program								
<i>Emotion-Processing Skills Training (EPST) + treatment as usual (TAU; IG) vs. TAU (CG); externalizing problems^{core}</i>								
2 RCTs ²¹ (164 patients aged 12-18 years) Lui (2019): EPST: six 2-hour group sessions (ca. 8 weeks); TAU: typical curriculum offered at the residential program te Brinke (2021): emotion regulation training: 5 individual 45-min session; CAU	very serious	serious	not serious	serious	not serious	Lui (2019): YSR (6-, 12-week FU): IG = CG CBCL (12-week): IG > CG te Brinke (2021): externalizing problems: (a) self-reported, (b) teacher-reported, (c) parent-reported first experimental phase, week 4 to week 10: IG = CG second experimental phase, week 11 to week 17: (a) IG > CG, d = 0.33; (b)-(c) IG = CG [total experimental phase]: (a)-(c) p > .05	te Brinke (2021): adolescents with elevated externalizing problems	very low

<i>Emotion-Processing Skills Training (EPST) + treatment as usual (TAU; IG) vs. TAU (CG); emotion recognition, affective perspective-taking, empathy, emotion regulation</i> ^{core}								
2 RCTs ²¹ (164 patients aged 12-18 years) Lui (2019): EPST: six 2-hour group sessions (ca. 8 weeks); TAU: typical curriculum offered at the residential program te Brinke (2021): emotion regulation training: 5 individual 45-min session; CAU	very serious	not serious	not serious	serious	not serious	Lui (2019): UNSW task (post, 6-week FU): IG = CG Affective perspective-taking (post): IG > CG; (6-month FU): IG = CG BES (post, 6-week FU): IG > CG (self-report); (12-week FU): IG = CG (self-, parent-report) te Brinke (2021): DERS: (a) Emotion Regulation (ER) Difficulties; FEEL-KJ: (b) ER Adaptive strategies, (c) ER Maladaptive strategies first experimental phase, week 4 to week 10: (a)-(c) IG = CG second experimental phase, week 11 to week 17: (a)-(c) IG = CG total experimental phase: (a)-(c) IG = CG	–	very low
<i>Emotion-Processing Skills Training (EPST) + treatment as usual (TAU; IG) vs. TAU (CG); social problems</i> ^{core}								
1 RCT ²⁰ (56 patients aged 16-18 years) EPST: six 2-hour group sessions (ca. 8 weeks); TAU: typical	very serious	not serious	not serious	serious	not serious	6-, 12week FU: IG = CG (self-report)	–	very low

curriculum offered at the residential program								
<i>Emotional recognition training (IG) vs. waitlist (CG); aggression^{core}</i>								
1 RCT ²² (80 patients aged 12-16 years)	not serious	not serious	not serious	serious	not serious	AQ: physical aggression, verbal aggression, anger, total: IG = CG; hostility: IG > CG, partial eta-squared = 0.107	–	moderate
<i>Attention based cognitive behavioral therapy (CBT = based on mindfulness cognitive therapy (MBCT) + dialectical behavior therapy (DBT); IG) vs. waitlist (CG); aggression^{core}</i>								
1 RCT ²³ (51 patients aged 7-13 years) MBCT + DBT: 9 sessions of 60 min after parental psycho-education sessions	not serious	not serious	not serious	serious	not serious	QSB [post]: aggressive behavior: IG > CG, R2 = 0.11 (parent rating); IG = CG (teacher rating) CBCL/TRF (aggression) [post]: IG = CG	–	moderate
<i>Attention based cognitive behavioral therapy (CBT = based on mindfulness cognitive therapy (MBCT) + dialectical behavior therapy (DBT); IG) vs. waitlist (CG); anger regulation strategies^{core}</i>								
1 RCT ²³ (51 patients aged 7-13 years) MBCT + DBT: 9 sessions of 60 min after parental psycho-	not serious	not serious	not serious	serious	not serious	BARQ-C [post]: (a) child rating/ adaptive strategies, (b) child rating/ maladaptive strategies, (c) parent rating/ adaptive strategies, (d) parent rating/ maladaptive strategies:	–	moderate

education sessions						(a), (b), (d): IG = CG; (c) IG > CG, R2 = 0.17		
<i>Attention based CBT (= based on mindfulness cognitive therapy (MBCT) + dialectical behavior therapy (DBT); IG) vs. waitlist (CG); quality of life, social impairment</i> ^{functional}								
1 RCT ²³ (51 patients aged 7-13 years) MBCT + DBT: 9 sessions of 60 min after parental psycho-education sessions	not serious	not serious	not serious	serious	not serious	PEDS QL: IG = CG SRS (parent rating): IG = CG Psychological well-being; SCL-90 (parent rating): IG = CG Parental Stress; NOSI-K (parent rating): IG = CG	–	moderate
<i>Child-centered play therapy (CCPT) vs. no treatment (CG); aggressive behaviors, oppositional defiant disorder (ODD)</i> ^{core}								
1 MA and 1 RCT ²⁴ (including 23 studies; 928 patients aged 2-12 years)	serious	not serious	serious	serious	not serious	MA, Parker (2021): aggression: CCPT = CG RCT, Heshmati (2023): ODD: CCPT > CG group x time: F = 14.21, p < .001, partial eta-squared = 0.27 differences between CCPT and control group: F = 6.90, p < .05, partial eta-squared = 0.239	CCPT is a non-directive intervention.	very low
<i>Child-centered play therapy (CCPT) vs. no treatment (CG); externalizing symptoms</i> ^{core}								
1 MA ²⁵ (including 23 studies; 904 patients aged 2-12 years)	serious	not serious	serious	serious	not serious	CCPT > CG; mean effect size = -.34	The median age of participants in this study was 6 years old, with a range from three to 11 years of age.	very low

							CCPT is a non-directive intervention.	
<i>Child-centered play therapy (CCPT) vs. no treatment (CG); overall problem behaviors ^{comorbid}</i>								
1 MA ²⁵ (including 23 studies; 904 patients aged 2-12 years)	serious	not serious	serious	serious	serious	CCPT > CG; mean effect size = -.48	The median age of participants in this study was 6 years old, with a range from three to 11 years of age. CCPT is a non-directive intervention.	very low
<i>Child-centered play therapy (CCPT) vs. alternative treatment for reducing externalizing symptoms (CG); externalizing symptoms ^{core}</i>								
1 MA ²⁵ (including 23 studies; 904 patients aged 2-12 years)	serious	not serious	serious	serious	not serious	CCPT > CG; mean effect size = -.56	The median age of participants in this study was 6 years old, with a range from three to 11 years of age. CCPT is a non-directive intervention.	very low
<i>Individual Play Therapy (IPT) vs. Group Play Therapy (GPT) vs. control group (CG); oppositional defiant disorder (ODD) ^{core}</i>								
1 RCT ²⁶ (45 patients aged 6-10 years)	not serious	not serious	not serious	serious	not serious	CBCL [post]: The results of the paired comparisons using the Bonferroni test revealed that the mean differences in both the individual and group play therapy conditions were significant compared with the control group. Moreover, the comparison of the mean scores for play therapy through the	Psychodynamic CCPT.	moderate

						individual and group approaches showed that the mean difference was 1.07, with a significance level of $p = .013$. CBCL [FU]: IPT = GPT; IPT > CG; GPT > CG TRF [post]: IPT = GPT; IPT > CG; GPT > CG TRF [FU]: IPT = GPT; IPT > CG; GPT > CG		
<i>Sandplay therapy (IG) vs. waitlist (CG); rule-breaking behavior, aggressive behavior, oppositional defiant problems, conduct problems^{core}</i>								
1 RCT ²⁷ (41 patients aged 6-11;11 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	rule-breaking: IG > CG, ES = 0.51 aggression: IG > CG, ES = 0.69 oppositional defiant problems (DSM): IG > CG, ES = 0.75 conduct problems: IG > CG, ES = 0.36	–	low
<i>Sandplay therapy (IG) vs. waitlist (CG); externalizing problems^{core}</i>								
1 RCT ²⁷ (41 patients aged 6-11;11 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	IG > CG, ES = 0.70	–	low
<i>Sandplay therapy (IG) vs. waitlist (CG); social problems^{core}</i>								
1 RCT ²⁷ (41 patients aged 6-11;11 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	IG > CG, ES = 0.42	Cognitive-behavioral approach	low

<i>Sandplay therapy (IG) vs. waitlist (CG); internalizing problems</i> ^{comorbid}								
1 RCT ²⁷ (41 patients aged 6-11;11 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	IG > CG, ES = 0.54	–	low
<i>Psychodynamic therapy (IG) vs. waitlist/treatment as usual (CG); behavior problems</i> ^{comorbid}								
1 RCT ²⁸ (66 patients aged 14-19 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	SDQ (total): IG > CG, d = 0.38	–	low
<i>Psychodynamic therapy (IG) vs. waitlist/treatment as usual (CG); global severity index</i> ^{functional}								
1 RCT ²⁸ (66 patients aged 14-19 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	GSI: IG = CG	–	low
<i>Psychodynamic therapy (IG) vs. waitlist/treatment as usual (CG); rates of remission</i> ^{functional}								
1 RCT ²⁸ (66 patients aged 14-19 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	IG > CG	–	low
<i>Group interpersonal psychotherapy (G-IPT; IG) vs. no treatment (CG); aggression</i> ^{core}								
1 RCT ²⁹ (60 patients aged 18-19 years)	not serious	not serious	not serious	not serious	not serious	IG > CG: total aggression, ES = 2.00; impulsivity, ES = 1.22; physical aggression, ES = 1.22; anger proneness, ES = 0.62 IG = CG: hostility	–	high
<i>Group reality therapy (IG) vs. control group (CG); externalizing symptoms</i> ^{core}								
1 RCT ³⁰ (40 patients aged 12-18 years) IG: five 2-hours sessions once-	not serious	not serious	serious	serious	not serious	Conners Total: [from baseline to week 6]: IG > CG [from baseline to week 10]: IG = CG	Adolescents diagnosed with ODD and ADHD (externalizing population)	low

weekly; CG: unstructured 2-hours sessions with a supportive approach for five consecutive weeks						SDQ (conduct) [from baseline to week 6]: IG > CG [from baseline to week 10]: IG = CG		
<i>Group reality therapy (IG) vs. control group (CG); prosocial^{core}</i>								
1 RCT ³⁰ (40 patients aged 12-18 years) IG: five 2-hours sessions once-weekly; CG: unstructured 2-hours sessions with a supportive approach for five consecutive weeks	not serious	not serious	serious	serious	not serious	SDQ (prosocial): [from baseline to week 6]: IG = CG [from baseline to week 10]: IG = CG	Adolescents diagnosed with ODD and ADHD (externalizing population)	low
<i>Solution-focused approach (SFA; IG) vs. no intervention (CG); anger, violence^{core}</i>								
1 RCT ³¹ (48 patients, 110th and 11th graders) SFA: seven sessions, each a 55 min., once a week	not serious	not serious	not serious	serious	not serious	STAXI (Turkish version): (a) trait anger, (b) anger expression: 1. anger-in, 2. anger-out, 3. anger-control [one week & one month following the intervention]: (a) IG > CG, (b) 1. IG = CG, (b) 2. & (b) 3. IG > CG VTS: [one week & one	–	moderate

						month following the intervention]: IG > CG		
<i>Child group vs. parent group vs. child-parent group based on the social information processing (SIP); aggression^{core}</i>								
1 RCT ³² (126 patients aged 8-14 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	[child report]: The Time x Intervention interaction effects were not significant for general, reactive, and proactive aggression for parent-child group vs. child group. child group > parent group for general, reactive, and proactive aggression. [parent report]: The Time x Intervention interaction effects were not significant for general, reactive, and proactive aggression for parent group vs. child group as well as parent-child group vs. child group.	However, it also showed that while parent-child group had equivalent delayed effect on reactive aggression with the child-only group, the parent group rebounded, suggesting parenting training alone may not be adequate to give a sustainable impact on children. Children should always be included in order to give long-term effects.	low
<i>CBT or BT (i.e., parent behavior therapy, child behavior therapy, multicomponent treatment) vs. mixed (other treatment, control condition or none); conduct disorder/oppositional defiant disorder^{core}</i>								
1 MA ³³ (including 28 studies; 2774 patients aged ≤ 18 years)	not serious	not serious	not serious	serious	serious	within-group effect size: g = 0.98, z = 14.31, p < .0001 rates of remission: 47.6 % Target of treatment: Child: effect size: k = 7, g = 0.82, CI 0.56–1.09; remission: k = 5, 32.4 %, CI: 11.5–63.9	There was no significant differences depending on target or format of therapy, degree of parental involvement, teacher involvement or therapist profession.	low

<i>Psychosocial interventions (e.g., psychotherapy, counseling, training; IG) vs. mixed (any active nonpsychosocial intervention, or an inactive control group [i.e., receiving no intervention, treatment as usual (TAU), on a waitlist (WL)]; CG); externalizing symptoms, disruptive behavior</i> ^{core}								
4 MAs and 2 SRs 34 (MAs including >123 studies, 20557 patients aged 4-18 years) (SRs including 81 studies, N = unknown)	serious	not serious	not serious	serious	serious	MA, Granski (2020): Program format: multimodal: $g = .45$, group: $g = .39$, individual: $g = .12$ Individual formats ($k = 6$) had a mean effect size of $.12$ ($SE = .04$). Programs that utilized an individual format had statistically significantly lower effects than group and multimodal programs combined ($Q_{between} = 36.86$, $df = 1$, $p < .001$). Individual programs ($k = 2$, $g = .801$, $SE = .173$) followed by multimodal programs ($k = 3$, $g = .267$, $SE = .127$) were most effective in addressing mental health outcomes MA, Boldrini (2023): With respect to intervention format (ie, family, individual, group, mixed), the family format showed the largest effect size on the primary outcome ($SMD = -1.46$, 95 % $CI = -1.05$ to -1.88), whereas the individual format showed	Psychotherapy from various theoretical orientations (e.g., cognitive behavioral therapy, psychodynamic psychotherapy, transactional psychotherapy, systemic psychotherapy) MA, Boldrini (2023): group setting: $k = 11$, $N = 596$; $IG > CG$ individual approach: $k = 1$, $N = 279$; $IG = CG$ family approach: $k = 3$, $N = 57$; $IG > CG$ mixed: $k = 1$; $IG > CG$ MA, Epstein (2015): [post]: Family-based: $k = 2$, $g = 0.11$, $CI(-0.69-0.91)$, Parenting training: $k = 10$, $g = 0.35$, $CI(0.11-0.59)$, Psychotherapy: $k = 2$, $g = -0.05$, $CI(-0.33-0.24)$, Multiple intervention: $k = 5$, $g = 0.20$, $CI(0.03-0.36)$ [FU]: Family-based: $k = 3$, $g = 0.07$, $CI(-0.27-0.4)$, Parenting training: $k = 22$, $g = 0.28$, $CI(0.15-0.40)$,	very low

					the worst acceptability (OR = 47.19, 95 % CI = 2.86-779.53; data pertaining to only one RCT). MA, Epstein (2015): IG > CG; The 3 intervention categories (only a child component, only a parent component, or as multicomponent interventions) 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. child-only: k = 2; n = unknown; estimate = -1.0 SD reduction in outcome score, CI: -1.6, -0.4, posterior probability of being the best treatment (14 %) [multicomponent(k = 39) and parent-only (k = 25) interventions: same estimated value, with a median of -1.2 SD reduction in outcome score, CI: -1.6, -0.9, identical posterior	Psychotherapy: k = 2, g = 0.15, CI(-0.23-0.52), Multiple intervention: k = 8, g = 0.29, CI(0.01-0.57), Other: k = 4, g = 0.18, CI(0.04-0.31) SR, Kaminski (2017): [probably efficacious]: group child behavior therapy, individual child behavior therapy, individual child-entered play therapy [possibly efficacious]: group child behavior therapy + individual child behavior therapy SR, Kaminski (2024): [probably efficacious]: individual child behavior therapy, group child-centered play therapy, individual child-centered play therapy [possibly efficacious]: group child behavior therapy + individual child behavior therapy	
--	--	--	--	--	--	---	--

						probabilities of being the best treatment (both 43 %)] MA, Pilling (2020): [post]: Individual CBT/BT: $k = 2$, $g = -0.33$, $CI(-1.02-0.36)$, Group CBT: $k = 2$, $g = 0.16$, $CI(-0.11-0.43)$ [follow-up]: Individual CBT/BT: $k = 3$, $g = 0.24$, $CI(-0.3-0.77)$, Group CBT: $k = 2$, $g = -0.27$, $CI(-1.87-1.33)$ SR, Kaminski (2017): Group child behavior therapy: superior to no treatment; $k = 2$; $n =$ unknown, age: 4–8 years; ES: -0.94 and -0.32 Individual child behavior therapy: superior to alternate treatment; $k = 2$; $n =$ unknown; age: 7–13 years; ES: -1.80 and -0.77 Group child-centered play therapy: superior to alternate treatment; $k = 1$; $n =$ unknown; age: 10–12 years; ES = -0.91 Individual child-centered play therapy: superior to alternate treatment; $k = 1$; $n =$ unknown; age: 5–9 years; ES = -0.99		
--	--	--	--	--	--	--	--	--

						Group child behavior therapy + individual child behavior therapy: superior to no treatment: $k = 1$; $n =$ unknown; third grade SR, Kuhn (2022): child-only social skills and child-only CBT performed equally to BMT when compared independently. CBT > waitlist (Hannesdottir et al., 2017; Vanzin et al., 2018; Wyman et al., 2010), $d = 0.31-0.75$ CBT = BMT (Hannesdottir et al., 2017) Social skill interventions (SS) > WL, $d = 0.26-0.41$ SS = active control Play Therapy (PT) and Non-Directive Interventions > WL, $d = 0.63$ PT > TAU, $d = 0.44-0.91$		
<i>Brief parent training (BPT) vs. parent management training, Oregon Model (PMTO) vs. child-directed social skills training (ISST); callous-unemotional (CU) traits</i> ^{core}								
1 RCT ³⁵ (551 patients aged 3-12 years)	serious	not serious	serious	serious	not serious	Findings showed that both BPT ($d = .32$) and PMTO ($d = .39$) had positive effects on CU traits at posttest, while ISST did not ($d = -.06$). When we examined these effects 6 months after posttest, we found	Age: $M = 7.28$, $SD = 2.61$	very low

						that only PMTO produced a positive and significant effect ($d = .48$) on CU traits. Both at posttest and at follow-up, we obtained larger effects in the PMTO sample than in the BPT sample.		
<i>PHAT Life (Preventing HIV/AIDS among Teens: 2-week psychosocial intervention; IG) vs. equally intensive health promotion control (CG); aggression</i> core								
1 RCT ³⁶ (71 patients aged 13-17 years)	serious	serious	not serious	serious	not serious	YSR/aggressive behavior: (a) total score, (b) targeted aggression, (c) nontargeted aggression: 6-month: (a, b): IG > CG, partial eta-squared: 0.07-0.10, (c) IG = CG 6-12 months: (a) IG < CG	Participants = juvenile offenders N = 310 of whom N = 71 reported clinically significant levels of aggression at baseline	very low
<i>Trauma Focused-Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) and Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR; IG) vs. waitlist with routine care or no treatment, non-directive supportive therapy (NST), Child Friendly Spaces (CFS, non trauma based psychosocial intervention); externalizing behavior problems</i> core								
1 MA ³⁷ (including 8 studies; 566 patients aged 11-21)	serious	serious	serious	not serious	not serious	IG > no treatment IG = treatment as usual	Participants with externalizing behavior problems. Treatment was more effective in older adolescents. As expected, trauma treatment had more effect on trauma symptoms ($d = 1.123$;	very low

							large effect) than on externalizing behavior problems (d = 0.666; medium effect).	
<i>Trauma Focused-Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) and Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR; IG) vs. waitlist with routine care or no treatment, non-directive supportive therapy (NST), Child Friendly Spaces (CFS, non trauma based psychosocial intervention); trauma symptoms ^{comorbid}</i>								
1 MA ³⁷ (including 8 studies; 566 patients aged 11-21)	serious	serious	serious	not serious	not serious	IG > no treatment IG = treatment as usual	Participants with externalizing behavior problems. Treatment was more effective in older adolescents. As expected, trauma treatment had more effect on trauma symptoms (d = 1.123; large effect) than on externalizing behavior problems (d = 0.666; medium effect).	very low
<i>Forensic offender rehabilitation narrative exposure therapy (FORNET; IG) vs. treatment as usual in the residential center (CG); aggression, recent offenses ^{core}</i>								
1 RCT ³⁸ (32 patients aged 11-23 years)	not serious	not serious	not serious	not serious	not serious	aggression: IG = CG recent offenses: IG > CG, Hedges's g = 0.62	–	high
<i>Forensic offender rehabilitation narrative exposure therapy (FORNET; IG) vs. treatment as usual in the residential center (CG); physical health ^{functional}</i>								
1 RCT ³⁸ (32 patients aged 11-23 years)	not serious	not serious	not serious	not serious	not serious	IG > CG, Hedges's g = 0.56	–	high

OVERALL								low
Core symptoms								low
Comorbid symptoms								low
Level of functioning								moderate
<i>Note.</i> ARI = Affective Reactivity Index; AQ = Aggression Questionnaire; BARQ-C = Behavioral anger response questionnaire for children; BES = Basic Empathy Scale; BMSLSS = Brief Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale; BPAQ = Buss–Perry Aggression Questionnaire; CBCL = Child Behavior Checklist; CBQ = Children's Behavior Questionnaire; CDI = Children's Depression Inventory; CDRS = Child Depression Rating Scale; CG = control group; CGAS = Children's Global Assessment Scale; CGI = Clinical Global Impression; comorbid = comorbid symptoms; core = core symptoms; DBDRS = Disruptive Behavior Disorder Rating Scales; DBRS = Disruptive Behavior Rating Scale; DCL-DBD = semi-structured Interview for Disruptive Behavior Disorders; DERS = Difficulties in Emotion Regulation Scale; FAVK = Questionnaire for Aggressive Behavior of Children; FEEL-KJ = Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen; FMSS-M = Five Minute Speech Sample-Modified; FU= Follow-up; functioning = level of functioning; GSI = Global Severity Index; IG = intervention group; IRPA = Instrument for Reactive and Proactive Aggression; KINDL-P = German questionnaire for measuring health-related quality of life in children and adolescents; KSADS = Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children; MA = meta-analysis; MOAS = Modified Overt Aggression Scale; N/A = not applicable; NOSI-K = Nijmeegse Ouderlijke Stress Index-K; PARS = Pediatric Anxiety Rating Scale; PEAS = Positive Expectations of an Aggressive Solution; PECS = Positive Expectations of a Competent Solution; PEDS QL = Prediatric quality of life inventory; pos. = positive; QSB = Questionnaire Social Behavior; RCT = randomized controlled trial; RPQ = Reactive-Proactive Aggression Questionnaire; SCARED = Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders; SCL-90 = Symptom Checklist-90; SCL-ADHD = Symptom Checklist for attention deficit hyperactivity disorder; SCL-DBD = German Symptom Checklist for Disruptive Behavior Disorder; SCRS = Self-Control Rating Scale; SCST = Social Cognitive Skills Test; SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire; SNAP-IV = Swanson, Nolan and Pelham Rating Scale Questionnaire, revised; SR = systematic review; SRS = Social Responsiveness Scale; STAXI = State-Trait Anger Expression Inventory; TRF = Teacher Report Form; UNSW task = University of New South Wales Facial Emotion Recognition; VTS = Violence Tendency Scale; WFIRS-P-M = Modified, German version of the Weiss Functional Impairment Rating Scale–Parent Report; YSR = Youth-Self-Report.								
¹ Weber (2018), Njardvik (2022), Singh (2017); ² Weber (2018); ³ Weber (2018), Nijhof (2021); ⁴ THAV study group: Görtz-Dorten (2019), Del Giudice (2023), Katzmann (2019); ⁵ Alsem (2023); ⁶ Beelmann (2021), Stadler (2023); ⁷ Stadler (2023), ⁸ Görtz-Dorten (2022); ⁹ Fung (2018) [Effectiveness of Chinese Martial...]; ¹⁰ Saba (2023); ¹¹ Schippers (2020); ¹² Haller (2022); ¹³ Byrne (2023); ¹⁴ Ducharme (2021); ¹⁵ Ensafdar (2019); ¹⁶ Hasani (2020); ¹⁷ Hoogsteder (2023), Roux (2021); ¹⁸ Heidary (2022); ¹⁹ Roux (2021); ²⁰ Lui (2019); ²¹ Lui (2019), te Brinke (2021); ²² Li (2023); ²³ Clifford (2022); ²⁴ Parker (2021), Heshmati								

(2023); ²⁵ Parker (2021); ²⁶ Morshed (2019); ²⁷ Chalfon (2022); ²⁸ Salzer (2014); ²⁹ Li (2019); ³⁰ Nayeri (2021); ³¹ Akbas (2022); ³² Fung (2018) [Reducing reactive aggression in...]; ³³ Riise (2021); ³⁴ Boldrini (2023), Epstein (2015), Pilling (2020), merged studies: Kaminski (2017, 2024); Granski (2020), Kuhn (2022); ³⁵ Kjøbli (2018); ³⁶ Kendall (2017); ³⁷ Hoogsteder (2022); ³⁸ Crombach (2015)

Recommendation 4.4.3.								
"Patient:innenzentrierte Interventionen zur Behandlung von Symptomatik der Störungen des Sozialverhaltens können im Gruppenformat oder im Einzelformat und im ambulanten (einschließlich aufsuchenden) oder (teil-)stationären Setting durchgeführt werden."								
Type and number of studies; number of patients (age); duration of studies	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Publication bias	Summary of findings	Comments	Overall quality
<i>Psychosocial interventions (e.g., psychotherapy, counseling, training; IG) vs. mixed (any active nonpsychosocial intervention, or an inactive control group [i.e., receiving no intervention, treatment as usual, on a waitlist]; CG); externalizing symptoms, disruptive behavior, conduct disorder (CD), oppositional defiant disorder (ODD)^{core}</i>								
3 MAs ¹ (including 62 studies; 9100 patients aged up to 11-19 years)	serious	not serious	not serious	serious	serious	MA, Granski (2020): Overall, programs that employed multimodal formats yielded larger effect sizes than group and individual formats. Multimodal formats (k = 8) had a mean effect size of .45 (SE = .08). Group formats (k = 34) had a mean effect size of .39 (SE = .02). Individual formats (k = 6) had a mean effect size of .12 (SE = .04). The variability associated with program format was statistically significant (Qbetween = 37.47, df = 2,	MA, Granski (2020): The group format mean effect for boys (g = .44, SE = .03) was statistically significantly greater than that for girls (g = .34, SE = .03; Qbetween = 5.87, df = 1, p < .05). There was no significant difference in the impact of multimodal or individual programs between boys and girls.	very low

						p < .001). MA, Riise (2021): There was no significant differences depending on target or format of therapy (i.e. individual, group or combined), degree of parental involvement, teacher involvement or therapist profession. MA, Boldrini (2023): With respect to intervention format (ie, family, individual, group, mixed), the family format showed the largest effect size on the primary outcome (SMD = -1.46, 95 % CI = - 1.05 to -1.88), whereas the individual format showed the worst acceptability (OR = 47.19, 95 % CI = 2.86-779.53; data pertaining to only one RCT). Group setting: k = 11, N = 596; IG > CG Individual approach: k = 1, N = 279; IG = CG Family approach: k = 3, N = 57; IG > CG Mixed: k = 1; IG > CG		
--	--	--	--	--	--	---	--	--

<i>Group Coping Power (GCP) vs. Individual Coping Power (ICP); externalizing (teacher report)^{core}</i>								
1 RCT ² (360 patients aged 9-12 years) GCP: 6 children per group; 32 sessions of 50-60 min in group and monthly 15-20 min individual sessions ICP: 32 30-min one-on-one meetings	serious	not serious	not serious	serious	not serious	Aggressive children who have higher skin conductance reactivity (potentially an indicator of poorer emotion regulation) and who have a variant of the oxytocin receptor gene that may be associated with being hyperinvolved in social bonding have better outcomes in their teacher-rated externalizing behavior outcomes over time if they were seen individually rather than in groups.	–	low
<i>Individual Play Therapy (IPT) vs. Group Play Therapy (GPT); oppositional defiant disorder symptoms^{core}</i>								
1 RCT ³ (45 patients aged 6-10 years) Both took place weekly for eight total sessions; individual sessions lasted 45 minutes each while group sessions were each 60 minutes in duration	not serious	not serious	not serious	not serious	not serious	Post: parent report: IPT > GPT teacher report: IPT = GPT FU: parent report & teacher report: IPT = GPT	Post and FU: Parent report & teacher report: IPT/GPT > CG	high

Stationäre Behandlung; psychosoziale Anpassung ^{functioning}								
1 Beobachtungsstudie ⁴ (744 stationär aufgenommene Patient:innen 7-18 Jahre alt)	serious	not serious	not serious	not serious	not serious	SGKJ: I: prä Mittelwert: 4,4 ± 0,7; post Mittelwert: 5,8 ± 0,9; Veränderung < 1: 58, 1,63 %; Veränderung ≥ 1: 197, 83,7 % E: prä Mittelwert: 4,4 ± 0,8; post Mittelwert: 5,8 ± 1,0; Veränderung < 1: 55, 24,0 %; Veränderung ≥ 1: 174, 76,0 % D: prä Mittelwert: 4,5 ± 1,1; post Mittelwert: 5,5 ± 1,1; Veränderung < 1: 57, 35,6 %; Veränderung ≥ 1: 103, 64,4 % Verbesserung in Abhängigkeit von der Diagnosegruppe: p < 0,001	Ausgangspunkt der GRADE-Beurteilung war 'niedrig'. I: Impulsiv, F90.1; E: Emotional, F91.2, F92; D: Dissozial, F91.1, F91.3 In den vier Subgruppen (I, E, D, internal) der stationären Stichprobe hing der Behandlungserfolg unabhängig von der Diagnose hochsignifikant von der Kooperation des Kindes ab. Auch für die Variablen Kooperation der Eltern und Ausgangswert der SGKJ zeigte sich in allen Gruppen ein hochsignifikanter Zusammenhang bezüglich des Behandlungserfolges. In der Subgruppe "D" konnten Geschlecht, abweichende Elternsituation, Schulabschluss der Mutter sowie Alter des Kindes, der Subgruppe	very low

							"E" Berufsausbildung der Mutter und Schwere der Funktionsbeeinträchtigung als weitere signifikante Prädiktoren identifiziert werden.	
OVERALL								low
Core symptoms								low
Comorbid symptoms								N/A
Level of functioning								very low
<i>Note.</i> CG = control group; core = core symptoms; FU = Follow-up; functioning = level of functioning; IG = intervention group; MA = meta-analysis; N/A = not applicable; RCT = randomized controlled trial; SGKJ = Skala zur Gesamtbeurteilung von Kindern und Jugendlichen; SR = systematic review.								
¹ Boldrini (2023), Granski (2020), Riise (2021); ² Lochman (2019); ³ Morshed (2019); ⁴ Wagner (2004)								

Kapitel 4.5: Maßnahmen und Interventionen in Bildungseinrichtungen

Recommendation 4.5.1.								
"Die institutionelle Bildung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen sollte durch Maßnahmen der universellen, selektiven und indizierten Prävention zur Verbesserung der sozial-emotionalen und Problemlösekompetenz unterstützt werden. Diese Präventionsmaßnahmen sollten in einem mehrstufigen, konsequent präventiv ausgerichteten Rahmenkonzept organisiert werden. Die mehrstufigen Rahmenkonzepte sollten evidenzbasierte Verfahren integrieren, multimodal und multiprofessionell ausgerichtet sein, eine Verlaufsdiagnostik beinhalten und datenbasierte Förderentscheidungen vorsehen. Diese Angebote sollten Kenntnisse und Kompetenzen von pädagogischen Fachkräften und Lehrkräften verbessern."								
Type and number of studies; number of patients (age); etc.	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Publication bias	Summary of findings	Comments	Overall quality
<i>Multi-tiered Systems of Supports (MTSS); mixed outcomes</i> ^{comorbid}								
1 SR ¹ (including 40 studies; n = unknown, kindergarten through seventh grade)	serious	not serious	not serious	serious	serious	MTSS were effective (e.g., disrupting class: d = 0.94, problem behavior: d = 0.11-0.43)	Outcomes: 60 % focused emotional and social behavior, 45 % Office Discipline Referrals (or just referrals) 65 % quasi-experimental design, 15 % (single)-case study, 7.5 % RCT, and 12.5 % used a mixed method approach consisting of quantitative and qualitative methods. For categories for interventions see Table 2 of the review.	very low

Multi-tiered Systems of Supports (MTSS, Tier 1 & Tier 2); disruptive behavior ^{core}								
1 single-case study ² (29 participants aged 6 to 8 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	No intervention vs. Tier 1: 13 participants (44.82 %) showed small effects; 15 (51.72 %) showed medium effects; and one showed strong effect Tier 1 vs. Tier 2: 19 participants (65.51 %) showed small effects; eight (27.58 %) showed medium effects; and two showed strong effects (6.89 %) significant reduction at Tier 1, but non-significant reduction at Tier 2 compared with Tier 1.	GRADE rating started at 'low'.	very low
OVERALL								very low
Core symptoms								very low
Comorbid symptoms								very low
Level of functioning								N/A
Note. Comorbid = comorbid symptoms; core = core symptoms; N/A = not applicable; RCT = randomized controlled trial; SR = systematic review.								
¹ Nitz (2023) [Multi-tiered systems of...]; ² Nitz (2023) [Tiers 1 and 2...]								

Recommendation 4.5.3.								
"In jeder Lern- oder pädagogischen Gruppe sollte ein verlässliches Gruppenmanagement sowohl proaktiv als auch reaktiv geschaffen werden."								
Type and number of studies; number of patients (age); etc.	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Publication bias	Summary of findings	Comments	Overall quality
Classroom Management Programs vs. mixed (e.g., no treatment, treatment as usual); social emotional outcomes ^{core}								
1 MA ¹ (including 54 studies; students from pre-kindergarten to Grade 6)	serious	not serious	not serious	not serious	not serious	Averaged effect size for all programs: $g = 0.21$ ($SE = 0.03$) for social emotional outcomes; all interventions had small to moderate effects, except School-Wide Positive Behavior Support (SWPBS; no or minimal effect on behavior and social emotional outcomes)	Percentage of randomized controlled trials unknown (GRADE rating started at 'low'). Social development, social skills, social competencies, emotional development, emotional skills, emotional competencies, emotion recognition, moral sensitivity, coping, emotion regulation, and empathy were coded as social-emotional outcomes. interventions: Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS; 10), Good Behavior Game (4), School-Wide Positive Behavior Support (SWPBS; 3), Second Step	very low

							(3), Zippy's Friends (3), Other (31)	
<i>(Behavioral) Classroom Management Programs vs. control; disruptive or aggressive behavior^{core}</i>								
2 MAs ² (including 232 studies; students from preschool to high school)	serious	not serious	not serious	not serious	not serious	Oliver (2011): classroom d = .80 (CI = 0.51 to 1.09; comparable to student level effect sizes of d = .22) for disruptive or aggressive behavior Wilson (2003): ES = 0.35 for aggressive behavior	Oliver (2011): interventions: Classroom Organization and Management Program (COMP; 7), Good Behavior Game (3), Other (2) Wilson (2003): Interventions involve the use of various behavioral techniques, such as rewards, token economies, contingency contracts, and the like to modify or reduce disruptive and aggressive behavior	moderate
<i>Incredible Years Teacher Classroom Management Program (IG) vs. waitlist (business-as-usual; CG); disruptive behavior^{core}</i>								
1 RCT ³ (1680 children, kindergarten to third grade)	not serious	not serious	not serious	serious	not serious	Special education: IG > CG (ES = -0.23) non-special education: IG = CG	–	moderate
<i>Incredible Years Teacher Classroom Management Program (IG) vs. waitlist (business-as-usual; CG); social competence, emotion regulation^{core}</i>								
1 RCT ³ (1680 children, kindergarten to third grade)	not serious	serious	not serious	serious	not serious	No moderating effect of special education for prosocial behavior special education: IG > CG for social competence (ES =	–	low

						0.43) and for emotion dysregulation (but IG = CG after controlling for multiple comparison) non-special education: IG = CG for social competence		
<i>Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS) curriculum vs. active control; aggression, conduct problems</i> ^{core}								
2 RCTs ⁴ (666 children, 4-years-olds followed into early adolescence or kindergarten to grade 2)	serious	not serious	not serious	not serious	not serious	Calhoun (2020) : d = -1.13 for aggression Bierman (2021) : ES = -0.20 for conduct problems	—	moderate
<i>Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS) curriculum vs. active placebo condition; social competence, prosocial behavior, emotion regulation</i> ^{core}								
1 RCT ⁵ (310 children, 4-years-olds followed into early adolescence)	very serious	not serious	not serious	not serious	not serious	d = 2.20 for social competence, d = 2.28 for prosocial behavior and d = 1.85 for emotion regulation	—	low
OVERALL								low
Core symptoms								low
Comorbid symptoms								N/A
Level of functioning								N/A

<i>Note.</i> CG = control group; core = core symptoms; IG = intervention group; MA = meta-analysis; N/A = not applicable; RCT = randomized controlled trial.
¹ Korpershoek (2016); ² Oliver (2011), Wilson (2003); ³ Reinke (2021); ⁴ Calhoun (2020), Bierman (2021); ⁵ Calhoun (2020)

Recommendation 4.5.4.								
"In jeder Lern- oder pädagogischen Gruppe sollten folgende Bereiche adressiert werden: • Förderung der Selbst- und Fremdwahrnehmung von Gefühlen, • Unterstützung der Selbstkontrolle von emotionaler Erregung und Verhalten, • Förderung eines positiven Selbstkonzepts und guter Peer-Beziehungen, • Verbesserung der sozial-kognitiven Informationsverarbeitung."								
Type and number of studies; number of patients (age); etc.	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Publication bias	Summary of findings	Comments	Overall quality
<i>Universal Interventions in educational institutions (IG) vs. mixed (waitlist, attention placebo, education as usual; CG); conduct problems, suspensions, aggression, violence, externalizing symptoms and anger, disruptive behavior^{core}</i>								
7 MAs and 4 RCTs and 1 single case study ¹ (MAs including 798 studies; students aged 0-18 years) (RCTs including 1399 students and students from further 37 schools aged 3-14 years) (single case study including 180 students aged 6-9 years)	serious	not serious	not serious	not serious	not serious	MA, Durlak (2011): ES = 0.22, CI = 0.16 to 0.29 for externalizing and anger MA, Gansle (2005): d = 0.54, sd = 0.55 MA, Hahn (2007): median effect in violence (relative % change in intervention versus control populations) = -15, 25th percentile: -2.3, 75th percentile= -44.1 MA, Wilson (2007): ES = 0.21 for aggressive and disruptive behavior MA, Beelmann (2014): d = 0.26 for externalizing behavior MA, Cipriano (2023): d =	MA, Durlak (2011) & MA, Cipirano (2023): social and emotional learning (SEL) programs MA, Sklad (2012): social, emotional and behavioral programs MA, Gansle (2005): 55 % of interventions were conducted by a school psychologist or other school consultant or professional; 24 group comparisons reported using self-focused treatment components, 23 reported using a socially focused	moderate

					0.16 for externalizing behavior, CI = 0.12 to 0.20 MA, Sklad (2012): d = -0.43 (post, CI = -0.32 to -0.54) or d = -0.20 (FU, CI = -0.30 to -0.10) for antisocial behavior RCT, Baker-Henningham (2012): post : ES = 0.42 for observed conduct problems RCT, Baker-Henningham (2021): FU: IG = CG for observed, parent-reported and teacher-reported conduct problems RCT, Bradshaw (2009): suspensions significantly declined over time for SWPBIS schools but not for comparison schools. RCT, O’Leary-Barrett (2013): significantly reduced conduct symptoms (p = 0.001) and conduct problems (OR = 0.79, CI = 0.65–0.96) single case study, Franzen (2008): decreases in disruptive behaviors across three grade levels	treatment and 22 reported using both foci. MA, Hahn (2007): All school program intervention strategies (e.g., informational, cognitive/affective, and social skills building) were associated with a reduction in violent behavior. MA, Wilson (2007): most common programs were cognitively oriented, although behavioral strategies, social skills training, and counseling programs were well represented.	
--	--	--	--	--	---	--	--

Universal Interventions in educational institutions (IG) vs. mixed (waitlist, attention placebo, education as usual; CG); social and emotional skills ^{core}								
4 MAs and 3 RCTs ² (MAs including 341 studies; students aged 5-18 years) (RCTs including 346 children and children from further 20 preschool classes aged 3-6 years)	serious	not serious	not serious	not serious	not serious	MA, Durlak (2011): ES = 0.57, CI = 0.48 to 0.67 for social skills, ES = 0.24, CI = 0.16 to 0.32 for positive social behavior MA, Gansle (2005): d = 0.34, sd = 0.53 MA, Murano (2020): g = .34, CI = 0.27 to 0.41 MA, Sklad (2012): d = 0.39 (post, CI = 0.15 to 0.63) or d = 0.12 (FU, CI = 0.06 to 0.18) for prosocial behavior, d = 0.70 (post, CI = 0.51 to 0.89) or d = 0.07 (FU, CI = 0.04 to 0.09) for social-emotional skills RCT, Baker-Henningham (2012): post: ES = 0.59 for teacher-reported social skills RCT, Baker-Henningham (2021): FU: IG = CG for parent- and teacher-reported social skills (p < .10) RCT, Domitrovich (2007): ES = 0.36 for emotional knowledge, ES = 0.48 for social skills (teacher), ES = 0.46 for social and emotional skills (parent)	MA, Murano (2020): social and emotional learning (SEL) programs <i>see above</i>	moderate

OVERALL								moderate
Core symptoms								moderate
Comorbid symptoms								N/A
Level of functioning								N/A
<i>Note.</i> CG = control group; core = core symptoms; FU = Follow-up; IG = intervention group; MA = meta-analysis; N/A = not applicable; RCT = randomized controlled trial.								
¹ Durlak (2011), Gansle (2005), Hahn (2007), Wilson (2007), Beelmann (2014), Cipriano (2023), Sklad (2012), Baker-Henningham (2012), Baker-Henningham (2021), Bradshaw (2009), Franzen (2008), O'Leary-Barrett (2013); ² Durlak (2011), Gansle (2005), Murano (2020), Sklad (2012), Baker-Henningham (2012), Baker-Henningham (2021), Domitrovich (2007)								

Recommendation 4.5.5.								
"Präventionsmaßnahmen in Bildungseinrichtungen, welche sich, im Sinne einer selektiven Prävention, an einzelne Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens richten, sollten an Angebote der universellen Prävention anknüpfen und diese vertiefen."								
Type and number of studies; number of patients (age); etc.	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Publication bias	Summary of findings	Comments	Overall quality
<i>School-Based Interventions (IG) vs. control (CG); aggressive and disruptive behavior</i> ^{core}								
1 MA ¹ (including 108 studies; students from preschool through high school)	serious	not serious	serious	not serious	not serious	IG > CG; ES = 0.29	Included selected and indicated programs; cognitively-oriented: 41 programs; behavioral strategies: 29 programs; social skills training: 26 programs; counseling, therapy: 26 programs; peer mediation: 5 programs	low
<i>Social and emotional learning intervention vs. control; conduct problems, aggression</i> ^{core}								
1 MA and 2 RCTs ² (MA including 20 studies; students aged 3-16 years) (RCTs including 666 children, 4-years-olds)	serious	not serious	not serious	not serious	not serious	MA, McClure (2017): $g = -0.18$, $CI = -0.24$ to -0.13 for conduct problems RCT, Bierman (2021): $ES = -0.20$ for conduct problems RCT, Calhoun (2020): $d = -1.13$ for aggression	MA, McClure (2017): 5 of 9 individual effect sizes were significant	moderate

followed into early adolescence, or Grade K-2)								
<i>SEL intervention vs. control; social cognitive skills, emotion regulation, positive social behavior^{core}</i>								
2 MAs and 3 RCTs ³ (MAs including 33 studies; students aged 2-16 years) (RCTs including 692 patients aged 3-12 years)	serious	serious	not serious	not serious	not serious	MA, McClure (2017): $g = 0.19$, $CI = 0.11$ to 0.26 for positive social behavior MA, Murano (2020): $g = .44$, $CI = 0.35$ to 0.53 for social and emotional skills RCT, Calhoun (2020): $d = 2.20$ for social competence, $d = 2.28$ for prosocial behavior and $d = 1.85$ for emotion regulation RCT, Bierman (2023): $d = 0.21$ for emotion recognition (child) and $d = 0.24$ for social skills (teacher), not significantly affected for competent problem solving (child, $p = 0.06$) and self-control skills (child) RCT, Senior (2023): n.s. for social skills (teacher, parent), $\eta^2 = 0.08$ (teacher) and $\eta^2 = 0.04$ (parent) for emotional self control, $\eta^2 = 0.06$ (teacher) and $\eta^2 = 0.03$	MA, McClure (2017): 5 of 7 individual effect sizes were significant; RCT, Calhoun (2020): investigation over the course of two school years with intervention and an additional year when intervention was no longer provided MA, Murano (2020): involved exclusively SEL intervention that targeted the development of social and emotional learning skills as categorized by CASEL (Collaborative for Academic, Social and Emotional Learning)	low

						(parent) for anger control and n.s. for emotion regulation (child)		
<i>Social and emotional learning (SEL) intervention vs. control; externalizing problems</i> ^{core}								
2 RCTs ⁴ (365 patients aged 6-12 years)	serious	serious	not serious	not serious	not serious	Bierman (2023): d = -0.19 (teacher) Senior (2023): n.s. (teacher), $\eta^2 = 0.04$ (parent)	–	low
<i>Best in Class (IG) vs. control classrooms (CG); externalizing problems</i> ^{core}								
1 RCT ⁵ (185 early childhood teachers and 462 children aged 3-5 years)	not serious	not serious	not serious	serious	not serious	IG > CG; ES = -0.12; the percentage of children in the clinical or borderline range was lower by 11.9 percentage points for the BEST in CLASS condition in comparison with the control condition	–	moderate
<i>Best in Class vs. control classrooms; social skills</i> ^{core}								
1 RCT ⁵ (185 early childhood teachers and 462 children aged 3-5 years)	not serious	not serious	not serious	serious	not serious	significant condition × pretest × state interaction, but no effect of condition	–	moderate
<i>child–teacher relationship training (CTRT; IG) vs. active control group (CG); externalizing symptoms</i> ^{core}								
1 RCT ⁶ (7 teachers/aids and 29 children aged 3-5 years)	very serious	not serious	not serious	serious	not serious	IG = CG	–	very low

<i>Incredible Years (IY) Teacher Classroom Management (IG) vs. waitlist (CG); disruptive behavior problems</i> ^{core}								
1 RCT ⁷ (152 children receiving special education services, kindergarten to third grade)	not serious	not serious	not serious	serious	not serious	IG > CG, ES = -0.23	—	moderate
<i>Incredible Years (IY) Teacher Classroom Management (IG) vs. waitlist (CG); social competence</i> ^{core}								
1 RCT ⁷ (152 children receiving special education services, kindergarten to third grade)	not serious	not serious	not serious	serious	not serious	IG > CG, ES = 0.43	—	moderate
<i>Incredible Years (IY) Teacher Classroom Management and Child Social and Emotion curriculum (Dinosaur School) vs. regular Head Start and elementary school curriculum and services; conduct problems</i> ^{core}								
1 RCT ⁸ (153 teachers and 1768 students aged 2-8 years)	serious	not serious	not serious	serious	not serious	no main effect of intervention, negative correlations of initial status with intervention slope (children with higher baseline conduct problems showed more improvement at post test)	—	low
<i>data-driven, video-based early childhood consultation with teachers (LOOK) vs. business-as-usual control group (CG); aggression</i> ^{core}								
1 RCT ⁹ (143 children aged 2-5 years)	not serious	serious	not serious	not serious	not serious	LOOK = CG for emotion regulation LOOK = CG for aggressive	—	moderate

						and oppositional behavior in the context of interacting with teachers and peers, but LOOK > CG in the context of learning tasks		
<i>Guided Self-Change vs. standard care; aggressive behavior</i> ^{core}								
1 RCT ¹⁰ (514 high school students aged 14-18 years)	very serious	not serious	not serious	serious	not serious	d = 0.23, CI: -.32 to .82 (post), but n.s. for 3- and 6-month FU	–	very low
<i>Early steps (psychodynamic, attachment-based holistic approach; ES) vs. Faustlos (FA); aggressive behavior and externalizing problems</i> ^{core}								
1 RCT ¹¹ (567 children aged 3-6 years)	serious	not serious	not serious	not serious	not serious	ES < FA	–	moderate
<i>physical activity intervention (ATLAS) vs. waitlist (WL); aggression</i> ^{core}								
1 RCT ¹² (361 adolescents in Year 7)	very serious	not serious	not serious	not serious	not serious	ATLAS = WL	–	low
OVERALL								low
Core symptoms								low
Comorbid symptoms								N/A
Level of functioning								N/A

Note. CG = control group; core = core symptoms; FU = Follow-up; IG = intervention group; MA = meta-analysis; N/A = not applicable; n.s. = not significant; RCT = randomized controlled trial.

¹ Wilson (2007); ² McClure (2017), Bierman (2021), Calhoun (2020); ³ McClure (2017), Murano (2020), Calhoun (2020), Bierman (2023), Senior (2023); ⁴ Bierman (2023), Senior (2023); ⁵ Conroy (2018); ⁶ Coggins (2021); ⁷ Reinke (2021); ⁸ Webster-Stratton (2008); ⁹ Downer (2017); ¹⁰ Wagner (2014); ¹¹ Fischmann (2020); ¹² Wade (2018)

Recommendation 4.5.6.								
"Wenn Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in der besuchten Bildungseinrichtung ausgeprägtes oppositionelles, aggressives oder dissoziales Verhalten zeigen, sollten Maßnahmen der indizierten Prävention im Kontext der Bildungseinrichtung durch ein multiprofessionelles Team, datengestützt und unter Berücksichtigung eines effektiven Gruppenmanagements geplant und umgesetzt werden."								
Type and number of studies; number of patients (age); etc.	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Publication bias	Summary of findings	Comments	Overall quality
<i>School-based interventions (IG) vs. control (CG); aggressive, disruptive, externalizing behavior^{core}</i>								
4 MAs and 1 SR ¹ (including 228 studies; from preschool to high school)	serious	not serious	not serious	not serious	not serious	MA, Shen (2024): d = -0.44, CI = -0.67 to -0.21 MA, Wilson (2007): IG > CG; ES = 0.29 for aggressive and disruptive behavior MA, Mytton (2006): IG > CG; SMD = -0.41, CI = -0.56 to -0.26 (post); SMD = -0.40, CI -0.73 to -0.06 (FU) for aggressive behavior MA, Stoltz (2012): d = 0.30 (CI = 0.14 to 0.46) for individual interventions and d = 0.30 (CI = 0.04 to 0.56) for individual and additional components for externalizing behavior SR, Barker (2022): Three main types of available evidence-based interventions for use with	MA, Wilson (2007): included selected and indicated programs; cognitively-oriented: 41 programs; behavioral strategies: 29 programs; social skills training: 26 programs; counseling, therapy: 26 programs; peer mediation: 5 programs MA, Stoltz (2012): school-based interventions for externalizing behavior problems at elementary schools; programs: cognitively oriented or behavioral strategy perspective (64 %) or counseling/therapy (27 %)	moderate

						students with oppositional defiant disorder (ODD) in general classroom settings: functional behaviour analysis (Disruptive Behaviors Reduction: PND = 98 %), group contingency (Disruptive Behaviors Reduction: PND = 94 %), and self-monitoring strategies (Disruptive Behaviors Reduction: PND = 83 %).		
<i>Cognitive behavioral treatment program (IG) vs. waitlist (WL); perspective taking, self-control, disruptive behavior^{core}</i>								
1 RCT ² (173 children aged 8-12 years)	serious	not serious	not serious	not serious	not serious	IG = WL for perspective taking IG > WL, d = 0.23 for self-control (post); improvements in perspective taking, self-control and reductions in disruptive behavior for IG group (from pre to FU)	—	moderate
<i>Cognitive behavioral treatment program (IG) vs. waitlist (WL); oppositional defiant disorder (ODD), externalizing, attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) symptoms^{core}</i>								
1 within-subject control study ³ (144 children aged 3-6 years)	very serious	not serious	serious	not serious	not serious	IG > WL, d = 0.67 for ODD, d = 0.64 for externalizing symptoms, d = 0.44 for ADHD symptoms	Children with externalizing behaviors	very low

<i>Cognitive behavioral therapy (CBT) program with active teacher support (ATS) vs. educational teacher support (ETS) vs. waitlist (WL); oppositional defiant disorder (ODD), conduct disorder (CD), externalizing symptoms</i> ^{core}								
1 RCT ⁴ (173 children aged 8-12 years)	not serious	not serious	not serious	serious	not serious	CBT > WL, d = 0.45 (CI = 0.14 to 0.76) for ODD (teacher, DBDRS), d = 0.33 (CI = 0.02 to 0.65) for CD (teacher, DBDRS), d = 0.22 (CI = 0.09 to 0.53) for ODD (teacher, TRF), d = 0.33 (CI = 0.02 to 0.64) for CD (teacher, TRF), n.s. for externalizing symptoms (teacher & peers) ATS < ETS at FU for ODD, CD and externalizing symptoms, but not at post	–	moderate
<i>Child-Centered Play Therapy (CCPT) vs. waitlist (WL); aggression, self-regulation, empathy</i> ^{core}								
1 RCT ⁵ (71 children aged 5-10 years)	very serious	not serious	not serious	not serious	not serious	CCPT > WL for aggression, self-regulation and empathy rated by parents, but not teachers	–	low
<i>Playing-2-gether (P2G) vs. education as usual; academic engagement</i> ^{functional}								
1 RCT ⁶ (175 children aged 2-6 years)	not serious	not serious	serious	not serious	not serious	Direct intervention effect of P2G on academic engagement at Time 2; significant indirect intervention on academic engagement at Time 3 through academic engagement at Time 2	Preschool boys at risk of externalizing behavior	moderate

<i>Key2Teach (IG) vs. no intervention (CG); teacher-child relationship^{functional}</i>								
1 RCT ⁷ (103 dyads with children in Grade 3-6)	not serious	not serious	serious	serious	not serious	IG > CG, d = .27 (teacher, phase 1) and d = 0.54 (teacher, phase 2) for closeness and n.s. (teacher, phase 1) and d = 0.42 (teacher, phase 2) for conflicts	Preschool boys at risk of externalizing behavior	low
<i>Behavior Support Coaching for Paraprofessional Model (IG) vs. waitlist (CG); mixed outcomes^{core}</i>								
1 RCT ⁸ (101 para-professionals and 98 classroom teacher partners that taught 259 children in Grade K-5)	not serious	not serious	not serious	serious	not serious	IG > CG for verbal and physical aggression (both d = - 0.68) and academic engagement (d = 0.87), teacher-rated school problems (d = - 0.43), and social skills (d = 0.42) IG = CG for externalizing problems	—	moderate
<i>Daily behavior report cards; comorbid externalizing symptoms^{core}</i>								
1 MA ⁹ (including 17/7 studies; children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) aged 3-18 years)	serious	not serious	very serious	serious	not serious	d = 0.39, CI = -0.005 to 0.78	Some of the studies included did not have a comparison group (observational study); children with ADHD	very low

<i>Data-driven, video-based early childhood consultation with teachers (LOOK) vs. business-as-usual control group (CG); aggression^{core}</i>								
1 RCT ¹⁰ (143 children aged 2-5 years)	not serious	serious	serious	not serious	not serious	LOOK = CG for emotion regulation LOOK = CG for aggressive and oppositional behavior in the context of interacting with teachers and peers, but LOOK > CG in the context of learning tasks	Children in each classroom with the highest ratings of externalizing behavior problems	low
<i>Mindfulness-based intervention vs. curriculum as usual; aggression^{core}</i>								
1 RCT ¹¹ (80 high school students)	not serious	not serious	not serious	not serious	not serious	Significant time × group interaction for emotion regulation, self-control and aggression (total, body, anger & hostility, but not verbal (p = .08))	–	high
<i>Classroom Seating Arrangement (IG) vs. random arrangement (CG); aggression^{core}</i>								
1 RCT ¹² (221 students in Grade 4-6 from 64 classrooms)	not serious	not serious	serious	not serious	not serious	IG = CG for externalizing symptoms (teacher), prosocial behavior (peer) and aggressive behavior (peer)	Children with externalizing behaviors	moderate
OVERALL								moderate
Core symptoms								moderate
Comorbid symptoms								N/A

Level of functioning								low
<i>Note.</i> CG= control group; core = core symptoms; DBDRS = Disruptive Behavior Disorder Rating Scales; FU = Follow-up; functioning = level of functioning; IG = intervention group; MA = meta-analysis; N/A = not applicable; RCT = randomized controlled trial; SR = systemativ review; TRF = Teacher Report Form.								
¹ Shen (2024), Wilson (2007), Mytton (2006), Stoltz (2012), Barker (2022); ² Nijhof (2021); ³ Plück (2015); ⁴ Liber (2013); ⁵ Wilson (2018); ⁶ Van Craeyevelt (2017); ⁷ Hoogendijk (2020); ⁸ Reddy (2022); ⁹ Iznardo (2020); ¹⁰ Downer (2017); ¹¹ Zhang (2021); ¹² van den Berg (2018)								

Kapitel 4.6: Systemübergreifende, intensive, multimodale Interventionen

Recommendation 4.6.1.								
"Bei schwerwiegender, mehrere Lebensbereiche betreffender Symptomatik einer Störung des Sozialverhaltens und bei stark ausgeprägten Funktions- bzw. Teilhabebeeinträchtigungen sollte bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine aufsuchende, systemübergreifende, multimodale Intensivbehandlung umgesetzt werden."								
Type and number of studies; number of patients (age) etc.	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Publication bias	Summary of findings	Comments	Overall quality
<i>Intensive, multimodal therapy vs. control; antisocial, delinquent behavior^{core}</i>								
NICE, 1 SR and 4 RCTs ¹ (5643 patients aged 6-18 years)	not serious	serious	not serious	serious	not serious	Mixed results (no and pos. effects)	–	low
<i>Intensive, multimodal therapy (IG) vs. control (CG); callous-unemotional traits^{core}</i>								
1 RCT ² (1076 patients aged 11-17 years)	not serious	not serious	not serious	serious	not serious	IG = CG	–	moderate
<i>Intensive, multimodal therapy (IG) vs. control (CG); externalizing symptoms^{core}</i>								
2 RCTs ³ (971 patients aged 6-15 years)	not serious	not serious	not serious	not serious	not serious	IG > CG [post and 20 years-FU]	–	high
<i>Intensive, multimodal therapy (IG) vs. control (CG); substance abuse^{comorbid}</i>								
NICE, 1 SR and 2 RCTs ⁴ (NICE including 14 RCTs; 1874	not serious	not serious	not serious	not serious	not serious	IG > CG [in most studies, particularly for post]	–	high

patients aged 11-18 years) (SR including 18 studies; 2042 patients aged 10-17 years) (RCTs including 963 patients aged 6-17 years)								
<i>Intensive, multimodal therapy (IG) vs. control (CG); family functioning</i> functioning								
2 RCTs ⁵ (764 patients aged 11-17 years)	serious	not serious	not serious	not serious	not serious	IG > CG [particularly for post]	–	moderate
<i>Intensive, multimodal therapy vs. control; school functioning</i> functioning								
1 SR and 1 RCT ⁶ (SR including 18 studies; 2042 patients aged 10-17 years) (RCT including 9594 patients aged 6 years)	serious	serious	not serious	not serious	serious	Mixed results (no and pos. effects)	–	very low
<i>Intensive, multimodal therapy vs. control; peer contact</i> functioning								
1 SR ⁷ (including 18 studies; 2042 patients aged 10-17 years)	serious	serious	not serious	not serious	serious	Mixed results (no and pos. effects)	–	very low

<i>Intensive, multimodal therapy (IG) vs. control (CG); out-of-home placement^{functioning}</i>								
1 RCT ² (1076 patients aged 6 years)	not serious	not serious	not serious	not serious	not serious	IG = CG	–	high
OVERALL								moder- ate
Core symptoms								moder- ate
Comorbid symptoms								high
Level of functioning								low
<i>Note.</i> CG = control group; comorbid = comorbid symptoms; core = core symptoms; functioning = level of functioning; IG = intervention group; N/A = not applicable; NICE = National Institute für Health and Care Excellence; pos. = positive; RCT = randomized controlled trial; SR = systematic review.								
¹ Markham (2018), merged studies: Fonagy (2018, 2020); Santisteban (2017), Schaeffer (2022), Dodge (2015); ² merged studies: Fonagy (2018, 2020); ³ Santisteban (2017), Dodge (2015); ⁴ Markham (2018), Schaeffer (2022), Dodge (2015); ⁵ merged studies: Fonagy (2018, 2020); Santisteban (2017); ⁶ Markham (2018), Dodge (2015); ⁷ Markham (2018)								

Recommendation 4.6.2.								
"Eine aufsuchende, systemübergreifende, multimodale Intensivbehandlung sollte: - einen unterstützenden Fokus auf das familiäre System haben (familienzentriert), - systemübergreifend arbeiten (d.h. Einbezug der Kinder/Jugendlichen/jungen Erwachsenen, deren Eltern, deren Peer-Gruppe und der relevanten Betreuungspersonen im Rahmen von Bildungseinrichtung und Freizeitaktivitäten), - auf einem evaluierten kognitiv-behavioralen und systemisch ausgerichteten, vorzugsweise manualisierten, Therapiekonzept beruhen, entsprechende Therapiematerialien verwenden und die Umsetzung des Konzepts fortlaufend und kritisch beobachten, - mehrere Sitzungen die Woche vorsehen und, - über einen Zeitraum von mindestens 3 Monaten (in der Regel zwischen 3 und 12 Monaten) verlaufen."								
Type and number of studies; number of patients (age) etc.	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Publication bias	Summary of findings	Comments	Overall quality
<i>Common elements of evidence-based systemic treatments for adolescents with disruptive behaviour problems^{core}</i>								
1 SR ¹ (including 117 studies about systemic treatment; adolescents aged 12-18 years)	serious	not serious	not serious	not serious	serious	- Treatment mechanism: engagement, alliance, interactional focus, developmental process, relational assessments/evaluations, here-and-now-focus - Treatment parameters: a) Average caseload: 9 (4–16) families per therapist, b) Average duration: 5.3 (3–12) months, c) Education level of therapists: Minimal master's degree, d) Therapy dosage: 1–3 sessions per week	Review based also on non-randomized studies (GRADE rating started at 'low'); also adolescents with substance use disorder included	very low

						- Treatment techniques: among others conflict management and communication skills		
<i>Level of Support Classifications; disruptive behavior^{core}</i>								
1 SR ² (including 149 RCTs; adolescents aged 12-19 years)	serious	not serious	not serious	not serious	serious	<i>Well-established:</i> - adolescents with disruptive Behavior (Not juvenile justice (JJ) system involved): none - adolescents with JJ- involvement: Incorporating Behavior Therapy, cognitive behavioral therapy (CBT), and Family Therapy (Functional Family Therapy (FFT), Multisystemic Therapy (MST), and Treatment Foster Care Oregon (TFCO)) <i>probably efficacious:</i> - adolescents with disruptive behavior (Not JJ- Involved): CBT (social cognitive intervention), combined BT and attachment-based approach, combined CBT, BT and family Therapy (MST) - adolescents with JJ- involvement: CBT (ART + positive peer culture, 	—	low

						preventive HIV/AIDS, solution-focused group program), Combined CBT, african Culture Reflective Identity and Life skill development, case management and peer monitoring		
<i>Multisystemic therapy; externalizing behavior</i> ^{core}								
1 observational study ³ (1979 patients aged M = 14.0 years SD = 2.35)	serious	not serious	serious	not serious	not serious	Therapist adherence was a robust predictor of reductions in youth externalizing behavior	No control group. GRADE rating started at 'low.	very low
OVERALL								very low
Core symptoms								very low
Comorbid symptoms								N/A
Level of functioning								N/A
<i>Note.</i> Core = core symptoms; N/A = not applicable; RCT = randomized controlled trial; SR = systematic review.								
¹ van der Pol (2019); ² McCart (2023); ³ Schoenwald (2008)								

Kapitel 5: Empfehlungen zu pharmakologischen Interventionen

Recommendation 5.1.								
"Wenn beim Vorliegen einer Störung des Sozialverhaltens mit ausgeprägter Impulsivität, chronischer Reizbarkeit und Aggressivität durch psychosoziale (einschließlich psychotherapeutische) Interventionen keine hinreichende Symptomreduktion erzielt werden konnte, soll, in der Regel frühestens ab einem Alter von 6 Jahren, eine ergänzende Pharmakotherapie erwogen werden."								
Pharmacological therapy: grading of recommendations assessment, development and evaluation evidence profiles								
Type and number of studies; number of patients (age); etc.	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Publication bias	Summary of findings	Comments	Overall quality
Medication (IG) vs. placebo (CG); aggressive or oppositional behavior ^{core}								
6 MAs ¹ (including 48 RCTs; 2890 patients aged 6-25 years) treatment duration: 1 day to 6 months	serious	not serious	not serious	not serious	not serious	IG > CG in almost all studies antipsychotics: significant adverse events in most studies (esp. weight gain, increase in prolactin) methylphenidate: adverse effects were hardly investigated in the included meta-analyses	–	moderate
OVERALL								moderate
Core symptoms								moderate

Comorbid symptoms								N/A
Level of functioning								N/A
<i>Note.</i> CG = control group; core = core symptoms; IG = intervention group; MA = meta-analysis; N/A = not applicable; RCT = randomized controlled trial.								
¹ Khan (2019), Shafiq (2018), van Schalkwyk (2017), Loy (2017), Balia (2018), merged studies: Pringsheim (2015, 2015) [...Part 1: Psychostimulants, Alpha-2 Agonists, and Atomoxetine; ... Part 2: Antipsychotics and Traditional Mood Stabilizers]								

Recommendation 5.4.								
"Wenn im klinischen Bild der Störung des Sozialverhaltens eine ausgeprägte Impulsivität, Hyperaktivität, chronische Reizbarkeit und/oder Aggressivität vorliegen, die eine medikamentöse Behandlung erforderlich machen, sollte ein Behandlungsversuch vorzugsweise mit Stimulanzien erwogen werden."								
Pharmacological therapy: grading of recommendations assessment, development and evaluation evidence profiles								
Type and number of studies; number of patients (age); etc.	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Publication bias	Summary of findings	Comments	Overall quality
<i>Stimulants: methylphenidate (MPH) vs. placebo (PL); aggressive behavior^{core}</i>								
5 MAs ¹ (MAs including 37 RCTs) treatment duration: 1 day to 16 weeks	serious	not serious	serious	not serious	not serious	MPH > PL in almost all studies adverse effects were hardly investigated in the included meta-analyses	Indirectness: percentage of oppositional defiant disorder (ODD)/conduct disorder (CD) unclear	low
OVERALL								low
Core symptoms								low
Comorbid symptoms								N/A
Level of functioning								N/A
<i>Note. Core = core symptoms; MA = meta-analysis; N/A = not applicable; RCT = randomized controlled trial.</i>								

¹ Khan (2019), Balia (2018), Pringsheim (2015) [...Part 1: Psychostimulants, Alpha-2 Agonists, and Atomoxetine], Agency for Healthcare Research and Quality (2015), Connor (2002)

Recommendation 5.5.								
"Wenn im klinischen Bild der Störung des Sozialverhaltens ausgeprägte Impulsivität, chronische Reizbarkeit und/oder Aggressivität vorliegen und unter einer medikamentösen Monotherapie mit, zur Behandlung einer ADHS zugelassenen, Substanzen (Stimulanzen und Nicht-Stimulanzen) keine ausreichende Besserung der impulsiven, aggressiven Symptomatik erzielt wurde, kann eine Mono- oder Kombinationstherapie mit einem Antipsychotikum zweiter Generation erwogen werden."								
Pharmacological therapy: grading of recommendations assessment, development and evaluation evidence profiles								
Type and number of studies; number of patients (age); etc.	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Publication bias	Summary of findings	Comments	Overall quality
<i>Antipsychotics second generation: risperidone (RISP) vs. placebo (PL); aggressive behavior ^{core}</i>								
6 MAs ¹ (including 10 RCTs; 936 patients aged 5-18 years) treatment duration: 4 weeks to 6 months	serious	not serious	not serious (for 7 of 10 RTCs)	not serious	not serious	RISP > PL in all studies significant adverse events in most studies (esp. weight gain, increase in prolactin)	–	moderate
<i>Antipsychotics second generation: aripiprazole vs. placebo; aggressive behavior</i>								
<i>Only four studies with other populations (e.g. autism spectrum disorder [ASD]) or outcomes (e.g. ABC-I) of interest</i>								
<i>Antipsychotics second generation: lurasidone vs. placebo; aggressive behavior</i>								
<i>Only one study (n= 150) with another population (autism spectrum disorder [ASD]) and outcome (ABC-I) of interest</i>								
<i>Antipsychotics second generation: molindone (MOL) vs. placebo (PL); aggressive behavior</i>								
<i>Only one study (n= 121) for children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and aggressive behavior and questionable results of doses (MOL > PL for low and middle doses, but not for high doses)</i>								

Antipsychotics second generation: ziprasidone (Z) vs. placebo (PL)/aripiprazole (ARI); aggressive behavior								
Insufficient evidence (two study's results: Z= PL; Z = ARI)								
Combinated therapy with stimulants und antipsychotics second generation: risperidone (RISP) + stimulant (STIM) vs. placebo (PL) & stimulant (STIM); oppositional and aggressive behavior ^{core}								
7 MAs ² (including 5 RCTs; 565 patients aged 6-12 years) treatment duration: 6 weeks to 12 weeks	not serious	not serious (1 study without a significant positive effect after 12 weeks)	not serious	not serious	not serious	RISP+STIM > PL+STIM in almost all studies significant adverse events in most studies (esp. weight gain, increase in prolactin)	Only investigated for children	high
OVERALL: RISP								moder- ate
OVERALL: RISP + STIM								high
Core symptoms: RISP								moder- ate
Core symptoms: RISP + STIM								high
Comorbid symptoms: RISP, RISP + STIM								N/A
Level of functioning: RISP, RISP + STIM								N/A
Note. ABC-I = Aberrant Behavior Checklist, irritability subscale; core = core symptoms; MA = meta-analysis; N/A = not applicable; RCT = randomized controlled trial.								

¹ Khan (2019), Shafiq (2018), van Schalkwyk (2017), Loy (2017), Balia (2018), Pringsheim (2015) [... Part 2: Antipsychotics and Traditional Mood Stabilizers]; ² Khan (2019), Shafiq (2018), van Schalkwyk (2017), Loy (2017), Balia (2018), Pringsheim (2015) [... Part 2: Antipsychotics and Traditional Mood Stabilizers], Rajkumar (2022)

[Anhang 10] Interessenskonfliktmanagement: Kriterien für die Bescheinigung von Interessenskonflikten

	Umstand	Konsequenz
Kein Interessenskonflikt	• Sachverständigentätigkeit (für Gerichte und Jugendämter) • Themenspezifische Vortrags-/ oder Schulungstätigkeit (nicht industriefinanziert)	Keine
Geringer Interessenskonflikt	• Einzelne industriefinanzierte Vorträge • Federführende Beteiligung an einem Ausbildungsinstitut (Leitung, Wissenschaftlicher Beirat) • Aufsichtsrat-, Gutachter- oder Beratertätigkeit für eine gemeinnützige Organisation • Autorenschaften mit geringen bis mittleren Tantiemen • Forschungsvorhaben mit bedeutenden Zuwendungen • Direktor(in) einer Klinik • Mitglied eines wissenschaftlichen Beirats	Limitierung der Leitungsfunktion
Moderater Interessenskonflikt	• Tätigkeit in einem industriefinanzierten Advisory Board, Wissenschaftlichen Beirat oder als Gutachter • Managementverantwortung in einer industriefinanzierten Studie • Federführung in der Fort- oder Weiterbildung mit direkter Industriefinanzierung • Regelmäßige Vortragstätigkeit für bestimmte Firmen • Aktienbesitz einzelner Firmen • Erstautorenschaft führender Manuale	Keine Abstimmung für die thematisch relevanten Empfehlungen
Hoher Interessenskonflikt	• Eigentumsinteressen • Arbeitsverhältnis bei der Industrie • Hoher Aktienbesitz einzelner Firmen	Keine Teilnahme an Beratungen und keine Abstimmung

[Anhang 11] Interessenskonfliktmanagement: Interessenserklärungen und Umgang mit Interessenskonflikten

Im Folgenden sind die Interessenerklärungen als tabellarische Zusammenfassung dargestellt sowie die Ergebnisse der Interessenskonfliktbewertung und Maßnahmen, die nach Diskussion der Sachverhalte von der der Leitliniengruppe beschlossen und im Rahmen der Konsensuskonferenz umgesetzt wurden [Stand: 06/24-06/25].

Projektleitung: Görtz-Dorten, Anja; Döpfner, Manfred; Kölch, Michael; Kohl, Lea Teresa

Leitlinie: Störungen des Sozialverhaltens für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (SSV-Update) – Living Guideline

Registernummer: 028-020

Name des Leitlinien-gruppenmitglieds ³⁴	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen- / oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Themenbezug zur Leitlinie ³⁵ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz im Leitlinienprozess
Prof. Dr. Adam, Hubertus ^{KOV}	Sachverständiger vor Gericht	Nein	Schulen und Ausbildungsinstitute in Berlin, Brandenburg und Niedersachsen	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärztinnen und Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik e.V. Wissenschaftliche & klinische Tätigkeit: Kinderpsychiatrie	Kein Themenbezug Kein Interessenskonflikt Keine Konsequenz

³⁴ Die Rollen der Personen in der Leitlinie werden wie folgt angegeben:

^{KO} Konsensusgruppenmitglied, ^{KOV} Konsensusgruppenmitglied (in Vertretung), ^{EXP} Experte/Expertin, ST Steuerungsgruppenmitglied, ^{PR} Projektleitung, ^{KR} Koordination, ^{IN} Interessenskonfliktbeauftragte:r, ^{IND} Interessenskonfliktbeauftragte: Dritte Beurteilung einzelner Interessenserklärungen

³⁵ Themenbezug wird ausschließlich im Fall eines vorliegenden Interessenskonflikts benannt.

Name des Leitlinien-gruppenmitglieds ³⁴	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen- / oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Themenbezug zur Leitlinie ³⁵ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz im Leitlinienprozess
							und Schule (Migration, Flucht und Trauma)	
PD Dr. Allroggen, Marc ^{KO, EXP}	Sachverständiger vor Gericht	Nein	Hochschulen, Schulen, Stiftungen, Verbände	Verlage	EU, Bundesinstitut für Sportwissenschaften, BAMF (Bundesministerium für Migration und Flüchtlinge), LSB NRW (Landessportbund), BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung), DFG (Deutsche Forschungsgemeinschaft)	Nein	Mitglied: DGKJP (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie), Sprecher AG „Forensische Fragen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“), DVJJ (Deutsche Vereinigung für Jugendgerichte und Jugendgerichtshilfen e.V.), DGIP (Deutsche Gesellschaft für Individualpsychologie e.V.) Wissenschaftliche Tätigkeit: Persönlichkeitsstörungen, forensische Fragen Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Extremismus, sexualisierte Gewalt, Jugendhilfe Klinische Tätigkeit: Störungen des Sozialverhaltens,	Forensik Geringer Interessenskonflikt Keine Konsequenz, da keine Leitungsfunktion

Name des Leitlinien-gruppenmitglieds ³⁴	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen- / oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Themenbezug zur Leitlinie ³⁵ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz im Leitlinienprozess
							sexualisierte Gewalt, Transgender, Persönlichkeitsstörungen Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Curriculum Forensik der DGKJP (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie)	
Prof. Dr. Dr. Banaschewski, Tobias ST , ^{EXP}	Infectopharm	adhs digital, Oberbergkliniken GmbH, Neuraxpharm, AGB Pharma	Jansen-Cilag, Medice, eyelevel, Neurim Pharmaceuticals, Shire/Takeda, Engadiner Sommerakademie	Universität Köln, Hogrefe, Oxford University Press, Thieme, Kohlhammer, Psychosozial-Verlag	Nein	Nein	Mitglied: DGKJP (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie) Wissenschaftliche Tätigkeit: ADHS, Autismus, Kinder- und Jugendpsychiatrie Klinische Tätigkeit: Kinder- und Jugendpsychiatrie	ADHS Moderater Interessenskonflikt Limitierung der Leitungsfunktion Keine weitere Konsequenz, da nicht stimmberechtigt
Dr. Bea, Myriam ^{KO, ST}	ADHS Digital GmbH, Danone	Medice	Akademie für Lehrerfortbildung Bayern, Senatsverwaltung	Dreiländerinstitut	Nein	Nein	Mitglied: ADHS Deutschland e.V. (Geschäftsführerin), ADHD Europe (Präsidentin), Aktion psychisch Kranke	Medikamentöse Therapie und digitale Interventionen bei ADHS

Name des Leitlinien-gruppenmitglieds ³⁴	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen- / oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Themenbezug zur Leitlinie ³⁵ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz im Leitlinienprozess
			ng Berlin, Medice, Takeda, System Dialog Med. GmbH				(APK) e.V.	Moderater Interessenskonflikt Limitierung der Leitungsfunktion Stimmenthaltung für medikamentöse Therapie und digitale Interventionen
Dr. Beck, Norbert ^{KO, ST}	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: DGVT (Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.), BVkE (Bundesverband Caritas Kinder- und Jugendhilfe e.V.) Beteiligung an Fort- /Ausbildung: AWKV Kassel, Ausbildung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeu- t:innen, Schwerpunkt ADHS	ADHS und Verhaltenstherapie Geringer Interessenskonflikt Limitierung der Leitungsfunktion
Prof. Dr. Becker, Ulrike ^{EXP}	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Kein Themenbezug Kein Interessenskonflikt

Name des Leitlinien-gruppenmitglieds ³⁴	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen- / oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Themenbezug zur Leitlinie ³⁵ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz im Leitlinienprozess
								Keine Konsequenz
Dr. Boonmann, Cyril ^{EXP}	Nein	Nein	Nein	Nein	ZonMW (Netherlands Organisation for Health Research and Development), Stichting tot Steun	Nein	Mitglied: Board member EFCAP (European Forensic Child and Adolescent Psychiatry, Psychology and other involved Professions), board member NIP (Dutch Institute for Psychologists, Section Forensic Psychology) Wissenschaftliche Tätigkeit: Forensische Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie, Verhaltensprobleme in der Kinder- und Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie	Kein Themenbezug Kein Interessenskonflikt Keine Konsequenz
Prof. Dr. Borg-Laufs, Michael ^{KO}	Nein	AFKV (Ausbildungsinstitut für klinische Verhaltenstherapie), Stiftung Goldkind	DGVT (Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.), APP (Akademie für angewandte Psychologie und Psychotherapie), AFKV, RHAP	Diverse wissenschaftliche Veröffentlichungen	Nein	Nein	Mitglied: DGVT (Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.) Wissenschaftliche Tätigkeit: Psychische Grundbedürfnisse, Bindung, Verhaltenstherapie Beteiligung an Fort-/Ausbildung: AFKV,	Kein Themenbezug Geringer Interessenskonflikt Keine Konsequenz, da keine Leitungsfunktion

Name des Leitlinien-gruppenmitglieds ³⁴	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen- / oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Themenbezug zur Leitlinie ³⁵ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz im Leitlinienprozess
			(Rheinische Akademie für Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin)				wissenschaftlicher Beirat	
Dr. Caby, Filip ^{KO, EXP}	Nein	Nein	Diverse systemische und/oder verhaltenstherapeutische Institute	V&R (Vandenhoeck & Ruprecht Verlage)	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (Vorsitz a.D.) Beteiligung an Fort-/Ausbildung: HISA (Hamburg), IFS (Essen), Korzybski (Brügge), DGPM, Psychiatrieakademie Königsplatz	ADHS und Störungen des Sozialverhaltens mit dem Schwerpunkt Systemische Therapie bzw. Verhaltenstherapie Geringer Interessenskonflikt Keine Konsequenz, da keine Leitungsfunktion
Dr. Dose, Christina ^{EXP}	Nein	Nein	Nein	Hogrefe	AKiP (Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Uniklinik Köln)	Nein	Wissenschaftliche Tätigkeit: Evaluation von Therapieverfahren und Diagnostikinstrumenten vorrangig im Bereich externalisierender Störungen (ADHS, oppositionelle Störungen, dissoziale Störung)	Psychosoziale Interventionen bei ADHS Geringer Interessenskonflikt Keine Konsequenz, da keine Leitungsfunktion

Name des Leitlinien-gruppenmitglieds ³⁴	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen- / oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Themenbezug zur Leitlinie ³⁵ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz im Leitlinienprozess
Prof. Dr. Döpfner, Manfred ^{ST, PR, IN}	KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung)	Medice, eyelevel ADHS digital	Medice, Takeda/Shire, AKiP (Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Uniklinik Köln)	Beltz, Hogrefe, Kohlhammer	BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung), Innovationsfond, Hogrefe, Medice	Nein	Mitglied: DGKJP (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie), Deutsche Gesellschaft für Psychologie Wissenschaftliche Tätigkeit: Diagnostik psychischer Störungen, Therapie psychischer Störungen Klinische Tätigkeit: Leitender Psychologe Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Leitung Ausbildungsinstitut AKiP (Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Uniklinik Köln)	Behandlung externalisierender Verhaltensweisen Moderater Interessenskonflikt Limitierung der Leitungsfunktion Keine weitere Konsequenz, da nicht stimmberechtigt
Dr. Ehlers, Angela ^{KO, EXP}	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: vds (Verband Sonderpädagogik e.V., Bundesvorsitzende), GANGWAY e.V. (Jugendhilfeträger, Aufsichtsratsvorsitzende)	Kein Themenbezug Geringer Interessenskonflikt Keine Konsequenz, da keine Leitungsfunktion

Name des Leitliniengruppenmitglieds ³⁴	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen- / oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Themenbezug zur Leitlinie ³⁵ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz im Leitlinienprozess
							Wissenschaftliche Tätigkeit: Dozentur im Studiengang Soziale Arbeit an der NBS (Northern Business School), Hamburg Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Bildungsakademie des vds (Verband Sonderpädagogik e.V.)	
Prof. Dr. Fegert, Jörg M. ST	Gutachten und Expertisen für Bundes- und Landesministerien, nachgeordnete Behörden und Gerichte	Nein	Umfassende Vortragstätigkeit, insbesondere für zahlreiche Bundes- und Landesministerien, hauptsächlich zum Thema Kinderschutz, Leitung Medizinische Kinderschutzhotline (BMFSFJ, Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen	Siehe Literaturliste	Beteiligung am ADOPT-Projekt (Prof. Döpfner, Köln), Forschungsförderung durch EU, BMG (Bundesministerium für Gesundheit), BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung), BMFSFJ (Wissenschaftlicher Beirat für	Nein	Mitglied: Präsident der Deutschen Traumastiftung; Vorsitzender „Dazugehören e.V.“; Leiter des Kompetenzbereichs Prävention Psychischer Gesundheit im Kompetenznetzwerk Präventionsmedizin Baden-Württemberg und des Kompetenzzentrums Kinderschutz in der Medizin in Baden-Württemberg; Vorstandsmitglied der APK (Aktion Psychisch Kranke e.V.); Sprecher des Zentrums für Traumaforschung,	Affektive Dysregulation Geringer Interessenskonflikt Limitierung der Leitungsfunktion Keine weitere Konsequenz, da nicht stimmberechtigt

Name des Leitlinien-gruppenmitglieds ³⁴	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen- / oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Themenbezug zur Leitlinie ³⁵ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz im Leitlinienprozess
			beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend)		Familienfragen beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend), DFG (Deutsche Forschungsgemeinschaft), G-BA: Innovationsfond (Gemeinsamer Bundesausschuss), Länderministerien Baden-Württemberg und Saarland, Landesstiftung Baden-Württemberg, Ingrid Frank Stiftung, DKH (Stiftung Deutsche Krebshilfe), Auxilium		Präsident der Europäischen Fachgesellschaft und Leitung der Politikabteilung ESCAP (European Society for Child and Adolescent Psychiatry); Mitglied im Deutschen Komitee für UNICEF e.V.; Vorsitzender des BMFSFJ (Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) Wissenschaftliche Tätigkeit: Kinderschutz, Förderung von Kindern mit Teilhabebeeinträchtigungen, insbesondere Pflegekinder und Heimkinder Klinische Tätigkeit: Allgemeine Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Kinderschutz Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Leitung AZVT (Ausbildungszentrum	

Name des Leitlinien-gruppenmitglieds ³⁴	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen- / oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Themenbezug zur Leitlinie ³⁵ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz im Leitlinienprozess
					Stiftung, Vector Stiftung, Evangelische Landeskirche Baden-Württemberg, Porticus		Verhaltenstherapie) am Universitätsklinikum Ulm, jährlich Co-Leitung Facharztrepertorium der DGKJP (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie) und Curriculum Entwicklungspsychopharmakologie der DGKJP, in Verbindung mit Dreiländerinstitut	
Frank, Eva ^{KO}	Nein	Nein	Ausbildungsinstitute: AVM, VfkV, GST, DEAKAD	Nein	Nein	Nein	Mitglied: DPTV (Deutsche PsychotherapeutenVereinigung)	Psychotherapie bei Störungen des Sozialverhaltens Geringer Interessenskonflikt Keine Konsequenz, da keine Leitungsfunktion
Prof. Dr. Freitag, Christine ^{IN}	IQWIG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im	Autismus Deutschland e.V.	Land Hessen, Vitos Klinik Herborn	Hogrefe, Springer, Reinhardt, Beltz	DFG (Deutsche Forschungsgemeinschaft), EU, Land Hessen -	Roche	Mitglied: DGKJP (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und	Disruptive Störungen Moderater Interessenskonflikt

Name des Leitlinien-gruppenmitglieds ³⁴	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen- / oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Themenbezug zur Leitlinie ³⁵ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz im Leitlinienprozess
	Gesundheitswesen)				LOEWE-Programm		Psychotherapie), WBP (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie), Wissenschaftliche Gesellschaft Autismus Wissenschaftliche Tätigkeit: Autismus-Spektrum-Störungen, Disruptive Verhaltensstörungen Klinische Tätigkeit: Alle Kinder- und Jugendpsychiatrische Erkrankungen	Keine Konsequenz, da nicht stimmberechtigt und keine Leitungsfunktion
Prof. Dr. med Fricke, Oliver ^{KO}	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: DGKJP (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie), DGKJ (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.)	ADHS Geringer Interessenskonflikt Keine Konsequenz, da keine Leitungsfunktion
Prof. Dr. Fröhlich-Gildhoff, Klaus ^{KO}	BMFSFJ (Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: GwG (Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie, Mitglied im	Psychotherapie Geringer Interessenskonflikt

Name des Leitlinien-gruppenmitglieds ³⁴	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen- / oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Themenbezug zur Leitlinie ³⁵ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz im Leitlinienprozess
	beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend)						wissenschaftlichen Beirat), DGPT (Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V.), DGIP (Deutsche Gesellschaft für Individualpsychologie e.V.), bkj (Bundesverband für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie e.V.), WBP (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie, stellvertretendes Mitglied)	Keine Konsequenz, da keine Leitungsfunktion
Prof. Dr. Geene, Raimund ^{KO}	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Kein Themenbezug Kein Interessenskonflikt Keine Konsequenz
Prof. Dr. Görtz-Dorten, Anja ^{ST, PR}	Kassenärztliche Bundesvereinigung	Eyelevel GmbH/ Medigital/ Medice, Brainjo	AKiP (Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie,	Hogrefe-Verlag	BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung), Medice, Köln-Fortune	Nein	Mitglied: DGKJP (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie)	Psychosoziale Interventionen bei externalisierenden Verhaltensweisen Moderater

Name des Leitlinien-gruppenmitglieds ³⁴	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/ oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Themenbezug zur Leitlinie ³⁵ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz im Leitlinienprozess
			Uniklinik Köln)				Wissenschaftliche Tätigkeit: CEKIP (Centrum für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie) / AKiP (Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Uniklinik Köln)/ Hogrefe/ verschiedene Fachzeitschriften; Entwicklung und Evaluation digitaler Medien wie therapeutischer Apps und E-Trainings zur Fort- und Weiterbildung sowie Publikationen in Lehrbüchern und Fachzeitschriften Klinische Tätigkeit: CEKIP/ AKiP, Leiterin der Forschungsambulanz Beteiligung an Fort-/Ausbildung: CEKIP/AKiP Persönliche Beziehung: CEKIP Gesamtleitung	Interessenskonflikt Limitierung der Leitungsfunktion Keine weitere Konsequenz, da nicht stimmberechtigt
Prof.	Schulministerium	Zentrum für	VIFF	Kohlhammer	Universität zu	Nein	Wissenschaftliche Tätigkeit:	Psychosoziale

Name des Leitlinien-gruppenmitglieds ³⁴	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen- / oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Themenbezug zur Leitlinie ³⁵ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz im Leitlinienprozess
Hanisch, Charlotte ^{KOV, EXP}	m NRW	Frühbehandlung und Frühförderung	(Bundesvereinigung interdisziplinäre Frühförderung), Stadt Monheim/Stiftung Wohlfahrtspflege, Netzwerk e.V., Evangelischer Erziehungsverband e. V., vds (Verband Sonderpädagogik e.V.), Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen, Schulamt für den Kreis Viersen, AKiP (Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie,	, Peter Lang, Springer, Hogrefe	Köln, EU/ Erasmus+, Stadt Köln, CJG Köln (Caritas-Jugendhilfe-GmbH), Bezirksregierung Köln, Stiftung Wohlfahrtspflege, BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung), Kreis Mettmann		ADHS und externe Störungen und Schule Klinische Tätigkeit: Gesamtes Spektrum Richtlinienpsychotherapie im Kindes- und Jugendalter	Interventionen bei externalisierenden Verhaltensweisen bei starkem Bezug auf Bildungssystem Geringer Interessenskonflikt Keine Konsequenz, da keine Leitungsfunktion

Name des Leitlinien-gruppenmitglieds ³⁴	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen- / oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Themenbezug zur Leitlinie ³⁵ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz im Leitlinienprozess
			Uniklinik Köln), Universität Wuppertal, RWTH Aachen, Hero Schule Bonn, Elbkinder					
Hauke, Elke ^{KO}	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Kein Themenbezug Kein Interessenskonflikt Keine Konsequenz
Prof. Dr. Heinrichs, Nina ^{KO, EXP}	Deutsche Forschungsgemeinschaft, WBP (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie) / Bundespsychotherapeutenkammer	Editorial Board ausgewählter wissenschaftlicher Zeitschriften z. B. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychology	Workshops im Rahmen der Psychotherapie aus- / - weiterbildung sowie Vorträge auf Konferenzen	Beltz, Hogrefe, Kohlhammer	BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung), EU	Nein	Wissenschaftliche Tätigkeit: Elterntrainings, Verhaltensauffälligkeiten und emotionale Probleme bei Kindern in Fremdunterbringung mit Misshandlungserfahrungen Klinische Tätigkeit: Behandlung der Störung des Sozialverhaltens im Vor- und frühen Grundschulalter	Psychosoziale Intervention bei expansivem Verhalten Moderater Interessenskonflikt Stimmhaltung für psychosoziale Interventionen Keine weitere Konsequenz, da keine Leitungsfunktion
Prof. Dr. Hennemann,	Gutachter als Reviewer	Zeitschriften Empirische	Ministerium für Schule und	verschiedene Bücher	Nein	Nein	Mitglied: vds (Verband Sonderpädagogik e.V.)	Psychosoziale Interventionen bei

Name des Leitlinien-gruppenmitglieds ³⁴	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/ oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Themenbezug zur Leitlinie ³⁵ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz im Leitlinienprozess
Thomas ^{EXP} , ST	(Publikationen), Dissertationen, Tenure Trackverfahren, Professurbesetzungen	Sonderpädagogik sowie Emotionale und Soziale Entwicklung (EsE)	Bildung, Kreis Mettmann, Bezirksregierung Düsseldorf, Heilpädagogische Akademie für Erziehungshilfe e.V.	und Trainingsprogramme (verschiedene Verlage)			Wissenschaftliche Tätigkeit: Feldstudien, Qualifizierungen, Vorträge und Publikationen im Themenbereich „Umgang mit auffälligen Verhalten in der Schule“ Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Heilpädagogische Akademie für Erziehungshilfe und Lernförderung e.V.	externalisierenden Verhaltensweisen mit starkem Fokus auf Bildungssystem Geringer Interessenskonflikt Limitierung der Leitungsfunktion
PD Dr. Herwig, Arvid ^{EXP}	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Wissenschaftliche Tätigkeit: Experimentelle Psychopathologie, Körperrepräsentationsstörungen	Kein Themenbezug Kein Interessenskonflikt Keine Konsequenz
Prof. Dr. Hillenbrand, Clemens ^{EXP}	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: vds (Verband Sonderpädagogik e.V., Referententätigkeit auf Kongressen, Publikationen in der Fachzeitschrift) Wissenschaftliche Tätigkeit: Prävention und Intervention bei Lern- und Verhaltensstörungen	Kein Themenbezug Kein Interessenskonflikt Keine Konsequenz

Name des Leitlinien-gruppenmitglieds ³⁴	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/ oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Themenbezug zur Leitlinie ³⁵ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz im Leitlinienprozess
							Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Vorsitzender der Heilpädagogischen Akademie e.V. Köln	
Hiller, Petra ST	Nein	Nein	Lehrauftrag Universität Hildesheim	Nein	Nein	Nein	Mitglied: IGfH (Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen), Fachbeirat „Bundesforum Vormundschaft“, ehrenamtliche Tätigkeit in der Ombudsstelle NRW	Kein Themenbezug Kein Interessenskonflikt Keine Konsequenz
Hofmann, Leonie ^{EXP}	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: DPtV (Deutsche PsychotherapeutenVereinigung) Wissenschaftliche Tätigkeit: Störungen des Sozialverhaltens, digitale Interventionen für Kinder und Jugendliche Klinische Tätigkeit: Approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (Verhaltenstherapie)	Digitale Interventionen bei Störungen des Sozialverhaltens Kein Interessenskonflikt Keine Konsequenz
Prof. Dr. Dr.	Takeda, AGB	Takeda,	Medice, Takeda	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Suchtkommission	ADHS und Sucht

Name des Leitlinien-gruppenmitglieds ³⁴	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen- / oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Themenbezug zur Leitlinie ³⁵ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz im Leitlinienprozess
Holtmann, Martin ^{EXP}	Pharma	Medice					der DGKJP (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie) Wissenschaftliche Tätigkeit: ICASA (International Collaboration on ADHD and SUD), EUNETHYDIS (European Network on Hyperkinetic Disorders), geschäftsführender Herausgeber der ZKJPP (Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie) Klinische Tätigkeit: Ärztlicher Direktor einer großen universitären Versorgungsklinik	Moderater Interessenskonflikt Keine Konsequenz, da nicht stimmberechtigt und keine Leitungsfunktion
Dr. Klein, Marianne ^{KO}	Regionale Amtsgerichte, Versorgungs- und Jugendämter	Innovationsfond-Projekt CARE (Computer-assistierte Risiko-Evaluation in	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf / gemeinsame Suchtkommission der DGKJP	Nein	Nein	Nein	Mitglied: BAG KJPP (Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und	Kein Themenbezug Geringe Interessenskonflikte Keine Konsequenz, da keine Leitungsfunktion

Name des Leitlinien-gruppenmitglieds ³⁴	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen- / oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Themenbezug zur Leitlinie ³⁵ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz im Leitlinienprozess
		der Früherkennung psychotischer Erkrankungen), Innovationsfond-Projekt Eppik (Überprüfung der Eignung des „Plattformmodells“ als Instrument zur Personalbemessung in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken)	(Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie) , BKJPP (Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.), BAG KJPP (Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik				Psychotherapie e. V., Vorstandsmitglied seit 2016), DGKJP (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie), BKJPP (Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.), BAG MFT (Bundesarbeitsgemeinschaft Multifamilientherapie) Wissenschaftliche Tätigkeit: Suchterkrankungen bei Kindern und Jugendlichen, Facharztweiterbildung, Personalbemessung Psychiatrie, Weiterentwicklung Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie-Versorgung in Deutschland Klinische Tätigkeit: Anorexia nervosa, Autismus-	

Name des Leitlinien-gruppenmitglieds ³⁴	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen- / oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Themenbezug zur Leitlinie ³⁵ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz im Leitlinienprozess
			und Psychotherapie e. V.), Institut für Psychoedukation in der Jugendhilfe				Spektrumstörungen, Vernetzung Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit Jugendhilfe und Schule, Transitionspsychiatrie, Krisenintervention in Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, aktive Mitarbeit in den gemeindepsychiatrischen Verbänden der Versorgungsregion Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Leitung eines Fortbildungsinstituts für Jugendhilfe: IfP (Institut für Psychoedukation in der Jugendhilfe), Beteiligung an „Wandercurriculum Sucht Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“	
Dr. Klemp, Marie-Theres ^{EXP}	Medice	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	ADHS und Pharmakotherapie Moderater

Name des Leitlinien-gruppenmitglieds ³⁴	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen- / oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Themenbezug zur Leitlinie ³⁵ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz im Leitlinienprozess
								Interessenskonflikt Keine Konsequenz, da nicht stimmberechtigt und keine Leitungsfunktion
Dr. Kohl, Lea Teresa ^{PR, KR}	Nein	Nein	Perspektive Bildung e.V.; Stadt Brühl; Kinderheim Kastanienhof	Nein	BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung)	Nein	Mitglied: Deutsche Psychotherapeutenvereinigung, Bundesverband der psychologisch und psychotherapeutisch arbeitenden und forschenden Fachkräfte im Bereich tauber und hörbehinderter Menschen e.V. Wissenschaftliche Tätigkeit: Familiäre Risikofaktoren und Interventionen für Kinder und Jugendliche mit externalisierenden Verhaltensproblemen Klinische Tätigkeit: Autismusspezifisches therapeutisches Gruppenangebot, ambulante Verhaltenstherapie	Kein Themenbezug Kein Interessenskonflikt Keine Konsequenz

Name des Leitlinien-gruppenmitglieds ³⁴	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen- / oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Themenbezug zur Leitlinie ³⁵ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz im Leitlinienprozess
							(störungsübergreifend) Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Ab 2025 Seminare zu ADHS	
Prof. Dr. Kölch, Michael ^{KO, ST, PR}	Janssen	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	DIJuF (Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e. V.), Landesvereinigung Gesundheit Niedersachsen, IReSA Institut	Springer, Beltz, Hogrefe	BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung)	Nein	Mitglied: (Stellvertretender) Präsident der DGKJP (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie); Vorstandsmitglied BAG KJPP (Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V.) Wissenschaftliche Tätigkeit: Forschungsschwerpunkt Kinder/Jugendliche in der Jugendhilfe, Störungen des Sozialverhaltens, depressive Erkrankungen Klinische Tätigkeit:	Affektive Dysregulation Geringer Interessenskonflikt Limitierung der Leitungsfunktion

Name des Leitliniengruppenmitglieds ³⁴	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen- / oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Themenbezug zur Leitlinie ³⁵ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz im Leitlinienprozess
							Allgemeine Kinder- und Jugendpsychiatrie Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Fortbildung Entwicklungspsychopharmakologie, Facharztrepetitorium Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (DGKJP [Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie] und 3LI [Dreiländerinstitut])	
Prof. Dr. Lärer, Katrin Luise ^{KO}	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Kein Themenbezug Kein Interessenskonflikt Keine Konsequenz
Metge, Cornelia ^{KO}	Sachverständige LSG Sachsen	Nein	Dozententätigkeit: IVT (Institut für Verhaltenstherapie GmbH), ZFP	Nein	Nein	Nein	Mitglied: DGVT (Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.), Bundespsychotherapeutenkammer (Vorstand)	Kein Themenbezug Kein Interessenskonflikt Keine Konsequenz

Name des Leitlinien-gruppenmitglieds ³⁴	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen- / oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Themenbezug zur Leitlinie ³⁵ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz im Leitlinienprozess
			(Zentrum für Psychotherapie) , Universität Dresden und Greifswald				Klinische Tätigkeit: Supervision und Lehre	
Dr. Oepen, Johannes ^{KOV}	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Klinische Tätigkeit: Rehabilitation, Adipositas, Neuropädiatrie, Verhaltensmedizin	Kein Themenbezug Kein Interessenskonflikt Keine Konsequenz
Prof. Dr. Plener, Paul ^{KOV, EXP, ST}	Boehringer-Ingelheim	Nein	Nein	Nein	Psychosozialer Dienst der Stadt Wien, FWF: TORN (Österreichischer Wissenschaftsfonds: Triggers Online Resulting in Nonsuicidal Self-Injury)	Nein	Mitglied: Executive board of the ÖGKJP (Austrian Association for Child and Adolescent Psychiatry) Wissenschaftliche Tätigkeit: Suicidality, Nonsuicidal Self-Injury, Trauma Klinische Tätigkeit: Leading a child and adolescent psychiatric department	Störungen des Sozialverhaltens Geringer Interessenskonflikt Limitierung der Leitungsfunktion
Prof. Dr. Reuner, Gitta ^{KO}	Unfallkassen	Bundesverband Das frühgeborene Kind e.V.	Pearson Deutschland GmbH, neuroraum,	Pearson Deutschland GmbH, Hogrefe	Nein	Pearson Deutschland GmbH	Mitglied: DGSPJ (Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.), GNP	Kein Themenbezug Kein Interessenskonflikt

Name des Leitlinien-gruppenmitglieds ³⁴	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen- / oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Themenbezug zur Leitlinie ³⁵ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz im Leitlinienprozess
			DAER (Deutsche Akademie für Entwicklungsförderung), Fortbildungszentrum Köln-Kalk	Verlag, Beltz Verlag			(Gesellschaft für Neuropsychologie, Kassenprüferin), DGfE (Deutsche Gesellschaft für Epileptologie), DeGPT (Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie) Wissenschaftliche Tätigkeit: Neuropsychologie bei Kindern und Jugendlichen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bei somatischer Krankheit, Bildungsprozesse bei körperlicher Krankheit, Selbstregulation im Kleinkindalter, Diagnostik kognitiver Prozesse bei Kindern und Jugendlichen Klinische Tätigkeit: Psychotherapie (Verhaltenstherapie, spezielle Psychotraumathe- rapie) mit Kindern und Jugendlichen, die überwiegend zu ihren psychischen Störungen auch	Keine Konsequenz

Name des Leitliniengruppenmitglieds ³⁴	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen- / oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Themenbezug zur Leitlinie ³⁵ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz im Leitlinienprozess
							schwere somatische Krankheiten haben; Störungen des Sozialverhaltens bei Kindern/Jugendlichen mit hirnorganischen Störungen; neuropsychologische Therapie/Diagnostik mit Kindern und Jugendlichen	
PD Dr. Dipl.-Psych. Schmid, Marc ^{KOV, EXP}	CSEE (Centre socio-éducatif de l'Etat)	PACH (Pflege- und Adoptivkinder Schweiz), Pflegekinderanwältin bezgl. Kinderrechte	Leitung von Traumapädagogik.ch	diverse	EQUALS-Fachverband Intergras	Nein	Mitglied: Fachverband Traumapädagogik DeGPT (Deutschsprachige Gesellschaft für Psycho-traumatologie), Bundesverband Verhaltenstherapie, Deutsche Gesellschaft für systemische Familientherapie Klinische & Wissenschaftliche Tätigkeit: Multisystemische Therapie Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Uniklinik Ulm – E-Learnings	Fremdunterbringung, Traumapädagogik und Systemische Therapie Geringer Interessenskonflikt Keine Konsequenz, da keine Leitungsfunktion
Prof. Dr. Schwenck,	Nein	Nein	Nein	Nein	Deutsche Forschungs-	Nein	Nein	Störungen des Sozialverhaltens und

Name des Leitlinien-gruppenmitglieds ³⁴	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen- / oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Themenbezug zur Leitlinie ³⁵ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz im Leitlinienprozess
Christina ^{KO}					gemeinschaft			limitierte prosoziale Emotion Geringer Interessenskonflikt Keine Konsequenz, da keine Leitungsfunktion
AWMF-Moderation (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.) Schwier, Frauke	Nein	Nein	DGKiM (Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin e.V.)	Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V.	DGKiM (Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin e.V.), German Cancer Aid Foundation, German Federal Joint Committee independent Funding Programme for Clinical Practice Guidelines developed under the auspices of AWMF member	Nein	Mitglied: DGKiM (Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin e.V.), DGfPI e.V. (Deutsche Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und sexualisierter Gewalt e.V.), DGKCH (Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V.)	Kein Themenbezug Kein Interessenskonflikt Keine Konsequenz

Name des Leitlinien-gruppenmitglieds ³⁴	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/ oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Themenbezug zur Leitlinie ³⁵ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz im Leitlinienprozess
					societies, BMBF (German Ministry for Education and Research)			
Seifried, Klaus ^{KO, EXP}	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Stellvertretender Bundesvorsitzender Sektion Schulpsychologie im BDP e.V. (Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen) Wissenschaftliche Tätigkeit: Herausgeber Handbuch Schulpsychologie, Kohlhammer Verlag Klinische Tätigkeit: Teamsupervision Kinder- und Jugendpsychiatrie, GLG Walter-Gropius-Krankenhaus, Eberswalde Teamsupervision Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie Prenzlau Beteiligung an Fort-/Ausbildung: ZAS-	Kein Themenbezug Kein Interessenskonflikt Keine Konsequenz

Name des Leitlinien-gruppenmitglieds ³⁴	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen- / oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Themenbezug zur Leitlinie ³⁵ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz im Leitlinienprozess
							Schulleiterfortbildung (Zentrale Agentur für Schulentwicklung gemeinnützige UG) Deutsche Psychologen Akademie Hochschule für angewandte Pädagogik, Berlin TU Chemnitz, Tuced	
Prof. Dr. Sevecke, Kathrin ^{KO}	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: ESSPD (European Society for the Study of Personality Disorders), Beirat des Vereins Freunde der Kinderklinik, ÖGKJP (Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie), SSSP (Society for the Scientific Study of Psychopathy), Mitglied der GePS (Gesellschaft zur Erforschung von Persönlichkeitsstörungen), Mitglied der ÖGKiM (Österreichische Gesellschaft für Kinderschutz-Medizin), DGKJP (Deutsche Gesellschaft	Aggressivität, Impulsivität und Delinquenz Geringer Interessenskonflikt Keine Konsequenz, da keine Leitungsfunktion

Name des Leitlinien-gruppenmitglieds ³⁴	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen- / oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Themenbezug zur Leitlinie ³⁵ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz im Leitlinienprozess
							für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie), Deutsche Gesellschaft für Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie Wissenschaftliche Tätigkeit: Corona, Versorgungsforschung, Eltern-Kind-Bindung Klinische Tätigkeit: Leitungsfunktion Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Gutachten-Curriculum, Lindauer Psychotherapiewochen	
Spies, Andrea ^{KOV}	Eberhard Karls Universität Tübingen	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: BDP e.V. (Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen, Vorsitzende der Sektion Schulpsychologie)	Kein Themenbezug Kein Interessenskonflikt Keine Konsequenz
Prof. Dr. Dr. Stadler, Christina ^{KO}	Nein	Nein	Fortbildungen im Rahmen von START NOW	Buchkapitel zum Thema Störungen	Modellversuch des Bundesministeri	Nein	Mitglied: SGKJPP (Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und	Psychosoziale Interventionen bei Störungen des

Name des Leitlinien-gruppenmitglieds ³⁴	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen- / oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Themenbezug zur Leitlinie ³⁵ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz im Leitlinienprozess
EXP, ST				des Sozialverhaltens	ums für Justiz, Schweiz Thalmann Fond		Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) DGKJP (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie) Wissenschaftliche Tätigkeit: Interventionsforschung Klinische Tätigkeit: Leitung der Tagesklinik, Bereich Prävention in der Schweiz Beteiligung an Fort-/Ausbildung: PSP (Postgraduale Studiengänge in Psychotherapie, Schweiz), IPKJ (Institut für Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, Schweiz)	Sozialverhaltens Geringer Interessenskonflikt Limitierung der Leitungsfunktion
Dr. Treier, Anne-Katrin ^{EXP}	Nein	Nein	Perspektive Bildung e.V.; Kinderheim Kastanienhof	Nein	BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung)	Nein	Wissenschaftliche Tätigkeit: Publikationen (Erst- und Co-Autor:innenschaften) zu den Themen Diagnostik und Behandlungsformen von ADHS und affektiver	Kein Themenbezug Kein Interessenskonflikt Keine Konsequenz

Name des Leitlinien-gruppenmitglieds ³⁴	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen- / oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Themenbezug zur Leitlinie ³⁵ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz im Leitlinienprozess
							Dysregulation sowie Mediatoren bei externalen Störungen, Stress infolge von COVID-19 Klinische Tätigkeit: Verhaltenstherapie (im Rahmen der Zusatzqualifikation Gruppentherapie)	
Dr. Wessels, Tina ^{KOV}	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Kein Themenbezug Kein Interessenskonflikt Keine Konsequenz
Dipl.-Biol. Witzel, Simone ^{IND}	Nein	Nein	AWMF-IMWi (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. – Institut für Medizinisches Wissensmana-	Nein	DKH (Stiftung Deutsche Krebshilfe), BMG (Bundesministerium für Gesundheit), G-BA: Innovationsfond (Gemeinsamer Bundes-	Nein	Mitglied: Wissenschaftliche Mitarbeiterin bei der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V., Leitlinienprogramm Onkologie von Deutscher Krebsgesellschaft, Deutscher Krebshilfe und AWMF), Programm für nationale	Kein Themenbezug Kein Interessenskonflikt Keine Konsequenz

Name des Leitlinien-gruppenmitglieds ³⁴	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen- / oder Coautor:innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Themenbezug zur Leitlinie ³⁵ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz im Leitlinienprozess
			gement)		BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung)		Versorgungsleitlinien von Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und AWMF, Ständige Kommission Leitlinien der AWMF Wissenschaftliche Tätigkeit: Leitlinien Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Seminare zu Leitlinienerstellung	
Dr. Wähnke, Laura ^{EXP}	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Kein Themenbezug Kein Interessenskonflikt Keine Konsequenz

[Anhang 12] Externe Begutachtung

INHALT

<u>GUTACHTEN VON PROF. DR. THOMAS JANS (IM NAMEN DER DGKJP)</u>	<u>440</u>
<u>ERFOLGTE RÜCKMELDUNG ZU DEM GUTACHTEN VON PROF. DR. THOMAS JANS</u>	<u>443</u>
<u>GUTACHTEN VON PROF. DR. CORRELL (IM NAMEN DER DGPPN)</u>	<u>449</u>
<u>ERFOLGTE RÜCKMELDUNG ZU DEM GUTACHTEN VON PROF. DR. CORRELL</u>	<u>451</u>

Begutachtung der S3-Leitlinie

„Störung des Sozialverhaltens: Empfehlungen zur Diagnostik und Behandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen“ (AWMF-Register Nr.: 028-020)

der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP) als herausgebender und federführender Fachgesellschaft

Version 6.0 (Stand: 15.09.2025)

Gutachter: Prof. Dr. Thomas Jans

Datum: 15.05.2026

Die Leitlinie ist eine Aktualisierung der bisherigen S3-Leitlinie zu Störungen des Sozialverhaltens (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 2016) und bezieht sich auf die Prävention, Diagnostik und Behandlung von Störungen des Sozialverhaltens und begleitenden Störungen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsene im Alter von 0 bis 21 Jahren.

Die Begutachtung umfasst die folgenden Dokumente der Leitlinie: die Kurzfassung, die Langfassung, den Leitlinienreport und die zielgruppenspezifischen Informationen für Kinder (ab 6 Jahren), Jugendliche (ab 12 Jahren), deren Eltern bzw. primäre Bezugspersonen sowie für Fachkräfte aus Bildungswesen, Justiz sowie Kinder- und Jugendhilfe.

Thema und Zielsetzung der Leitlinie sind klar definiert und Schlüsselfragen treffend formuliert. Entsprechend der S3-Klassifikation stützt sich die Leitlinie auf eine systematische Literaturrecherche und Evidenzbewertung sowie eine strukturierte Konsensfindung.

Die Leitliniengruppe ist multidisziplinär besetzt, die relevanten Fachgesellschaften sind beteiligt, verschiedene Berufsgruppen sind eingebunden, Patient:innenvertretungen beteiligt und alle Mitglieder transparent benannt. Eine ausgewogene Repräsentation der betroffenen Fachgebiete kann konstatiert werden.

Interessenkonflikte der Beteiligten sind ausführlich schriftlich offengelegt, deren Relevanz bewertet und der Umgang mit den Konflikten ist dokumentiert. Mögliche Maßnahmen wie die Enthaltung bei Abstimmungen und der Ausschluss von bestimmten Themen sind angemessen getroffen. Auch die redaktionelle Unabhängigkeit ist gewahrt.

Die Leitlinie baut nachvollziehbar dokumentiert auf im Vorfeld publizierten, international etablierten Leitlinien auf. Der Aktualisierung der Evidenz liegt eine systematische Literaturrecherche zu Grunde, die methodischen Standards entsprechend durchgeführt und transparent dargestellt ist.

Die Empfehlungen sind evidenzbasiert, nachvollziehbar und konsentiert. Die Empfehlungsstärke ist begründet und entsprechend dokumentiert. Die Konsensfindung ist transparent. Änderungen in Bezug auf die Vorgängerversion der Leitlinie sind begründet dargestellt. Hintergrundtexte zu den Empfehlungen sind umfangreich, stellen die Evidenz dar und beinhalten oft auch Umsetzungshinweise, soweit diese nicht aus der jeweiligen Empfehlung hervorgehen. Interne Hinweise zur jeweiligen Empfehlung stellen Bezüge zu inhaltlich relevanten anderen Empfehlungen her. Auf die Abdeckung relevanter Inhalte in anderen Leitlinien der AWMF wird in externen Hinweisen jeweils verwiesen.

Der Leitlinienreport ist bemerkenswert umfangreich und wird den Forderungen nach Transparenz und externer Nachvollziehbarkeit sehr gerecht. Angang 5 (Evidenztabelle im PICO(S)-Format) und Anhang

9 (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz: Einschätzung entsprechend des GRADE-Ansatzes) bieten vorbildlich detaillierte Übersichten, ebenso vorbildlich ist Anhang 11 zu Interessenserklärungen und zum Umgang mit Interessenskonflikten.

Die Leitlinie kann nach wenigen Änderungen als publikationsfähig bewertet werden. Empfohlene Änderungen zu Typos und Formulierungen sollen vor Publikation vorgenommen werden. Diese sind im Folgenden kursiv gesetzt. Die weiteren Empfehlungen sind als Anregungen zu verstehen, deren Umsetzung den Verantwortlichen des Leitungsgremiums offenbleibt.

Empfehlungen zu Änderungen

Die Angaben zum fachlichen Hintergrund der Mitglieder der Steuerungsgruppe sind in der Kurzfassung, der Langfassung und im Leitlinienreport sehr uneinheitlich. Diese sollte man vereinheitlichen.

Kurzfassung

- Seite 1 ff., Tabelle „Ein Überblick über die Leitlinienempfehlungen“: es bleibt unklar, warum in der Tabelle einige ausgewählte Empfehlungen wörtlich wiedergegeben werden, die meisten anderen Empfehlungen jedoch nicht. Es wird empfohlen zu prüfen, ob die Kriterien für die Auswahl der in der Tabelle wiedergegebenen Empfehlungen ergänzend genannt werden sollen.
- Seite 32, 5.1.: „Wenn beim Vorliegen einer Störung des Sozialverhaltens mit ausgeprägter Impulsivität, chronischer Reizbarkeit und Aggressivität durch psychosoziale (einschließlich psychotherapeutische) Interventionen keine hinreichende Symptomreduktion erzielt werden konnte, soll in der Regel frühestens ab einem Alter von 6 Jahren eine ergänzende Pharmakotherapie erwogen werden.“ Es wird empfohlen zu prüfen, ob die Formulierung unmissverständlich ist (bezieht sich das „soll“ in der Empfehlung explizit nur auf die Altersgrenze oder auf die zu erwägende Pharmakotherapie allgemein, und diese eben eingeschränkt ab dem genannten Alter?).
- Seite 33, 5.4.: „Wenn im klinischen Bild der Störung des Sozialverhaltens eine ausgeprägte Impulsivität, chronische Reizbarkeit und/oder Aggressivität vorliegen, die eine medikamentöse Behandlung erforderlich machen, sollte ein Behandlungsversuch vorzugsweise mit Stimulanzien erwogen werden.“ Um Missverständnisse zu vermeiden, wird empfohlen zu prüfen, ob ergänzt werden sollte, dass die Empfehlung auch dann gilt, wenn kein Vollbild einer komorbiden ADHS vorliegt.
- Seite 33, 5.5. „Wenn im klinischen Bild der Störung des Sozialverhaltens ausgeprägte Impulsivität, Hyperaktivität, chronische Reizbarkeit und/oder Aggressivität vorliegen und unter einer medikamentösen Monotherapie mit, zur Behandlung einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung zugelassenen, Substanzen (Stimulanzien und Nicht-Stimulanzien) keine ausreichende Besserung der impulsiven, hyperaktiven, aggressiven Symptomatik erzielt wurde, kann eine Mono- oder Kombinationstherapie mit einem Antipsychotikum zweiter Generation erwogen werden.“ In dieser Empfehlung sind im Gegensatz zu derjenigen unter 5.4. „Hyperaktivität“ und „zur Behandlung einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung zugelassene Substanzen“ explizit erwähnt. Bezieht sich Empfehlung 5.5. auf ein anderes, mehr hyperaktives klinisches Bild einer komorbiden ADHS als Empfehlung 5.4.? Falls nicht, wird empfohlen zu prüfen, ob die Formulierungen zum klinischen Bild in 5.4. und 5.5. anzugleichen sind.
- S.34, 6.1.3.: „Das Kinder- und Jugendhilfesystem sollte sich durch den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie einbeziehen lassen,“: der erste folgende, mit „wenn“ beginnende Absatz, ergänzt diesen ersten Satz, die folgenden Absätze sind jedoch abgeschlossene Sätze. Es wird empfohlen zu prüfen, ob die Formulierungen geändert werden sollten.
- S. 37, 6.1.9.: *ein Komma ergänzen: „Bei Patient:innen mit Störungen des Sozialverhaltens << , >> bei denen absehbar Bedarfe für strukturelle Kooperationen bestehen, die ...“*

Langfassung

- Siehe die obigen Anmerkungen zu den Empfehlungen in der Kurzfassung
- S. 49: „Allen et al. (2022) zeigten Post-Zeitpunkt übertraf Eltern-Kind-Interaktionstherapie die Kontrollgruppe, die weiterhin an der routinemäßigen gemeindenahen Versorgung teilnahm, allen angewendeten Skalen zu externalisierenden Symptomen.“: Diesen Satz sollte man umformulieren.

Leitlinienreport

- S. 22, „5. Externe Begutachtung und Verabschiedung“: Ein Typo in meinem Namen: korrekt ist „Jans“ statt „Jahns“
- S. 25: „7. Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren“: die Verabschiedung und Veröffentlichung der Leitlinie haben sich verzögert. Bitte prüfen, ob das Datum anzupassen ist („Die Leitlinie in ihrer sechsten Fassung ist ab dem 15.09.2025 gültig“). Dieses Datum steht so auch an anderen Stellen der Leitliniendokumente.

Zielgruppenspezifische Informationen

Die zielgruppenspezifischen Informationen sind ein wichtiges Begleitmaterial der Leitlinie, die die Umsetzung der Empfehlungen zu Prävention, Diagnostik und Behandlung stützen.

Eine Überarbeitung könnte Folgendes berücksichtigen:

Ein Leitlinienbezug wird nur in der Fußnote für den Lesenden hergestellt. Man könnte im Text der Informationen für Justizsystem, Kinder- und Jugendhilfe und Bildungseinrichtungen explizit auf die Leitlinie hinweisen, zumal sie im Titel der Information jeweils genannt ist.

Auf den Titelseiten aller Informationen ist das gleiche Bild. Man könnte es an die Zielgruppen anpassen, v.a. für Jugendliche könnte dies die Information attraktiver machen.

Zielgruppenspezifische Information Kinder: man könnte in einfachere Sprache umformulieren und eine größere Schrift wählen. Vielleicht sollte man den Begriff „Störung des Sozialverhaltens“ nicht so oft wiederholen und öfters umschreiben („Probleme mit anderen“ o.ä.). Letzteres auch in der Information für Jugendliche.

Zielgruppenspezifische Information Bildungssystem: Man könnte kurze Empfehlungen für den pädagogischen Alltag ergänzen, auf Kinderschutz hinweisen und auf die Notwendigkeit der Begleitung des Übergangs von Schule zu weiterführender Bildung und Berufsintegration hinweisen. Ein Verweis auf das Thema Kinderschutz ist auch in der Information für das Justizsystem zu erwägen.

Angabe zu Interessenkonflikten:

- Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in: nein
- Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board): nein
- Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit: Ausbildungsinstitute Bayern
- Bezahlte Autor:innen-/ oder Coautor:innenschaft: Hogrefe
- Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien: BMBF, BMFT, Innovationsfond des G-BA
- Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:innenrecht, Aktienbesitz): nein
- Indirekte Interessen: Mitgliedschaft DGKJP, ISRCAP; wissenschaftliche und klinische Tätigkeit: KJP

Erfolgte Rückmeldung zu dem Gutachten von Prof. Dr. Thomas Jans

Sehr geehrter Herr Prof. Dr. Jans,

wir danken Ihnen für ihr ausführliches Gutachten und die Hervorhebung verschiedene Qualitätsmerkmale des Leitlinienupdates zur Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens. Wir danken Ihnen ebenfalls für die Identifikation von Tippfehlern, den Hinweisen zu möglicherweise ungünstigen oder ungenauen Formulierungen sowie die weiteren Anregungen. Alle von Ihnen kursiv gesetzten Anmerkungen wurden entsprechend Ihrer Anmerkungen umgesetzt. Die Möglichkeit zur Anpassungen bereits konsentierter Empfehlungen sind zum aktuellen Zeitpunkt des Leitlinienprojekts leider begrenzt und umfassen vor allem redaktionelle Änderungen. Allerdings können die Hintergrundtexte zu den jeweiligen Empfehlungen entsprechend Ihrer Anmerkungen adaptiert werden.

Im Folgenden möchten wir auf Ihre Änderungsbitten und -anregungen im Detail eingehen:

Leitliniendokument [Stellenangabe]	Anmerkungen Herr Prof. Dr. Jans	Rückmeldung und Vorgehen³⁶
Kurzfassung, Langfassung, Leitlinienreport	Die Angaben zum fachlichen Hintergrund der Mitglieder der Steuerungsgruppe sind [...] sehr uneinheitlich. Diese sollte man vereinheitlichen.	Die Angaben wurden vereinheitlicht.
Kurzfassung [Seite 1 ff., Tabelle „Ein Überblick über die Leitlinienempfehlungen“]	Es bleibt unklar, warum in der Tabelle einige ausgewählte Empfehlungen wörtlich wiedergegeben werden, die meisten anderen Empfehlungen jedoch nicht. Es wird empfohlen zu prüfen, ob die Kriterien für die Auswahl der in der Tabelle wiedergegebenen Empfehlungen ergänzend genannt werden sollen.	Das primäre Kriterium für die Auswahl der Empfehlungen für eine wörtliche Wiedergabe in der erstellten Übersichtstabelle war eine gegebene Evidenzbasierung. Die weitere Auswahl erfolgte anhand folgender Kriterien: a) [psychosoziale Interventionen] Empfehlungen zu (genereller) Indikation, nicht zu Format, Ausrichtung, Methoden; b) [pharmakologische Interventionen] Empfehlungen zu (genereller) Indikation, nicht zum Vorgehen bei Indikationsstellung bzw. zu Indikationen für spezifische Präparate;

³⁶ Adaptionen werden bei wörtlichen Nennungen in blauer Schriftfarbe dargestellt.

Leitliniendokument [Stellenangabe]	Anmerkungen Herr Prof. Dr. Jans	Rückmeldung und Vorgehen ³⁶
		c) [präventive Maßnahmen] in der Regel keine wörtliche Wiedergabe (4.1. und 4.3.), allerdings wörtliche Wiedergabe der generellen Indikation von mehrstufigen präventiven Rahmenkonzepten. Aus unserer Sicht wäre dieser Prozess der Auswahl aufgrund seiner Mehrstufigkeit durchaus komplex darzustellen. Wir haben einen entsprechenden Hinweis in den Leitlinienreport, aufgrund der Komplexität des Auswahlprozesses aber nicht in die Kurz- und Langfassung integriert.
Kurzfassung [Seite 32, 5.1.]	Es wird empfohlen zu prüfen, ob die Formulierung unmissverständlich ist (bezieht sich das „soll“ in der Empfehlung explizit nur auf die Altersgrenze oder auf die zu erwägende Pharmakotherapie allgemein, und diese eben eingeschränkt ab dem genannten Alter?).	Wir haben die Empfehlung 5.1. geringfügig adaptiert, in dem wir zwei Kommata ergänzt haben: „Wenn beim Vorliegen einer Störung des Sozialverhaltens mit ausgeprägter Impulsivität, chronischer Reizbarkeit und Aggressivität durch psychosoziale (einschließlich psychotherapeutische) Interventionen keine hinreichende Symptomreduktion erzielt werden konnte, soll, in der Regel frühestens ab einem Alter von 6 Jahren, eine ergänzende Pharmakotherapie erwogen werden.“ Zudem haben wir den assoziierten Hintergrundtext in der Langfassung wie folgt angepasst: „Die vorliegenden Studien untersuchten pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten vorwiegend bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ab 6 Jahren. Für das Vorschulalter liegen hingegen keine ausreichenden Evidenznachweise für den Einsatz pharmakologischer Behandlungsmöglichkeiten vor. Die Empfehlung wurde um den Hinweis ergänzt, dass eine pharmakologische Behandlung in der Regel erst ab dem sechsten Lebensjahr erfolgen sollte. Auch wurde der Hinweis auf Risperidon als präferiertes Präparat entfernt. [...]“

Leitliniendokument [Stellenangabe]	Anmerkungen Herr Prof. Dr. Jans	Rückmeldung und Vorgehen ³⁶
Kurzfassung [Seite 33, 5.4.]	Um Missverständnisse zu vermeiden, wird empfohlen zu prüfen, ob ergänzt werden sollte, dass die Empfehlung auch dann gilt, wenn kein Vollbild einer komorbiden ADHS vorliegt.	Wir halten eine Anpassung der bereits konsentierten Empfehlung für ungünstig und verweisen auf den Hintergrundtext der Langfassung, welcher bereits folgenden Satz beinhaltet: „Auch wenn kein klinisches Vollbild einer ADHS vorhanden ist, kann ein Medikationsversuch mit Stimulanzien erwogen werden.“
Kurzfassung [Seite 33, 5.5.]	In dieser Empfehlung sind im Gegensatz zu derjenigen unter 5.4. „Hyperaktivität“ und „zur Behandlung einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung zugelassene Substanzen“ explizit erwähnt. Bezieht sich Empfehlung 5.5. auf ein anderes, mehr hyperaktives klinisches Bild einer komorbiden ADHS als Empfehlung 5.4.? Falls nicht, wird empfohlen zu prüfen, ob die Formulierungen zum klinischen Bild in 5.4. und 5.5. anzugleichen sind.	Der Vorschlag wurde in der Expert:innengruppe „Pharmakotherapie“ diskutiert und folgende Adaptionen der Empfehlung beschlossen: „Wenn im klinischen Bild der Störung des Sozialverhaltens ausgeprägte Impulsivität, Hyperaktivität , chronische Reizbarkeit und/oder Aggressivität vorliegen und unter einer medikamentösen Monotherapie mit, zur Behandlung einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung zugelassenen, Substanzen (Stimulanzien und Nicht-Stimulanzien) keine ausreichende Besserung der impulsiven, hyperaktiven , aggressiven Symptomatik erzielt wurde, kann eine Mono- oder Kombinationstherapie mit einem Antipsychotikum zweiter Generation erwogen werden.“
Kurzfassung [S.34, 6.1.3.]	Der erste folgende, mit „wenn“ beginnende Absatz, ergänzt diesen ersten Satz, die folgenden Absätze sind jedoch abgeschlossene Sätze. Es wird empfohlen zu prüfen, ob die Formulierungen geändert werden sollten.	Vielen Dank für den Hinweis. Wir haben folgende redaktionelle Änderungen vorgenommen: „Das Kinder- und Jugendhilfesystem sollte sich durch den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie einbeziehen lassen, • wenn im Rahmen der Diagnostik oder der kinder- und jugendpsychiatrischen oder -psychotherapeutischen Behandlung ein Bedarf der Eltern bzw. Sorgeberechtigten an Hilfen zur Erziehung erkennbar wird. • wenn im Rahmen der Diagnostik, während oder zum Ende einer kinder- und jugendpsychiatrischen oder -psychotherapeutischen Behandlung hinreichende Hinweise darauf vorliegen, dass eine

Leitliniendokument [Stellenangabe]	Anmerkungen Herr Prof. Dr. Jans	Rückmeldung und Vorgehen ³⁶
		kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Behandlung nicht ausreichend sein könnte und eine Maßnahme der Kinder- und Jugendhilfe geeignet und notwendig sein könnte, um die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu verbessern (siehe SGB VIII). Es sollte darauf hingewirkt werden, dass die Patient:innen bzw. deren Sorgeberechtigten Kontakt mit dem zuständigen Jugendamt aufnehmen. Bei Bedarf sollten die Patient:innen bzw. deren Sorgeberechtigten bei der Kontaktaufnahme und der Inanspruchnahme von Hilfen unterstützt werden. • wenn aus der Anamnese erkennbar ist, dass die Patient:innen bzw. deren Sorgeberechtigten Hilfen, Maßnahmen oder Angebote der Kinder- und Jugendhilfe aktuell wahrnehmen oder in der Vergangenheit wahrgenommen haben und ein Austausch mit den Durchführenden der Hilfen für die weitere Behandlung relevant erscheint. Es sollte (nach Zustimmung der Patient:innen und Sorgeberechtigten und einer Entbindung von der Schweigepflicht) eine Kontaktaufnahme mit dem zuständigen Jugendamt oder dem zuständigen freien Träger der Kinder- und Jugendhilfe erfolgen. • wenn es im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen oder -psychotherapeutischen Behandlung gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung gibt oder die Patient:innen selbst um eine Inobhutnahme bitten. Es muss eine Kontaktaufnahme zu dem zuständigen Jugendamt erfolgen.“
Kurzfassung [S.34, 6.1.9.]	Ein Komma ergänzen: „Bei Patient:innen mit Störungen des Sozialverhaltens << , >> bei denen absehbar Bedarfe für strukturelle Kooperationen bestehen, die ...“	Das Komma wurde, wie vorgeschlagen, ergänzt.

Leitliniendokument [Stellenangabe]	Anmerkungen Herr Prof. Dr. Jans	Rückmeldung und Vorgehen ³⁶
Langfassung	<i>siehe die Anmerkungen zu den Empfehlungen in der Kurzfassung</i>	<i>siehe oben</i>
Langfassung [S. 49]	„Allen et al. (2022) zeigten Post-Zeitpunkt [...]: Diesen Satz sollte man umformulieren.“	Der Satz wurde sprachlich korrigiert.
Leitlinienreport [S. 22, 5. Externe Begutachtung und Verabschiedung]	Ein Typo in meinem Namen: korrekt ist „Jans“ statt „Jahns“	Der Nachname wurde wie angegeben korrigiert.
Leitlinienreport [S. 25, 7. Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren]	Die Verabschiedung und Veröffentlichung der Leitlinie haben sich verzögert. Bitte prüfen, ob das Datum anzupassen ist (“ Die Leitlinie in ihrer sechsten Fassung ist ab dem 15.09.2025 gültig“). Dieses Datum steht so auch an anderen Stellen der Leitliniendokumente.	Entsprechend der Definition der AWMF gibt das Gültigkeitsdatum das Datum der letzten inhaltlichen Anpassungen wieder und kann nicht auf das Veröffentlichungsdatum angepasst werden.
Zielgruppenspezifische Informationen	Ein Leitlinienbezug wird nur in der Fußnote für den Lesenden hergestellt. Man könnte im Text der Informationen für Justizsystem, Kinder- und Jugendhilfe und Bildungseinrichtungen explizit auf die Leitlinie hinweisen, zumal sie im Titel der Information jeweils genannt ist. Auf den Titelseiten aller Informationen ist das gleiche Bild. Man könnte es an die Zielgruppen anpassen, v.a. für Jugendliche könnte dies die Information attraktiver machen.	Vielen Dank für die wertvollen Hinweise zur Überarbeitung. Wir werden diese für zukünftige Überarbeitungen dokumentieren. Zudem haben wir zwischenzeitlich folgende Anpassungen vorgenommen: • Neuer Titel „Information für XY (z. B. Fachkräfte des Bildungssystems) zur Diagnostik und Behandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Störungen des Sozialverhaltens“ • Neues Bild für Jugendliche sowie Fachkräfte des Justizsystems

Leitliniendokument [Stellenangabe]	Anmerkungen Herr Prof. Dr. Jans	Rückmeldung und Vorgehen ³⁶
	Zielgruppenspezifische Information Kinder: man könnte in einfachere Sprache umformulieren und eine größere Schrift wählen. Vielleicht sollte man den Begriff „Störung des Sozialverhaltens“ nicht so oft wiederholen und öfters umschreiben („Probleme mit anderen“ o.ä.). Letzteres auch in der Information für Jugendliche. Zielgruppenspezifische Information Bildungssystem: Man könnte kurze Empfehlungen für den pädagogischen Alltag ergänzen, auf Kinderschutz hinweisen und auf die Notwendigkeit der Begleitung des Übergangs von Schule zu weiterführender Bildung und Berufsintegration hinweisen. Ein Verweis auf das Thema Kinderschutz ist auch in der Information für das Justizsystem zu erwägen.	

Mit freundlichen Grüßen und Dank für Ihr Engagement für die Leitlinie

Dr. Lea Teresa Kohl

(im Auftrag der Steuerungsgruppe des SSV-Leitlinienprojekts)

Gutachten von Prof. Dr. Correll (im Namen der DGPPN)

Begutachtung der S3-Leitlinie

„Störung des Sozialverhaltens: Empfehlungen zur Diagnostik und Behandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen“ (AWMF-Register Nr.: 028-020)

der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP) als herausgebender und federführender Fachgesellschaft

Version 6.0 (Stand: 15.09.2025)

Gutachter: Prof. Dr. Christoph Correll

Datum: 26.05.2026

Die externe Begutachtung durch Herrn Prof. Dr. Correll fiel insgesamt sehr positiv aus. Die sorgfältige und umfangreiche Erstellung der S3-Leitlinie sowie die damit verbundenen Abstimmungsprozesse wurden ausdrücklich gewürdigt. Die Leitlinie wurde als relevant und hilfreich für die Versorgungspraxis eingeschätzt. Es wurden lediglich zwei, im Folgenden aufgeführte, kleinere Anregungen formuliert; grundsätzliche Einwände gegen die Leitlinie bestanden nicht.

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)
Langversion p. 12/147 und 83/147	5.1. "Wenn beim Vorliegen einer Störung des Sozialverhaltens mit ausgeprägter Impulsivität, chronischer Reizbarkeit und Aggressivität durch psychosoziale (einschließlich psychotherapeutische) Interventionen keine hinreichende Symptomreduktion erzielt werden	"Wenn beim Vorliegen einer Störung des Sozialverhaltens mit ausgeprägter Impulsivität, chronischer Reizbarkeit und Aggressivität durch psychosoziale (einschließlich psychotherapeutische. Eltern-/eltern-kindzentrierte therapeutische oder Elterntrainingsbasierte) Interventionen keine	Siehe Empfehlungen 4.2.1-4.2.10

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)
	konnte, soll in der Regel frühestens ab einem Alter von 6 Jahren eine ergänzende Pharmakotherapie erwogen werden.“	hinreichende Symptomreduktion erzielt werden konnte, soll in der Regel frühestens ab einem Alter von 6 Jahren eine ergänzende Pharmakotherapie erwogen werden.“	
Langversion: p 77/147	Vor einer medikamentösen Behandlung mit einem Antipsychotikum zweiter Generation wird die Durchführung und Dokumentation folgender Untersuchungen empfohlen: (...) - EKG	Vor einer medikamentösen Behandlung mit einem Antipsychotikum zweiter Generation wird die Durchführung und Dokumentation folgender Untersuchungen empfohlen: (...) - EKG (nicht erforderlich bei Aripiprazol)	Aripiprazol hat altersübergreifend gegenüber Placebo vergleichbar neutralen Einfluss auf QTc-Zeit: Kinder und Jugendliche: Jensen KG, Juul K, Fink-Jensen A, Correll CU*, Pagsberg AK*. QTc changes during antipsychotic treatment of children and adolescents: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2015 Jan;54(1):25-36. Erwachsene: Huhn M, Nikolakopoulou A, Schneider-Thoma J, Krause M, Samara M, Peter N, Arndt T, Bäckers L, Rothe P, Cipriani A, Davis J, Salanti G, Leucht S. Comparative efficacy and tolerability of 32 oral antipsychotics for the acute treatment of adults with multi-episode schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. Lancet. 2019 Sep 14;394(10202):939-951.

Erfolgte Rückmeldung zu dem Gutachten von Prof. Dr. Correll

Sehr geehrter Herr Prof. Dr. Correll,

ich danke Ihnen im Namen des gesamten SSV-Leitlinienteams für die durchgeführte externe Begutachtung und die insgesamt sehr positive Rückmeldung. Wir danken Ihnen auch für die zwei Anregungen, die wir gerne im Folgenden im Detail beantworten:

Leitliniendokument [Stellenangabe]	Anmerkungen Herr Prof. Dr. Correll	Rückmeldung und Vorgehen ³⁷
Lang- & Kurzfassung [Empfehlung 5.1.]	Ich schlage folgende Adaption der Empfehlung 5.1. vor: "Wenn beim Vorliegen einer Störung des Sozialverhaltens mit ausgeprägter Impulsivität, chronischer Reizbarkeit und Aggressivität durch psychosoziale (einschließlich psychotherapeutische. Eltern-/eltern-kindzentrierte therapeutische oder Elterntrainingsbasierte) Interventionen keine hinreichende Symptomreduktion erzielt werden konnte, soll in der Regel frühestens ab einem Alter von 6 Jahren eine ergänzende Pharmakotherapie erwogen werden." Begründung: siehe Empfehlungen 4.2.1-4.2.10	Da die Möglichkeit zur Adaption von bereits konsentierten Empfehlungen beschränkt sind, haben wir den Hintergrundtext zur Empfehlung 5.1. in der Langfassung wie folgt adaptiert: "Die vorliegenden Studien untersuchten pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten vorwiegend bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ab 6 Jahren. Für das Vorschulalter liegen hingegen keine ausreichenden Evidenznachweise für den Einsatz pharmakologischer Behandlungsmöglichkeiten vor. Entsprechend wurde die Empfehlung um den Hinweis ergänzt, dass eine pharmakologische Behandlung in der Regel erst ab dem sechsten Lebensjahr erfolgen sollte. Auch wurde der Hinweis auf Risperidon als präferiertes Präparat entfernt. Die größte Evidenzbasis für psychosoziale Interventionen besteht für eltern-/eltern-kindzentrierte Interventionen, sogenannte Elterntrainings. Empfehlung zu der Indikation und Umsetzung dieser psychosozialen Interventionen finden sich in Kapitel 4.2. dieser Leitlinie. Abschließend wurde, mit einem starken Konsens, der Empfehlungsgrad bei moderater Evidenz auf eine starke Empfehlung („soll“-Formulierung) angehoben. Trotz vorhandener methodischer Limitationen der vorhandenen Übersichtsarbeiten, besteht, aus klinischer Sicht, ein hohes Vertrauen in die Evidenz. "

³⁷ Adaptionen werden bei wörtlichen Nennungen in blauer Schriftfarbe dargestellt.

Leitliniendokument [Stellenangabe]	Anmerkungen Herr Prof. Dr. Correll	Rückmeldung und Vorgehen ³⁷
Langfassung [Seite 77, Einleitung zum Kapitel „Pharmakologische Interventionen“]	Ich schlage folgende Adaption des Einleitungstextes vor: „Vor einer medikamentösen Behandlung mit einem Antipsychotikum zweiter Generation wird die Durchführung und Dokumentation folgender Untersuchungen empfohlen: (...) - EKG (nicht erforderlich bei Aripiprazol)“ Begründung: Aripiprazol hat altersübergreifend gegenüber Placebo vergleichbar neutralen Einfluss auf QTc-Zeit: Literaturhinweise: Kinder und Jugendliche: Jensen KG, Juul K, Fink-Jensen A, Correll CU*, Pagsberg AK*. QTc changes during antipsychotic treatment of children and adolescents: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2015 Jan;54(1):25-36. Erwachsene: Huhn M, Nikolakopoulou A, Schneider-Thoma J, Krause M, Samara M, Peter N, Arndt T, Bäckers L, Rothe P, Cipriani A, Davis J, Salanti G, Leucht S. Comparative efficacy and	Der Einleitungstext wurde nach Rücksprache in der Expert:innengruppe „Pharmakotherapie“ wie folgt adaptiert: „• Elektrokardiogramm (EKG, bei Behandlung mit Aripiprazol nicht erforderlich)“

Leitliniendokument [Stellenangabe]	Anmerkungen Herr Prof. Dr. Correll	Rückmeldung und Vorgehen ³⁷
	tolerability of 32 oral antipsychotics for the acute treatment of adults with multi-episode schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. Lancet. 2019 Sep 14;394(10202):939-951.	

Mit freundlichen Grüßen und Dank für Ihr Engagement für die Leitlinie

Dr. Lea Teresa Kohl

(im Auftrag der Steuerungsgruppe des SSV-Leitlinienprojekts)

Information für Kinder (ab 6 Jahren) zur Diagnostik und Behandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Störungen des Sozialverhaltens



**UNIKLINIK
KÖLN**



**Universitätsmedizin
Rostock**

Gefördert durch:



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss

dgkjp

Diese Information ist für dich,

wenn du dich oft mit anderen streitest, schnell wütend wirst oder es dir schwerfällt, dich an Regeln zu halten.



In dieser Information werden folgende Fragen beantwortet:

- › Was sind Störungen des Sozialverhaltens?
- › Wie viele Kinder haben eine Störung des Sozialverhaltens?
- › Wie stellt man fest, ob man eine Störung des Sozialverhaltens hat?
- › Wer kann mir helfen?

Manche Kinder haben große Schwierigkeiten, sich an Regeln zu halten. Deswegen haben sie häufig Streit mit den Eltern und anderen Erwachsenen oder Kindern. Einige der Kinder haben an den meisten Tagen schlechte Laune und ärgern sich häufig. Manchmal bekommen sie so richtige Wutausbrüche. Manchmal kommt es auch vor, dass Sie andere Kinder provozieren oder ärgern, lügen oder Sachen kaputt machen. Fachleute sprechen dann von einer Störung des Sozialverhaltens.



Zuerst wird hingeschaut und nachgefragt

Wenn der Verdacht aufkommt, dass du auch solche Schwierigkeiten hast, werden Fachleute ausführlich mit dir und deinen Eltern sprechen.

Folgende Fragen könnten dir gestellt werden:

- › Wie geht es dir aktuell zuhause und in der Kita oder Schule? Hast du Freunde? Was macht ihr gemeinsam?
- › Was kannst du gut? Was machst du gerne?
- › Was kannst du weniger gut? Was fällt dir schwer?
- › Fällt es dir leicht, dich an Regeln zu halten?
- › Wirst du manchmal wütend? Wie häufig kommt das vor und was macht dich wütend?
- › Was hilft dir, dich wieder zu beruhigen, wenn du wütend bist?
- › An welche besonders schönen und welche besonders traurigen Ereignisse kannst du dich erinnern?
- › Was wünschst du dir für die Zukunft?

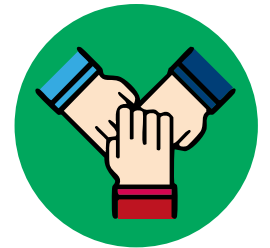
Falls du auch eine Störung des Sozialverhaltens hast: **Du bist nicht allein!**

Fast in jeder Kindergartengruppe und Schulklasse gibt es mindestens ein Kind, dem es auch so geht.

So kann dir und deiner Familie geholfen werden!

Je nachdem, wie es dir zuhause, in der Schule und mit anderen Kindern geht, kann auf unterschiedliche Weise geholfen werden.

- › **Was dir helfen könnte:** Du kannst zu einem Training gehen, in dem du deine Gefühle besser kennenlernenst und lernst, wie man Streit verhindern kann. Auch kannst du eine Weile an einen Ort gehen, wo Fachleute sind, die dir helfen können.
- › **Was deinen Eltern helfen könnte:** Wenn deine Eltern viele Sorgen haben oder viel streiten, können sie Unterstützung bekommen, um sich selbst besser zu fühlen. Auch können deine Eltern zu einem Training gehen und erfahren, wie ihr als Familie besser miteinander zurechtkommen könnt. Zuletzt können Menschen zu euch nach Hause kommen und dich und deine Familie überall dort unterstützen, wo ihr Hilfe benötigt.
- › **Was deinen Lehrer:innen oder Erzieher:innen helfen könnte:** Deine Erzieher:innen oder Lehrer:innen können Informationen und Unterstützung bekommen, wie ihr Streit im Alltag besser lösen könnt.



Damit es dir und deiner Familie bald besser geht, ist das Wichtigste, dass ihr Hilfe zulässt.

Wichtig für dich zu wissen

Deine Meinung zählt und wird ernst genommen! Uns ist wichtig zu erfahren, wie du dich fühlst, was dich belastet, woran du Freude hast und was du denkst, was dir helfen könnte, wenn du wütend bist. Du darfst mitentscheiden und sagen, was dir wichtig ist. Du bist nicht schuld daran, wie es aktuell ist und was passiert ist. Du kannst uns vertrauen. Wenn du etwas erzählen möchtest, das geheim bleiben soll, ist das völlig in Ordnung. Nur wenn du vorhast, dir selbst oder jemand anderem ernsthaft weh zu tun, müssen wir Hilfe holen, damit niemand zu Schaden kommt.

Das vorliegende Informationsblatt ist Bestandteil der klinischen Leitlinie „Störungen des Sozialverhaltens: Empfehlungen zur Diagnostik und Behandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen“ (AWMF-Registernummer 028-020; Version 6; <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-020>). Das vorliegende Informationsblatt bitte wie folgt zitieren: Kohl, L. T., Waelde, L., Kölsch, M. & Görtz-Dorten, A. im Auftrag der SSV-Leitliniengruppe (2026). Information für Kinder (ab 6 Jahren) zur Diagnostik und Behandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Störungen des Sozialverhaltens“ (AWMF-Registernummer 028-020; Version 6.0, Stand 15.09.2025). Verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-020> (Zugriff am TT.MM.JJJJ). Hinweise zum methodischen Vorgehen hinsichtlich der Erstellung und Verabschiedung des Informationsblattes finden sich im Leitlinienreport der benannten Leitlinie. Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF21016 gefördert.

Anlage 5: Zielgruppenspezifische Informationen für Jugendliche ab 12 Jahren

Information für Jugendliche und junge Erwachsene (ab 12 Jahren) zur Diagnostik und Behandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Störungen des Sozialverhaltens



**UNIKLINIK
KÖLN**



**Universitätsmedizin
Rostock**

Gefördert durch:



**Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss**

dgkjp

Diese Information ist für dich,



wenn du dich oft mit anderen streitest, schnell wütend wirst oder es dir schwerfällt, dich an Regeln und Gesetze zu halten.

In dieser Information werden folgende Fragen beantwortet:

- › Was sind Störungen des Sozialverhaltens?
- › Wie viele Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene haben eine Störung des Sozialverhaltens?
- › Wie stellt man fest, ob man eine Störung des Sozialverhaltens hat?
- › Wer kann mich unterstützen?

Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Störungen des Sozialverhaltens (SSV) verhalten sich nicht alle gleich. Expert:innen unterscheiden zwei Varianten der Störung:

- › SSV mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten
- › SSV mit dissozialem Verhalten



Wann sprechen Expert:innen von oppositionellem, aufsässigem Verhalten?

Kinder/Jugendliche/junge Erwachsene mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten:

- › widersetzen sich oft Regeln und Anweisungen von Erwachsenen
- › widersprechen häufig und streiten sich regelmäßig mit Erwachsenen
- › haben oft schlechte Laune oder sind schnell frustriert

- › werden häufig wütend
- › ärgern oder provozieren andere absichtlich

Wann sprechen Expert:innen von dissozialem Verhalten?

Kinder/Jugendliche/junge Erwachsene mit dissozialem Verhalten verletzen die Rechte anderer und missachten wichtige gesellschaftliche Regeln und Gesetze, indem sie:

- › Dinge kaputt machen
- › stehlen und/oder lügen
- › von zuhause weglaufen oder der Schule/Ausbildung fernbleiben
- › Menschen oder Tiere verletzen



Wie viele Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene haben eine Störung des Sozialverhaltens?

Solches Verhalten kommt öfter vor, als viele denken – rund 8 von 100 Kindern und Jugendlichen in Deutschland haben ähnliche Probleme mit Streit, Wut oder weil sie sich nicht an Regeln halten. Jungen sind davon dreimal so häufig betroffen wie Mädchen. Wichtig ist: Es ist völlig normal, dass Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene auch manchmal gegen eine Regel verstoßen oder sich streiten. Problematisch wird es erst, wenn es immer wieder

passiert und dadurch Probleme in der Schule, im Ausbildungsbetrieb, zuhause oder mit Freund:innen entstehen. Dann kann es sein, dass mehr dahintersteckt – eine psychische Störung. Und dann ist es wichtig, sich Unterstützung zu holen.

Es wird ganz genau hingeschaut und nachgefragt

Wenn der Verdacht aufkommt, dass bei dir eine Störung des Sozialverhaltens vorliegt, werden Ärzt:innen oder Psychotherapeut:innen ausführlich mit dir, deinen Eltern und vielleicht weiteren Personen (wie deiner Lehrkraft) sprechen. Wahrscheinlich wirst du auch geboeten, Fragebögen auszufüllen.



Folgende Fragen können dir beispielsweise gestellt werden:

- › Wie geht es dir aktuell zuhause und in der Schule?
- › Hast du Freunde?
- › Was unternimmt ihr gemeinsam?
- › Was kannst du gut? Was machst du gerne?
- › Was kannst du weniger gut? Was fällt dir schwer?
- › Hältst du dich an Regeln und Gesetze?
- › Wirst du manchmal wütend? Wie häufig kommt das vor? Was macht dich wütend?
- › Was hilft dir, dich wieder zu beruhigen, wenn du wütend bist?
- › Wann wurden die Probleme zuhause, in der Schule oder mit Mitschüler:innen und Freund:innen häufiger?
- › An welche besonders schönen und welche besonders traurigen Ereignisse kannst du dich erinnern?
- › Was wünschst du dir für die Zukunft?

So kann dir und deiner Familie geholfen werden!

Je nachdem, wie es dir zuhause, in der Schule und im Kontakt mit Mitschüler:innen und Freund:innen geht, kann dir und deiner Familie auf unterschiedliche Art und Weise geholfen werden.

- › *Was dir helfen könnte:* Du kannst (in einer Gruppe oder allein) zu einem Training gehen, in dem du lernst, deine eigenen Gefühle besser zu verstehen, besser mit anderen auszu- kommen und Streit zu lösen. Wenn zuhause aktuell ein schwieriger Ort für dich ist, besteht die Möglichkeit, dass du eine Weile rund um die Uhr oder auch nur tagsüber in eine Einrichtung gehst, in der es Menschen gibt, die dir helfen können.
- › *Was deinen Eltern helfen könnte:* Wenn deine Eltern viele Sorgen haben oder viel streiten, können deine Eltern Unterstützung bekommen, um sich selbst besser zu fühlen. Auch können deine Eltern zu einem Training gehen und erfahren, wie ihr als Familie besser miteinander zurechtkommen könnt. Zuletzt können Menschen zu euch nach Hause kommen und euch als Familie überall dort unterstützen, wo ihr Hilfe benötigt.
- › *Was deinen Lehrer:innen und Erzieher:innen helfen könnte:* Deine Schule, Lehrer:innen oder Erzieher:innen können Informationen und Unterstützung erhalten, wie ihr Streitigkeiten im Schulalltag besser lösen könnt.

Damit es dir und deiner Familie bald besser geht, ist das Wichtigste, dass ihr als Familie an einem Strang zieht und Hilfe annimmt.

Keine Sorge, du bekommst Unterstützung!

Wenn du bereit bist, Hilfe anzunehmen, wird dir zugehört und deine Meinung und deine Gefühle werden ernst genommen.



- › Du wirst nicht bewertet!
- › Du kannst mitentscheiden, welche Unterstützung du wann und unter welchen Voraussetzungen annehmen möchtest.
- › Du kannst davon ausgehen, dass alles vertraulich behandelt wird, was du erzählst. Wenn du nicht möchtest, dass andere von deinen Geheimnissen erfahren, wird das respektiert. Die einzige Ausnahme ist: Du hast vor, dich selbst oder andere schwer zu verletzen!

Das vorliegende Informationsblatt ist Bestandteil der klinischen Leitlinie „Störungen des Sozialverhaltens: Empfehlungen zur Diagnostik und Behandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen“ (AWMF-Registernummer 028-020; Version 6; <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-020>). Das vorliegende Informationsblatt bitte wie folgt zitieren: Kohl, L. T., Waedel, L., Kölch, M. & Görtz-Dorten, A. im Auftrag der SSV-Leitliniengruppe (2026). Information für Jugendliche und junge Erwachsene zur Diagnostik und Behandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (ab 12 Jahren) mit Störungen des Sozialverhaltens“ (AWMF-Registernummer 028-020; Version 6.0, Stand 15.09.2025). Verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-020> (Zugriff am TT.MM.JJJJ). Hinweise zum methodischen Vorgehen hinsichtlich der Erstellung und Verabschiedung des Informationsblattes finden sich im Leitlinienreport der benannten Leitlinie. Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF21016 gefördert.

Information für Eltern und weitere Bezugspersonen zur Diagnostik und Behandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Störungen des Sozialverhaltens



UNIKLINIK
KÖLN



Universitätsmedizin
Rostock

Gefördert durch:



Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss

dgkjp[®]

In der vorliegenden Informationsschrift werden zentrale Aspekte der Störungen des Sozialverhaltens sowie deren Behandlungsmöglichkeiten zusammenfassend dargestellt.

Liebe Eltern und Bezugspersonen,

kommt es im Alltag mit Ihrem Kind immer wieder zu Konflikten, die der Situation nicht angemessen sind? Hat Ihr Kind starke Schwierigkeiten, sich an Regeln zu halten? Ist Ihr Kind häufig gereizt? Kommt es häufig zu Wutausbrüchen, die der Situation nicht angemessen sind? Hat Ihr Kind schon einmal andere Kinder/Jugendliche oder Erwachsene bedroht oder verletzt?

Wenn Ihr Kind solche Verhaltensweisen seit mehreren Monaten und in verschiedenen Lebensbereichen wie in der Kindertageseinrichtung/Schule/Berufsausbildung, der Familie oder der Freizeit zeigt, kann eine Störung des Sozialverhaltens vorliegen. Wenn Sie, Lehrkräfte oder andere Erwachsene vermuten, dass bei Ihrem Kind solche Symptome über eine längere Zeit bestehen, sollte eine Abklärung bei einem Spezialisten oder einer Spezialistin stattfinden. Spezialist:innen sind in diesem Fall Kinder- und Jugendpsychotherapeut:innen, Kinder- und Jugendpsychiater:innen sowie Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen mit Expertise in der psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Störungen des Sozialverhaltens (SSV) zeigen verschiedene Verhaltensschwierigkeiten. Expert:innen unterscheiden zwei Varianten der Störung:

- › SSV mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten
- › SSV mit dissozialem Verhalten

Was ist oppositionelles, aufsässiges Verhalten?

Kinder/Jugendliche/junge Erwachsene mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten:

- › widersetzen sich oft bewusst Regeln und Anweisungen von Erwachsenen
- › widersprechen häufig und streiten sich regelmäßig mit Erwachsenen
- › sind häufig gereizt (z. B. haben oft schlechte Laune oder sind schnell frustriert)
- › werden häufig wütend
- › ärgern oder provozieren andere absichtlich

Was ist dissoziales Verhalten?

Kinder/Jugendliche/junge Erwachsene mit dissozialem Verhalten verletzen die Rechte anderer und missachten wichtige gesellschaftliche Regeln und Gesetze, indem sie:

- › absichtlich Dinge kaputt machen
- › stehlen und/oder lügen
- › von zu Hause weglaufen oder unentschuldig der Schule/Ausbildung fernbleiben
- › Menschen und/oder Tiere verletzen

Wie viele Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene haben eine Störung des Sozialverhaltens?

Solches Verhalten ist gar nicht so selten. Etwa 8 % der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland zeigen ein ausgeprägtes oppositionelles oder dissoziales Verhalten. Dabei sind Jungen dreimal häufiger betroffen als Mädchen. Aber Achtung: Nicht jedes Kind, das manchmal etwas absichtlich kaputt macht, widerspricht oder lügt, hat eine psychische Störung. Regelüberschreitungen gehören selbstverständlich zum Aufwachsen und Erwachsenwerden dazu. Entscheidend, ob Spezialist:innen von einer psychischen Störung sprechen, ist, ob Beeinträchtigungen im Alltag, in der Entwicklung und/oder beim Lernen vorliegen.



Warum hat mein Kind eine Störung des Sozialverhaltens?

Eine Störung des Sozialverhaltens entsteht durch ein Zusammenspiel aus (vor allem genetischer) Veranlagung und Umwelt. Manche Kinder haben von Geburt an ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens, weil sie beispielsweise besonders impulsiv sind. Wenn die Hauptbezugspersonen dann die Bedürfnisse des Kindes nicht befriedigen können (z. B. weil Eltern wenig Zeit, große finanzielle Sorgen oder viel Streit untereinander haben oder selbst psychisch belastet sind), kann sich eine psychische Störung entwickeln. Auch der Konsum von Nikotin, Alkohol oder anderen Drogen oder ausgeprägter Stress während der Schwangerschaft sowie Komplikationen während der Geburt können das Risiko für eine Störung des Sozialverhaltens erhöhen. Je mehr belastende Faktoren zusammenkommen, desto größer ist das Risiko für die Entwicklung der psychischen Störung.

Wie verläuft typischerweise die Kindheit und Jugend bei einer Störung des Sozialverhaltens?

Manche Kinder haben schon im Kindergarten- oder Grundschulalter Schwierigkeiten mit der Einhaltung von Regeln und Grenzen und werden häufig sehr wütend. Bei anderen treten die Probleme erst im Jugendalter auf. Das Verhalten der Kinder und Jugendlichen führt häufig zu Konflikten in der Familie, der besuchten Kindertageseinrichtung, Schule oder Berufsausbildung sowie bei der Ausübung von Freizeitaktivitäten. Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Störungen des Sozialverhaltens erfahren möglicherweise auch Ablehnung von Lehrkräften und pädagogischen Fachkräften sowie Mitschüler:innen, wodurch ihr Selbstwertgefühl beeinträchtigt werden kann. Da es den Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen schwerfällt, mit sozial angepassten Gleichaltrigen in Kontakt zu kommen, suchen sie oft den Anschluss an Gleichaltrige, die sich selbst häufig nicht an Regeln halten. Im Jugendalter kommt es verstärkt zu körperlichen Auseinandersetzungen, Sachbeschädigungen, Aufsuchen von Gefahrensituationen, Konsum von Drogen oder Schulschwänzen. Bei etwa 80 % der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen lässt die Symptomatik bis zum Alter von 21 Jahren nach. Bei etwa 20 % bleiben die Schwierigkeiten jedoch dauerhaft bestehen.

Diagnostik

Ein erster zentraler Schritt, um Sie als Familie unterstützen zu können, ist eine ausführliche Diagnostik. Während dieser findet zunächst ein gegenseitiges Kennenlernen statt. Auch können Sie, Ihr Kind und weitere Bezugspersonen gebeten werden, Fragebögen zu den Verhaltensschwierigkeiten Ihres Kindes auszufüllen. Sie und andere Bezugspersonen können zur Entwicklung Ihres Kindes und den aktuellen Schwierigkeiten befragt werden. Von besonderen Erlebnissen Ihres Kindes (z. B. von Mobbing oder Scheidung der Eltern) sollten Sie dem Spezialisten oder der Spezialistin erzählen. Vielleicht werden auch Testungen (z. B. eine Intelligenztestung) notwendig. Nach Sichtung aller gesammelten Informationen stellen die Spezialist:innen eine Diagnose und entwickeln, gemeinsam mit Ihnen und Ihrem Kind, einen individuellen Behandlungsplan. Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Störungen des Sozialverhaltens haben oft auch andere psychische Probleme, wie körperliche Unruhe, Unaufmerksamkeit, starke Ängste, übermäßige Traurigkeit oder Süchte. Auch diese Symptome werden die Spezialist:innen im Rahmen der Diagnostik und anschließenden Behandlung berücksichtigen.



Unterstützung und Behandlung

Unterstützungs- und Behandlungsmöglichkeiten können von unterschiedlichen Versorgungssystemen angeboten werden:

- › dem Gesundheitssystem (vorrangig psychotherapeutische Behandlungen)
- › der Kinder- und Jugendhilfe (Hilfen zur Erziehung und Eingliederungshilfe)
- › dem Justizsystem (Jugendgerichtshilfe)
- › dem Schulsystem (Klärung des Unterstützungsbedarfs und Erstellung eines individuellen Förderplans)

Zentral für eine gelungene und nachhaltige Unterstützung und Behandlung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen und deren Familie ist, dass die Jugendlichen/jungen Erwachsenen sowie deren Eltern bzw. primäre Bezugspersonen aktiv mitwirken. Jugendliche und junge Erwachsene mit Störungen des Sozialverhaltens und deren primäre Bezugspersonen werden hauptsächlich ambulant behandelt (wie bei eigentlich allen psychischen Erkrankungen). In Einzelfällen kann allerdings auch eine teilstationäre, stationäre oder aufsuchende Behandlung erforderlich sein.

Eine **ambulante** Behandlung kann mehrere Jahre andauern. In der Regel finden wöchentliche Termine statt. Sowohl Ihr Kind, als auch Sie werden Termine wahrnehmen.

Eine **teilstationäre** Behandlung wird häufig empfohlen, wenn ambulante Behandlungen nicht umsetzbar sind oder nicht ausreichen. Ihr Kind besucht dann in der Regel für 6-8 Wochen von morgens bis zum späten Nachmittag eine Tagesklinik und auch Sie haben dort mehrfach die Woche Termine. Ihr Kind besucht in der Regel (für die Dauer der Behandlung) nicht die Stammschule, sondern die Klinikschule.

Eine **stationäre** Behandlung oder auch Diagnostik ist nur selten notwendig. Ihr Kind befindet sich dann in der Regel für 6-8 Wochen tagsüber und nachts in der Klinik und auch Sie haben dort mehrfach die Woche Termine.

Eine **aufsuchende** Behandlung kommt nur sehr selten vor. Dann kommt ein Team von Spezialist:innen zu Ihnen nach Hause und führt dort eine intensive, störungsspezifische Behandlung mit Ihnen und Ihrem Kind durch. Insbesondere wenn Ihr Kind schon älter ist und die Schwierigkeiten Ihres Kindes sehr schwer ausgeprägt sind oder sich nach anderen Behandlungen noch nicht verringert haben, ist eine sogenannte systemübergreifende, multimodale Intensivbehandlung Ihres Kindes sinnvoll.

Es gibt nicht das eine **Medikament**, das Ihr Kind umfassend „heilt“. Einzelne Symptome Ihres Kindes können möglicherweise aber auch medikamentös behandelt werden. Wenn Ihr Kind sehr impulsiv und häufig gereizt ist, können folgende Medikamente zum Einsatz kommen:

- (1) Medikamente, die auch zur Behandlung einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) zugelassen sind
- (2) Antipsychotika

Sollten Sie weitere Fragen zu Medikamenten haben, stellen Sie diese am besten entsprechenden Fachärztinnen oder Fachärzten (z. B. Kinder- und Jugendpsychiaterinnen oder -psychiater).

Wenn bei Ihnen selbst eine psychische Störung vorliegt oder Ihre Beziehung zu einem anderen Elternteil stark belastet ist und wenn das Ihre Familie akut belastet, sollte geprüft werden, ob Sie selbst oder Sie gemeinsam als Eltern therapeutische Unterstützung benötigen.

Mit wem wird was in der Behandlung Ihres Kindes erarbeitet?

Der Einbezug von Ihnen als **Eltern** oder anderen Bezugsperson in die Behandlung Ihres Kindes ist entscheidend. Insbesondere wenn Ihr Kind zwischen 3 und 12 Jahren alt ist, gelten sogenannte Elterntrainings, welche spezifisch für die Störungen des Sozialverhaltens entwickelt wurden, als wichtigster Behandlungsansatz. In einem Elterntaining erhalten Sie allein oder in einer Gruppe von Eltern detaillierte Informationen zu den Schwierigkeiten Ihres Kindes. Zudem lernen Sie, wie Sie die Beziehung zu Ihrem Kind schrittweise verbessern, ein positives, konsistentes Erziehungsverhalten entwickeln und wie Sie Ihr Kind aktiv dabei unterstützen können, schrittweise seine Schwierigkeiten zu reduzieren.

Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit einer Störung des Sozialverhaltens haben häufig auch Schwierigkeiten in der besuchten Kindertageseinrichtung, der Schule oder dem Ausbildungsbetrieb und Konflikte mit **Erzieherinnen oder Erziehern** oder Lehrkräften. In diesem Fall sollten auch diese Bezugspersonen bzw. die Einrichtungen eine Beratung durch das Behandlungsteam erhalten. Es kann hilfreich sein, wenn mit der ganzen Gruppe bzw. Klasse oder auch einzelnen Kindern, Jugendlichen oder jungen Erwachsenen (Klein-)Gruppentrainings zur Verbesserung sozialer und emotionaler Kompetenzen durchgeführt werden.

Soziale Kompetenz meint, dass Kinder/Jugendliche/junge Erwachsene in Konfliktsituationen erstmal durchatmen, bevor sie reagieren und genug Ideen haben, wie sie Konflikte, beispielsweise mit Mitschülerinnen oder Mitschülern, lösen können.

Emotionale Kompetenz meint, dass Kinder/Jugendliche/junge Erwachsene Gefühle bei sich selbst und anderen gut wahrnehmen können und Ideen haben, wie sie mit den eigenen Gefühlen umgehen können.

Insbesondere wenn Ihr **Kind** häufig Konflikte oder Streitigkeiten mit anderen Kindern, Jugendlichen oder jungen Erwachsenen hat, kaum eigene Ideen hat, um Konflikte zu lösen und schnell aufbrausend reagiert, sollten im Rahmen der Behandlung auch eine Reihe von Sitzungen mit Ihrem Kind stattfinden. Diese Sitzungen können einzeln oder in Gruppen stattfinden und werden in der Regel von Spezialistinnen oder Spezialisten mit einer Ausbildung in (kognitiver) Verhaltenstherapie angeboten. Ziel eines Trainings mit den Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist unter anderem, kompetente Verhaltensweisen auszutesten und einzuüben. Damit Ihr Kind das Gelernte auch im Alltag anwenden kann, ist es notwendig, dass alle Bezugspersonen unterstützen.

Was hilft im Umgang mit schwierigen Situationen im Alltag?

Ein erster Schritt ist es, frühzeitig zu erkennen, wenn Ihr Kind überfordert ist. Hilfreich kann es sein, die Anforderungen so anzupassen, dass es gar nicht erst zu einer Überforderung kommt. Wenn es zu akuten Schwierigkeiten kommt, sollte Ihr Kind die Möglichkeit erhalten, sich an einen ruhigen Ort zurückzuziehen, um sich zu beruhigen. In einer Therapie lernt Ihr Kind Deeskalationstechniken wie Ablenkung oder Entspannung kennen, die im Alltag helfen können. Im Anschluss an eine schwierige Situation sollte Ihr Kind unterstützt werden, wieder in die Situation oder Gruppe zurückzufinden. Wichtig ist, dass mögliche Konsequenzen im Vorfeld altersgerecht erklärt und individuell auf Ihr Kind abgestimmt werden.



An wen kann ich mich wenden, um Unterstützung zu erhalten?

Unterstützungsangebote finden Sie in lokalen und bundesweiten Fachstellen (wie Erziehungsberatung-, Ehe- und Familienberatungsstellen, Jugendämtern und sozialpädiatrischen Zentren). Bei der Suche nach Spezialist:innen kann die Kassenärztliche Vereinigung helfen (<http://www.116117.de>).

Das vorliegende Informationsblatt ist Bestandteil der klinischen Leitlinie „Störungen des Sozialverhaltens: Empfehlungen zur Diagnostik und Behandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen“ (AWMF-Registernummer 028-020; Version 6; <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-020>). Das vorliegende Informationsblatt bitte wie folgt zitieren: Kohl, L. T., Wae-del, L., Kölich, M. & Görtz-Dorten, A. im Auftrag der SSV-Leitliniengruppe (2026). Information für Eltern und weitere Bezugspersonen zur Diagnostik und Behandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Störungen des Sozialverhaltens“ (AWMF-Registernummer 028-020; Version 6.0, Stand 15.09.2025). Verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-020> (Zugriff am TT.MM.JJJJ). Hinweise zum methodischen Vorgehen hinsichtlich der Erstellung und Verabschiedung des Informationsblattes finden sich im Leitlinienreport der benannten Leitlinie. Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF21016 gefördert.

Information für Fachkräfte des Bildungssystems zur Diagnostik und Behandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Störungen des Sozialverhaltens



UNIKLINIK
KÖLN



Universitätsmedizin
Rostock

Gefördert durch:



Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss

dgkjp[®]

In der vorliegenden Informationsschrift werden zentrale Aspekte der Störungen des Sozialverhaltens sowie deren Behandlungsmöglichkeiten zusammenfassend dargestellt. Zudem gibt es Hinweise für eine gelingende Kooperation zwischen dem Bildungs- und Gesundheitssystem.

Liebe Fachkräfte des Bildungssystems,

in Ihrem Arbeitsalltag begegnen Ihnen möglicherweise Kinder, Jugendliche oder junge Erwachsene, die wiederholt durch impulsives, aggressives oder regelverletzendes Verhalten auffallen. Wenn solche Verhaltensweisen über einen längeren Zeitraum – also mehrere Monate – und in verschiedenen Lebensbereichen wie in der Kindertageseinrichtung/Schule/Ausbildung, der Familie oder der Freizeit auftreten, kann eine Störung des Sozialverhaltens vorliegen. Eine diagnostische Abklärung kann durch Spezialist:innen (Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen oder -therapeuten, Kinder- und Jugendpsychiaterinnen oder -psychiater sowie Ärztinnen, Ärzte und Psychotherapeutinnen oder -therapeuten mit Expertise in der psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen) erfolgen. Die genannten Verhaltensweisen stellen für alle Beteiligten eine große Herausforderung dar. Um die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen bestmöglich zu unterstützen, ist die enge Zusammenarbeit verschiedener Hilfesysteme (z. B. Kindertageseinrichtung/Schule/Ausbildungsstätte, Kinder- und Jugendhilfe, Ärztinnen, Ärzte und Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen oder -therapeuten) entscheidend. Ziel ist es, den Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen alternative Strategien im Umgang mit negativen Emotionen und Konflikten zu vermitteln und langfristig eine positive Entwicklung zu fördern.

Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Störungen des Sozialverhaltens (SSV) zeigen verschiedene Verhaltensschwierigkeiten. Expert:innen unterscheiden zwei Varianten der Störung:

- › SSV mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten
- › SSV mit dissozialem Verhalten

Was ist oppositionelles, aufsässiges Verhalten?

Kinder/Jugendliche/junge Erwachsene mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten:

- › widersetzen sich oft bewusst Regeln und Anweisungen von Erwachsenen
- › widersprechen häufig und streiten sich regelmäßig mit Erwachsenen
- › sind häufig gereizt (z. B. haben oft schlechte Laune oder sind schnell frustriert)
- › werden häufig wütend
- › ärgern oder provozieren andere absichtlich

Was ist dissoziales Verhalten?

Kinder/Jugendliche/junge Erwachsene mit dissozialem Verhalten verletzen die Rechte anderer und missachten wichtige gesellschaftliche Regeln und Gesetze, indem sie:

- › absichtlich Dinge kaputt machen
- › stehlen und/oder lügen
- › von zu Hause weglaufen oder unentschuldig der Schule/Ausbildung fernbleiben
- › Menschen und/oder Tiere verletzen



Wie viele Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene haben eine Störung des Sozialverhaltens?

Etwa 8 % der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland zeigen ein ausgeprägtes oppositionelles oder dissoziales Verhalten. Dabei sind Jungen dreimal häufiger betroffen als Mädchen. Aber Achtung: Nicht jedes Kind, das manchmal etwas absichtlich kaputt macht, widerspricht oder lügt, hat eine psychische Störung. Regelüberschreitungen gehören selbstverständlich zum Aufwachsen und Erwachsenwerden hinzu. Entscheidend, ob Spezialist:innen von einer psychischen Störung sprechen, ist, ob Beeinträchtigungen im Alltag, in der Entwicklung und/oder beim Lernen vorliegen.

Warum haben Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene eine Störung des Sozialverhaltens?

Eine Störung des Sozialverhaltens entsteht durch ein Zusammenspiel aus (vor allem genetischer) Veranlagung und Umwelt. Manche Kinder haben von Geburt an ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens, weil sie beispielsweise besonders impulsiv sind. Wenn die Hauptbezugspersonen dann die Bedürfnisse des Kindes nicht befriedigen können (z. B. weil Eltern wenig Zeit, große finanzielle Sorgen oder viel Streit untereinander haben oder selbst psychisch belastet sind), kann sich eine psychische Störung entwickeln. Auch der Konsum von Nikotin, Alkohol oder anderen Drogen oder ausgeprägter Stress während der Schwangerschaft sowie Komplikationen während der Geburt können das Risiko für eine Störung des Sozialverhaltens erhöhen. Je mehr belastende Faktoren zusammenkommen, desto größer ist das Risiko für die Entwicklung der psychischen Störung.

Wie verläuft typischerweise die Kindheit und Jugend bei einer Störung des Sozialverhaltens?

Manche Kinder haben schon im Kindergarten- oder Grundschulalter Schwierigkeiten mit der Einhaltung von Regeln und Grenzen und werden häufig sehr wütend. Bei anderen treten die Probleme erst im Jugendalter auf. Das Verhalten der Kinder und Jugendlichen führt häufig zu Konflikten in der Familie, der besuchten Kindertageseinrichtung, Schule oder Berufsausbildung sowie bei der Ausübung von Freizeitaktivitäten. Wenn die Schul- und Berufsausbildung konfliktuell verläuft, kann es in der Folge zu Lernschwierigkeiten kommen. Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Störungen des Sozialverhaltens erfahren aufgrund ihrer schwierigen Verhaltensweisen möglicherweise auch Ablehnung von Lehrkräften und pädagogischen Fachkräften sowie Mitschüler:innen, wodurch ihr Selbstwertgefühl noch weiter beeinträchtigt werden kann. Da es den Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachse-

nen schwerfällt, mit sozial angepassten Gleichaltrigen in Kontakt zu kommen, suchen sie oft den Anschluss an Gleichaltrige, die sich selbst häufig nicht an Regeln halten. Im Jugendalter kommt es verstärkt zu körperlichen Auseinandersetzungen, Sachbeschädigungen, Aufsuchen von Gefahrensituationen, Konsum von Drogen oder Schulabsentismus.

Bei etwa 80 % der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen lässt die Symptomatik bis zum Alter von 21 Jahren nach. Bei etwa 20 % bleiben die Schwierigkeiten jedoch dauerhaft bestehen.

Diagnostik

Ein erster zentraler Schritt, um Personen mit oppositionellem und dissozialem Verhalten sowie deren Umfeld zu unterstützen, ist eine ausführliche Diagnostik. Während dieser findet zunächst ein Kennenlernen zwischen Familie und Spezialist:innen statt. Die Eltern bzw. primären Bezugspersonen sowie weitere Bezugspersonen und die Person selbst können gebeten werden, Fragebögen zu den Verhaltensschwierigkeiten auszufüllen. Alle Familienmitglieder können ausführlich zum Aufwachen des Kindes und den aktuellen Schwierigkeiten befragt werden. Auch Sie können gebeten werden, Fragebögen auszufüllen oder einen telefonischen Austausch zu ermöglichen und damit den diagnostischen Prozess zu unterstützen. Über besondere Erlebnisse der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (z. B. Mobbing oder Scheidung der Eltern) sollten die Spezialist:innen informiert werden. Potenziell können weitere Testungen (z.B. der kognitiven Leistungsfähigkeit) notwendig werden. Auf Grundlage aller gesammelten Informationen stellen die Spezialist:innen eine Diagnose und entwickeln, gemeinsam mit der Familie und dem Kind/Jugendlichen/jungen Erwachsenen, einen individuellen Behandlungsplan. Dabei werden Spezialist:innen bedenken, dass Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Störungen des Sozialverhaltens neben oppositionellem, aggressivem und dissozialem Verhalten weitere Verhaltensschwierigkeiten haben können, wie z. B. körperliche Unruhe, Unaufmerksamkeit, starke Ängste, übermäßige Traurigkeit oder Süchte. Auch diese Symptome werden die Spezialist:innen im Rahmen der Diagnostik und der anschließenden Behandlung berücksichtigen.



Unterstützung und Behandlung

Unterstützungs- und Behandlungsmöglichkeiten können von unterschiedlichen Versorgungssystemen angeboten werden:

- dem Gesundheitssystem (vorrangig psychotherapeutische Behandlungen)
- der Kinder- und Jugendhilfe (Hilfen zur Erziehung und Eingliederungshilfe)
- dem Justizsystem (Jugendgerichtshilfe)
- dem Schulsystem (Klärung des Unterstützungsbedarfs und Erstellung eines individuellen Förderplans)

Zentral für eine gelungene Unterstützung und Behandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen und deren Familie ist, dass die Eltern bzw. primären Bezugspersonen aktiv mitwirken und zustimmen, dass weitere Bezugspersonen einbezogen werden. Es ist erforderlich, dass alle Bezugspersonen dazu beitragen, eine Lösung für die aktuellen

Schwierigkeiten zu finden. Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Störungen des Sozialverhaltens und deren Familien werden hauptsächlich ambulant behandelt (wie bei eigentlich allen psychischen Erkrankungen). In Einzelfällen kann allerdings auch eine teilstationäre, stationäre oder aufsuchende Behandlung erforderlich sein.

Eine **ambulante** Behandlung kann mehrere Jahre andauern. In der Regel finden wöchentliche Termine statt.

Eine **teilstationäre** Behandlung wird häufig empfohlen, wenn ambulante Behandlungen nicht umsetzbar sind oder nicht ausreichen. Die Person besucht dann in der Regel für 6-8 Wochen von morgens bis zum späten Nachmittag eine Tagesklinik und auch die Eltern bzw. primären Bezugspersonen haben dort mehrfach die Woche Termine. Die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen besuchen in der Regel (für die Dauer der Behandlung) nicht ihre Stammschule, sondern eine Klinikschule/Schule mit dem Schwerpunkt Pädagogik bei Krankheit.

Eine **stationäre** Behandlung oder auch Diagnostik ist nur selten notwendig. Die Personen befinden sich dann in der Regel für 6-8 Wochen tagsüber und nachts in der Klinik und auch die Eltern bzw. primären Bezugspersonen haben dort mehrfach die Woche Termine.

Eine **aufsuchende** Behandlung kommt nur sehr selten vor. Dann kommt ein Team von Spezialistinnen oder Spezialisten zu der Familie nach Hause und führt dort eine intensive, störungsspezifische Behandlung durch. Insbesondere wenn die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen schon älter sind und die Schwierigkeiten schwer ausgeprägt sind oder sich nach anderen Behandlungen noch nicht verringert haben, erscheint eine sogenannte systemübergreifende, multimodale Intensivbehandlung sinnvoll.

Es gibt kein **Medikament**, das Kinder/Jugendliche/junge Erwachsene mit Störungen des Sozialverhaltens umfassend „heilt“. Einzelne Symptome können möglicherweise aber auch medikamentös behandelt werden. Wenn Kinder, Jugendliche oder junge Erwachsene sehr impulsiv und häufig gereizt sind, können folgende Medikamente zum Einsatz kommen:

- (1) Medikamente, die auch zur Behandlung einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) zugelassen sind
- (2) Antipsychotika

Sollten Fragen zu Medikamenten bestehen, können diese am besten entsprechende Fachärztinnen oder Fachärzte (z. B. Kinder- und Jugendpsychiaterinnen oder -psychiater) beantworten.

Wenn bei Elternteilen selbst eine psychische Störung vorliegt oder die Beziehung zwischen den Elternteilen stark belastet ist und wenn dieser Umstand die Familie akut belastet, sollte geprüft werden, ob Eltern bzw. primäre Bezugspersonen selbst therapeutische Unterstützung benötigen.

Mit wem wird was in der Therapie erarbeitet?

Der Einbezug von **Eltern** bzw. den primären Bezugspersonen in die Behandlung der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist entscheidend. Insbesondere wenn das Kind zwischen 3 und 12 Jahren alt ist, gilt ein Elterntaining als Behandlungsansatz erster Wahl. In einem solchen Elterntaining erhalten die Eltern bzw. primären Bezugspersonen allein oder in einer Gruppe detaillierte Informationen zu den Schwierigkeiten der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Zudem lernen sie wie die Beziehung zum Kind, Jugendlichen, jungen Erwachsenen schrittweise verbessert, ein positives, konsistentes Erziehungsverhalten entwickelt und die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen dabei unterstützt werden können, schrittweise die Schwierigkeiten zu reduzieren. Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit einer Störung des Sozialverhaltens haben häufig auch Schwierigkeiten und Konflikte in der **besuchten Bildungseinrichtung**. In diesem Fall kann es hilfreich sein, wenn die Lehr- bzw. pädagogischen Fachkräfte störungsspezifische Informationen und Unterstützung erhalten. Es wurden positive Erfahrungen damit gemacht, das Gruppenklima zielgerichtet zu verbessern und (Klein-)Gruppentrainings zur Förderung sozialer und emotionaler Kompetenzen der Kindergartenkinder und Schüler:innen durchzuführen.

Insbesondere wenn die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen häufig Konflikte oder Streitigkeiten mit Gleichaltrigen zeigen, kaum eigene Ideen haben, um Konflikte zu lösen und schnell aufbrausend reagieren, sollten im Rahmen der Behandlung auch eine Reihe von Sitzungen mit den **betroffenen Personen** selbst stattfinden. Diese Sitzungen können einzeln oder in Gruppen stattfinden und werden in der Regel von Spezialist:innen mit einer Ausbildung in (kognitiver) Verhaltenstherapie angeboten. Ziel eines Trainings mit den Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist unter anderem, unproblematischere Denkmuster und Verhaltensweisen auszutesten und einzuüben. Damit die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen das Gelernte auch im Alltag anwenden können, ist es notwendig, dass alle Bezugspersonen unterstützen.

Was hilft im Umgang mit schwierigen Situationen im Alltag?

Ein erster Schritt ist es, frühzeitig zu erkennen, wenn die Kinder, Jugendlichen oder jungen Erwachsenen überfordert sind. Hilfreich kann es sein, die Anforderungen so anzupassen, dass es gar nicht erst zu einer Überforderung kommt. Wenn es zu akuten Schwierigkeiten kommt, sollte die Person die Möglichkeit erhalten, sich an einen ruhigen Ort zurückzuziehen, um sich zu beruhigen. In einer Therapie lernen Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene Deeskalationstechniken wie Ablenkung oder Entspannung kennen, die im Alltag helfen können. Im Anschluss an eine schwierige Situation sollte die Person unterstützt werden, wieder in die Situation oder Gruppe zurückzufinden. Wichtig ist, dass mögliche Konsequenzen im Vorfeld altersgerecht erklärt und individuell abgestimmt werden.



An wen kann man sich wenden, um Unterstützung zu erhalten?

Unterstützungsangebote finden sich in lokalen und bundesweiten Fachstellen (wie Erziehungsberatung-, Ehe- und Familienberatungsstellen, Jugendämtern und sozialpädiatrischen Zentren). Bei der Suche nach Spezialist:innen kann die Kassenärztliche Vereinigung helfen (<http://www.116117.de>).

Empfehlungen zur Kooperation des Bildungssystems mit dem Gesundheitssystem

Da Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in Deutschland einen Großteil ihres Alltags in Bildungseinrichtungen verbringen, kommt diesen eine besondere Bedeutung als Lebens-, Lern- und Entwicklungsraum zu. Sie können ein stabilisierender Faktor sein und zur Stärkung der Resilienz beitragen. Durch eine enge Abstimmung von pädagogischen und therapeutischen Maßnahmen lassen sich Behandlungserfolge erreichen sowie Lern- und Entwicklungschancen von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit einer Störung des Sozialverhaltens gezielt verbessern.

Was kann das Schulsystem zur Prävention von Störungen des Sozialverhaltens beitragen?

- › Fortbildungen für Lehrkräfte und pädagogische Fachkräfte
- › Regelmäßige Fallberatungen und Supervisionen
- › Bei Hinweisen auf eine SSV: Überprüfung eines sonderpädagogischen Unterstützungsbedarfs im Schwerpunkt Emotionale und soziale Entwicklung sowie Erstellung eines individuellen Förderplans
- › Für Kinder und Jugendliche mit Störungen des Sozialverhaltens: Einrichtung von temporären Kleingruppen/Intensivangeboten

Wann und mit welchen Anliegen initiiert das Gesundheitssystem eine Zusammenarbeit?

- › Erfragen von Symptomen im Schulalltag im Rahmen der psychiatrischen/psychotherapeutischen Diagnostik
- › Austausch über vorhandene Befunde
- › Abstimmung der Therapie- und Förderziele
- › Einbezug von Lehr- und pädagogischen Fachkräften in die psychotherapeutische Behandlung
- › Austausch über individuelle Förderpläne

Wann und mit welchen Anliegen initiiert das Bildungssystem eine Zusammenarbeit?

- › diagnostische Abklärung und Prüfung, ob eine Psychotherapie sinnvoll und notwendig ist
- › diagnostische Abklärung bei einer geplanten Eingliederungshilfe entsprechend §35a SGB VIII
- › Durchführung einer Psychotherapie
- › Unterstützung in krisenhaften Situationen mit akuter Selbst- oder Fremdgefährdung

Was sollte bei einer Zusammenarbeit beachtet werden?

- › Es sollte ein regelmäßiger Austausch zwischen Fachkräften des Gesundheitssystems, der Kinder- und Jugendhilfe und des Bildungssystems erfolgen. Gemeinsame Fallbesprechungen können, insbesondere bei (teil-)stationären Behandlungen, notwendig sein.
- › Sorgeberechtigte sowie - je nach Alter - die Kinder/Jugendlichen/jungen Erwachsenen müssen über den Austausch informiert werden und einverstanden sein.
- › Während eines (teil-)stationären Aufenthalts sollte die Klinikschule und die Herkunftsschule kooperieren. Die Rückkehr von Kindern und Jugendlichen in die bisherige Schule und die bisherige oder neue Klasse sollte durch einen intensiven Austausch begleitet werden. Bei Entlassung sollten therapeutische Ziele mit den pädagogischen Zielen und den Möglichkeiten der Schule abgestimmt werden.

Das vorliegende Informationsblatt ist Bestandteil der klinischen Leitlinie „Störungen des Sozialverhaltens: Empfehlungen zur Diagnostik und Behandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen“ (AWMF-Registernummer 028-020; Version 6; <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-020>). Das vorliegende Informationsblatt bitte wie folgt zitieren: Kohl, L. T., Waeidel, L., Kölich, M. & Görtz-Dorten, A. im Auftrag der SSV-Leitliniengruppe (2026). Information für Fachkräfte des Bildungssystems zur Diagnostik und Behandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Störungen des Sozialverhaltens“ (AWMF-Registernummer 028-020; Version 6.0, Stand 15.09.2025). Verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-020> (Zugriff am TT.MM.JJJJ). Hinweise zum methodischen Vorgehen hinsichtlich der Erstellung und Verabschiedung des Informationsblattes finden sich im Leitlinienreport der benannten Leitlinie. Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF21016 gefördert.

Information für Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe zur Diagnostik und Behandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwach- senen mit Störungen des Sozialverhaltens



**UNIKLINIK
KÖLN**



**Universitätsmedizin
Rostock**

Gefördert durch:



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss

dgkjp

In der vorliegenden Informationsschrift werden zentrale Aspekte der Störungen des Sozialverhaltens sowie deren Behandlungsmöglichkeiten zusammenfassend dargestellt. Zudem gibt es Hinweise für eine gelingende Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitssystem.

Liebe Mitarbeitende der Kinder- und Jugendhilfe,

in Ihrer Arbeit begegnen Ihnen Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit impulsivem, aggressivem und regelverletzendem Verhalten. Wenn solche Verhaltensweisen über einen längeren Zeitraum – also mehrere Monate – und in verschiedenen Lebensbereichen wie in der Kindertageseinrichtung/Schule/Ausbildung, der Familie oder der Freizeit auftreten, kann eine Störung des Sozialverhaltens vorliegen. Eine diagnostische Abklärung kann durch Spezialist:innen (Kinder- und Jugendpsychotherapeut:innen, Kinder- und Jugendpsychiater:innen sowie Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen mit Expertise in der psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen) erfolgen. Eine angemessene und nachhaltige Versorgung der betroffenen Personen wird maßgeblich durch eine gelingende Kooperation der verschiedenen Versorgungssysteme bestimmt.

Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Störungen des Sozialverhaltens (SSV) zeigen verschiedene Verhaltensschwierigkeiten. Expert:innen unterscheiden zwei Varianten der Störung:

- › SSV mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten
- › SSV mit dissozialem Verhalten

Was ist oppositionelles, aufsässiges Verhalten?

Kinder/Jugendliche/junge Erwachsene mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten:

- › widersetzen sich oft bewusst Regeln und Anweisungen von Erwachsenen
- › widersprechen häufig und streiten sich regelmäßig mit Erwachsenen
- › sind häufig gereizt (z. B. haben oft schlechte Laune oder sind schnell frustriert)
- › werden häufig wütend
- › ärgern oder provozieren andere absichtlich

Was ist dissoziales Verhalten?

Kinder/Jugendliche/junge Erwachsene mit dissozialem Verhalten verletzen die Rechte anderer und missachten wichtige gesellschaftliche Regeln und Gesetze, indem sie:

- › absichtlich Dinge kaputt machen
- › stehlen und/oder lügen
- › von zu Hause weglaufen oder unentschuldig der Schule/Ausbildung fernbleiben
- › Menschen und/oder Tiere verletzen

Wie viele Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene haben eine Störung des Sozialverhaltens?

Solches Verhalten ist gar nicht so selten. Etwa 8 % der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland zeigen ein ausgeprägtes oppositionelles oder dissoziales Verhalten. Dabei sind Jungen dreimal häufiger betroffen als Mädchen. Aber Achtung: Nicht jedes Kind, das manchmal etwas absichtlich kaputt macht, widerspricht oder lügt, hat eine psychische Störung. Regelüberschreitungen gehören selbstverständlich zum Aufwachen und Erwachsenwerden dazu. Entscheidend, ob Spezialist:innen von einer psychischen Störung sprechen, ist, ob Beeinträchtigungen im Alltag, in der Entwicklung und/oder beim Lernen vorliegen.



Warum haben Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene eine Störung des Sozialverhaltens?

Eine Störung des Sozialverhaltens entsteht durch ein Zusammenspiel aus (vor allem genetischer) Veranlagung und Umwelt. Manche Kinder haben von Geburt an ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens, weil sie beispielsweise besonders impulsiv sind. Wenn die Hauptbezugspersonen dann die Bedürfnisse des Kindes nicht befriedigen können (z. B. weil Eltern wenig Zeit, große finanzielle Sorgen oder viel Streit untereinander haben oder selbst psychisch belastet sind), kann sich eine psychische Störung entwickeln. Auch der Konsum von Nikotin, Alkohol oder anderen Drogen oder ausgeprägter Stress während der Schwangerschaft sowie Komplikationen während der Geburt können das Risiko für eine Störung des Sozialverhaltens erhöhen. Je mehr belastende Faktoren zusammenkommen, desto größer ist das Risiko für die Entwicklung der psychischen Störung.

Wie verläuft typischerweise die Kindheit und Jugend bei einer Störung des Sozialverhaltens?

Manche Kinder haben schon im Kindergarten- oder Grundschulalter Schwierigkeiten mit der Einhaltung von Regeln und Grenzen und werden häufig sehr wütend. Bei anderen treten die Probleme erst im Jugendalter auf. Das Verhalten der Kinder und Jugendlichen führt häufig zu Konflikten in der Familie, in der besuchten Kindertageseinrichtung, Schule oder Berufsausbildung sowie bei der Ausübung von Freizeitaktivitäten. Wenn die Schul- und Berufsausbildung konflikthaft verläuft, kann es in der Folge zu Lernschwierigkeiten kommen. Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Störungen des Sozialverhaltens erfahren aufgrund ihrer schwierigen Verhaltensweisen möglicherweise auch Ablehnung von Lehrkräften und pädagogischen Fachkräften sowie Mitschüler:innen, wodurch ihr Selbstwertgefühl noch weiter beeinträchtigt werden kann. Da es den Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen schwerfällt, mit sozial angepassten Gleichaltrigen in Kontakt zu kommen, suchen sie oft den Anschluss an Gleichaltrige, die sich selbst auch häufig nicht an Regeln halten. Im Jugendalter kommt es verstärkt zu körperlichen Auseinandersetzungen, Sachbeschädigungen, Aufsuchen von Gefahrensituationen, Konsum von Drogen oder Schulabsentismus.

Bei etwa 80 % der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen lässt die Symptomatik bis zum Alter von 21 Jahren nach. Bei etwa 20 % bleiben die Schwierigkeiten jedoch dauerhaft bestehen.

Diagnostik

Ein erster zentraler Schritt, um Personen mit oppositionellem und dissozialem Verhalten sowie deren Umfeld zu unterstützen, ist eine ausführliche Diagnostik. Während dieser findet zunächst ein Kennenlernen zwischen Familie und Spezialist:innen statt. Die Eltern bzw. primären Bezugspersonen sowie weitere Bezugspersonen und die Person selbst können gebeten werden, Fragebögen zu den Verhaltensschwierigkeiten auszufüllen. Alle Familienmitglieder können ausführlich zum Aufwachen des Kindes und zu den aktuellen Schwierigkeiten befragt werden. Über besondere Erlebnisse der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (z. B. Mobbing oder Scheidung der Eltern) sollten die diagnostizierenden Personen informiert werden. Potenziell können weitere Testungen (z. B. der kognitiven Leistungsfähigkeit) notwendig werden. Auf Grundlage aller gesammelten Informationen stellen die Spezialist:innen eine Diagnose und entwickeln, gemeinsam mit der Familie und dem Kind/Jugendlichen/jungen Erwachsenen, einen individuellen Behandlungsplan. Dabei werden Spezialist:innen bedenken, dass Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Störungen des Sozialverhaltens neben oppositionellem, aggressivem und dissozialem Verhalten auch weitere Verhaltensschwierigkeiten haben können, wie z. B. körperliche Unruhe, Unaufmerksamkeit, starke Ängste, übermäßige Traurigkeit oder Süchte. Auch diese Symptome werden die Spezialist:innen im Rahmen der Diagnostik und anschließenden Behandlung berücksichtigen.

Unterstützung und Behandlung



Unterstützungs- und Behandlungsmöglichkeiten können von unterschiedlichen Versorgungssystemen angeboten werden:

- › dem Gesundheitssystem (vorrangig psychotherapeutische Behandlungen)
- › der Kinder- und Jugendhilfe (Hilfen zur Erziehung und Eingliederungshilfe)
- › dem Justizsystem (Jugendgerichtshilfe)
- › dem Schulsystem (Klärung des Unterstützungsbedarfs und Erstellung eines individuellen Förderplans)

Zentral für eine gelungene Unterstützung und Behandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen und deren Familie ist, dass die Eltern bzw. primären Bezugspersonen aktiv mitwirken und zustimmen, dass auch weitere Bezugspersonen einbezogen werden. Es ist erforderlich, dass alle Bezugspersonen dazu beitragen, eine Lösung für die aktuellen Schwierigkeiten zu finden. Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Störungen des Sozialverhaltens und deren Familien werden hauptsächlich ambulant behandelt (wie bei eigentlich allen psychischen Erkrankungen). In Einzelfällen kann allerdings auch eine teilstationäre, stationäre oder aufsuchende Behandlung erforderlich sein.

Eine **ambulante** Behandlung kann mehrere Jahre andauern. In der Regel finden wöchentliche Termine statt.

Eine **teilstationäre** Behandlung wird häufig empfohlen, wenn ambulante Behandlungen nicht umsetzbar sind oder nicht ausreichen. Die Person besucht dann in der Regel für 6-8 Wochen von morgens bis zum späten Nachmittag eine Tagesklinik und auch die Eltern bzw. primären Bezugspersonen haben dort mehrfach die Woche Termine. Die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen besuchen in der Regel (für die Dauer der Behandlung) nicht ihre Stammschule, sondern die Klinikschule/Schule mit dem Schwerpunkt Pädagogik bei Krankheit.

Eine **stationäre** Behandlung oder auch Diagnostik ist nur selten notwendig. Die Personen befinden sich dann in der Regel für 6-8 Wochen tagsüber und nachts in der Klinik und auch die Eltern bzw. primären Bezugspersonen haben mehrfach die Woche Termine in der Klinik.

Eine **aufsuchende** Behandlung kommt nur sehr selten vor. Dann kommt ein Team von Spezialist:innen zu der Familie nach Hause und führt dort eine intensive, störungsspezifische Behandlung durch. Insbesondere wenn die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen schon älter sind und die Schwierigkeiten schwer ausgeprägt sind oder sich nach anderen Behandlungen noch nicht verringert haben, erscheint eine sogenannte systemübergreifende, multimodale Intensivbehandlung sinnvoll.

Es gibt kein **Medikament**, das Kinder/Jugendliche/junge Erwachsene mit Störungen des Sozialverhaltens umfassend „heilt“. Einzelne Symptome können möglicherweise aber auch medikamentös behandelt werden. Wenn Kinder, Jugendliche oder junge Erwachsene sehr impulsiv und häufig gereizt sind, können folgende Medikamente zum Einsatz kommen:

- (1) Medikamente, die auch zur Behandlung einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) zugelassen sind
- (2) Antipsychotika

Sollten Fragen zu Medikamenten bestehen, können diese am besten entsprechende Fachärztinnen oder Fachärzte (z. B. Kinder- und Jugendpsychiater:innen) beantworten. Wenn bei Elternteilen selbst eine psychische Störung vorliegt oder die Beziehung zwischen den Elternteilen stark belastet ist und wenn dieser Umstand die Familie akut belastet, sollte geprüft werden, ob Eltern bzw. primäre Bezugspersonen selbst therapeutische Unterstützung benötigen.

Mit wem wird was in der Therapie erarbeitet?

Der Einbezug von Eltern bzw. den primären Bezugspersonen in die Behandlung der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist entscheidend. Insbesondere wenn das Kind zwischen 3 und 12 Jahren alt ist, gilt ein Elterntaining als Behandlungsansatz erster Wahl. In einem solchen Elterntaining erhalten die Eltern bzw. primären Bezugspersonen allein oder in einer Gruppe detaillierte Informationen zu den Schwierigkeiten der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Zudem lernen sie wie die Beziehung zum Kind, Jugendli-

chen, jungen Erwachsenen schrittweise verbessert, ein positives, konsistentes Erziehungsverhalten entwickelt und die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen dabei unterstützt werden können schrittweise die Schwierigkeiten zu reduzieren.

Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit einer Störung des Sozialverhaltens haben häufig auch Schwierigkeiten und Konflikte in der **besuchten Bildungseinrichtung**. In diesem Fall kann es hilfreich sein, wenn die Lehr- bzw. pädagogischen Fachkräfte störungsspezifische Informationen und Unterstützung erhalten. Es wurden positive Erfahrungen damit gemacht, das Gruppenklima zielgerichtet zu verbessern und (Klein-)Gruppentrainings zur Förderung sozialer und emotionaler Kompetenzen der Kindergartenkinder und Schüler:innen durchzuführen.

Soziale Kompetenz meint, dass Kinder/Jugendliche/junge Erwachsene in Konfliktsituationen erstmal durchatmen, bevor sie reagieren und genug Ideen haben, wie sie Konflikte beispielsweise mit Mitschülerinnen oder Mitschüler lösen können.

Emotionale Kompetenz meint, dass Kinder/Jugendliche/junge Erwachsene Gefühle bei sich selbst und anderen gut wahrnehmen können und Ideen haben, wie sie mit den eigenen Gefühlen umgehen können.

Insbesondere wenn die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen häufig Konflikte oder Streitigkeiten mit Gleichaltrigen zeigen, kaum eigene Ideen haben, um Konflikte zu lösen und schnell aufbrausend reagieren, sollten im Rahmen der Behandlung auch eine Reihe von Sitzungen mit den **betroffenen Personen** selbst stattfinden. Diese Sitzungen können einzeln oder in Gruppen stattfinden und werden in der Regel von Spezialist:innen mit einer Ausbildung in (kognitiver) Verhaltenstherapie angeboten. Ziel eines Trainings mit den Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist unter anderem, unproblematischere Denkmuster und Verhaltensweisen auszutesten und einzuüben. Damit die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen das Gelernte auch im Alltag anwenden können, ist es notwendig, dass alle Bezugspersonen gemeinsam unterstützen.

Was hilft im Umgang mit schwierigen Situationen im Alltag?

Ein erster Schritt ist es, frühzeitig zu erkennen, wenn die Kinder, Jugendlichen oder jungen Erwachsenen überfordert sind. Hilfreich kann es sein, die Anforderungen so anzupassen, dass es gar nicht erst zu einer Überforderung kommt. Wenn es zu akuten Schwierigkeiten kommt, sollte die Person die Möglichkeit erhalten, sich an einen ruhigen Ort zurückzuziehen, um sich zu beruhigen. In einer Therapie lernen Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene Deeskalationstechniken wie Ablenkung oder Entspannung kennen, die im Alltag helfen können. Im Anschluss an eine schwierige Situation sollte die Person unterstützt werden, wieder in die Situation oder Gruppe zurückzufinden. Wichtig ist, dass mögliche Konsequenzen im Vorfeld altersgerecht erklärt und individuell abgestimmt werden.

An wen kann man sich wenden, um Unterstützung zu erhalten?

Bei der Suche nach Spezialistinnen oder Spezialisten kann die Kassenärztliche Vereinigung helfen (<http://www.116117.de>).

Empfehlungen zur Kooperation der Kinder- und Jugendhilfe mit dem Gesundheitssystem



Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Störungen des Sozialverhaltens und deren Familien benötigen häufig sowohl eine kinder- und jugendpsychiatrische/psychotherapeutische Behandlung als auch Unterstützung durch die Kinder- und Jugendhilfe (Hilfen zur Erziehung (HzE) oder Eingliederungshilfen bei (drohenden) seelischen Behinderungen).

In vielen Fällen sind die Betroffenen bereits mit einem oder beiden Systemen (dem medizinischen oder der Kinder- und Jugendhilfe) in Kontakt. Aufgrund des herausfordernden Verhaltens können diese Kinder/Jugendlichen/jungen Erwachsenen besondere Dynamiken in den Hilfesystemen auslösen. Dabei ist eine gelungene Kooperation der Versorgungssysteme gerade bei schwererer Symptomatik von entscheidender Bedeutung für die Prognose und die Reduzierung von Teilhabebeeinträchtigungen.

Wann und mit welchen Anliegen kann es sinnvoll sein, dass das Gesundheitssystem eine Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendhilfe initiiert?

- › wenn der Eindruck entsteht, dass eine psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung allein nicht ausreicht und zusätzlich eine Maßnahme der Kinder- und Jugendhilfe (HzE oder Eingliederungshilfe nach §35a SGB VIII) notwendig ist
- › zum Austausch über aktuelle oder frühere Hilfen der Kinder- Jugendhilfe
- › bei Hinweisen auf eine mögliche Kindeswohlgefährdung oder aufgrund eines Wunsches der Kinder und Jugendlichen um Inobhutnahme

Wann und mit welchen Anliegen kann es sinnvoll sein, dass die Kinder- und Jugendhilfe eine Zusammenarbeit mit dem Gesundheitssystem initiiert?

- › zur diagnostischen Abklärung und Prüfung, ob eine psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung sinnvoll und notwendig ist
- › zur diagnostischen Abklärung im Rahmen einer geplanten Eingliederungshilfe entsprechend §35a SGB VIII
- › zur Beratung hinsichtlich der Möglichkeiten und Grenzen von psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlungen
- › in krisenhaften Situationen mit akuter Selbst- oder Fremdgefährdung: Abklärung, ob eine psychiatrisch/psychotherapeutische Akutmaßnahme notwendig ist (inkl. der Klärung der Eignung von freiheitsentziehenden Maßnahmen nach §1631b BGB)

Was sollte bei einer Zusammenarbeit beachtet werden?

- › Sorgeberechtigte sowie die Kinder/Jugendlichen/jungen Erwachsenen (spätestens ab 16 Jahren) müssen über den Austausch informiert und einverstanden sein. Eine mögliche Ausnahme gilt bei Hinweisen auf eine Kindeswohlgefährdung.
- › Ein regelmäßiger Austausch zwischen den Fachkräften der beiden Versorgungssysteme ist wünschenswert. Der Einbezug des Gesundheitssystems in Hilfeplangespräche und anderweitige (auch anonyme) Fallbesprechungen sowie Supervisionen können sinnvoll sein.
- › Regional müssen Strukturen für eine gelungene Kooperation der beiden Systeme fallunabhängig geschaffen werden.

Wenn Jugendliche die Volljährigkeit erreichen, sollten folgende Fragen bedacht werden:

- › Ist es notwendig, die Behandlung über den 18. Geburtstag hinaus fortzuführen?
- › Wer kann zukünftig die notwendige psychiatrische/psychotherapeutische Begleitung übernehmen?
- › Können bestehende Maßnahmen des SGB VIII im Rahmen von Hilfen entsprechend §41 SGB VIII fortgeführt werden?
- › Wie kann die Verselbstständigung der jungen Erwachsenen unterstützt werden?

Das vorliegende Informationsblatt ist Bestandteil der klinischen Leitlinie „Störungen des Sozialverhaltens: Empfehlungen zur Diagnostik und Behandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen“ (AWMF-Registernummer 028-020; Version 6; <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-020>). Das vorliegende Informationsblatt bitte wie folgt zitieren: Kohl, L. T., Waelde, L., Kölsch, M. & Görtz-Dorten, A. im Auftrag der SSV-Leitliniengruppe (2026). Information für Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe zur Diagnostik und Behandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Störungen des Sozialverhaltens“ (AWMF-Registernummer 028-020; Version 6.0, Stand 15.09.2025). Verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-020> (Zugriff am TT.MM.JJJJ). Hinweise zum methodischen Vorgehen hinsichtlich der Erstellung und Verabschiedung des Informationsblattes finden sich im Leitlinienreport der benannten Leitlinie. Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF21016 gefördert.

Information für Fachkräfte im Justizsystem zur Diagnostik und Behandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsene- nen mit Störungen des Sozialverhaltens



**UNIKLINIK
KÖLN**



**Universitätsmedizin
Rostock**

Gefördert durch:



**Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss**

dgkjp

In der vorliegenden Informationsschrift werden zentrale Aspekte der Störungen des Sozialverhaltens sowie deren Behandlungsmöglichkeiten zusammenfassend dargestellt. Zudem gibt sie Hinweise für eine gelingende Kooperation zwischen dem Justiz- und dem Gesundheitssystem. Das Justizsystem wird in diesem Kapitel als Gesamtheit aller Organisationen/Institutionen sowie Maßnahmen, die im Kontext des Strafrechts agieren, definiert, und der Schwerpunkt liegt auf der Kooperation mit der Strafgerichtsbarkeit sowie damit verbunden der Polizei, der Staatsanwaltschaft und der Jugendgerichtshilfe.

Liebe Mitarbeitende des Justizsystems,

delinquente Verhaltensweisen von Jugendlichen und Heranwachsenden stellen keine psychischen Störungen im engeren Sinne dar. Wenn Jugendliche oder junge Erwachsene allerdings impulsive, aggressive und regelverletzende Verhaltensweisen seit mehreren Monaten und in verschiedenen Lebensbereichen wie in Haft, der Familie oder in der Schule/Ausbildung zeigen, kann eine Störung des Sozialverhaltens vorliegen. Eine diagnostische Abklärung kann durch Spezialist:innen (Kinder- und Jugendpsychotherapeut:innen/Jugendpsychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychiater:innen/Jugendpsychiater sowie Ärzt:innen/Ärztinnen und Psychotherapeut:innen/Psychotherapeuten mit Expertise in der psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen) erfolgen. Eine angemessene und nachhaltige Versorgung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit einer Störung des Sozialverhaltens wird maßgeblich durch eine gelingende Kooperation der verschiedenen Versorgungssysteme und Berufsgruppen bestimmt.

Jugendliche und junge Erwachsene mit Störungen des Sozialverhaltens (SSV) zeigen verschiedene Verhaltensschwierigkeiten. Expert:innen und Experten unterscheiden zwei Varianten der Störung:

- › SSV mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten
- › SSV mit dissozialem Verhalten

Was ist oppositionelles, aufsässiges Verhalten?

Jugendliche/junge Erwachsene mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten:

- › widersetzen sich oft bewusst Regeln und Anweisungen von Erwachsenen
- › widersprechen häufig und streiten sich regelmäßig mit Erwachsenen
- › sind häufig gereizt (z. B. haben oft schlechte Laune oder sind schnell frustriert)
- › werden häufig wütend
- › ärgern oder provozieren andere absichtlich

Was ist dissoziales Verhalten?

Jugendliche/junge Erwachsene mit dissozialem Verhalten verletzen die Rechte anderer und missachten wichtige gesellschaftliche Regeln und Gesetze, indem sie:

- › absichtlich Dinge kaputt machen
- › stehlen und/oder lügen
- › von zu Hause weglaufen oder unentschuldig der Schule/Ausbildung fernbleiben
- › Menschen und/oder Tiere verletzen

Wie viele Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene haben eine Störung des Sozialverhaltens?

Etwa 8 % der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland zeigen ein ausgeprägtes oppositionelles oder dissoziales Verhalten. Dabei sind Jungen dreimal häufiger betroffen als Mädchen. Bei inhaftierten Jugendlichen und Heranwachsenden liegen die Diagnosekriterien für eine Störung des Sozialverhaltens überproportional häufig vor.



Warum haben Jugendliche und junge Erwachsene eine Störung des Sozialverhaltens?

Eine Störung des Sozialverhaltens entsteht durch ein Zusammenspiel aus (vor allem genetischer) Veranlagung und Umwelt. Manche Kinder haben von Geburt an ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens, weil sie beispielsweise besonders impulsiv sind. Wenn die Hauptbezugspersonen dann die Bedürfnisse des Kindes nicht befriedigen können (z. B. weil Eltern wenig Zeit, große finanzielle Sorgen oder viel Streit untereinander haben oder selbst psychisch belastet sind), kann sich eine psychische Störung entwickeln. Auch der Konsum von Nikotin, Alkohol oder anderen Drogen oder ausgeprägter Stress während der Schwangerschaft sowie Komplikationen während der Geburt können das Risiko für eine Störung des Sozialverhaltens erhöhen. Je mehr belastende Faktoren zusammenkommen, desto größer ist das Risiko für die Entwicklung der psychischen Störung.

Wie verläuft typischerweise die Kindheit und Jugend bei einer Störung des Sozialverhaltens?

Manche Kinder haben schon im Kindergarten- oder Grundschulalter Schwierigkeiten mit der Einhaltung von Regeln und Grenzen und werden häufig sehr wütend. Bei anderen treten die Probleme erst im Jugendalter auf. Das Verhalten der Kinder und Jugendlichen führt häufig zu Konflikten in der Familie, der besuchten Kindertageseinrichtung, Schule oder Berufsausbildung sowie bei der Ausübung von Freizeitaktivitäten. Wenn die Schul- und Berufsausbildung konfliktuell verläuft, kann es in der Folge zu Lernschwierigkeiten kommen. Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Störungen des Sozialverhaltens erfahren aufgrund ihrer schwierigen Verhaltensweisen möglicherweise auch Ablehnung von Lehrkräften und pädagogischen Fachkräften sowie Mitschüler:innen, wodurch ihr Selbstwertgefühl noch weiter beeinträchtigt werden kann. Da es den Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen schwerfällt, mit sozial angepassten Gleichaltrigen in Kontakt zu kommen, suchen sie oft den Anschluss an Gleichaltrige, die sich selbst häufig nicht an Regeln halten. Im Jugendalter kommt es verstärkt zu körperlichen Auseinandersetzungen, Sachbeschädigungen, Aufsuchen von Gefahrensituationen, Konsum von Drogen oder Schulabsentismus. Bei etwa 80 % der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen lässt die Symptomatik bis zum Alter von 21 Jahren nach. Bei etwa 20 % bleiben die Schwierigkeiten jedoch dauerhaft bestehen.

Diagnostik

Ein erster zentraler Schritt, um Personen mit oppositionellem und dissozialem Verhalten sowie deren Umfeld zu unterstützen, ist eine ausführliche Diagnostik. Während dieser findet zunächst ein Kennenlernen zwischen den Jugendlichen/jungen Erwachsenen, (wenn möglich) deren Familie und den Spezialist:innen statt. Wenn Jugendliche/junge Erwachsene fremduntergebracht sind, sollten die entsprechenden Einrichtungen bzw. Bezugserzieher:innen einbezogen werden. Die Jugendlichen/jungen Erwachsenen selbst, deren Eltern bzw. primären Bezugspersonen sowie weitere Bezugspersonen können gebeten werden, Fragebögen zu den Verhaltensschwierigkeiten auszufüllen sowie vom Aufwachsen des Jugendlichen/jungen Erwachsenen und den aktuellen Schwierigkeiten zu berichten. Über besondere Erlebnisse der Jugendlichen und jungen Erwachsenen (z. B. Mobbing oder Scheidung der Eltern) sowie Straftaten sollten die Spezialist:innen informiert werden. Potenziell können weitere Testungen (z. B. der kognitiven Leistungsfähigkeit) notwendig werden. Auf Grundlage aller gesammelten Informationen stellen die Spezialist:innen eine Diagnose und entwickeln, unter Einbezug aller beteiligter Personen, einen individuellen Behandlungsplan. Im Rahmen der Diagnostik und anschließenden Behandlung werden Spezialist:innen bedenken, dass Jugendliche und junge Erwachsene mit Störungen des Sozialverhaltens neben oppositionellem, aggressivem und dissozialem Verhalten auch weitere Verhaltensschwierigkeiten bzw. psychische Störungen haben können.



Unterstützung und Behandlung

Unterstützungs- und Behandlungsmöglichkeiten können von unterschiedlichen Versorgungssystemen angeboten werden:

- › dem Gesundheitssystem (vorrangig psychotherapeutische Behandlungen)
- › der Kinder- und Jugendhilfe (Hilfen zur Erziehung und Eingliederungshilfe)
- › dem Justizsystem (Jugendgerichtshilfe)
- › dem Schulsystem (Klärung des Unterstützungsbedarfs und Erstellung eines individuellen Förderplans)

Zentral für eine gelungene und nachhaltige Unterstützung und Behandlung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen und deren Familie ist, dass die Jugendlichen/jungen Erwachsenen sowie deren Eltern bzw. primäre Bezugspersonen aktiv mitwirken. Jugendliche und junge Erwachsene mit Störungen des Sozialverhaltens und deren primäre Bezugspersonen werden hauptsächlich ambulant behandelt (wie bei eigentlich allen psychischen Erkrankungen). In Einzelfällen kann allerdings auch eine teilstationäre, stationäre oder aufsuchende Behandlung erforderlich sein.

Es gibt kein **Medikament**, das Jugendliche/junge Erwachsene mit Störungen des Sozialverhaltens umfassend „heilt“. Einzelne Symptome können möglicherweise aber auch medikamentös behandelt werden. Wenn Jugendliche oder junge Erwachsene sehr impulsiv und häufig gereizt sind, können folgende Medikamente zum Einsatz kommen:

- (1) Medikamente, die auch zur Behandlung einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) zugelassen sind
- (2) Antipsychotika

Sollten Fragen zu Medikamenten bestehen, können diese am besten entsprechende Fachärzt:innen (z. B. Kinder- und Jugendpsychiater:innen) beantworten.

Wenn bei Elternteilen selbst eine psychische Störung vorliegt oder die Beziehung zwischen den Elternteilen stark belastet ist und wenn dieser Umstand die Familie akut belastet, sollte geprüft werden, ob Eltern bzw. primäre Bezugspersonen selbst therapeutische Unterstützung benötigen.

Mit wem wird was in der Therapie erarbeitet?

Der Einbezug von **Eltern bzw. den primären Bezugspersonen** in die Behandlung ist (auch im Jugend- und jungen Erwachsenenalter) entscheidend. Wenn Jugendliche/junge Erwachsene fremduntergebracht sind, sollten die entsprechenden Einrichtungen bzw. Bezugserzieher:innen einbezogen werden. Die Eltern bzw. primären Bezugspersonen sollten angeleitet werden, wie sie die Beziehung zum Jugendlichen/jungen Erwachsenen schrittweise verbessern, ein positives, konsistentes und altersgerechtes Erziehungsverhalten entwickeln und die Jugendlichen/jungen Erwachsenen dabei unterstützen, schrittweise die Schwierigkeiten zu reduzieren.

Insbesondere wenn **Jugendliche/junge Erwachsene** häufig Konflikte oder Streitigkeiten mit Gleichaltrigen zeigen, kaum eigene Ideen haben, um Konflikte zu lösen und schnell aufbrausend reagieren, sollten diesen therapeutische Sitzungen angeboten werden. Diese Sitzungen können einzeln oder in Gruppen stattfinden und werden in der Regel von Spezialist:innen mit einer Ausbildung in (kognitiver) Verhaltenstherapie angeboten. Ziel der Sitzungen mit den Jugendlichen/jungen Erwachsenen ist unter anderem unproblematischere Denkmuster und Verhaltensweisen auszutesten und einzuüben. Damit die Jugendlichen und jungen Erwachsenen das Gelernte auch im Alltag anwenden können, benötigen sie Unterstützung von Bezugspersonen.

Jugendliche und junge Erwachsene mit einer Störung des Sozialverhaltens haben häufig auch Schwierigkeiten und Konflikte in der **besuchten Bildungseinrichtung** (Schule im Jugendstrafvollzug sowie Stammschule). In diesem Fall kann es hilfreich sein, wenn die jeweiligen Lehrkräfte störungsspezifische Informationen und Unterstützung erhalten.

Was hilft im Umgang mit schwierigen Situationen im Alltag?

Ein erster Schritt ist es frühzeitig zu erkennen, wenn die Jugendlichen/jungen Erwachsenen überfordert sind. Hilfreich kann es sein die Anforderungen so anzupassen, dass es gar nicht erst zu einer Überforderung kommt. Wenn es zu akuten Schwierigkeiten kommt, sollte die Person die Möglichkeit erhalten sich an einen ruhigen Ort zurückzuziehen, um sich zu beruhigen. In einer Therapie lernen Jugendliche und junge Erwachsene Deeskalationstechniken wie Ablenkung oder Entspannung kennen, die im Alltag helfen können. Im Anschluss an eine schwierige Situation sollte die Person unterstützt werden, wieder in die Situation oder Gruppe zurückzufinden. Wichtig ist, dass mögliche Konsequenzen im Vorfeld individuell abgestimmt werden.



Empfehlungen zur Kooperation des Justizsystems mit dem Gesundheitssystem

Wann und mit welchen Anliegen kann es sein, dass das Gesundheitssystem den Wunsch nach Zusammenarbeit mit dem Justizsystem äußert?

- › wenn erhebliche delinquente Verhaltensweisen bestehen und bereits ein Ermittlungsverfahren läuft, eine Anklage erhoben wurde oder gerichtliche Auflagen vorliegen
- › um dem Jugendlichen oder jungen Erwachsenen Zugang zu spezialisierten Hilfsangeboten zu ermöglichen (z. B. Angebote für sexuell grenzverletzende Jugendliche)

Wann und mit welchen Anliegen kann es sinnvoll sein, dass das Justizsystem eine Zusammenarbeit mit dem Gesundheitssystem initiiert?

- › zur diagnostischen Abklärung und ggf. psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung bei Vorliegen delinquenter Verhaltensweisen
- › zur Beratung in komplexen Fallsituationen
- › für psychiatrisch/psychologische Gutachten in Jugendstrafrechtssachen

Was sollte bei einer Zusammenarbeit beachtet werden?

- › Notwendigkeit des Einverständnisses der Jugendlichen/jungen Erwachsenen selbst und der Sorgeberechtigten (mit Ausnahme der Offenbarungsbefugnis gemäß §34 StGB und der Offenbarungsverpflichtung gemäß §138 StGB)
- › Transparenz durch klare Definition von Aufträgen und Zuständigkeiten
- › Schaffung von verlässlichen Strukturen für die Zusammenarbeit
- › Möglichkeiten zur Vertraulichkeit zwischen Behandelnden und Jugendlichen/jungen Erwachsenen (in Haft, unter Auflagen oder angeklagt) sowie zwischen Behandelnden und Justizsystem

Das vorliegende Informationsblatt ist Bestandteil der klinischen Leitlinie „Störungen des Sozialverhaltens: Empfehlungen zur Diagnostik und Behandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen“ (AWMF-Registernummer 028-020; Version 6; <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-020>). Das vorliegende Informationsblatt bitte wie folgt zitieren: Kohl, L. T., Waedel, L., Kölich, M. & Görtz-Dorten, A. im Auftrag der SSV-Leitliniengruppe (2026). Information für Fachkräfte im Justizsystem zur Diagnostik und Behandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Störungen des Sozialverhaltens“ (AWMF-Registernummer 028-020; Version 6.0, Stand 15.09.2025). Verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-020> (Zugriff am TT.MM.JJJJ). Hinweise zum methodischen Vorgehen hinsichtlich der Erstellung und Verabschiedung des Informationsblattes finden sich im Leitlinienreport der benannten Leitlinie. Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF21016 gefördert.