

Aus der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
des Fachbereichs Medizin der Philipps-Universität Marburg
Direktorin: Prof. Dr. Katja Becker

Wirksamkeit des Stepping Stones Triple P Elterntrainings als zusätzliche Intervention in der Behandlung von Autismus-Spektrum-Störungen

Effekte auf das Erziehungsverhalten

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades der Medizinwissenschaften (Dr. rer. med.)

dem Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg vorgelegt von:

Bastian Schrott
aus Aschaffenburg

Angenommen vom Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg am:

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs.

Dekan: Prof. Dr. H. Schäfer

Referent: Prof. Dr. I. Kamp-Becker

1. Korreferent:

Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung	6
2. Erziehung und Elterntraining	10
2.1. Erziehungsverhalten.....	10
2.1.1. Konstruktbeschreibung.....	10
2.1.2. Befunde.....	12
2.1.3. Erfassung.....	15
2.2. Selbstwirksamkeit in der Erziehung.....	18
2.2.1. Konstruktbeschreibung.....	18
2.2.2. Befunde.....	18
2.2.3. Erfassung.....	22
2.3. Elternstress.....	22
2.3.1. Konstruktbeschreibung.....	23
2.3.2. Befunde.....	23
2.3.3. Erfassung.....	26
2.4. Elterntraining.....	27
2.4.1. Triple P.....	28
2.4.2. Stepping Stones Triple P.....	30
2.4.3. Kritik an Elterntrainings.....	33
3. Autismus-Spektrum-Störungen und Erziehung	35
3.1. Autismus-Spektrum-Störungen.....	35
3.1.1. Klassifikation.....	35
3.1.2. Epidemiologie.....	36
3.1.3. Komorbidität und Verlauf.....	37
3.1.4. Ätiologie.....	39
3.1.5. Diagnostik.....	40
3.1.6. Behandlung.....	42
3.2. Erziehungsverhalten.....	45
3.2.1. Kontrolle und Strukturierung.....	46
3.2.2. Responsivität und Wärme.....	48
3.3. Selbstwirksamkeit in der Erziehung.....	50
3.4. Elternstress.....	53
3.5. Elterntraining.....	60
3.6. Stepping Stones Triple P.....	60
4. Fragestellungen und Hypothesen	68

5. Stichprobe und Methoden.....	71
5.1. Untersuchungsdesign	71
5.2. Einschlusskriterien.....	73
5.3. Verfahren zur Erfassung der Stichprobenmerkmale	73
5.3.1. Fragebogen zum familiären Hintergrund (FFH).....	73
5.3.2. Skala zur Erfassung sozialer Reaktivität – Kurzversion (SRS-K)	73
5.3.3. Intelligenzmessung	74
5.3.4. Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ)	74
5.4. Rekrutierung.....	75
5.5. Stichprobenbeschreibung	75
5.6. Selbstbeurteilungsverfahren	77
5.6.1. Erziehungsfragebogen (EFB-K).....	77
5.6.2. Fragebogen zum Kompetenzgefühl der Eltern (PSOC)	79
5.6.3. Elternstressfragebogen (ESF)	79
5.6.4. Depression-Angst-Stress-Inventar (DASS-21).....	80
5.7. Marburger Eltern-Kind Interaktionsbeobachtung (MEKIB)	81
5.7.1. Erziehungsstrategien.....	83
5.7.2. Rating Skalen	84
5.8. Akzeptanz.....	85
5.8.1. Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Behandlung (CSQ)	85
5.8.2. Fragebögen zur Nützlichkeit und Anwendung der Erziehungsstrategien	85
5.9. Datenauswertung	86
5.9.1. Deskriptive Statistik	86
5.9.2. Inferenzstatistik.....	86
5.9.3. Marburger Eltern-Kind Interaktionsbeobachtung.....	87
6. Ergebnisse	88
6.1. Selbstbeurteilungen.....	88
6.1.1. Veränderungen über die Messzeitpunkte.....	88
6.1.2. Hypothesentestung.....	90
6.2. Marburger Eltern-Kind Interaktionsbeobachtung (MEKIB)	91
6.2.1. Erziehungsstrategien.....	91
6.2.2. Rating Skalen	93
6.3. Akzeptanz.....	95
6.3.1. Zufriedenheit mit dem Stepping Stones Triple P-Programm	95
6.3.2. Nützlichkeit und Anwendung der Erziehungsstrategien aus dem Stepping Stones Triple P-Programm.....	96

7. Diskussion	98
7.1. Diskussion der Ergebnisse	98
7.1.1. Erziehungsverhalten	98
7.1.2. Selbstwirksamkeit in der Erziehung und Elternstress	102
7.2. Diskussion der Methoden	107
7.2.1. Untersuchungsdesign und Stichprobe	107
7.2.2. Stepping Stones Triple P	109
7.2.3. Interaktionsbeobachtung	110
7.3. Abschließende Bewertung	112
7.4. Ausblick	113
8. Verzeichnisse.....	116
8.1. Abbildungsverzeichnis	116
8.2. Tabellenverzeichnis	117
8.3. Alphabetisches Abkürzungsverzeichnis	118
8.4. Literaturverzeichnis	120
9. Anhang.....	148
9.1. Materialien zur Rekrutierung.....	148
9.2. Verfahren zur Erfassung der Stichprobenmerkmale	157
9.3. Selbstbeurteilungsverfahren	162
9.4. Verfahren zur Beurteilung der Akzeptanz	169
9.5. Materialien zur Interaktionsbeobachtung	174
9.6. Curriculum Vitae	186
9.7. Akademische Lehrer.....	188
9.8. Ehrenwörtliche Erklärung.....	189
9.9. Danksagung	190

1. Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wurden die Effekte des Stepping Stones Triple P (SSTP) Gruppenelterntrainings auf die Eltern-Kind Interaktion in Familien mit Kindern mit einer Autismus-Spektrum-Störung (ASS) untersucht mit dem Schwerpunkt auf dem Erziehungsverhalten. Bedeutende Aspekte der Eltern-Kind Interaktion und insbesondere der Erziehung sind das konkrete Erziehungsverhalten, die Selbstwirksamkeitserwartungen in der Erziehung und Elternstress. Erziehungsverhalten spielt eine bedeutende Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von externalisierenden und internalisierenden Störungen. Selbstwirksamkeitserwartungen der Eltern bezogen auf ihre Erzieherrolle stehen in engem Zusammenhang mit Erziehungsverhalten und medieren häufig die Zusammenhänge zwischen ungünstigen Umfeldfaktoren und der Entwicklung der Kinder. Stressbelastete Eltern nutzen häufiger dysfunktionale Erziehungsstrategien und sind langfristig in ihrer eigenen psychischen Gesundheit beeinträchtigt. Wechselseitige Zusammenhänge und Aufschaukelungsprozesse können zu einer Chronifizierung der Verhaltensauffälligkeiten führen. Behaviorale Elterntrainings gelten mittlerweile als eine effektive und ökonomische Behandlungsmethode für Verhaltensauffälligkeiten und beeinflussen eine Reihe von Erziehungsvariablen auf eine positive Weise.

ASS gelten als Entwicklungsstörungen des zentralen Nervensystems und gehen häufig mit einer Reihe von komorbiden somatischen und psychischen Auffälligkeiten einher. Komorbide expansive Verhaltensprobleme stellen eine Herausforderung für die Eltern dar. Bei Eltern von Kindern mit einer ASS können ähnliche Einflussfaktoren auf das Erziehungsverhalten angenommen werden, wie bei Kindern mit Verhaltensstörungen. In einigen Untersuchungen konnte bereits gezeigt werden, dass behaviorale Elterntrainings in der Behandlung von ASS sinnvoll eingesetzt werden können. Studien mit einer objektiven Erfassung der Eltern-Kind Interaktion mittels Verhaltensbeobachtungen sind jedoch selten durchgeführt worden.

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nahmen 16 Eltern von Kindern mit einer ASS an einem SSTP Elterntraining teil. In einem Eigenwartelisten-Kontrollgruppen Design wurden Erziehungsvariablen drei Monate vor, unmittelbar vor und unmittelbar nach dem Training erhoben. Strukturierte Eltern-Kind Interaktionsbeobachtungen unmittelbar vor und nach dem Elterntraining lieferten zusätzliche Informationen über die Veränderungen in der Eltern-Kind Interaktion. Dazu wurde eigens für die Untersuchung ein Verfahren konzipiert. Dies ist die erste Untersuchung, die die Wirksamkeit des SSTP

Gruppenelterntrainings in der Behandlung von ASS überprüft und eine Verhaltensbeobachtung umfasst.

Es zeigten sich bedeutende Verbesserungen im Erziehungsverhalten in der Selbstauskunft für den Bereich überreagierendes Erziehungsverhalten. In der Interaktionsbeobachtung zeigte sich zudem eine Zunahme von positiven Erziehungsstrategien im Sinne von Loben. Eltern berichteten von einer bedeutsamen Reduktion der Stressbelastung. Für weitere Erziehungsstrategien sowie die Selbstwirksamkeitserwartungen der Eltern waren die Ergebnisse uneindeutig. Das SSTP Elterntraining wurde von den Eltern gut angenommen.

Die Ergebnisse der Untersuchung liefern einen weiteren Hinweis für die Wirksamkeit des SSTP Elterntrainings bezogen auf Erziehungsverhalten und Elternstress in der Behandlung von ASS. Die Bedeutsamkeit für die Entwicklung der Kinder sowie auch die psychische Gesundheit der Eltern wird diskutiert. Methodische Probleme bei der Auswertung der Eltern-Kind Interaktionsbeobachtung liefern Hinweise für künftige Arbeiten.

1. Summary

This study explored the effect of the Stepping Stones Triple P (SSTP) group parent training on parent-child interactions in families of children with Autism-Spectrum-Disorders (ASD) with a focus on parenting behavior. Significant aspects of parent-child interactions and especially parenting are the concrete parenting behavior, parental self-efficacy and parenting stress. Parenting behavior plays a significant role in the emergence and maintenance of externalizing and internalizing disorders. Parental self-efficacy is strongly associated with parenting behavior and has shown to mediate the association between adverse environmental factors and the development of children. Stressed parents frequently use dysfunctional parenting strategies and are impaired in their mental health in the long-term. Reciprocal relations and coercive processes can lead to chronification of behavioral disorders. Behavioral parent trainings have shown to be an effective and economic intervention for behavioral disturbances and affect parenting variables in a positive manner.

ASD are considered to be neurodevelopmental disorders and frequently come along with a series of comorbid somatic and psychological abnormalities. Parents are especially challenged by comorbid behavioral disturbances. For parents of children with ASD, similar influences on parenting can be assumed, as for parents of children with behavioral disturbances. Some studies have already shown that behavioral parent trainings can be a reasonable intervention in the treatment of ASD. Studies with an objective ascertainment of parent-child interactions via observations are scarce.

In the present study 16 parents of children with ASD took part. Within a waitlist-control-group design, parenting variables were assessed three month before, shortly before and shortly after the parent training. Structured observations, which were implemented shortly before and after the parent trainings, provided additional information about changes in parent-child interactions. For this purpose an existing observation system was adapted. This is the first study on the effectiveness of the SSTP group parent training in the treatment of ASD, which includes a structured observation of parent-child interactions.

Results suggest significant changes in self-rated parenting behaviors for overreaction. Additionally there was an increase in positive strategies for praise in the observation of parent-child interactions. Parents reported a relevant reduction of parenting stress. For further parenting strategies and for parental self-efficacy the results were ambiguous. The SSTP parent training was accepted by the participants.

The results provide additional evidence for the effectiveness of the SSTP parent training on parenting behavior and parenting stress in the treatment of ASD. The impact on the development of the children and on mental health of the parents is discussed. Methodological shortcomings within the parent-child observation system provide hints for further applications.

2. Erziehung und Elterntraining

Der Eltern-Kind Interaktion wird in der entwicklungspsychologischen und entwicklungspsychopathologischen Forschung eine wichtige Rolle sowohl als Risiko- als auch als Schutzfaktor zugesprochen (Petermann & Damm, 2009). Die Veränderung der Erziehung ist meist primäres Veränderungsziel von Elterntrainings, um sekundär Veränderungen bei den Kindern zu bewirken. Erziehung umfasst dabei behaviorale, kognitive und affektive Aspekte der Eltern-Kind Interaktion auf der Seite der Eltern. Darunter fallen konkretes Erziehungsverhalten als behavioraler Aspekt, die Selbstwirksamkeit in der Erziehung als kognitiver Aspekt sowie der Elternstress als affektive Komponente. Im folgenden Kapitel werden diese Erziehungsaspekte sowie ihre Rolle für die Eltern-Kind Interaktion, die Entwicklung der Kinder und die Gesundheit der Eltern vorgestellt. Weiterhin werden Methoden der Erfassung und damit einhergehende Probleme und Möglichkeiten dargelegt. Im Anschluss folgt ein Überblick über die Wirksamkeit behavioraler Elterntrainings mit dem Schwerpunkt auf dem Konzept von Triple P (Positive Parenting Program; Sanders, 2012). Im darauffolgenden dritten Kapitel werden die allgemeinen Befunde zu den drei Erziehungsaspekten aufgegriffen und in den Kontext von Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) eingeordnet.

2.1. Erziehungsverhalten

Für das Erziehungsverhalten finden sich unterschiedliche Unterteilungen. Diese variieren zum Teil stark bezüglich ihrer Abstraktionsebene. Es finden sich Einteilungen für konkrete Erziehungsverhaltensweisen bis zu allgemeineren Erziehungsstilen. Im Folgenden soll ein Überblick über Erziehungsverhalten und die Wechselwirkungen in der Eltern-Kind Interaktion dargestellt werden. Dies dient als Grundlage für die spätere Betrachtung des Erziehungsverhaltens im Kontext von ASS.

2.1.1. Konstruktbeschreibung

Grusec und Davidov (2010) postulieren fünf Bereiche oder Domänen (englisch: domains) der Eltern-Kind Interaktion: Schutz, Reziprozität, Kontrolle, Geleitetes Lernen und Teilhabe an der Gemeinschaft. Diese Bereiche und deren Zusammenhang mit der kindlichen Entwicklung werden zunächst kurz dargestellt: Wenn Eltern konsequent auf Stresssignale ihrer Kinder reagieren, können diese einen kompetenten Umgang mit schwierigen Situationen lernen. Kinder, die die Erfahrung gemacht haben, von ihren Eltern konsequent *Schutz* und Sicherheit zu erhalten, entwickeln mit der Zeit das Vertrauen, Stress und Gefahr selbst zu bewältigen. Inkonsequenter Schutz führt demnach zu übertriebenen Stresssignalen oder Problemverhalten mit dem Ziel eine Reaktion der Eltern zu provozieren. Ein Mangel an Schutz führt zu einem Ausbleiben

von hilfesuchendem Verhalten und damit zur Überforderung der Kinder. Eltern die um *Reziprozität* bemüht sind, gewähren ihren Kindern Aufmerksamkeit und Zuwendung, wenn diese angemessen eingefordert wird. Auf diese Weise fördern sie bei ihren Kindern die Bereitschaft zu kooperieren und sich ebenfalls reziprok zu verhalten, wenn ihre Eltern sie um etwas bitten. Im Falle unterschiedlicher Interessen und Ungehorsam ist es die Aufgabe der Eltern, auf angemessene Weise *Kontrolle* auszuüben und disziplinarische Maßnahmen anzuwenden. Dadurch lernen die Kinder, sich sozial angemessen zu verhalten, unangemessenes Verhalten zu hemmen und Selbstkontrolle aufzubauen. Der Bereich *geleitetes Lernen* bezieht sich auf die Rolle der Eltern als Lehrer bezüglich sozialer, kommunikativer und emotionaler Fähigkeiten. In dieser Rolle ist es besonders wichtig, die Vermittlung von Wissen und Kompetenzen auf den Entwicklungsstand des Kindes anzupassen. Der letzte Bereich bezieht sich auf die *Teilhabe* der Kinder am sozialen Leben und kulturellen Gewohnheiten. Die Aufgabe der Eltern ist es hierbei, Kindern die Möglichkeit und Gelegenheit zu bieten, die jeweiligen kulturellen Gewohnheiten kennenzulernen. Hierbei spielen vor allem Mechanismen des Modelllernens eine Rolle. Die Autoren weisen darauf hin, dass Eltern in einigen Bereichen erfolgreich interagieren können, in anderen wiederum Defizite vorweisen können (siehe auch Grusec, 2011).

Elterliche Kontrolle wird von anderen Autoren unterteilt in psychologische Kontrolle und behaviorale Kontrolle. Behaviorale Kontrolle bezieht sich auf die Regulation von kindlichem Verhalten durch Aufsicht und Grenzsetzung. Psychologische Kontrolle bezieht sich auf intrusive, psychologische Mittel wie Liebesentzug oder Schuldinduktion (Maljaars, Boonen, Lambrechts, Van Leeuwen, & Noens 2014).

Eine weitere Einteilung kann basierend auf Arbeiten von Baumrind in autoritativer, autoritärer und permissiver Erziehungsstil erfolgen (Baumrind, 1966). Der permissive Erziehungsstil ist demnach gekennzeichnet durch wenig bestrafendes, akzeptierendes und wenig forderndes Erziehungsverhalten. Im komplementären Gegensatz dazu zeichnet sich der autoritäre Erziehungsstil durch Beeinflussung und Kontrolle des kindlichen Verhaltens aus, mit dem Ziel Gehorsam und Respekt vor der Autoritätsperson zu wahren. Beim autoritativen Erziehungsstil herrscht ein Zustand von hoher Kontrolle und gleichzeitig hoher Akzeptanz des Kindes vor. Er zeichnet sich aus durch a) elterliche Unterstützung und Wärme, b) angemessene Verhaltenssteuerung und c) Respekt vor der Individualität des Kindes (Dyches, Smith, Korth, Roper & Mandleco, 2012).

Darauf aufbauend lassen sich positive Erziehungsstrategien wie beispielsweise Lob, Unterstützung und Wärme beschreiben, die in der Regel mit positiven Entwicklungsmerkmalen in Verbindung gebracht werden, sowie negative Erziehungsstrategien wie harte oder körperliche Bestrafungen, Feindseligkeit, Überreagieren und Inkonsistenz, die die Wahrscheinlichkeit von Fehlentwicklungen und Störungen erhöhen (Baumrind, Larzelere, & Owens 2010).

2.1.2. Befunde

Die Veränderung von Erziehungsverhalten ist bedeutsam für die Behandlung von Störungen und Auffälligkeiten in der kindlichen Entwicklung und damit Zielkriterium für behaviorale Elterntrainings. Für den Einfluss des Erziehungsverhaltens auf externalisierende Störungen liegen ausreichend Befunde vor. Die elterliche Aufsicht, psychologische Kontrolle, harsche Bestrafungen, Feindseligkeit sowie Ablehnung werden mit Sozialverhaltensstörungen und aggressivem Verhalten in Verbindung gebracht (Hoeve, Semon Dubas, Eichelsheim, van der Laan, Smeenk & Gerris, 2009; Kawabata, Alink, Tseng, van Ijzendoorn & Crick, 2011; Berg-Nielsen, Vikan & Dahl, 2002). Auch ein Mangel an Wärme in der Eltern-Kind Beziehung wird mit externalisierenden Verhaltensstörungen in Verbindung gebracht (Berg-Nielsen, Vikan & Dahl, 2002).

Für internalisierende Störungen bestehen geringere Zusammenhänge zwischen kindlichen Angstsymptomen und kontrollierenden und autonomiefördernden Erziehungsverhaltensweisen (McLeod, Wood & Weisz, 2007a; van der Bruggen, Stams & Bögels, 2008). Eltern, die wenig Autonomie gewähren, viele negative Rückmeldung geben und inkonsistent reagieren, fördern bei ihren Kindern Ängste (Berg-Nielsen, Vikan & Dahl, 2002). Ablehnung und feindseliges Erziehungsverhalten stehen zudem in Zusammenhang mit depressiven Symptomen der Kinder (McLeod, Weisz & Wood, 2007b; Berg-Nielsen, Vikan & Dahl, 2002).

Der autoritative Erziehungsstil wird mit einer Reihe positiver Entwicklungsmerkmale assoziiert, wie z.B. Bindungsverhalten (De Wolff & van Ijzendoorn, 1997) positiver Beziehungsgestaltung zu Gleichaltrigen und Erwachsenen (Kawabata, Alink, Tseng, van Ijzendoorn & Crick, 2011), Selbstregulation (Karreman, van Tuijl, van Aken & Dekovic, 2006), Schulleistungen (Spera, 2005), Selbstwirksamkeitserwartungen (Baumrind et al., 2010) sowie dem Ausbleiben von externalisierenden und internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten (Baumrind et al., 2010).

Vor allem für externalisierendes Problemverhalten können koersive Prozesse angenommen werden (Patterson, 1982; Patterson, Reid & Dishion, 1992). Demnach

erhöht negatives Erziehungsverhalten die Wahrscheinlichkeit von Problemverhaltensweisen der Kinder, was wiederum zu harscheren und überreagierenden Reaktionen der Eltern führt. Auf diese Weise können sich wechselseitig verstärkende Aufschaukelungsprozesse entstehen, die auf Dauer sowohl die Wahrscheinlichkeit von Problemverhaltensweisen, als auch die Wahrscheinlichkeit von negativem Erziehungsverhalten erhöhen (siehe Abbildung 1 & Abbildung 2). Die Erfassung koersiver Prozesse im Säuglings- und Kleinkindalter konnten spätere Verhaltensauffälligkeiten im Kindergarten- und Schulalter vorhersagen (Morrell & Murray, 2003).

Abbildung 1: Negative Verstärkung von Problemverhalten (in Anlehnung an Patterson, 1982)

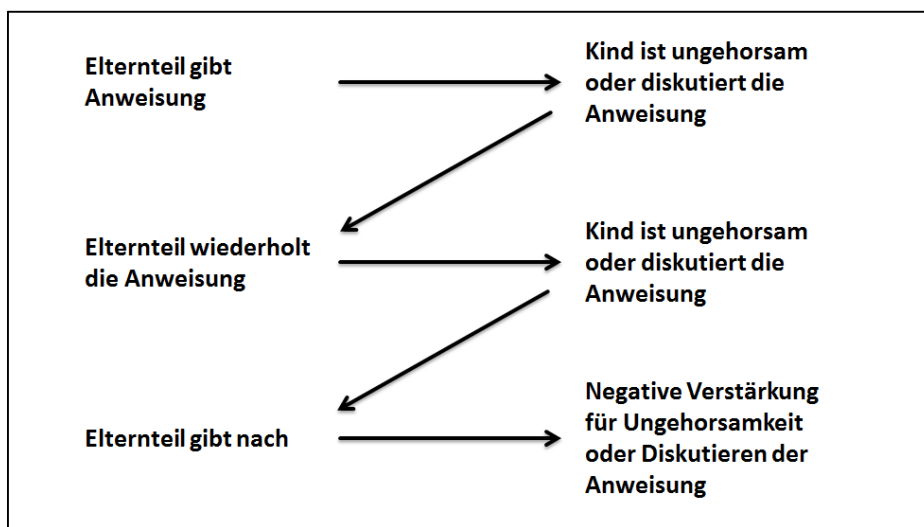
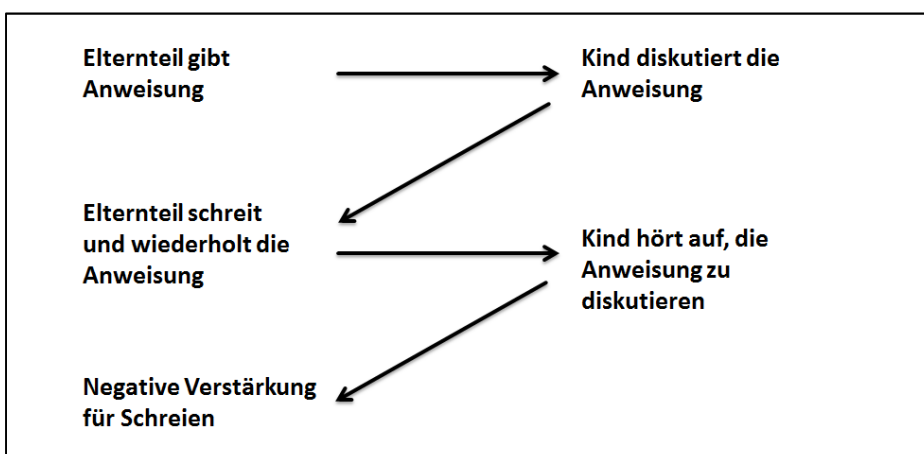


Abbildung 2: Negative Verstärkung von negativem Erziehungsverhalten (in Anlehnung an Patterson, 1982)



Auch positive Eltern-Kind Interaktionen spielen eine bedeutende Rolle. Puckering und Kollegen (2014) konnten zeigen, dass in der Interaktion zwischen Eltern und

Kleinkindern bereits der Einsatz einer positiven Interaktion pro Minute mit einer 15%-igen Reduktion der Wahrscheinlichkeit für eine kinderpsychiatrische Diagnose im Schulalter zusammenhing. Owen und Kollegen (Owen, Slep & Heyman, 2012) diskutieren in ihrem Review zu Erziehungsstrategien die Rolle von Lob, positiven nonverbalen Reaktionen, Tadel und negativen nonverbalen Reaktionen. Sie stellen fest, dass der Einsatz von Tadel und negativen nonverbalen Reaktionen durchaus eine effektive Strategie im Umgang mit Ungehorsamkeit darstellt, wenn diese nicht zu harsch sind und dem Kind dabei nicht übermäßig viel Aufmerksamkeit für Problemverhalten geschenkt wird. Darunter fallen der Ausdruck negativer Emotionen (Verschränken der Arme oder ein strenger Blick) als auch der Entzug von Verstärkern wie z.B. einem Privileg oder eine Auszeit. Der Einsatz von Lob scheint vor allem dann effektiv zu sein, wenn es mit materiellen oder sozialen Verstärkern gekoppelt wird (Sticker oder positive Aufmerksamkeit) und wenn grundsätzlich genügend positive Interaktionen zwischen Eltern und Kindern vorhanden sind. Nonverbale positive Reaktionen wie z.B. ein Lächeln, eine Umarmung aber auch materielle Verstärker oder zusätzliche Privilegien zeigten in allen Untersuchungen einen positiven Zusammenhang mit Gehorsamkeit.

Während klare Zusammenhänge zwischen negativem Erziehungsverhalten und Verhaltensproblemen gefunden wurden, zeigte sich positives Erziehungsverhalten in manchen Untersuchungen als eine Art Schutz (McKee et al., 2007). Wenn Eltern eine warmherzige Interaktion mit ihren Kindern gestalteten, hatten harsche, physische und verbale Disziplinierungen einen geringeren negativen Einfluss. Andere Autoren konnten keinen Schutzeffekt von positivem Erziehungsverhalten finden (Gámez-Guadix, Straus, Carrobes, Muñoz-Rivas & Almendros, 2010).

Externalisierendes Verhalten wie Wutanfälle, aggressives und oppositionelles Verhalten stellen für Eltern eine besondere Herausforderung dar und scheinen insbesondere mit Elternstress in Verbindung zu stehen (Webbster-Stratton, 1990; Hastings, 2002a). Elternstress wird vor allem mit negativem Erziehungsverhalten und harschen Bestrafungen assoziiert, in geringerem Umfang und nur bei jüngeren Kindern auch mit einem Mangel an positivem Erziehungsverhalten und fehlender Unterstützung (Rueger, Katz, Risser & Lovejoy, 2011; siehe auch Abschnitt 2.3.1). Ein bedeutender Teil des Zusammenhangs zwischen Verhaltensproblemen und Elternstress, der sich aus schwierigen Interaktionen mit dem Kind ergibt, als auch Stress aufgrund sozioökonomischer und familiärer Gegebenheiten, wird über ungünstiges Erziehungsverhalten vermittelt (Deater-Deckard, 1998). In einer Eltern-Kind Interaktionsbeobachtung mit Patienten mit Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen (ADHS) (Johnston, Murray, Hinshaw, Pelham & Hoza, 2002) konnte gezeigt werden,

dass die elterliche Responsivität mit der Affektlage der Eltern zusammenhängt, weiterhin mit oppositionellem Problemverhalten, jedoch nicht mit der hyperkinetischen Symptomatik.

Psychische Störungen der Eltern haben häufig Einfluss auf das Erziehungsverhalten. Depressive Mütter reagieren vor allem gereizter und kritischer auf ihre Kinder, in geringerem Ausmaß scheinen sie in der Reziprozität beeinträchtigt. Zudem zeigen depressive Mütter mit niedrigerem sozioökonomischem Status weniger positives Erziehungsverhalten im Sinne von Loben und gemeinsamem Spiel (Lovejoy, Graczyk, O'Hare & Neuman, 2000). Nicht die elterliche Psychopathologie per se sondern vielmehr damit assoziiertes Erziehungsverhalten hat dabei einen Einfluss auf die Entwicklung von Verhaltensprobleme der Kinder (Berg-Nielsen, Vikan & Dahl, 2002).

Es wird allgemein ein hoher Zusammenhang zwischen dem Einsatz kompetenter Erziehungsstrategien und der elterlichen Selbstwirksamkeitserwartung in der Erziehung angenommen (Coleman & Karraker, 1997). Demnach setzen Eltern, die sich zutrauen die Interaktion mit ihrem Kind gestalten zu können, häufiger funktionale Erziehungsstrategien ein (siehe auch Abschnitt 2.3).

2.1.3. Erfassung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich vorrangig mit den Veränderungen im Erziehungsverhalten infolge des SSTP Elterntrainings. Dazu wurden zwei verschiedene Erfassungsmethoden ausgewählt. Daher folgt hier eine kurze Darstellung der Möglichkeiten, Erziehungsverhalten zu erfassen sowie daraus resultierende Probleme.

Objektive Verfahren stellen zunächst Verhaltensbeobachtungen dar, die in unterschiedlichen Settings und mittels unterschiedlicher Erhebungsmethoden durchgeführt werden können (für einen Überblick siehe Jacob, 2014). Man unterscheidet zwischen Erhebungen in naturalistischer Umgebung, also häufig in der Familie, und unter Laborbedingungen in präparierten Räumen. Dabei können die Situationen der klinischen Fragestellung angepasst werden, wie bspw. die Mahlzeiten- oder Hausaufgabensituation. Unter Laborbedingungen durchlaufen Eltern und Kinder häufig in ausgestatteten Spielzimmern strukturierte Situationen wie gemeinsames Spielen, Lösen von (kognitiven) Aufgaben und Aufräumen. Man unterscheidet weiterhin zwischen Time-Sampling, Event-Sampling und Rating-Verfahren (Jacob, 2014). Beim Time-Sampling werden Sequenzen in Zeitabschnitte unterteilt und bezüglich des Auftretens, nicht der Häufigkeit, von definierten Verhaltensweisen bewertet. Beim Event-Sampling wird die Häufigkeit von Verhaltensweisen innerhalb der Sequenz ausgezählt. Die Schwierigkeit liegt darin, für komplexes Interaktionsverhalten objektive und zählbare

Einheiten zu definieren. Dies gilt weniger für Ratingverfahren, bei denen Erziehungsdimensionen von Beurteilern auf einer Skala bewertet werden sollen. Hier können jedoch bekannte Beobachtereffekte wie z.B. Positionseffekte, Milde-/Strengeneffekte und Überstrahlungseffekte zu einer Verzerrung der Beurteilung führen (Jacob, 2014).

Im Kontext der Forschung zu den Triple P Interventionen wurde häufig das Family Observation Schedule (FOS; Sanders, Waugh, Tully & Hynes, 1996) eingesetzt. Es handelt sich hierbei um eine 30 minütige Verhaltensbeobachtung im naturalistischen Setting, z.B. während eines Spiels oder einer Mahlzeit. Neben dem Problemverhalten der Kinder werden auch Werte für positives und negatives Erziehungsverhalten der Eltern in einem Time-Sampling Verfahren ermittelt. Dazu wird die Sequenz in 15-Sekunden Intervalle eingeteilt. Die erfassten positiven Verhaltensweisen sind unter anderem spezifische Anweisungen, Loben, positiver Körperkontakt und positive Aufmerksamkeit. Negative Verhaltensweisen sind unter anderem negativer Körperkontakt, negative Aufmerksamkeit und unspezifische Anweisungen. In einer Untersuchung zum Triple P Programm (Roberts, Mazzucchelli, Studman, & Sanders, 2006) wurden Beurteiler 20 Stunden in diesem Verfahren trainiert, bis sie eine 80% Übereinstimmung erreichten. Dann ergaben sich akzeptable bis exzellente Beurteilungsübereinstimmungen (Cohens Kappa: .73 bis .90). Eine deutsche Version liegt mit dem Familien-Interaktions-Beobachtungssystem (FIBS) von Bertram und Kollegen (2009) vor.

Beim Dyadic Parent-Child Interactive Coding System (DPICS-R; Robinson & Eyberg, 1981) werden ebenfalls neben Verhaltensweisen der Kinder spezifische Erziehungsverhaltensweisen der Eltern mittels Event-Sampling Verfahren erfasst. Unter Berücksichtigung definierter Grundregeln werden insgesamt 24 Verhaltensweisen der Eltern wie z.B. beschreibendes und unbeschreibendes Lob, direkte und indirekte Anweisung sowie kritische Äußerungen pro definiertes Zeitintervall gezählt. Für intensiv trainierte Beobachter sind die Kennwerte der Beobachterübereinstimmung zufriedenstellend (Cohens Kappa: .46 bis .90; Eyberg, McDiarmid Nelson, Duke & Boggs, 2005).

Ein Beispiel für ein Rating-Verfahren ist die Emotional Availability Scale (Biringen, Robinson & Emde, 2000; Biringen, Derscheid, Vliegen, Closson & Easterbrooks, 2014). Hierbei wird das Beziehungsverhalten von Kindern und Eltern in einer Beobachtungssituation in mehreren Bereichen auf einer mehrstufigen Skala beurteilt. Eltern werden in den Bereichen Sensitivität, Strukturierung, Über-Direktivität und

Feindseligkeit beurteilt. Die Anzahl der Stufen variiert über die Bereiche. Für jede Stufe (z.B. optimal, inkonsistent & nicht-optimal) liegen Beschreibungen vor, anhand derer die Beurteilung vorgenommen werden soll. Die Beobachterübereinstimmung lag im zufriedenstellenden Bereich (ICC: .79 - .92; Bornstein, Gini, Putnick, Haynes, Painter & Suwalsky, 2006). Andere Autoren nutzen für Rating Verfahren auch Likert-Skalen (Johnston, Murray, Hinshaw, Pelham & Hoza, 2002).

Ökonomischer aber unter Umständen weniger objektiv lässt sich das Erziehungsverhalten mittels standardisierter Selbstbeurteilungsbögen erfassen. Ein Beispiel zur Erfassung positiven Erziehungsverhaltens ist die Hamburger Erziehungsverhaltensliste (HAMEL; Baumgärtel, 1979) mit den Skalen Zuwendung, Unterstützung und Strenge. Die Parenting Scale (Arnold, O'Leary, Wolff & Acker, 1993), die als Erziehungsfragebogen (EFB; Naumann, Bertram, Kuschel, Heinrichs, Hahlweg & Döpfner, 2010) auch als deutsche Version vorliegt, erfasst negatives Erziehungsverhalten im Sinne von Nachgiebigkeit, Überreagieren und Weitschweifigkeit (vgl. Abschnitt 5.6.1). Für die Parental Behavior Scale (PBS; Van Leeuwen & Vermulst, 2004) entwarfen Lambrecht und Kollegen (Lambrechts, Van Leeuwen, Boonen, Maes & Noens, 2011) zwei Skalen für Erziehungsstrategien, die im Umgang mit Kindern mit ASS nützlich sein sollten. Die Originalskalen erfassen positive Erziehung, Disziplinierung, harsche Bestrafungen, Einsatz materieller Belohnung und Regelsetzen, die Erweiterung noch die beiden Bereiche Förderung der Entwicklung und Anpassen der Umwelt an die Bedürfnisse des Kindes. Der Fragebogen liegt bislang nicht auf Deutsch vor.

Ein Zusammenhang zwischen der Erfassung des Erziehungsverhaltens in standardisierten Verhaltensbeobachtungen und der Selbstbeschreibung der Eltern ist häufig gar nicht zu finden (z.B. Tellegen & Sanders, 2014; Arney, 2004) oder nur klein (Hawes & Dadds, 2006). Höhere Zusammenhänge fanden sich, wenn in Verhaltensbeobachtungen globale Ratings erfasst wurden und wenn die Ratings sich an den Konstrukten der Selbstbeurteilungsverfahren orientierten (Arnold et al., 1993; zit. nach Naumann et al., 2010). Der geringe Zusammenhang zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung kann zum einen für eine geringe Validität der Selbstbeurteilungsverfahren sprechen. Beispielsweise können Eltern dazu tendieren ihre Erziehungskompetenzen zu über- oder unterschätzen oder sie haben einen Mangel an Vergleichsmöglichkeiten. Es zeigte sich z.B., dass stressbelastete Eltern das Erziehungsverhalten von anderen Eltern negativer einschätzen, wenn sie selbst unter Stress leiden (Reed, Howse, Ho & Osborne, 2016). Zum anderen unterliegen auch Beobachtungsverfahren systematischen Verzerrungen, wie z.B. der geringen

Alltagsrelevanz der standardisierten Situationen. Zudem besteht ein hoher Anreiz für Eltern unter Beobachtung besonders positives Erziehungsverhalten zu zeigen und negative Interaktionen zu vermeiden (Tellegen & Sanders, 2014; Puckering et al., 2014). Die Erfassung von globalen Erziehungsstilen kann auch Vorteile gegenüber der Erfassung spezifischer Verhaltensweisen haben. Der Zusammenhang zwischen Erziehungsverhalten und externalisierendem Problemverhalten zeigte sich in Untersuchungen größer, wenn in Verhaltensbeobachtungen Erziehungsstile erfasst wurden, im Vergleich zur Erfassung einzelner Verhaltensweisen (Rothbaum & Weisz, 1994). Die Autoren vermuten, dass komplexe, andauernde Erziehungsstile eventuell einen größeren Einfluss auf die kindliche Entwicklung haben, als spezifische Verhaltensweisen. Daher sollte die Erfassung von Erziehungsstilen ein besserer Prädiktor für die kindliche Entwicklung sein, als die Erfassung einzelner Verhaltensweisen.

2.2. Selbstwirksamkeit in der Erziehung

Für Selbstwirksamkeitserwartungen in der Erziehung werden bedeutende Zusammenhänge mit Erziehungsverhalten angenommen. Daher sind sie häufig Veränderungsziel von Elterntrainings. Im Folgenden wird die Rolle der Selbstwirksamkeit in der Erziehung für die Planung von Interventionen dargestellt.

2.2.1. Konstruktbeschreibung

Selbstwirksamkeitserwartung bezieht sich nach Bandura (1977) auf die eigene Überzeugung auf spezifische Anforderungssituationen aufgrund eigener Kompetenzen und Fähigkeiten angemessen reagieren zu können. Selbstwirksamkeit in der Erziehung meint spezieller die Erwartung von Eltern, erfolgreich die Erziehung ihrer Kinder gestalten zu können (Jones & Prinz, 2005).

Nach Coleman und Karraker (1997) hängt die elterliche Selbstwirksamkeitserwartung von folgenden Faktoren ab: Erstens, einem Verständnis der relevanten Bedürfnisse des Kindes. Zweitens, dem Vertrauen in die eigenen erzieherischen Fähigkeiten. Drittens, der Überzeugung, dass das Kind auf das eigene Verhalten reagieren wird und viertens, der Überzeugung, dass die soziale Umgebung die Eltern in ihren Erziehungsstrategien unterstützt.

2.2.2. Befunde

Selbstwirksamkeitserwartung in der Erziehung steht in Zusammenhang mit Erziehungsverhalten, Elternstress, kindlichem Verhalten und psychischer Belastung der Eltern (für eine Übersicht siehe Jones & Prinz, 2005; Coleman & Karraker, 1997).

Es werden mehrere Faktoren diskutiert, die bei der Entstehung von Selbstwirksamkeitserwartungen in der Erziehung einen Einfluss haben können (Coleman & Karraker, 1997). Zunächst spielen eigene Kindheitserfahrungen der Eltern eine Rolle. Ähnlich wie bei der Entwicklung von Bindungsstilen (Ainsworth, 1979) bringen Eltern interne Repräsentationen von Beziehung und Interaktion in die Erziehung ihrer Kinder mit ein. Die Erziehungserfahrungen der Eltern mit ihren eigenen Eltern haben demnach einen Einfluss auf ihr Verhalten (Grusec, Hastings, & Mammone, 1994; zitiert nach Coleman & Karraker, 1997). Als zweiter Faktor werden kulturelle und gesellschaftliche Erwartungen über angemessene Erziehung diskutiert, die an Eltern herangetragen werden. Dieser Faktor scheint jedoch einen eher geringen Einfluss zu haben, da Eltern doch selektiv ihre eigenen Erwartungen mit denen der Gesellschaft vergleichen. So suchen viele Eltern häufig den Kontakt zu anderen Eltern, die mit ähnlichen Schwierigkeiten konfrontiert sind (Goodnow, 1985; zitiert nach Coleman & Karraker, 1997). Einen größeren Einfluss hat jedoch die aktuelle und vergangene Interaktion mit dem Kind. So zeigte sich, dass Eltern von Kindern mit schwierigen Temperamentsfaktoren (Meunier, Roskam & Browne, 2010) oder Verhaltensstörungen wie ADHS (McLaughlin & Harrison, 2006) im Verlauf immer pessimistischer über ihre Erziehungskompetenz urteilten. Eltern von Kindern, die im Umgang einfacher waren zeigen hingegen im Verlauf eine positivere Einschätzung (Teti & Gelfand, 1991). Demnach entstehen Selbstwirksamkeitserwartungen aus einer Geschichte von Erfolgen bzw. Misserfolgen. Daher finden sich in Untersuchungen mit jüngeren Kinder häufig deutlich geringere Zusammenhänge zwischen Selbstwirksamkeitserwartungen der Eltern und dem Erziehungsverhalten (Jones & Prinz, 2005).

In der Regel bestehen hohe Zusammenhänge zwischen der Selbstwirksamkeitserwartung in der Erziehung und dem Erziehungsverhalten (Coleman & Karraker, 1997; Jones & Prinz, 2005). Häufig wurde die Selbstwirksamkeitserwartung als Bedingungsfaktor für Verhalten gesehen (Bandura, 1977). Auf den Erziehungskontext übertragen würde dies bedeuten, dass Eltern vor allem dann Erziehungsstrategien einsetzen, wenn sie erwarten, dass die Umsetzung erfolgreich gelingt und die Kinder sich erwartungsgemäß verhalten. Es können aber auch umgekehrte Effekte erwartet werden. Demnach kann der Einsatz von positiven Erziehungsstrategien zu positiven Veränderungen im kindlichen Verhalten führen und als Folge die Selbstwirksamkeitserwartung der Eltern stärken (Meunier, Roskam & Browne, 2010). Über die gleichen Rückkopplungsprozesse verstärken sich auch negatives Erziehungsverhalten und negative Selbstwirksamkeitserwartungen. Wenn Eltern auf Problemverhalten mit negativen Erziehungsstrategien reagieren, verstärken sie das

problematische Verhalten der Kinder und dies führt zu negativen Selbstwirksamkeitserwartungen. In der Zusammenschau von Jones und Prinz (2005) über 47 Studien liegen mehr Hinweise für einen wechselseitigen Zusammenhang zwischen Erziehungsverhalten und Selbstwirksamkeitserwartungen vor, als für einen unidirektionalen. Es fanden sich dort hohe Zusammenhänge zwischen Selbstwirksamkeitserwartungen und Erziehungsverhalten bei Eltern von Kindern und Jugendlichen in allen Altersgruppen. Beispielsweise fanden sich negative Zusammenhänge mit Überreagieren und Nachgiebigkeit (Sanders & Woolley, 2005; Gross, Sambrook & Fogg, 1999), psychologische Kontrolle (Bogenschneider, Small & Tsay, 1997) oder Liebesentzug (Hill & Bush, 2001). Positive Zusammenhänge fanden sich mit Erziehungsverhalten wie Akzeptanz und Warmherzigkeit (Dumka, Stoerzinger, Jackson & Roosa, 1996; Izzo, Weiss, Shanahan & Rodriguez-Brown, 2000), Ansprechbarkeit (Gondoli & Silverberg, 1997), Aufsicht oder Engagement (Bogenschneider et al., 1997). Bemerkenswert war zudem ein Ergebnis des Reviews von Jones und Prinz (2005) wonach der Zusammenhang in Studien mit multiplen Informationsquellen (d.h. Verhaltensbeobachtung des Erziehungsverhaltens oder Fremdbeurteilungen des Erziehungsverhaltens durch Jugendliche) höher ausfiel, als in Studien, in denen die Eltern ihr Verhalten in Selbstauskünften beurteilten. Dies spricht laut Autoren für einen unabhängigen Zusammenhang, der nicht auf gemeinsame Varianz durch die Methode zurückzuführen ist.

Sanders und Woolley (2005) berichteten hohe negative Zusammenhänge zwischen negativem Erziehungsverhalten (Überreagieren und Nachgiebigkeit) und Selbstwirksamkeitserwartungen. Die Zusammenhänge blieben auch bestehen, wenn für elterliche Stressbelastung und kindliche Verhaltensprobleme kontrolliert wurde. Die Selbstwirksamkeitserwartung bezogen auf den Umgang mit spezifischem Problemverhalten, zeigte sich als der stärkste Prädiktor für Nachgiebigkeit. Wenn Eltern ein geringes Vertrauen hatten, mit Problemverhalten effektiv umgehen zu können, fällt es ihnen schwer, sich durchzusetzen und auf das Einhalten von Regeln zu bestehen.

Die Selbstwirksamkeitserwartungen in der Erziehung zeigten sich als ein Mediator für eine Reihe von Zusammenhängen zwischen Erziehungsvariablen. So vermittelte die Selbstwirksamkeitserwartung beispielsweise den Zusammenhang zwischen Risikofaktoren (Depression der Eltern, soziale Unterstützung, sozioökonomischer Status, kindliches Temperament) und Erziehungsverhalten (Teti & Gelfand, 1991). Der Zusammenhang zwischen Risikofaktoren und Erziehungsverhalten wird deutlich kleiner, wenn der Einfluss von Selbstwirksamkeitserwartungen berücksichtigt wird. Demnach nutzen Eltern, die das Gefühl haben das Verhalten und die Entwicklung ihrer Kinder

positiv beeinflussen zu können, funktionalere Strategien, auch wenn die Umstände ungünstig scheinen. Coleman & Karraker (1997) messen diesem Befund eine wichtige Bedeutung für die Planung von Interventionen bei. Demnach sollten Interventionen, die gezielt die elterliche Wahrnehmung ihrer eigenen Erziehungskompetenz verbessern, den negativen Einfluss von teilweise schwer veränderbaren Risikofaktoren wie dem kindlichem Temperament oder den familiären Lebensumstände abmildern.

Selbstwirksamkeitserwartungen der Eltern können sich über verschiedene Wege auf die kindliche Entwicklung auswirken (Ardelt & Eccles, 2001). Demnach kann ein indirekter Zusammenhang daraus entstehen, wenn Eltern mit hohen Selbstwirksamkeitserwartungen häufiger und erfolgreicher funktionale Erziehungsstrategien anwenden, die dann eine bessere schulische und soziale Anpassung des Kindes zur Folge haben. Für dieses Modell, in dem das Erziehungsverhalten eine mediiierende Rolle spielt, liegen ausreichende empirische Belege vor mit Effektstärken im moderaten Bereich (z.B. Meunier, Roskam & Browne, 2010). Ein direkter Zusammenhang besteht, wenn hohe Selbstwirksamkeitserwartungen der Eltern als Modell für die Kinder dienen, die wiederum selbstwirksam und erfolgreich ihre eigenen sozialen Beziehungen gestalten.

Allgemein werden moderate, negative Zusammenhänge zwischen Elternstress und Selbstwirksamkeitserwartungen angenommen (Jones & Prinz, 2005). Die Richtung des Zusammenhangs bleibt bisher jedoch unklar. Es liegen Hinweise vor, dass dauerhafter Elternstress negative Auswirkungen auf die Selbstwirksamkeitserwartungen der Eltern zu haben scheint (Scheel & Rieckmann, 1998). Untersuchungen belegen jedoch auch, dass Gefühle des Kontrollverlusts und der Unzulänglichkeit mit erhöhtem Stress, negativen Affekten, autonomer Erregung und physiologischen Stressreaktionen einhergehen (Coleman & Karraker, 1997).

Selbstwirksamkeitserwartung in der Erziehung ist häufig ein Outcome-Maß für elternzentrierte Interventionen (Herr, Mingebach, Becker, Christiansen & Kamp-Becker, 2015). Gleichzeitig stellen sie auch einen Prädiktor für den Behandlungserfolg dar (Hoza et al., 2000). Eltern, die sich als kompetent und wirksam einschätzen profitieren mehr von der Anleitung in Erziehungsstrategien. Zur Effektivität von Elterntrainings bezüglich der Verbesserung von Selbstwirksamkeitserwartungen liegen robuste Befunde vor (Sanders, Kirby, Tellegen & Day, 2014). Aber auch für medienbasierte Interventionen wie Broschüren und psychoedukative Filme konnten Verbesserungen der Selbstwirksamkeitserwartungen von Eltern nachgewiesen werden (Sanders, Montgomery & Brechman-Toussaint, 2000).

2.2.3. Erfassung

Zur Erfassung von Selbstwirksamkeitserwartungen in der Erziehung werden in der Regel Selbstbeurteilungsverfahren eingesetzt. Dabei können Verfahren unterschieden werden, die eine globale Selbstwirksamkeitserwartung oder eine spezifische Selbstwirksamkeitserwartung erfassen. Letztere können unterteilt werden in Verfahren zur Erfassung von Selbstwirksamkeitserwartungen bei der Bewältigung spezifischer Aufgaben (englisch: task-related) wie z.B. der Sauberkeitserziehung oder der Versorgung eines kranken Kindes. Weiterhin liegen spezifische Verfahren vor für bestimmte Erziehungsbereiche (englisch: domain-related) wie z.B. der Disziplinierung, dem Herstellen emotionaler Wärme oder der Beaufsichtigung des Kindes (Jones & Prinz, 2005). Auch wenn sich die Erfassung spezifischer Aspekte in einigen Untersuchungen bewährt hat (Sanders & Woolley, 2005), so zeigte sich dennoch häufig ein globaler Faktor für Selbstwirksamkeitserwartungen in der Erziehung (Coleman & Karraker, 2000).

Die häufig eingesetzte Parental Sense of Competence Scale (PSOC, Johnston & Mash, 1989) erfasst dabei die globale Einschätzung der eigenen Erziehungskompetenz unter Einbeziehung von kognitiven und affektiven Anteilen (siehe auch Abschnitt 5.6.2). Aufgabenspezifische Erfassungsinstrumente sind z.B. die Maternal Self-Efficacy Scale (Teti & Gelfand, 1991) und der Self Efficacy for Parenting Task Index (SEPTI; Coleman & Karraker, 2000).

Eine Schwierigkeit bei der Erfassung mittels Selbstauskunft stellen allgemeine Beurteilungstendenzen dar. Jones & Prinz (2005) diskutieren dabei insbesondere den Effekt der sozialen Erwünschtheit. Eltern mit hoher interner Selbstwirksamkeitserwartung könnten z.B. aus Bescheidenheit niedrigere Werte in der Selbstauskunft angeben. Snow und Donnelly (2016) konnten zudem nachweisen, dass die Einschätzung der eigenen Selbstwirksamkeitserwartung mittels PSOC stark vom affektivem Zustand der Eltern beim Ausfüllen des Fragebogens abhing.

2.3. Elternstress

Da Elternstress in besonderem Maße mit negativem Erziehungsverhalten in Verbindung steht, ist eine Reduktion der Stressbelastung häufig Zielkriterium von Elterntrainings. Der folgende Abschnitt beinhaltet eine Darstellung der Wechselwirkungen zwischen Elternstress und anderen Erziehungsvariablen, um in einem späteren Kapitel die Besonderheiten im Kontext von ASS herausarbeiten zu können.

2.3.1. Konstruktbeschreibung

Laut dem transaktionalen Stressmodell von Folkman & Lazarus (1984) entsteht Stress in der Interaktion zwischen einem Mensch und den Anforderungen seiner Umwelt. Zunächst erfolgt die primäre Bewertung der Situation, bezüglich der Bedeutung der Situation für das Individuum. Demnach kann eine Situation als positiv, irrelevant oder stresserzeugend eingeschätzt werden. Die beiden ersten Fälle gehen in der Regel mit neutralen oder positiven Gefühlen einher. Wird eine Situation als stresserzeugend eingeschätzt, erfolgt im sekundären Bewertungsprozess eine Einschätzung, ob das Individuum ausreichende und geeignete Ressourcen zur Bewältigung der Situation zur Verfügung hat. Wird eine Situation als stresserzeugend wahrgenommen und werden keine ausreichenden Ressourcen wahrgenommen, entsteht Stressempfinden. Werden ausreichende Bewältigungsressourcen wahrgenommen und eingesetzt, kann es zu einer erfolgreichen Situationsbewältigung kommen. Anschließend erfolgt eine Neubewertung des ursprünglichen Stressors.

Auf den Erziehungskontext übertragen entsteht Elternstress dann, wenn die erlebten Anforderungen in der Erziehung, z.B. problematisches Verhalten der Kinder, subjektiv die Bewältigungsressourcen der Eltern übersteigen (Deater-Deckard, 1998). Beim Elternstress handelt es sich damit um eine spezifische Form des Stresses, welche sich aus den Anforderungen der Elternschaft und der Interaktion mit einem oder mehreren Kindern ergibt (Domsch & Lohaus, 2010).

2.3.2. Befunde

Beeinflussende Faktoren von Elternstress liegen in den Charakteristika des Kindes, der Eltern und Merkmalen der Umgebung (für einen Überblick siehe Mash & Johnston, 1990; siehe auch Domsch & Lohaus, 2010; Östberg & Hagekull, 2000).

Auf Seiten des Kindes spielen vor allem Temperamentsfaktoren sowie Verhaltensauffälligkeiten und Erkrankungen eine Rolle. Kinder die emotional leichter irritierbar sind und daher mehr Ängste oder Ärger zeigen, verursachen bei ihren Eltern erhöhtes Stresserleben (Östberg & Hagekull, 2000; Gelfand, Teti & Radin Fox, 1992). Es wird angenommen, dass sowohl kindliches Verhalten den Stress der Eltern erhöht, als auch erhöhter Elternstress zu einer stärkeren Ausprägung des kindlichen Problemverhaltens führt (Hastings, 2002a; Webster-Stratton, 1990). Zudem ergeben sich bei kranken Kindern häufig funktionale Einschränkungen für die Eltern, da sie durch Einhalten von Diäten, Gabe von Medikamenten und Fahrten zu Therapieterminen stärker eingebunden sind (Cousino & Hazen, 2013). Das Alter und das Geschlecht der Kinder scheint per se keinen Einfluss auf das Stresserleben der Eltern zu haben.

Vielmehr ergeben sich Zusammenhänge zwischen Elternstress und Geschlecht oder Alter aufgrund assoziierter Faktoren, z.B. der Jungenlastigkeit bei ADHS Erkrankungen oder normativen Entwicklungsaufgaben wie z.B. der Einschulung (Domsch & Lohaus, 2010).

Auf Seiten der Eltern finden sich negative Zusammenhänge zwischen Ressourcen und Stresserleben. So fand sich bei Eltern mit höherer Bildung ein geringeres Stresserleben (Younger, 1991). Es liegen Hinweise vor, dass ältere und damit erfahrenere Eltern geringeres Stresserleben angeben. Das Alter per se, wie auch das Geschlecht, scheint jedoch auch bei den Eltern keinen Einfluss zu haben (Domsch & Lohaus, 2010). Die Anzahl der zu betreuenden Kinder wirkt sich hingegen negativ auf das Stresserleben aus (Östberg & Hagekull, 2000). Der Grad der Einschränkung durch die Elternrolle, auch Rollenrestriktion genannt, können negative Auswirkungen haben. Berufstätigkeit und Freizeitaktivitäten scheinen mit Elternstress vor allem dann assoziiert zu sein, wenn Eltern ihre Berufstätigkeit sowie ihre Freizeit nicht als Bereicherung erleben, sondern als eine zusätzliche Belastung (Domsch & Lohaus, 2010). Persönlichkeitsmerkmale der Eltern können dann negative Auswirkungen haben, wenn im Sinne des transaktionellen Modells von Lazarus und Folkman (1984) Bewertungsprozesse beeinflusst werden (z.B. durch Pessimismus) oder wenn die Interaktion mit dem Kind beeinträchtigt wird (z.B. bei impulsiven Eltern) (Domsch & Lohaus, 2010). Hier können Aufschaukelungsprozesse angenommen werden, die mit dem kindlichen Verhalten interagieren (Webster-Stratton, 1990).

Umfeldbezogene Faktoren sind unter anderem in der Partnerschaft zu finden. Demnach können funktionierende Paarbeziehungen zur erfolgreichen Bewältigung von Anforderungen beitragen. Eine konfliktreiche Paarbeziehung oder das Erziehen ohne Partner kann zu einer zusätzlichen Belastung werden (Gelfand, Teti & Radin Fox, 1992). Ähnliche Zusammenhänge finden sich mit sozialer Unterstützung außerhalb der Familie (Östberg & Hagekull, 2000). Generell wird soziale Unterstützung als eine Ressource im Umgang mit Stress gesehen, unerwünschte oder grenzüberschreitende Unterstützung kann jedoch wiederum das Stresserleben verstärken (Domsch & Lohaus, 2010). Auch im Erziehungsbereich liegen Hinweise vor, dass alltägliche Stressoren (Daily Hassles) einen größeren Einfluss auf das Stresserleben haben als kritische Lebensereignisse (Östberg & Hagekull, 2000).

Im Erziehungskontext finden sich Auswirkungen von Elternstress auf das Erziehungsverhalten. Erhöhter Elternstress hing in Untersuchungen mit negativerem und autoritärem Erziehungsverhalten zusammen (Crnic, Gaze & Hoffman, 2005;

Webbster-Stratton, 1990). In einer metaanalytischen Auswertung über 63 Studien mit nichtklinischen Stichproben hingen negative Affekte der Eltern vor allem mit negativen und harschen Erziehungsverhaltensweisen zusammen. In geringerem Ausmaß und nur bei jüngeren Kindern auch mit einer Reduktion von positivem und unterstützendem Erziehungsverhalten (Rueger, Katz, Risser & Lovejoy, 2011). Der bidirektionale Zusammenhang zwischen Elternstress und Erziehungsverhalten lässt auf koersive Prozesse schließen. Stressbelastete Eltern reagieren reizbarer, kritisierender und strafender auf das Problemverhalten ihrer Kinder. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit für weiteres Problemverhalten und damit wiederum einer erhöhten Stressbelastung der Eltern. Auf diese Weise entstehen sich verstärkende negative Eltern-Kind Interaktionszirkel (Webster-Stratton, 1990; Patterson, 1982). Demnach wird dem Erziehungsverhalten eine mediierende Rolle im Zusammenhang zwischen Elternstress und der Entwicklung der Kinder zugesprochen (Hastings, 2002a; Deater-Deckard, 1998).

Es finden sich auch negative Zusammenhänge zwischen Elternstress mit der Selbstwirksamkeitserwartung in der Erziehung (Bloomfield & Kendall, 2012). Demnach erleben sich gestresste Eltern als weniger selbstwirksam, Eltern die sich selbstwirksam erleben berichten wiederum eine geringere Stressbelastung. Stress im Allgemeinen wird mit einer Reihe von körperlichen und psychologischen Symptomen wie Angst, Depression, Ruhelosigkeit, Erschöpfung, Veränderungen in der neuronalen und hormonellen Aktivität bis hin zu einem erhöhten Risiko für Magengeschwüre und Herzerkrankungen in Verbindung gebracht (Lupien, McEwen, Gunnar & Heim, 2009). Trotz der bedeutenden Auswirkungen von Elternstress auf das elterliche Wohlbefinden sowie die kindliche Entwicklung scheinen Eltern die Problematik bei betreuenden Personen der Kinderversorgung nicht zu thematisieren (Heneghan, Mercer & DeLeone, 2004).

Interventionen zur Entlastung der Eltern verfolgen mehrere Strategien. Es bleibt jedoch unklar, welches Vorgehen am wirksamsten ist. Zum einen konnten für gezielte Interventionen zur Stressreduktion (kognitiv-behavioral & achtsamkeitsbasiert), wie sie in der Behandlung von psychischen Erkrankungen bei Erwachsenen eingesetzt werden, positive Effekte nachgewiesen werden (Dykens, 2014; Cachia, 2015; für Eltern von Kindern mit Behinderungen siehe Hastings, 2004). Zum anderen berichtet Hastings (2004) in einem Review, dass Eltern-Helfen-Eltern Unterstützungsangebote hilfreich sein können, wenn die Situation und Probleme der Eltern ähnlich sind, die Eltern in ihrer Persönlichkeit und Werthaltung ähnlich sind und die Unterstützung wechselseitig ist. Empirische Befunde zu solchen Hilfsangeboten liegen nicht vor. Weiterhin liegen

ausreichend Belege vor, dass der Einbezug von Eltern in die Behandlung der Kinder zu einer Entlastung der Eltern führt (Weber et al., in Vorbereitung). Es wurde untersucht, inwieweit Module zum Umgang mit Stress und emotionalen Problemen der Eltern, die Effekte von Elterntrainings verbessern können. Während einige Autoren keinen zusätzlichen Effekt nachweisen konnten (Plant & Sanders, 2006), zeigte sich der ACT Ansatz (Acceptance and Commitment Therapy) als hilfreich (Whittingham, Sanders, McKinlay & Boyd, 2014). Der Einsatz der ACT zusätzlich zum Stepping Stones Triple P Programm in der Behandlung von Kindern mit infantiler Zerebralparese führte zu einer stärkeren Reduktion von hyperkinetischen Symptomen bei den Kindern sowie elterlicher Überreaktionen und Weitschweifigkeit im Vergleich zum Standard Stepping Stones Triple P Elterntraining.

2.3.3. Erfassung

Zur Erfassung des Elternstresses werden in der Regel Fragebogenverfahren eingesetzt. Häufig erfassen die Verfahren neben dem Stresserleben noch assoziierte Merkmale der Eltern (z.B. Einschränkung durch die Elternrolle, soziale Unterstützung, Gesundheit, Partnerbeziehung) und der Kinder (z.B. Temperament, Problemverhalten) sowie alltägliche Stressoren (z.B. die Zubettgehssituation). Der häufig eingesetzte Parenting Stress Index (PSI; Abidin, 1983) bietet eine Langform bestehend aus 120 Items mit 14 Skalen zu kindlichen und elterlichen Charakteristika sowie kritischer Lebensereignisse. Weiterhin existiert eine Kurzform bestehend aus drei Skalen, die sich auf das elterliche Stressempfinden, schwierige Eigenschaften des Kindes und eine schwierige Eltern-Kind Interaktion beziehen. Empirische Befunde zur faktoriellen Struktur des PSI im Kontext von ASS fielen unbefriedigend aus (Zaidman-Zait, Miranda, Zumbo, Wellington, Dua & Kalynchuk, 2010; Zaidman-Zait et al., 2011). Demnach sollten zur Erfassung des Elternstresses im Kontext ASS vor allem elternbezogene Items eingesetzt werden und weniger Items, die Eigenschaften der Kinder mitberücksichtigen. Ein deutsches Verfahren entwickelten Domsch & Lohaus (2010), welches neben dem elterlichen Stresserleben auch assoziierte Aspekte wie Rollenrestriktion, Soziale Unterstützung und Partnerschaft erfasst (siehe auch Abschnitt 5.6.3). Zum Einsatz des ESF im Kontext von ASS liegen bislang keine Untersuchungen vor.

Die Erfassung mittels Selbstberichten unterliegt den bekannten Verzerrungstendenzen wie z.B. der Tendenz sozial erwünschte Angaben zu machen. Eine objektivere Erfassung der Stressreaktion bietet die Untersuchung von Biomarkern wie z.B. dem Cortisolspiegel im Speichel (Hellhammer, Wüst & Kudielka, 2009). In nur wenigen Untersuchungen zu ASS wurden Biomarker zur Erfassung des Stresslevels eingesetzt (Foody, James & Leader, 2015; Seltzer et al., 2010).

2.4. Elternt raining

Elternzentrierte Interventionen bei Kindern unter zwölf Jahren mit internalisierenden und externalisierenden Störungen gelten mittlerweile als wirksamer Bestandteil therapeutischen Arbeitens. Dies gilt insbesondere für kognitiv-behaviorale Ansätze und behaviorale Elternt rainings sowie für die Behandlung von oppositionellen Verhaltensproblemen und hyperkinetischen Störungen (Herr, Mingebach, Becker, Christiansen, & Kamp-Becker, 2015). Als wirksame Komponenten haben sich die Förderung der positiven Eltern-Kind-Interaktionen, der emotionalen Kommunikationsfähigkeiten und eines konsequenten, gemeinsamen Erziehungsverhaltens der Eltern erwiesen, sowie die Schulung der Eltern in der Durchführung von Auszeitprozeduren und das praktische Üben von Fertigkeiten im Umgang mit dem Kind während des Elternt rainings (Kaminski, Valle, Filene, & Boyle, 2008).

Gerade im Kontext der klinischen Kinder- und Jugendpsychologie und -psychiatrie ist Hauptziel von Erziehungsprogrammen und Elternt rainings eine Reduktion der kindlichen Verhaltensauffälligkeiten. Dennoch zielen Elternt rainings primär auf Veränderungen bei den Eltern und in der Erziehung ab. Nicht wenige Autoren finden kurz nach der Intervention vor allem Effekte bei Erziehungsvariablen (Bloomfield & Kendall, 2012; Sofronoff, Jahnel & Sanders, 2011). Häufig zeigen sich Veränderungen bei den Kindern erst sekundär, als Folge des veränderten Erziehungsverhaltens. Bloomfield und Kendall (2012) diskutieren, ob elterliche Outcome Maße gerade in der unmittelbaren Erhebung die sinnvolleren Effektmaße für Wirksamkeitsuntersuchungen darstellen.

Behaviorale Elternt rainings gelten insbesondere bei der Behandlung von oppositionellen und aggressiven Verhaltensproblemen als wirksam. Es liegen mittlerweile mehrere Metaanalysen und eine Meta-Metanalyse vor, die mittlere bis hohe Effektstärken belegen (Herr et al., 2015; Weber et al., in Vorbereitung). Als besonders gut evaluierte Verfahren gelten demnach die Interventionen basierend auf dem Ansatz von Triple P (Sanders, 2012), die Incredible Years Programme (Webster-Stratton, 2001) und die Parent-Child Interaction Therapy (Eyberg, 1988). Auch für die Behandlung von expansivem Problemverhalten bei Kindern mit Behinderungen liegen zwei Metaanalysen vor, die eine Wirksamkeit belegen (Tellegen & Sanders, 2013; Skotarczak & Lee, 2015). Dabei haben sich Elternt rainings als überlegen gezeigt, die sowohl Einzel- als auch Gruppensitzungen vorsehen. Besser ausgebildete Anleiter erreichten eine größere Reduktion des Problemverhaltens, jedoch auch bei weniger ausgebildeten Anleitern konnten Verbesserungen erzielt werden (Skotarczak & Lee, 2015). In den bisherigen Untersuchungen wurden vorwiegend Elternauskünfte über die Verhaltensauffälligkeiten der Kinder sowie Selbstbeurteilungen des Erziehungs-

verhaltens und der Erziehungsbelastung eingesetzt. Objektivere Daten mittels Fremdbeurteilung durch Lehrer und Erzieher beziehungsweise durch geschulte Beurteiler in standardisierten Verhaltensbeobachtungen fehlen häufig. Die vorliegenden Untersuchungen zeigen jedoch, dass bei einer objektiveren Erfassung der Zielvariablen die Effekte von Elterntrainings deutlich niedriger ausfallen oder gar nicht mehr signifikant sind. Mögliche kognitive Dissonanzeffekte (Eltern investieren viel zeitlichen und mentalen Einsatz durch die Teilnahme an Elternkursen), die zu einer Verzerrung der Beurteilungen der Eltern führen könnten, wurden bisher wenig berücksichtigt.

Obwohl einige gut evaluierte Verfahren vorliegen, werden diese in Deutschland dennoch selten angeboten und sind häufig im Rahmen von kinder- und jugendpsychotherapeutischen und -psychiatrischen Behandlungen nur schwer als Krankenkassenleistung abzurechnen (Herr et al., 2015). Sanders (2012) weist auf ähnliche Zustände in anderen westlichen Ländern hin.

2.4.1. Triple P

Das Triple P Konzept (Positive Parenting Program) entstand aus langjähriger Forschungsarbeit der Gruppe um Prof. Matthew R. Sanders an der Universität Queensland in Australien (Sanders, 2002 & 2012). Es bietet fünf verschiedenen intensive Interventionsebenen an, wobei die Level 1 bis 3 eine präventive Ausrichtung aufweisen (universelle medienbasierte Kampagne, Elterngespräche, Kurzberatung) und Level 4 und 5 Interventionen für Familien mit kindlichen Verhaltensproblemen und gegebenenfalls familiären Belastungen beinhalten. Höhere Levels gehen entsprechend mit steigender Intensität, Dauer und Häufigkeit der Beraterkontakte einher. Level 4 umfasst eine Reihe von Einzel- und Gruppeninterventionen sowie Selbsthilfemanuale für Eltern von Kindern im Kleinkind-, Kindergarten und Schulalter (Triple P), im Jugendalter (TEEN Triple P), für neugewordene Eltern (Baby Triple P) und für Eltern von Kindern mit Entwicklungsstörungen oder geistigen Behinderungen (Stepping Stones Triple P). Level 5 beinhaltet intensivere aber ähnlich aufgebaute Einzel- und Gruppeninterventionen für psychisch belastete Eltern (Triple P Wege), Eltern mit hohem Misshandlungsrisiko (Triple P Wege), Eltern von übergewichtigen Kindern (Triple P Lifestyle) und Eltern in Trennungssituationen (Triple P Family Transissions) (Sanders, 2012).

Das Programm basiert auf den Prinzipien der sozialen Lerntheorie (Patterson, 1982), welche sich wechselseitig verstärkende Eltern-Kind Interaktionen berücksichtigt sowie Modellen der sozialen Informationsverarbeitung (Bandura, 1977) über die Vermittlung von kompetentem Verhalten und dem Aufbau von positiven Selbstwirksamkeits-

erwartungen. Zudem wurden entwicklungspsychopathologische Befunde zu Risiko- und Schutzfaktoren sowie Ergebnisse zur Wirksamkeit einzelner Erziehungsstrategien berücksichtigt (Sanders, Turner & Markie-Dadds, 2002).

Das Triple P Konzept gilt mittlerweile als eines der bestevaluiertesten Programme zur Förderung der Erziehungskompetenz und zur Reduktion von Problemverhalten (Herr et al., 2015). Eine positive Wirksamkeit konnte mittlerweile in mehreren Metaanalysen bestätigt werden (de Graaf, Speetjens, Smit, de Wolff & Tavecchio, 2008a; de Graaf, Speetjens, Smit, de Wolff & Tavecchio, 2008b; Nowak & Heinrichs, 2008; Thomas & Zimmer-Gembeck, 2007). Triple P wird von der Weltgesundheitsorganisation und dem „National Institute of Health and Clinical Excellence“ als wirksam eingestuft und für die Behandlung von Kindern mit Verhaltensstörungen empfohlen (Herr et al., 2015).

Interventionen auf der Grundlage von Triple P konnten in mittlerweile mehreren Metaanalysen positive Effekte auf kindliches Problemverhalten, Erziehungsverhalten, Angemessenheit der Erziehungsmethoden, der Erziehungszufriedenheit und Selbstwirksamkeit zeigen (Sanders, Kirb, Tellegen & Day, 2014; Nowak & Heinrichs, 2008; de Graaf, Speetjens, Smit, de Wolff & Tavecchio, 2008a & 2008b). Tabelle 1 zeigt die Effektstärken der Metaanalyse von Sanders und Kollegen (2014) über 106 Studien und insgesamt 16099 Familien. Die Effekte lagen im kleinen bis moderaten Bereich auch im Follow-Up. Interventionen auf höheren Levels zeigten größere Effekte als solche auf niedrigeren Ebenen und damit niedrigerer Intensität. Die Programmvariante zeigte sich nicht als Moderator für die Effektstärke, bis auf das Stepping Stones Triple P Programm, das im Vergleich einen höheren Effekt auf das Erziehungsverhalten der Eltern hatte.

Tabelle 1: Metaanalytisch ermittelte Effektstärken (Cohens d) zur Wirksamkeit des Triple P Programms (Sanders et al., 2014)

	d
Kindliches Problemverhalten	.47
Erziehungsverhalten	.58
Zufriedenheit und Selbstwirksamkeit als Eltern	.52
Psychische Gesundheit der Eltern	.34
Partnerschaft	.23
Erziehungsverhalten in der Verhaltensbeobachtung	.25

Verhaltensbeobachtungen wurden nur in 17 Studien, darunter 10 Studien zu Interventionen auf Level 4, durchgeführt. Die Untersuchungen nutzten nahezu ausschließlich das Family Observation Schedule (FOS; siehe Abschnitt 2.1.3). De Graaf und Kollegen (2008b) untersuchten in ihrer Metaanalyse die Wirksamkeit der Triple P Level 4 Interventionen auf Erziehungsvariablen. Sie fanden einen mittleren Effekt auf

das Erziehungsverhalten ($d=.68$) der im Follow-Up (3-12 Monate) sogar im großen Bereich lag ($d=.80$). Weiterhin fanden sie einen Zuwachs der Selbstwirksamkeitserwartungen der Eltern im mittleren Bereich ($d=.65$), der im Follow-Up (3-12 Monate) stabil blieb ($d=.67$). Das Alter der Kinder sowie die Durchführung als Gruppen- bzw. Einzeltraining zeigte sich als kein bedeutsamer Moderator der Effektstärke.

2.4.2. Stepping Stones Triple P

Stepping Stones Triple P (SSTP; Roberts, Mazzucchelli, Studman & Sanders, 2006; Sanders, Mazzucchelli & Studman, 2004) ist ein Programm zur Unterstützung von Eltern bei der Erziehung von Kindern mit einer Entwicklungsstörung oder Behinderung. Das Programm basiert auf den Prinzipien des Triple P Konzepts und ergänzt diese durch weitere Strategien, die speziell an die Bedürfnisse von Kindern mit Behinderungen angepasst sind. Die Prinzipien der positiven Erziehung, auf die das Programm aufbaut werden in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2: Prinzipien der positiven Erziehung nach SSTP

-
- Für eine sichere und interessante Umgebung sorgen
 - Eine positive und anregende Lernatmosphäre schaffen
 - Sich konsequent verhalten
 - Sich auf ein Kind mit einer Behinderung einstellen
 - Realistische Erwartungen entwickeln
 - Am öffentlichen Leben teilnehmen
 - Die eigenen Bedürfnisse beachten
-

Das Gruppenprogramm umfasst fünf Gruppensitzungen à zweieinhalb Stunden, drei telefonischen Einzelgesprächen à 20 Minuten sowie einer abschließenden Gruppensitzung. Die Eltern erhalten ein Arbeitsbuch mit Erklärungen und Übungen zu Erziehungsstrategien zur Förderung einer guten Beziehung, zur Förderung angemessenen Verhaltens, zum Beibringen neuer Fertigkeiten, zum Umgang mit Problemverhalten sowie für das Vorausplanen von Risikosituationen. Während des Trainings werden Ausschnitte aus dem Film „Überlebenshilfe für Familien von Kindern mit einer Behinderung“ (Sanders, Mazzucchelli & Studman, 2010) gezeigt. Den Eltern werden Erziehungsfertigkeiten vorgeführt und sie erhalten die Gelegenheit diese praktisch zu üben. Fester Bestandteil sind Aufgaben, die die Eltern zwischen den Sitzungen zu Hause im Umgang mit ihren Kindern üben sollen. In Tabelle 3 (S. 31) werden die im SSTP Programm vorgestellten Erziehungsstrategien aufgelistet.

Tabelle 3: Erziehungsstrategien des Stepping Stones Triple P Elterntrainings (Level 4)

Ein gute Beziehung zum Kind fördern und erhalten	<ul style="list-style-type: none">▪ Wertvolle Zeit▪ Kommunizieren▪ Zuneigung zeigen
Förderung von angemessenem Verhalten	<ul style="list-style-type: none">▪ Loben▪ Aufmerksamkeit schenken▪ Besondere Belohnungen▪ Anregende Beschäftigungen▪ Ablaufpläne
Beibringen neuer Fertigkeiten	<ul style="list-style-type: none">▪ Vorbild sein▪ Berührendes Führen▪ Beiläufiges Lernen▪ Fragen-Sagen-Tun▪ Rückwärtslernen▪ Punktekarte
Mit Problemverhalten umgehen	<ul style="list-style-type: none">▪ Ablenken▪ Familienregeln▪ Direktes Ansprechen▪ Absichtliches Ignorieren▪ Klare, ruhige Anweisungen▪ Beibringen, sich mitzuteilen▪ Logische Konsequenz▪ Stoppen▪ Kurze Unterbrechung▪ Stille Zeit▪ Auszeit
Vorausplanen	<ul style="list-style-type: none">▪ Aktivitätenpläne

An dieser Stelle sollen einige Erziehungsstrategien des SSTP Programms beispielhaft beschrieben werden, die in der vorliegenden Arbeit im Rahmen der Interaktionsbeobachtung erfasst wurden. Strategien zur Förderung von angemessenem Verhalten basieren auf operanten Lernprinzipien. Kinder sollen lernen, dass auf angemessenes Verhalten eine für sie positive Konsequenz folgt. Den Eltern wird vermittelt, dass ein Lob wirksamer ist, wenn es mit einer Beschreibung des angemessenen Verhaltens verknüpft wird (z.B. „Schön, dass du abgewartet hast, bis ich fertig bin“). Mit den Eltern wird besprochen, wie sie mit ihrer Stimme und nonverbalen Gesten (z.B. einem Lächeln oder einem Streicheln über den Kopf) den Kindern signalisieren, dass sie sich über das Verhalten freuen. Damit schenken sie den Kindern positive Aufmerksamkeit und erhöhen sie die Wahrscheinlichkeit, dass die Kinder das Verhalten in der Zukunft häufiger zeigen. Bei der Vermittlung von Strategien zum Beibringen neuer Fertigkeiten werden die Eltern angeleitet, ihren Kindern so viel Hilfestellung bei der Bewältigung einer Aufgabe (z.B. Anziehen, Zähneputzen) zu geben wie nötig, ohne den Kindern die Aufgabe komplett abzunehmen. Auf diese Weise lernen die Kinder Selbstwirksamkeit in der Erledigung von Aufgaben. Mit den Eltern wird in

diesem in diesem Rahmen besprochen, auf welche Weise sie wirkungsvoll ein Vorbild sein können, welches ihre Kinder imitieren können (z.B. Mutter kämmt sich die Haare und beschreibt laut was sie tut, danach darf ihr Sohn dies bei sich selbst probieren). Beim Berührenden Führen geben die Eltern ihren Kindern zudem manuelle Hilfestellungen (z.B. das leichte Führen der Hand beim Zähneputzen). Eltern werden beim beiläufigen Lernen angeleitet, wie sie durch das Stellen von Fragen, ihre Kinder beim eigenständigen Problemlösen unterstützen können (z.B. „Welches Puzzleteil sieht so ähnlich aus?“). Strategien zum Umgang mit Problemverhalten basieren zum einen auf dem Prinzip, den Kindern verständlich zu machen, was genau man von ihnen erwartet. Dabei werden START Situationen von STOP Situationen unterschieden. Für START Situationen erhalten Eltern Hinweise, wie sie Anweisungen effektiv formulieren können, wenn ihre Kinder mit einer Handlung beginnen sollen (z.B. „Komm bitte zum Essen!“). Anweisung zum Beenden einer Handlung (STOP Situationen) sollen so formuliert werden, dass die Kinder lernen, was sie stattdessen tun sollen (z.B. „Hör auf zu schreien, erzähle es mir mit ruhiger Stimme!“). Zum anderen werden die Eltern angeleitet, wie sie ihren Kindern Aufmerksamkeit für unangemessenes Verhalten entziehen. Dies geschieht über das absichtliche Ignorieren von leichtem Problemverhalten (z.B. Quengeln) oder über die Einführung von Auszeitprozeduren bei schwerem Problemverhalten.

Auch für das SSTP Programm liegen eine Reihe von Befunden vor, die die Wirksamkeit bezogen auf Reduktion von Verhaltensauffälligkeiten und Verbesserung von Erziehungsvariablen in Familien von Kindern mit Entwicklungsstörungen belegen (Tellegen & Sanders, 2013; dt. Studie von Hampel, Hasmann, Schaadt, Holl, Petermann & Hasmann, 2010). Es zeigte sich auch für das SSTP Programm, dass ein höheres Level, sprich eine höhere Dosierung, mit einer stärkeren Reduktion des Problemverhaltens einherging. In einer Metaanalyse über zwölf Studien (Tellegen & Sanders, 2013) über unterschiedliche Interventionsebenen zeigte sich eine gemittelte Effektstärke bezüglich der Veränderung des kindlichen Verhaltens im mittleren Bereich von $d=.54$ (Spannweite: $d=.40$ bis $d=.63$). Noch größer waren die Veränderungen im Erziehungsverhalten. Dort zeigte sich über alle Level eine gemittelte Effektstärke im mittleren Bereich von $d=.73$ (Spannweite: $d=.35$ bis $d=.86$). Bezüglich der Selbstwirksamkeitserwartung der Eltern zeigte sich eine gemittelte Effektstärke im mittleren Bereich von $d=.52$ (Spannweite: $d=.35$ bis $d=.82$). Die sieben Studien, die nur Interventionen auf Level 4 untersuchten, sprich das SSTP Gruppentraining bzw. das SSTP Einzeltraining, hatten tendenziell höhere Effektstärken, im mittleren bis hohen Bereich (Problemverhalten: $d=.56$, Erziehungsverhalten: $d=.86$, Selbstwirksamkeits-

erwartung: $d=.41$). Die dargestellten Effektstärken bezogen sich jeweils auf den Prä-Post Vergleich. Tests auf Heterogenität zwischen den Studien waren nicht signifikant. Es wurden auch vier Studien analysiert, die Beobachtungsdaten erfassten (Tellegen & Sanders, 2014; Plant & Sanders, 2007; Reis, 2004; Roberts, Mazzucchelli, Studman & Sanders, 2006). Dort konnten keine signifikanten Veränderungen im Erziehungsverhalten festgestellt werden. Tabelle 4 fasst die Effektstärken des SSTP Programms aus der Metaanalyse von Tellegen und Sanders (2013) zusammen.

Tabelle 4: Metaanalytisch ermittelte Effektstärken (Cohens d) zur Wirksamkeit des SSTP Programms (Tellegen & Sanders, 2013)

	d
Kindliches Problemverhalten	.57
Erziehungsverhalten	.52
Zufriedenheit und Selbstwirksamkeit als Eltern	.52
Psychische Gesundheit der Eltern	.26
Partnerschaft	.42
Erziehungsverhalten in der Verhaltensbeobachtung	.09

Roberts und Kollegen (2006) berichten ausführlich über die Ergebnisse ihrer Verhaltensbeobachtung (FOS). In ihrer Untersuchung konnten sie zeigen, dass Eltern nach der Teilnahme am SSTP häufiger lobten und positive Aufmerksamkeit schenkten, wenn ihre Kinder angemessenes Verhalten zeigten. Keine Veränderungen zeigten sich bezüglich der Anweisungen der Eltern sowie bezüglich negativer Erziehungsverhaltensweisen.

2.4.3. Kritik an Elterntrainings

Elterntrainings sind eine ökonomische Intervention zur Förderung der Erziehungskompetenzen und zur Reduktion von Verhaltensproblemen. Im Zusammenhang mit SSTP wurden aber vereinzelt hohe Abbruchraten berichtet (Kleefman, Jansen, Stewart & Reijneveld, 2014; Hodgetts, Savage & McConnell, 2013). Die Autoren berichteten Abbruchraten von 49% und 40% und gaben als Gründe Eheprobleme und psychische Erkrankungen an. Zudem schienen die Inhalte nicht den Bedürfnissen der Familien zu entsprechen. Aufgrund der insgesamt hohen Belastung durch die Erkrankungen der Kinder und der Belastung aufgrund der Dauer des Elterntrainings. Bei genauerer Betrachtung brach die Mehrheit der Familien in der Untersuchung von Kleefman und Kollegen die Teilnahme bereits vor dem Start der ersten Sitzung ab. Dies lässt vermuten, dass andere Faktoren, als der Inhalt des

Programms zum Abbruch führten. Tellegen und Sanders (2013) berichten in ihrer Metaanalyse zu SSTP von einer durchschnittlichen Abbruchrate von 13,2%.

Hampel und Kollegen (2010a) untersuchten in einer großen multizentrischen Untersuchung mit mehr als 100 Familien den Einfluss von psychosozialer Belastung auf den Behandlungserfolg des SSTP Programms. Sie fanden auch bei hochbelasteten Familien positive Effekte auf das Erziehungsverhalten. Die Gruppe der weniger belasteten Familien erreichten jedoch deutlich bessere Behandlungserfolge, vor allem bezogen auf das Problemverhalten der Kinder. In der gleichen Studie untersuchten sie mögliche unerwünschte Nebenwirkungen des SSTP Elterntrainings. Sie berichteten einen kurzfristigen Anstieg der Belastung der Eltern, der mittelfristig aber rückläufig war. Sie führten dies auf die Teilnahme am Training und Umsetzung der Strategien zurück, was von den Eltern auch Anstrengung erfordert. Zudem können Veränderungen im Erziehungsverhalten, wie der Verringerung inkonsequenter und nachgiebiger Erziehungsstrategien zunächst zu einer Belastung der Eltern-Kind Interaktion führen, da die Kinder sich kurzfristig gegen die veränderten Regeln wehren. Auf der Seite der Kinder fanden sie eine kurzfristige Reduktion der Lebensqualität bezogen auf Familie. Sie führten dies auf die Umstellung des Erziehungsverhaltens und dem Ausbleiben von zufälligen Belohnungen wie Süßigkeiten oder Aussetzen von Strafen zurück. Im mittel- und langfristigen Verlauf zeigte sich allerdings eine Zunahme der Lebensqualität der Kinder im Vergleich zu vor dem Elterntaining.

3. Autismus-Spektrum-Störungen und Erziehung

Da das Erziehungsverhalten und assoziierte Aspekte einen bedeutenden Einfluss auf die Entwicklung von Kindern haben und Hauptzielkriterium von Elterntrainings sind, soll im folgenden Kapitel die Rolle der Erziehung im Kontext von Autismus-Spektrum-Störungen dargestellt werden. Zunächst werden dazu grundsätzliche Eigenschaften von autistischen Störungen, Komorbidität und Ätiologie sowie die Diagnostik und Behandlung vorgestellt, mit einem Schwerpunkt auf der Rolle der Eltern-Kind Interaktion. Im Weiteren sollen oben dargestellte Aspekte der Erziehung im Kontext von Autismus-Spektrum-Störungen eingeordnet werden. Das Kapitel schließt mit einer Darstellung der bisherigen Untersuchungen zum Einsatz des Stepping Stones Triple P Elterntrainings in der Behandlung von Autismus-Spektrum-Störungen, auf denen die vorliegende Untersuchung aufbaut.

3.1. Autismus-Spektrum-Störungen

3.1.1. Klassifikation

Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) gehören zu den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen mit Beginn in der frühen Kindheit. Sie sind durch eine Verzögerung und Abweichung in der Entwicklung gekennzeichnet. Nach dem in Deutschland gängigen Klassifikationssystem ICD-10 (Remschmidt, Schmidt & Poustka, 2006) sind für sie drei Merkmale charakteristisch: 1) Qualitative Beeinträchtigungen in der wechselseitigen Interaktion, 2) Beeinträchtigung der Kommunikation und 3) ein eingeschränktes, stereotypes, sich wiederholendes Repertoire von Interessen und Aktivitäten. ASS umfassen eine Vielzahl von Symptomen und eine große Variationsbreite von Ausprägungsgraden (Remschmidt & Kamp-Becker, 2006; Kamp-Becker, Smidt, Ghahreman, Heinzl-Gutenbrunner, Becker & Remschmidt, 2010). Im ICD-10 werden unter dem Kapitel tiefgreifende Entwicklungsstörungen drei Kategorien beschrieben: Der frühkindliche Autismus (F84.0) ist gekennzeichnet durch eine Manifestation der Kernsymptomatik vor dem dritten Lebensjahr. Der atypische Autismus (F84.1) ist gekennzeichnet durch einen späteren Beginn der Symptomatik im oder nach dem dritten Lebensjahr und/oder durch eine geringere Symptomausprägung. Das Asperger-Syndrom (F84.5) ist gekennzeichnet durch das Fehlen einer Verzögerung in der Sprachentwicklung.

Während ab der Mitte des 20. Jahrhunderts empirische Befunde noch auf eine kategoriale Abgrenzung zwischen den einzelnen autistischen Syndromen hindeuteten, zeigte sich in den letzten Jahren zunehmend, dass autistische Erkrankungen eher als

eine Dimension zu sehen sind mit gemeinsamen qualitativen und quantitativen Beeinträchtigungen, die in ihrer konkreten Symptomatik dennoch sehr unterschiedlich sein können. Man geht daher von einer eher dimensionalen Unterscheidung zwischen einem autistischen Spektrum und einem Spektrum der normalen Entwicklung sozialer-kommunikativer Fähigkeiten aus (Kamp-Becker et al., 2010). Es zeigte sich, dass eine kategoriale Unterscheidung zwischen verschiedenen autistischen Subtypen nicht reliabel ist (Lord, 2011, Lord & Jones, 2012). Dies fand Berücksichtigung in der aktuellen Überarbeitung der diagnostischen Kriterien der amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; dt. Version: Falkai & Wittchen, 2015). Dort findet sich nur noch eine Diagnose unter dem Begriff der Autismus-Spektrum-Störung. Aus der bisherigen Symptomtriade wurde eine Dyade, bestehend aus 1) Schwierigkeiten in der sozialen Kommunikation und Interaktion sowie 2) stereotypem und repetitivem Verhalten, Interessen und Aktivitäten. Beeinträchtigungen in der Sprachentwicklung wurden im DSM-5 aus den diagnostischen Kriterien herausgenommen und werden als begleitende Erscheinung bei ASS verschlüsselt.

3.1.2. Epidemiologie

Aktuelle epidemiologische Untersuchungen schätzen die Prävalenz von ASS auf 0,62%-0,70% (Elsabbagh et al., 2012; Fombonne, 2009). Es finden sich jedoch auch Untersuchungen die eine höhere Prävalenz angeben, im Bereich 1-2% (Kim et al., 2011; Baron-Cohen et al., 2009; Idring et al., 2012; Russell, Rodgers, Ukoumunne & Ford, 2014). In der ersten epidemiologischen Untersuchung über die Prävalenz von autistischen Störungen aus der Mitte des 20. Jahrhunderts kamen die Autoren noch auf eine Prävalenz von 0,04% (Lotter, 1966, zitiert nach Lai, Lombardo & Baron-Cohen, 2014). Die Diskrepanz ergibt sich weniger aus einem absoluten Anstieg an Erkrankungen oder von Risikofaktoren, sondern eher aus einer starken Zunahme an Untersuchungen zum Thema, einhergehend mit der Steigerung des Bewusstseins und Verbesserung diagnostischer Verfahren (Lai et al., 2014; Matson & Nebel-Schwalm, 2007).

Bisherige Forschungsarbeiten zeigten klar, dass Jungen häufiger diagnostiziert wurden als Mädchen. In neueren Untersuchungen kommen auf ein Mädchen mit ASS circa zwei bis drei erkrankte Jungen (Kim et al., 2011; Idring et al., 2012). Dabei finden sich durchaus unterschiedliche Angaben zur Geschlechterverteilung über die vorhandenen Studien. So scheint unter den Betroffenen mit zusätzlicher geistiger Behinderung die Geschlechterwendigkeit weniger ausgeprägt (Fombonne, 2009). Unter den Betroffenen mit hohem Funktionsniveau (high-functioning autism), also Betroffene ohne geistige

Behinderung, sind Mädchen deutlich seltener (Dworzynski, Ronald, Bolton & Happé, 2012). Es liegen Hinweise vor, dass dies unter anderem auf eine Verzerrung bei der Diagnosestellung zurückzuführen sein könnte. Eventuell greifen die Diagnosekriterien bei Mädchen weniger gut, beziehungsweise werden durch Geschlechterstereotypen verzerrt (Russell et al., 2011). Zudem werden Mädchen, gerade im hochfunktionalen Bereich erst in höherem Alter diagnostiziert als Jungen (Begeer et al., 2013; Giarelli et al., 2010).

3.1.3. Komorbidität und Verlauf

Zwei Drittel der Betroffenen haben komorbide Störungen, die den Verlauf verkomplizieren und die Prognose verschlechtern (Gjevik, Eldevik, Fjæran-Granum & Sponheim, 2011; Simonoff, Pickles, Charman, Chandler, Loucas & Baird, 2008; Simonoff, Jones, Baird, Pickles, Happé & Charman, 2013). Unter den häufigsten Begleitscheinungen von ASS finden sich andere Entwicklungsauffälligkeiten, medizinisch-somatische Erkrankungen, psychiatrische Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten. Lai und Kollegen (2014) fassen die häufigsten Begleitscheinungen zusammen (Tabelle 5, S. 38).

Für das Kindes- und Jugendalter gilt, dass ca. 70% der Betroffenen die Kriterien einer weiteren psychiatrischen Störung erfüllen, ca. 41% gar von zwei oder mehr Störungen (Gjevik et al., 2011; Simonoff et al., 2008). Es wird diskutiert, ob die Kriterien für ASS und anderen psychiatrischen Störungen überlappen (Mazefsky, Oswald, Day, Eack, Minshew & Lainhart, 2012) oder ob sie getrennte Probleme darstellen. Dabei könnten gemeinsame ätiologische Prozesse eine Rolle spielen (Lai et al., 2014). Zudem könnten vor allem kognitive Beeinträchtigungen im Sinne von geistigen Behinderungen zur Erhöhung des Risikos für Verhaltensstörungen, emotionalen Störungen und hyperkinetischen Störungen bei Kindern mit ASS verantwortlich sein. Untersuchungen konnten aber zeigen, dass komorbide psychiatrische Störungen bereits früh in der Entwicklung von ASS auftreten können. Bereits im Vorschulalter konnte nachgewiesen werden, dass diese Beeinträchtigungen bei ASS unabhängig von geistiger Entwicklung erhöht waren (Totsika, Hastings, Emerson, Berridge & Lancaster, 2011b). Insbesondere hyperkinetische Auffälligkeiten scheinen demnach im Vorschulalter bei ASS im Vergleich zu geistiger Behinderung erhöht zu sein, wobei hyperkinetische Auffälligkeiten besonders stark in der Gruppe auftreten, die von beidem betroffen sind. Demnach gelten geistige Behinderung und ASS als unabhängige Risikofaktoren für emotionale und Verhaltensprobleme (Totsika, Hastings, Emerson, Lancaster & Berridge, 2011a).

Tabelle 5: Komorbidität bei Autismus-Spektrum-Störungen (Lai et al., 2014)

Entwicklungsauffälligkeiten	
Intellektuelle Beeinträchtigungen	≈45%
Sprachentwicklungsstörungen	im DSM IV & ICD-10 noch tlw. Kriterium
ADHS	28-44%
Tic Störungen	14-38%
Motorische Entwicklungsstörungen	≤79%
Medizinisch-somatische Erkrankungen	
Epilepsie	8-30%
Gastrointestinale Erkrankungen	9-70%
Störungen des Immunsystems	≤38%
Genetische Syndrome	≈5%
Schlafstörungen	50-80%
Psychiatrische Störungen	
Angst	42-56%
Depression	12-70%
Zwangsstörungen	7-24%
Psychotische Störungen	12-17%
Substanzmissbrauch	≤16%
Oppositionelle Störung des Sozialverhaltens	16-28%
Essstörungen	4-5%
Verhaltensstörungen	
Aggressives Verhalten	≤68%
Selbstverletzendes Verhalten	≤50%
Pica	≈36%
Suizidales Verhalten	11-14%

Auch Wutanfälle, aggressives und oppositionelles Verhalten scheinen häufiger bei Schulkindern vorzukommen, die sowohl von einer ASS als auch von einer hyperkinetischen Störung betroffen sind (Goldin, Matson, Tureck, Cervantes & Jang, 2013; Jang, Matson, Williams, Tureck, Goldin & Cervantes, 2013) als bei einer Störung alleine. Zwei Drittel der Betroffenen Kinder zeigen aggressives Verhalten gegenüber ihren Eltern, knapp die Hälfte zeigt aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen (Kanne & Mazurek, 2011). Dabei hing aggressives Verhalten nicht mit der von Klinikern eingeschätzten autistischen Symptomausprägung, der kognitiven Entwicklung, dem Geschlecht der Kinder, dem Ehestatus oder der Bildung der Eltern zusammen. Aggressivere Kinder waren jünger, kamen aus finanziell besser gestellten Familien und wurden von ihren Eltern auffälliger in der Ausprägung der autistischen Symptomatik eingeschätzt.

ASS haben in der Regel einen chronischen Verlauf. Die Prognose bezüglich der psychosozialen Entwicklung und der körperlichen Gesundheit ist bei der großen Mehrheit der Betroffenen negativ (Hendricks & Wehman, 2009; Howlin, Goode, Hutton & Rutter, 2004). Demnach haben circa ein Drittel der Betroffenen eine schlechte oder sehr schlechte Prognose bezogen auf einen Bildungsabschluss, unabhängiges Wohnen, Ausübung eines Berufes und soziale Beziehungen. Langzeituntersuchungen konnten zeigen, dass auch Betroffene mit relativ guten kognitiven Ressourcen häufig eine niedrigere gesundheitsbezogene Lebensqualität berichten und ihr berufliches Potential nicht umsetzen können (Howlin et al., 2004). Zudem scheinen auch komorbide psychiatrische Erkrankungen neben der ASS stabil zu sein (Simonoff et al., 2013). Prognostisch günstige Faktoren sind eine gute intellektuelle Begabung, sprachliche Fähigkeiten vor dem sechsten Lebensjahr und geringere soziale Probleme (Lai et al., 2014).

3.1.4. Ätiologie

ASS gelten als Entwicklungsstörungen des zentralen Nervensystems (engl. neurodevelopmental disorders), die genetisch verursacht sind und mit Beeinträchtigungen basaler Hirnfunktionen assoziiert sind, die die Kontaktfähigkeit beeinflussen (Remschmidt & Kamp-Becker, 2006). Frühe ätiologische Annahmen, wonach ASS vor allem durch emotionale Kälte der Mutter verursacht werden („Kühlschrankmütter“) konnten empirisch nicht bestätigt werden (Lai et al., 2014; (Maljaars, Boonen, Lambrechts, Van Leeuwen & Noens, 2014). Zwillingsstudien zur Schätzung der Erblichkeit bei ASS legen einen hohen genetischen Anteil bei der Genese nahe, mit Erblichkeitskoeffizienten von über 80% (Ronald & Hoekstra, 2011). Bei 2-15% der Fälle von ASS liegt eine monogenetische Erkrankung vor, deren Ursache auf ein bestimmtes Gen zurückzuführen ist (Freitag, 2008). Man spricht in diesem Zusammenhang von syndromalem Autismus. Für alle anderen Fälle gilt, dass komplexe Zusammenhänge mit Gen-Gen Interaktionen, epigenetischen Mechanismen sowie Gen-Umwelt Interaktionen angenommen werden können (Freitag, 2008).

Ausgehend von einer genetischen Verursachung werden weitere Prozesse und Faktoren in der Ätiologie von ASS diskutiert. Weitere Faktoren sind nach Remschmidt & Kamp-Becker (2006) assoziierte körperliche Erkrankungen, komorbide psychopathologische Störungen, Hirnschädigungen beziehungsweise Hirnfunktionsstörungen, biochemische Anomalien, neuropsychologische und kognitive Basisdefizite. Die Gewichtung der Faktoren bleibt nach wie vor unklar (Remschmidt & Kamp-Becker, 2006).

Die Eltern-Kind Interaktion sowie die Erziehung spielen demnach in der Genese der autistischen Symptomatik keine Rolle. Dennoch konnte gezeigt werden, dass ein Einbezug der Eltern in die Behandlung positiven Einfluss auf die Entwicklung und Prognose der Kinder haben kann (Abschnitt 3.1.5). Zudem hat das Verhalten der Eltern Einfluss auf die Entwicklung der sprachlichen Fähigkeiten (Siller & Sigman, 2002; Siller & Sigman, 2008) und wird mit der Entwicklung und Aufrechterhaltung komorbider externalisierender und internalisierender Störungen in Verbindung gebracht (siehe Abschnitt 3.2).

3.1.5. Diagnostik

Die klinische Diagnostik umfasst nach den aktuellen S3 Leitlinien (DGKJP: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, 2015) folgende Bereiche:

1. Symptomerfassung im Quer- und Längsschnitt basierend auf ICD-10-Kriterien für F84.0, F84.1 und F84.5
2. Anamneseerhebung mit detaillierter Erfassung von ICD-10 Symptomen im Vor- und Schulalter (Eigen- und Fremdanamnese) sowie aktuelle Symptome; allgemeine Entwicklungsanamnese, medizinische und psychiatrische Anamnese, Dokumentation möglicher Risikofaktoren
3. Direkte Verhaltensbeobachtung
4. Bei Kindern und Jugendlichen: Standardisierte Entwicklungsdiagnostik bzw. mehrdimensionale kognitive Testung, soweit durchführbar
5. Bei Verdacht auf Sprachentwicklungsstörung: Standardisierte Erfassung der Sprachentwicklung
6. Erfassung des aktuellen Funktionsniveaus hinsichtlich persönlich-familiärer, schulischer und beruflicher Aspekte
7. Internistisch-neurologische Untersuchung
8. Klinisch indizierte Labor- und apparative Untersuchungen
9. Abklärung vorhandener internistisch-neurologischer sowie psychiatrischer komorbider Erkrankungen
10. Aufklärung über das Ergebnis der Diagnostik
11. Formulierung einer gezielten Therapieempfehlung bezüglich der Autismus-Spektrum-Störung sowie komorbider Erkrankungen.

Bezüglich des optimalen Alters einer ersten Diagnose trennen die aktuellen S3 Leitlinien (DGKJP, 2015) zwischen einer frühen Diagnose vor dem zweiten Lebensjahr und einer späteren Diagnose zwischen dem zweiten und dem sechsten Lebensjahr. Demnach

bleibt eine frühe Diagnose einer ASS stabil. Nahezu 100% der diagnostizierten Kinder erfüllt auch zu einem späteren Zeitpunkt noch die Kriterien eine ASS Diagnose. Kinder, die zwischen dem zweiten und dem sechsten Lebensjahr eine ASS Diagnose erhalten, erfüllen zu 90% auch zu einem späteren Zeitpunkt noch die Kriterien einer ASS Diagnose. Es wird eine Verlaufsuntersuchung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens vor der Einschulung, empfohlen, um die Diagnose eindeutig zu sichern.

Im Folgenden werden die beiden Verfahren Diagnostische Beobachtungsskala für autistische Störungen (ADOS & ADOS-2) sowie Diagnostisches Interview für Autismus (ADI-R) dargestellt, die mittlerweile als der Goldstandard der Diagnostik von ASS gelten (Lai et al., 2014).

Diagnostische Beobachtungsskala für autistische Störungen (ADOS/ADOS-2)

Bei der Diagnostischen Beobachtungsskala für Autistische Störungen (ADOS; Lord, Rutter, DiLavore & Risi, 1999) handelt es sich um ein strukturiertes und standardisiertes, diagnostisches Instrument zur direkten Beobachtung und Erfassung der aktuellen autistischen Symptomatik (deutsche Version von Rühl, Bölte, Feineis-Matthews, & Poustka, 2004). Mittlerweile ist eine überarbeitete Version erschienen (ADOS-2; Lord, Rutter, DiLavore, Risi & Gotham, 2012; dt. Version von Poustka, Rühl, Feineis-Matthews, Bölte, Poustka & Hartung, 2015). Der ADOS bzw. ADOS-2 dient der Erfassung von Kommunikation, sozialer Interaktion und Spielverhalten oder Phantasiespiel mit Gegenständen bei Menschen, bei denen das Vorliegen einer autistischen Störung oder eine anderen tiefgreifenden Entwicklungsstörung vermutet wird. Die Durchführungsdauer beträgt in der Regel 40 bis 60 Minuten.

Der ADOS liegt in vier verschiedenen Modulen vor, die jeweils für verschiedene Altersgruppen beziehungsweise entsprechend der jeweiligen Interessen, des Sprach-, Aktivitäts- und Entwicklungsniveaus des Probanden konzipiert wurden. Modul eins ist konzipiert für Kinder vor dem Spracherwerb (Vorsprachlich/Einzelne Worte), Modul zwei für Kinder, die flexibel Dreiwortsätze bilden können (Sprache in Sätzen), Modul drei für Kinder und Jugendliche, die fließend sprechen können (Fließende Sprache) und Modul vier für ältere Jugendliche und Erwachsene mit fließender Sprache. Der ADOS-2 wurde ergänzt durch ein fünftes Modul für Kleinkinder im Alter zwischen zwölf und dreißig Monaten. Neben genauen Durchführungs- und Auswertungsanweisungen, die die Standardisierung der Beobachtung gewährleisten, existieren für alle Module Algorithmen zur Stellung einer ADOS-Diagnose mit drei Kategorien. Demnach lassen sich Probanden in eine der drei Gruppen „Autismus“, „Autismus-Spektrum“ und „Nicht im Spektrum“ einordnen. In der Überarbeitung für den ADOS-2 wurde neben der

Entwicklung des Kleinkindmoduls eine Verbesserung der Durchführungs- und Auswertungsanleitungen vorgenommen und die Algorithmen überarbeitet. Zudem liefert der Algorithmus jetzt einen Vergleichswert, der einen Vergleich der Module und damit eine Verlaufsdiagnostik über verschiedene Entwicklungsstadien hinweg erlaubt.

Bezüglich der Gütekriterien zeigten sich die Module des ADOS bzw. ADOS-2 als weitestgehend sensitiv, einige Module zeigten jedoch keine befriedigende Spezifität. Die Inter-Rater- sowie die Re-Test-Reliabilität war für alle Module mäßig bis gut. Ein ausführliches und fortlaufendes Training der Untersucher wird empfohlen (DGKJP, 2015).

Diagnostisches Interview für autistische Störungen (ADI-R)

Das diagnostische Interview für Autismus - Revidiert (ADI-R; Rutter, Le Couteur & Lord, 2003 dt. Version herausgegeben von Bölte, Rühl, Schmötzer & Poustka, 2006) ist ein Verfahren zur strukturierten Anamneseerhebung mit Eltern- oder Bezugspersonen von Kindern mit Symptomen einer ASS. Der befragten Bezugsperson müssen die Entwicklung und das aktuelle Verhalten des Kindes bekannt sein. Das Entwicklungsalter des Kindes muss mindestens zwei Jahre betragen, um realistische Aussagen treffen zu können. Das Interview wird von einem erfahrenen Kliniker in Abwesenheit des Kindes durchgeführt und dauert anderthalb bis vier Stunden. Die Fragen beziehen sich auf Auffälligkeiten in den Bereichen soziale Interaktion, Kommunikation und Sprache sowie stereotype Verhaltensweisen und Interessen. Des Weiteren werden Informationen zu Familienhintergrund, Entwicklungsgeschichte und Komorbidität erfragt.

Die Spezifität und Sensitivität des ADI-R für das Erkennen von frühkindlichem Autismus ist als zufriedenstellend einzuordnen. Für das Erkennen des Asperger-Syndroms oder des atypischem Autismus im Vorschul- und Kleinkindbereich wurde eine zu geringe Sensitivität bemängelt (DGKJP, 2015).

3.1.6 Behandlung

Aufgrund der Stabilität von ASS zielt die Behandlung meist auf die Verbesserung der adaptiven Fähigkeiten des Betroffenen hinsichtlich Sprache, Selbstständigkeit, sozial-interaktiven Fähigkeiten, die Verbesserung der Lebensqualität, die Reduktion komorbider Beeinträchtigungen und die Unterstützung der versorgenden Familie. Die Behandlung sollte generell multiprofessionell und individualisiert auf die Bedürfnisse und Beeinträchtigungen des Betroffenen abgestimmt sein (Ospina et al., 2008). Trotz der biologischen Ursachen der Störung haben sich vor allem behaviorale und pädagogische Ansätze bewährt. Früh beginnende verhaltenstherapeutische Interventionen unter enger

Einbeziehung der Bezugspersonen zeigen eine gute Evidenz (Tonge, Bull, Brereton & Wilson, 2014). Medikamentöse Behandlungen zeigten bislang keine Wirksamkeit bezogen auf die Kernsymptomatik. Die Behandlung von ASS wird im Vergleich zur Behandlung anderer psychiatrischen Erkrankungen mit hohen Kosten in Verbindung gebracht, wobei Kosten-Nutzen Analysen in der Forschung bislang wenig Beachtung fanden (Beecham, 2014). Lai und Kollegen (2014) teilen die vorhandenen psychosozialen Behandlungsansätze zu denen Wirksamkeitsuntersuchungen durchgeführt wurden in fünf Kategorien ein:

Basierend auf der Applied Behaviour Analysis (ABA; Lovaas, 1987) werden umfassende Methoden basierend auf lerntheoretischen Modellen für jüngere Kinder, meist unter fünf Jahren, beschrieben. Die Interventionen werden meist im eins zu eins Setting mit hoher Frequenz und Intensität dargeboten. Die Behandlung findet im Idealfall 20-40 Stunden pro Woche statt und dauert mindestens ein Jahr, bis zu vier Jahren. Grundlage ist die Funktionale Verhaltensanalyse. Es liegen niedrige bis moderate Wirksamkeitsnachweise für die Entwicklung von Sprache, adaptiven Fähigkeiten sowie Kommunikation und Interaktion vor (Warren, McPheeters, Sathe, Foss-Feig, Glasser & Veenstra-VanderWeele, 2011; Ospina et al., 2008; McConachie & Diggle, 2006).

Als zweites Vorgehen wird der TEACCH Ansatz (Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children; Mesibov, Shea & Schopler, 2005) genannt, der ebenfalls umfassende Methoden integriert. Dieser richtet sich auch an Kinder und Jugendliche höheren Alters und zielt auf die Selbstständigkeitsentwicklung der Betroffenen ab. Um Institutionalisierung zu vermeiden, erfolgt die Durchführung meist dezentral. Auch dieser Ansatz basiert auf lerntheoretischen Prinzipien. Die Auswahl der Lernziele orientiert sich an den entwicklungspsychologischen Voraussetzungen des Betroffenen. In der Durchführung werden vor allem Strukturierungs- und Visualisierungshilfen eingesetzt. Trotz des hohen Verbreitungsgrades ist die Evidenz niedrig aufgrund mangelnder randomisiert-kontrollierter Untersuchungen (Lai et al., 2014).

Neben diesen beiden umfassenden Ansätzen kann eine dritte Gruppe von Interventionen abgegrenzt werden, die eher auf die Förderung spezifischer Fähigkeiten abzielen. Diese Trainings sind meist kürzer ausgelegt und zielen beispielsweise auf umschriebene sozial-kommunikative Fähigkeiten, Soziale Kompetenzen, Emotionserkennung, Theory of Mind, Herstellen gemeinsamer Aufmerksamkeit, Imitationslernen oder Vorbereitung auf den Beruf. Methodisch werden teilweise Videoaufzeichnungen (Shukla-Mehta, Miller & Callahan, 2010), Gruppentrainings zur

Förderung sozialer Kompetenzen (Rao, Beidel & Murray, 2008) oder computergestützte Programme eingesetzt. Die Wirksamkeit für einzelne Interventionen ist niedrig bis moderat. Für einige Verfahren fehlen bisher Wirksamkeitsnachweise. Vor allem über die Generalisierung der gelernten Fähigkeiten auf andere Lebensbereiche außerhalb der Therapie liegen zu wenige Informationen vor (Lai et al., 2014).

Als vierte Gruppe gelten klassisch kognitiv-behaviorale Verfahren zur Behandlung von Angst und Aggression. Für den Einsatz bei kognitiv gut begabten Patienten mit ASS werden klassische Vorgehensweisen wie systematische Desensibilisierung und operante Methoden eingesetzt. Während für kognitiv-behaviorale Verfahren im Allgemeinen gute Wirksamkeitsnachweise vorliegen, gibt es für deren Einsatz bei ASS nur wenige aber positive Befunde (Danial & Wood, 2013).

Als fünfte und letzte Gruppe werden elternzentrierte Interventionen aufgeführt, bei denen Bezugspersonen Strategien vermittelt werden, die im Alltag zu Hause zur Förderung der Kinder angewendet werden können. Darunter fallen klassische Elterntrainingsprogramme (siehe auch Abschnitt 3.5), die in der Regel deutlich zeit- und kostenökonomischer sind, als intensive Behandlungen wie ABA oder TEACCH. Der Nutzen von elternzentrierten Interventionen alleine bleibt bisher unklar, bei inkonsistenter Befundlage (Lai et al., 2014; Reichow, Servili, Yasamy, Barbui & Saxena, 2014; Beaudoin, Sébire & Couture, 2014; McConnachie & Diggle, 2006).

Bislang gibt es noch keine wirksame medikamentöse Behandlung der Kernsymptome von ASS. Zur Förderung sozial-kommunikativer Verhaltensweisen wird derzeit das Hormon Oxytocin diskutiert und in ersten Untersuchungen eingesetzt. Das Hormon spielt vor allem beim Geburtsprozess eine Rolle und wird mit sozialer Interaktion und Bindung assoziiert. Replizierbare Effekte von Oxytocin in der Behandlung einer ASS stehen bislang aus (Young & Barrett, 2015; Anagnostou et al., 2012). Moderate bis hohe Effekte liegen hingegen für den Einsatz niederpotenter Neuroleptika (Risperidon und Aripiprazol) vor (McPheeters et al., 2011). Nachweislich können diese impulsives und aggressives Verhalten sowie repetitive Verhaltensweisen bei Kindern mit einer ASS reduzieren. Für den Jugendlichen- und Erwachsenenbereich liegen ungenügende Daten vor, eine Wirksamkeit wird jedoch angenommen. Erschwert wird die Anwendung durch Nebenwirkungen wie Gewichtszunahme, Sedierung sowie extrapyramidale Symptome. Für selektive Serotonin Wiederaufnahmehemmer (SSRI) konnte keine zufriedenstellende Wirkung auf repetitives Verhalten nachgewiesen werden. Es treten jedoch häufig Nebenwirkungen wie Agitiertheit und gastrointestinale Beschwerden auf. Zur Behandlung von komorbiden Aufmerksamkeitsproblemen und Hyperaktivität wird

Methylphenidat klinisch als hilfreich eingeschätzt. Die Befundlage zur Effektivität und Nebenwirkungen ist jedoch bislang unzufrieden stellend (McPheeters et al., 2011).

3.2. Erziehungsverhalten

Eltern von Kindern mit einer ASS werden in der Erziehung vor eine Reihe von Herausforderungen gestellt. Aufgrund der erhöhten Rate von oppositionellen Verhaltensweisen (Simonoff et al., 2008; Goldin et al., 2013; Jang et al., 2013) spielen daher die Kompetenzen der Eltern bezogen auf das Setzen von Grenzen und Disziplinierung eine wichtige Rolle. Zudem stehen Eltern von Kindern mit einer ASS vor der Herausforderung ihre Kinder im sozialen, kommunikativen und emotionalen Bereich zu fördern.

Bedeutsame Zusammenhänge zwischen Erziehungsverhalten und der kindlichen Entwicklung können auch für Kinder mit Entwicklungsbeeinträchtigungen angenommen werden. Dyches und Kollegen (2012) fanden in einer metaanalytischen Untersuchung (14 Studien, zwei Studien ausschließlich Kinder mit ASS) einen kleinen Zusammenhang von positivem Erziehungsverhalten und positiver Entwicklung bei entwicklungsbeeinträchtigten Kindern ($r=.22$). Damit scheint der Zusammenhang ähnlich hoch zu sein, wie bei Kindern ohne Entwicklungsauffälligkeiten und -störungen (De Wolff & van Ijzendoorn, 1997). Höhere Zusammenhänge finden sich zudem, wenn die Erfassung der kindlichen Entwicklung im Längsschnitt erfolgt (Dyches et al., 2012). Damit lässt sich die Vermutung aufstellen, dass die Effekte von positiver Erziehung über die Zeit kummulieren und eine günstige Entwicklung der Kinder vorhersagen. Die Metaanalyse gab Hinweise, dass der Zusammenhang in Familien mit Kindern mit einer ASS sogar noch höher ausfällt (Siller & Sigman, 2002; Siller & Sigman, 2008). In den beiden Untersuchungen von Siller und Kollegen konnten positive Zusammenhänge zwischen der elterlichen Responsivität und der Sprachentwicklung von Kindern mit einer ASS im Längsschnitt nachgewiesen werden.

Es liegen nur wenige Studien zu Erziehungsstilen und Erziehungsverhalten bei Eltern von Kindern mit Entwicklungsstörungen vor, vorhandene Arbeiten beziehen sich meist auf Mütter und Kinder mit dem Down-Syndrom (Dyches et al., 2012). Befunde zu spezifischen Erziehungsverhaltensweisen bei Eltern von Kindern mit einer ASS liegen bislang kaum vor (Maljaars, Boonen, Lambrechts, Van Leeuwen & Noens, 2014). Während noch zu Beginn der Erforschung von ASS eine mögliche Ursache der Erkrankung in der Eltern-Kind Interaktion gesehen wurde („Kühlschrankmütter“), geht man heute von einer biologischen Ätiologie der Erkrankung aus (vgl. Abschnitt 3.1.4). Daher wurden bisher hauptsächlich die emotionalen und kognitiven Aspekte der

elterlichen Erzieherrolle untersucht, das heißt vor allem Elternstress und Selbstwirksamkeitserwartungen bezogen auf die Erziehungsaufgaben (Maljaars et al., 2014). Im Gegensatz dazu stehen die hohen Prävalenzraten für komorbide Verhaltensauffälligkeiten wie oppositionelles Verhalten, bei denen sicherlich spezifische Erziehungsfertigkeiten gefordert sind.

3.2.1. Kontrolle und Strukturierung

Es existieren einige wenige Untersuchungen, die sich mit disziplinierenden und strukturierenden Erziehungsstrategien beschäftigen, die sich der Erziehungsdomäne Kontrolle nach Grusec und Davidov (2010) zuordnen lassen.

In einer explorativen Untersuchung von Lambrechts und Kollegen (Lambrechts, Van Leeuwen, Boonen, Maes & Noens, 2011) bearbeiteten jeweils 300 Eltern von Kindern und Jugendlichen mit und ohne ASS die erweiterte Version der Parental Behaviour Scale (PBS). Eltern von Kindern mit einer ASS unterschieden sich von der Kontrollgruppe durch selteneren Einsatz harscher Bestrafungen und häufigerem Einsatz entwicklungsfördernder Erziehungsstrategien sowie Strategien zum Anpassen der Umwelt an die Bedürfnisse der Kinder. Letzteres bezieht sich auf das Entfernen ablenkender Stimuli sowie den Einsatz von Routinen und Ritualen im Alltag. Die Unterschiede waren statistisch bedeutsam, jedoch mit kleinen Effektstärken und sprachen laut der Autoren für keine großen Unterschiede zwischen den Gruppen. Mit dem gleichen Instrument und einer ähnlich großen Stichprobe untersuchten Maljaars und Kollegen (2014) Eltern von Kindern und Jugendlichen mit und ohne ASS (N=552 bzw. N=437). In ihrer Untersuchung zeigte die Gruppe der Kinder mit einer ASS mehr internalisierende und externalisierende Verhaltensprobleme verglichen mit der Kontrollgruppe. Sie fanden, dass Eltern von Kindern mit ASS seltener kontrollierende Erziehungsstrategien wie Setzen von Regeln und Disziplinierungsstrategien einsetzten. Zudem berichteten die Eltern häufiger entwicklungsfördernde Strategien anzuwenden und die Umgebung mehr den Bedürfnissen ihrer Kinder anzupassen. Eltern von Kindern mit ASS schienen seltener soziale Verstärker einzusetzen und häufiger materielle Verstärker, wahrscheinlich aufgrund der geringeren sozialen Reaktivität der Kinder (auch bei Boonen et al., 2015). Eltern von gesunden Kindern nutzen erst in der Adoleszenz häufiger materielle Verstärker, während sie bei jüngeren Kindern häufiger soziale Verstärker (Streicheln etc.) nutzten. Die Zusammenhänge zwischen verschiedenen Erziehungsstrategien und Verhaltensproblemen der Kinder unterschieden sich zwischen den Gruppen kaum. Auch im Kontext von ASS hingen kontrollierende und harsche Erziehungsstrategien mit externalisierenden Verhaltensproblemen zusammen, der Zusammenhang mit internalisierenden

Symptomen war deutlich geringer. Nichtsdestotrotz zeigten Kinder mit einer ASS mehr emotionale und soziale Probleme, wenn ihre Eltern weniger entwicklungsfördernde Strategien einsetzten oder die Umgebung weniger anpassten. Auch im Kontext von ASS hingen negative Erziehungsstrategien mit externalisierenden Symptomen zusammen (Boonen, Maljaars, Lambrechts, Zink, Van Leeuwen & Noens, 2014). Eltern, deren Kinder internalisierende Auffälligkeiten zeigten, nutzten vermehrt die beiden autismusrelevanten Erziehungsstrategien, wie sie die Erweiterung des PBS misst (Boonen et al., 2014). Die Richtung des Zusammenhangs bleibt unklar. Lambrechts und Kollegen (Lambrechts, Maljaars, Boonen, van Esch, Van Leeuwen & Noens, 2015) untersuchten eine weitere Stichprobe mit jüngeren Kindern im Vorschulalter (N=57). Im Vergleich mit den Eltern von Kindern mit einer ASS beschrieben Eltern von gesunden Kindern einen effektiveren Einsatz von Disziplinierungsstrategien und entwicklungsförderndem Erziehungsverhalten.

Rutgers und Kollegen (Rutgers et al., 2007) fanden einen geringeren Einsatz autoritativer Erziehungsstrategien bei Eltern von autistischen und geistig behinderten Kindern im Kleinkindalter im Vergleich zu einer Kontrollgruppe mit gesunden Kindern. Gau und Kollegen (Gau et al., 2010) fanden hingegen einen stärkeren Einsatz autoritativer Kontrolle sowie überbehütender Verhaltensweisen bei Eltern von autistischen Kindern im Vorschul- und Schulalter. Dies galt sowohl im Vergleich zur Kontrollgruppe als auch im Vergleich zur Interaktion der Eltern mit gesunden Geschwisterkindern. Hutchison und Kollegen (Hutchison, Feder, Abar & Winsler, 2016) fanden bei Eltern von Kindern mit ADHS oder ASS mehr permissives Erziehungsverhalten als bei Eltern von gesunden Kindern. Erhöhter Elternstress hing mit höheren Werten von permissivem und autoritärem Erziehungsverhalten zusammen.

Einen weiteren Einblick in die Eltern-Kind Interaktion bieten Beobachtungsstudien. Lemanek und Kollegen (Lemanek, Stone & Fishel, 1993) nutzten eine fünfminütige Verhaltensbeobachtung um das Erziehungsverhalten von Eltern mit und ohne ASS zu untersuchen. Dabei setzten Eltern von Kindern mit einer ASS mehr verbale und nonverbale Strukturierungen ein, um die Aufmerksamkeit ihrer Kinder zu erlangen, sowie häufiger körperliche Nähe. Zudem nutzten sie mehr nonverbale Prompts, um die Kinder zu steuern, z.B. durch Führen der Hand des Kindes zu einer Aufgabe. Keine Unterschiede fanden sich für den Einsatz von Verstärkern wie Loben oder Streicheln. Kasari und Kollegen (Kasari, Sigman, Mundy & Yirmiya, 1988) fanden ebenfalls in einer Beobachtungsuntersuchung, dass Eltern von autistischen Kindern mehr körperliche Strategien einsetzten, um ihr Kind auf eine Aufgabe zu fokussieren. Eltern geistig behinderter Kinder hingegen deuteten häufiger auf eine Aufgabe, um ihre Kinder zur

Bearbeitung zu bewegen. Es finden sich in anderen Studien mit Verhaltensbeobachtungen auch Hinweise, dass Eltern ihren autistischen Kindern weniger Strukturierungen bei der Bewältigung von Aufgaben anbieten als Eltern von gesunden Kindern (Boonen et al., 2015). Die Autoren fanden hingegen keine Unterschiede beim Setzen von Grenzen.

Für die Erziehungsdomäne Kontrolle (Grusec & Davidov, 2010), die sich auf verhaltenssteuernde Erziehungsstrategien bezieht, liegen demnach einige Hinweise vor, dass Eltern im Kontext von ASS eher weniger disziplinierende Strategien wie z.B. Konsequenzen und Regeln einsetzen (Maljaars et al., 2014; Lambrechts et al., 2015; Hutchison et al., 2016) und mehr zu überbehütenden Verhaltensweisen neigen (Gau et al., 2010). Sie scheinen vor allem auf präventive Strategien zurückzugreifen, die auf dem lerntheoretischen Prinzip der Stimuluskontrolle aufbauen, wie das Entfernen von ablenkenden Reizen, die Einführung klarer Abläufe und Rituale oder physische Strukturierung (Lambrechts et al., 2011; Maljaars et al., 2014; Lemanek et al., 1993; Kasari et al., 1988). Die Unterschiede zu Eltern von gesunden Kindern scheinen zudem eher gering zu sein (Lambrechts et al., 2011; Rutgers et al., 2007). Eventuell besteht bei jüngeren Kindern eine größere Verunsicherung der Eltern (Lambrechts et al., 2015; Rutgers et al., 2007). Als Erklärung für dieses Muster weisen Whittingham und Kollegen (Whittingham, Sofronoff, Sheffield & Sanders, 2009c) auf die Ursachenzuschreibung der Eltern für Problemverhalten ihrer Kinder hin. Demnach könnten Eltern das Problemverhalten eher mit internalen und stabilen Eigenschaften der Kinder erklären, nämlich der ASS, und damit Problemverhalten als unkontrollierbar erleben. Whittingham und Kollegen konnten zeigen, dass Eltern nach der Teilnahme an einem Erziehungstraining das Problemverhalten ihrer Kinder weniger auf internale, stabile und erkrankungsbedingte Faktoren zurückführten und mehr Faktoren der Situation in ihrer Bewertung berücksichtigten. Dies ging zudem mit dem konsequenteren Einsatz von verhaltensnahen Erziehungsstrategien einher. Ähnliche Attributionsmuster sind von Eltern von Kindern mit einer ADHS bekannt (Hoza et al., 2000).

3.2.2. Responsivität und Wärme

Die Annahme, dass kaltes, abweisendes Interaktionsverhalten der Mütter eine Ursache für ASS darstellt, gilt mittlerweile als widerlegt. Tatsächlich können aber auch die Besonderheiten der Kinder mit einer ASS wie z.B. die reduzierte mimische und gestische Kommunikation, Defizite im Herstellen gemeinsamer Aufmerksamkeit und der Mangel an wechselseitiger sozialer Interaktion einen Einfluss auf die Eltern-Kind Interaktion haben (Konstantareas & Homatidis, 1992; van Ijzendoorn et al., 2007; Doussard-Roosevelt, Joe, Bazhenova & Porges, 2003). Lerntheoretisch kann die

Annahme aufgestellt werden, dass Eltern aufgrund mangelnder Responsivität ihrer Kinder keine Verstärkung auf ihre Kontaktangebote erhalten und dies infolge „verlernen“ (Kim & Mahoney, 2004). Tatsächlich liegen Befunde vor, dass Eltern in der Interaktion mit ihrem autistischen Kind weniger warmherzig und emotional distanzierter sind als in der Interaktion mit gesunden Geschwisterkindern oder als Eltern in der Interaktion mit gesunden Kindern (Gau et al., 2010; Kim & Mahoney, 2004). Dies galt jedoch hauptsächlich für Väter, bei Müttern schien hier vor allem das erhöhte Stresserleben mit abweisendem Interaktionsverhalten in Zusammenhang zu stehen (Gau et al., 2010). Auch Ozturk und Kollegen (Ozturk, Riccadonna & Venuti, 2014) fanden bei Vätern geringeren sozialen Austausch (Feinfühligkeit, emotionaler Ausdruck, positive Responsivität) im Kontakt mit ihren autistischen Kindern als bei Müttern.

Kinder mit einer ASS entwickeln mehrheitlich eine sichere Bindung zu ihren Eltern, wenn auch seltener als Kinder mit geistiger Behinderung oder gesunden Kindern (Rutgers, Bakermans-Kranenburg, van Ijzendoorn & van Berckelaer-Onnes, 2004, Metaanalyse). Allgemein spielt die Sensitivität der Eltern für kindliche Signale und Bedürfnisse für die Entwicklung einer sicheren Bindung eine wichtige Rolle (de Wolff & van Ijzendoorn, 1997). Defizite in der Sensitivität von Eltern von Kindern mit ASS konnten jedoch nicht gefunden werden (van Ijzendoorn et al., 2007). Hoffman und Kollegen (Hoffman, Sweeney, Hodge, Lopez-Wagner & Looney 2009) fanden selbst bei sehr stressbelasteten Eltern von Kindern mit ASS keine Auffälligkeiten in der Einschätzung der Bindungsqualität zum Kind im Vergleich zu Eltern von gesunden Kindern.

Zwischen Erziehungsverhalten und der elterlichen Stressbelastung finden sich bedeutende Zusammenhänge. In einer Längsschnittstudie (Osborne & Reed, 2010) konnte nachgewiesen werden, dass Eltern von Kindern mit einer ASS, die eine hohe Stressbelastung berichteten, im Verlauf weniger involviert mit ihren Kindern waren und weniger mit ihnen kommunizierten. Hingegen berichteten Eltern mit guten Fähigkeiten im Setzen von Grenzen von geringerem Stresserleben im weiteren Verlauf. Boonen und Kollegen (2015) beobachteten bei Eltern von Kindern mit ASS eine geringere Sensitivität im Vergleich mit Eltern von gesunden Kindern. Die Unterschiede verschwanden, wenn für die elterliche Stressbelastung kontrolliert wurde.

Doussard-Roosevelt und Kollegen (2003) verglichen das Interaktionsverhalten von Eltern mit ihren autistischen Kindern und den gesunden Geschwisterkindern. Sie fanden keine Unterschiede in der Anzahl der Annäherungen, wohl aber in deren Qualität. Gegenüber ihren autistischen Kindern nutzten die Eltern häufiger körperliche und

direktivere Annäherungen (ebenso bei Kim & Mahoney, 2004). Es zeigten sich Unterschiede bezüglich der verbalen Kontaktangebote der Eltern, wobei die Unterschiede am größten zwischen sprachlich sehr beeinträchtigten Kindern mit ASS gegenüber den gesunden Geschwistern waren. Keine Unterschiede zeigten sich zwischen sprachlich gut entwickelten Kindern mit ASS und den gesunden Geschwistern. Damit scheinen bezogen auf sprachliche Annäherungen der Eltern weniger die autistische Kernsymptomatik eine Rolle zu spielen, als vielmehr die sprachlichen Fähigkeiten der Kinder (siehe auch Siller & Sigman, 2002). In der Entwicklung von sprachlichen Fähigkeiten spielt das Herstellen gemeinsamer Aufmerksamkeit eine wichtige Rolle. Kinder mit einer ASS zeigen häufig in beiden Bereichen Defizite. Siller & Sigman (2002; 2008; Siller, Hutman & Sigman, 2013a) konnten dennoch nachweisen, dass responsives Erziehungsverhalten prädiktiv mit der Sprachentwicklung autistischer Kinder zusammenhängt, unabhängig von den Defiziten der Kinder.

Zusammenfassend liegen daher wenige Befunde vor, die für Unterschiede in Feinfühligkeit und Warmherzigkeit zwischen Eltern von Kindern mit und ohne ASS sprechen (van Ijzendoorn et al., 2007). Vielmehr scheinen Eltern ihre Interaktion anzupassen indem sie mehr körperliche Annäherungsangebote machen oder direkter in die Interaktion eingreifen (Doussard-Rousevelt et al., 2003, Kim & Mahoney, 2004). Ähnliche qualitative Unterschiede in der Interaktion finden sich auch bei Eltern von Kindern mit einer geistigen Behinderung (Dyche et al., 2012). Die elterliche Responsivität scheint weniger durch die autistische Kernsymptomatik beeinträchtigt zu sein, als durch elterliches Stresserleben (Osborne et al., 2010). Dieses wiederum scheint eher mit externalisierenden Verhaltensweisen assoziiert zu sein (Hastings, 2002a; Webster-Stratton, 1990, siehe auch Abschnitt 2.4)

3.3. Selbstwirksamkeit in der Erziehung

Im Zusammenhang mit ASS diskutieren Karst & van Hecke (2012) aufgrund theoretischer Überlegungen vier Spezifika bezogen auf Selbstwirksamkeitserwartungen in der Erziehung. Erstens könne man aufgrund der genetisch-ätiologischen Faktoren davon ausgehen, dass Eltern von Kindern mit ASS häufig von ähnlichen Schwierigkeiten betroffen sind oder zumindest ähnliche Verhaltensweisen zeigen wie ihre Kinder. Man spricht im Gegensatz zur Vollaussprägung der Störung von einem „broader autism phenotype“ (Baron-Cohen, Wheelwright, Skinner, Martin & Clubley, 2001). Demnach sollte ein Teil der Eltern ähnliche Schwierigkeiten in der wechselseitigen Interaktion und sozialen Kommunikation haben wie ihre Kinder. Diese sollten sich auch auf die Eltern-Kind Interaktion auswirken und zu Verunsicherungen führen. Zweitens stehen Eltern besonders bei ASS vor dem Problem, dass in der

Öffentlichkeit unterschiedliche ätiologische Modelle diskutiert werden und eine noch größere Bandbreite an Behandlungen angeboten und teilweise propagiert werden. Beispielsweise werden in auf ASS „spezialisierten“ Praxen häufig Stoffwechsel Erkrankungen bei ASS diskutiert und Diäten für die Kinder vorgeschlagen. Die Unüberschaubarkeit „im Dschungel der Angebote“ sollte sich bei einigen Eltern in Verunsicherung auswirken. Drittens bringt eine späte Diagnosestellung, beispielsweise erst im Schulalter, wie es gerade beim Asperger-Syndrom häufig zu finden ist, eine lange Zeit der Ungewissheit und eventuell falscher Behandlung mit sich und damit auch negativer Erfolgserwartung in der Erziehung. Viertens kann sich die autistische Kernsymptomatik auf die Selbstwirksamkeitserwartung der Eltern auswirken, da in besonderer Weise die Kommunikationsfähigkeit der Kinder beeinträchtigt ist. Eltern erhalten weniger Rückmeldung über Bedürfnisse der Kinder als beispielsweise Eltern von Kindern mit anderen Beeinträchtigungen. Sofronoff und Farbotko (2002) weisen ebenfalls auf die Rolle der teilweise sehr späten Diagnosestellung beim Asperger-Syndrom hin. Eltern leben gerade bei diesen leichteren Formen der ASS mit der Unsicherheit, wie sie mit ihrem Kind umgehen sollen. Häufig erhalten sie von Familienmitgliedern oder Bekannten gutgemeinte Ratschläge, wie sie ihr Kind erziehen sollen (Neely-Barnes, Hall, Roberts, & Graff, 2011). Dies kann zu Unsicherheit über die eigenen erzieherischen Kompetenzen führen, gerade wenn noch keine Diagnose gestellt wurde.

Tatsächlich fanden Rodrigue, Morgan & Geffken (1990) niedrigere Selbstwirksamkeitserwartungen in der Erziehung bei Eltern mit einem Kind mit ASS als bei Eltern mit gesunden Kindern oder einem Kind mit dem Down-Syndrom. Auch Smart (2016) fand niedrigere Selbstwirksamkeitserwartungen bei Eltern von Kindern mit ASS im Vergleich zu Eltern von Kindern mit Down-Syndrom, emotionalen Störungen oder Verhaltensstörungen. Die Effekte lagen im kleinen bis moderaten Bereich. Rutgers und Kollegen (2007) fanden keine Unterschiede zwischen Eltern von gesunden Kindern, Kindern mit einer geistigen Behinderung und Kindern mit autistischen Verhaltensweisen, wobei die Kinder in der Untersuchung sehr jung waren (mittleres Alter: 26,5 Monate). Eine neuere Untersuchung von Snow und Donnelly (2016) mit älteren Kindern zeigte zwar Unterschiede zwischen Eltern von gesunden Kindern und Eltern von Kindern mit ASS, diese blieben jedoch nicht mehr bestehen, wenn für den Einfluss des affektiven Zustandes des Elternteils beim Ausfüllen des Fragebogens kontrolliert wurde.

Lau und Kollegen (Lau, Peterson, Attwood, Garnett & Kelly, 2016) untersuchten sowohl autistische Merkmale der Eltern („broader autism phenotype“) als auch die Selbstwirksamkeitserwartungen von Eltern von Kindern mit und ohne ASS. Sie fanden

vor allem bei Vätern mit hohen Werten im Autismus-Spektrum-Quotienten (AQ, Baron-Cohen et al., 2001) eine niedrige Selbstwirksamkeitserwartung. Mütter mit hohen Werten im AQ schätzten sich ähnlich ein wie Eltern, bei denen keine autistische Merkmale vorlagen.

In Familien mit Kindern mit einer ASS lassen sich ähnliche korrelative Zusammenhänge von Selbstwirksamkeitserwartungen in der Erziehung mit anderen Erziehungsvariablen finden wie bei anderen Eltern. Auch Hastings und Brown (2002c) fanden bei Müttern einen mediierenden Effekt der Selbstwirksamkeitserwartung zwischen Verhaltensproblemen der Kinder und depressiven Symptomen bzw. Angst bei den Müttern. Für Väter fanden sie einen moderierenden Effekt: Väter zeigten bei erhöhten Verhaltensproblemen der Kinder nur dann erhöhte Ängstlichkeit, wenn sie auch gleichzeitig eine niedrige Selbstwirksamkeit in der Erziehung angaben. Die Selbstwirksamkeitserwartung schien wie ein Schutzfaktor für Ängstlichkeit bei Vätern zu wirken. Weiss und Kollegen fand einen mediierenden Effekt von Selbstwirksamkeitserwartungen zwischen Problemverhalten und dem Resilienzfaktor Widerstandsfähigkeit bzw. Zähigkeit (englisch: hardiness). Demnach hat eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung im Sinne eines Schutzfaktors den Effekt, dass Eltern ausdauernder und widerstandsfähiger mit Stressoren Umgehen können. Benson (2016) fand in einer sieben-jährigen prospektiven Untersuchung einen mediierenden Effekt von Selbstwirksamkeitserwartungen zwischen sozialer Unterstützung und Depression beziehungsweise psychischer Gesundheit.

Rezendes und Scarpa (2011) fanden einen mediierenden Effekt von Elternstress zwischen Problemverhalten und Selbstwirksamkeitserwartungen. Zudem mediieren Selbstwirksamkeitserwartungen zumindest teilweise den Zusammenhang zwischen Stress und Depressivität beziehungsweise Angst. Auch bei Hastings und Symes (2002b) wurde der Zusammenhang zwischen Problemverhalten und Selbstwirksamkeitserwartungen über Stress vermittelt. Die Befunde deuten darauf hin, dass kindliches Problemverhalten zunächst den Stresslevel der Eltern erhöht woraufhin die Selbstwirksamkeitserwartung sinkt. Eine niedrige Selbstwirksamkeitserwartung scheint sich dann negativ auf die psychische Gesundheit auszuwirken.

Kuhn und Carter (2006) stellten die Hypothese auf, dass das Wissen der Eltern über ASS mit ihren Selbstwirksamkeitserwartungen in der Erziehung zusammenhängt. Eltern, die die Problematik ihrer Kinder verstehen und damit auch bestimmte Verhaltensweisen einordnen können, sollten ihr erzieherisches Handeln wirksamer einschätzen. Tatsächlich konnten die Autoren keinen Zusammenhang zwischen Wissen über

autistische Erkrankungen und Selbstwirksamkeitserwartungen nachweisen, wohl aber einen Zusammenhang zu Schuldgefühlen und dem aktiven Engagement (Agency) der Eltern. Dabei beschrieben Eltern mit niedriger Selbstwirksamkeitserwartungen stärkere Schuldgefühle ihrem Kind gegenüber, wohingegen Eltern mit hohen Selbstwirksamkeitserwartungen aktiver versuchten die Entwicklung ihrer Kinder positiv zu beeinflussen und mit dem Helfersystem zusammenzuarbeiten. Siller und Kollegen (Siller, Reyes, Hotez, Hutman & Sigman, 2013b) konnten nachweisen, dass Eltern mit hohen Selbstwirksamkeitserwartungen unabhängig von demografischen Variablen wie Bildung oder sozioökonomischem Status aktiver Hilfe und Behandlung aufsuchten.

Selbstwirksamkeitserwartungen konnte in einigen Studien zu Elterntrainings bedeutsam verbessert werden (Whittingham, Sofronoff, Sheffield & Sanders, 2009a). Die Effekte setzten häufig erst später ein, als bei Elterntrainings allgemein bekannt (Tellegen & Sanders, 2013). In anderen Untersuchungen zu ASS waren weiterhin therapeutisch angeleitete Kurzinterventionen einem videobasierten Selbsthilfeprogramm überlegen (Keen, Couzens, Muspratt, & Rodger, 2010). Sofronoff und Farbotko (2002) führten im Rahmen einer nicht-randomisierten Studie ein Elterntaining in zwei unterschiedlichen Formaten für Eltern von Kindern mit dem Asperger-Syndrom durch. Ein Teil der Eltern erhielt einen Ein-Tages Workshop, ein anderer Teil sechs wöchentliche Sitzungen. Eltern in beiden Gruppen schätzten ihre Selbstwirksamkeit nach den Interventionen bedeutend höher ein als die Kontrollgruppe, die keine Intervention erhielt. Bei den Eltern der Kontrollgruppe konnte sogar ein weiterer Abfall der Selbstwirksamkeit im Verlauf festgestellt werden. Väter profitierten in geringerem Maße von der Intervention. Die Autoren diskutieren als Ursache dieses Befundes, dass Mütter generell mehr in der Erziehung involviert sind als Väter. Daher bieten sich für Mütter mehr Gelegenheiten die gelernten Erziehungsstrategien anzuwenden und Erfolge zu verzeichnen, als die Väter. Für die Selbstwirksamkeit dürfte gerade die Erfahrung, dass neue Strategien erfolgreich angewendet werden können jedoch essenziell sein. Als weiteren Faktor diskutierten die Autoren Temperamentsfaktoren der Väter. Es erfolgte zwar keine standardisierte Erhebung, dennoch berichteten sowohl Väter als auch Therapeuten, dass viele Väter ähnliche Schwierigkeiten hatten, wie ihre Kinder („broader autism phenotype“). Eventuell war daher die Umsetzung der im Training hauptsächlich verbal präsentierten Erziehungsstrategien für einige Väter zu schwierig.

3.4. Elternstress

Im Gegensatz zum Erziehungsverhalten und der Selbstwirksamkeitserwartung in der Erziehung liegt bezüglich Elternstress eine Fülle an Befunden bei Eltern von Kindern mit einer ASS vor (Hayes & Watson, 2013; Karst & Van Hecke, 2012). Im Folgenden

Abschnitt wird dargestellt, welche Faktoren zur Stressbelastung bei Eltern von Kindern mit einer ASS beitragen und welche Auswirkungen diese auf Eltern und Kinder hat.

In der Literatur finden sich immer wieder Belege für eine besonders hohe Elternstressbelastung im Kontext von ASS (Hoffman et al., 2009; Estes et al., 2013; Estes, Munson, Dawson, Koehler, Zhou & Abbott, 2009; Keenan, Newman, Gray & Rinehart, 2016; Craig et al., 2016; Eisenhower, Baker & Blacher, 2005). Hayes & Watson (2013) fanden in ihrer metaanalytischen Auswertung von 15 Vergleichsstudien erhöhten Elternstress bei Eltern von Kindern mit ASS im Vergleich zu Eltern von gesunden Kindern ($d=1.58$), aber auch im Vergleich zu Eltern von Kindern mit anderen Behinderungen ($d=.68$). Als Ursache für die besonders hohe Stressbelastung werden spezifische Verhaltensdefizite der Kinder mit ASS diskutiert. Demnach werden Beeinträchtigungen in der sozialen Kommunikation und restriktive oder repetitive Verhaltensweisen als besonders herausfordernd erlebt. Dementsprechend finden sich in einigen Untersuchungen hohe Zusammenhänge zwischen Elternstress und der autistischen Kernsymptomatik (Hastings & Johnson, 2001). Der Unterschied zwischen ASS und weiteren Behinderungen (v.a. geistige Behinderung, Down Syndrom und infantile Zerebralparese) verlangt weitere Beachtung. Zum einen fallen die Vergleiche zwischen ASS und Down Syndrom am stärksten aus. Hierbei wird diskutiert ob, ASS als eine „unsichtbare“ Diagnose (im Vergleich zum Down Syndrom) eventuell mehr Unsicherheit auslöst und belastender wahrgenommen wird (Hayes & Watson, 2013). Zudem gelten Kinder mit Down Syndrom als sozialer und zeigen in der Regel weniger herausforderndes Verhalten (Eisenhower et al., 2005). Zum anderen wird ASS mit einer hohen Rate an komorbiden Beeinträchtigungen und damit zusätzlichen Belastungen assoziiert (Hayes & Watson, 2013).

Spezifisch für ASS ist zudem die hohe Erbllichkeit. Eltern mit ähnlichen Schwierigkeiten, ohne alle diagnostischen Kriterien zu erfüllen („broader autism phenotype“), beschreiben dysfunktionalere Coping Strategien im Umgang mit Stress sowie eine geringere soziale Unterstützung. Dies hing wiederum mit erhöhter Stressbelastung zusammen (Ingersoll & Hambrick, 2011; Duarte, Bordin, Yazigi & Mooney, 2005). Hastings & Johnson (2001) gehen davon aus, dass vor allem psychologische Faktoren wie Coping Strategien, Selbstwirksamkeitserwartungen und soziale Unterstützung für die erhöhte Stressbelastung bei Eltern von Kindern mit ASS verantwortlich sind.

In einer Reihe von Untersuchungen fanden sich hohe Zusammenhänge zwischen der autistischen Kernsymptomatik und Elternstress (Osborne & Reed, 2009; Eisenhower et al., 2005; Hastings & Johnson, 2001; Tomeny, 2016). Zudem fanden sich hohe

Zusammenhänge zwischen sehr spezifischen Auffälligkeiten von Kindern mit einer ASS wie beispielsweise der hohen Empfindlichkeit der Kinder auf sensorische Reize wie Lautstärke, Berührungen und Geschmäcker (Ben-Sasson, Soto, Martínez-Pedraza & Carter, 2013). Auf der anderen Seite zeigen Kinder mit einer ASS eine hohe Rate von komorbiden Verhaltensproblemen wie aggressives und oppositionelles Verhalten oder Hyperaktivität (Simonoff et al., 2008, Goldin et al., 2013; Jang et al., 2013). Die Frage welche Verhaltensweisen der Kinder mit der extrem erhöhten Stressbelastung der Eltern in Zusammenhang stehen, hat für die Behandlung der Kinder und Unterstützung der Eltern durchaus eine Relevanz. Vor allem Untersuchungen mit jüngeren Kindern konnten demnach zeigen, dass die autistische Problematik mit der erhöhten Stressbelastung zusammenhängt (Davis & Carter, 2008). Die Diagnosestellung scheint dabei eine bedeutsame Rolle zu spielen (Stuart & McGrew, 2009). Zum einen besteht vor der Diagnosestellung eine hohe Verunsicherung bei den Eltern aufgrund der autistischen Symptomatik. Zum anderen geht mit der Diagnosestellung eine erhöhte Sorge um die weitere Entwicklung der Kinder einher.

Untersuchungen mit älteren Kindern weisen vor allem auf einen Zusammenhang zwischen Elternstress und anderen Verhaltensproblemen hin (McStay, Dissanayake, Scheeren, Koot & Begeer, 2013; Benson, 2010; Brei, Schwarz & Klein-Tasman, 2015). Vergleichsstudien mit anderen Störungsbildern wie ADHS liefern Hinweise, dass weniger die Störung an sich, als vielmehr herausfordernde Verhaltensweisen wie Hyperaktivität mit einer erhöhten Stressbelastung assoziiert sind (Hutchison et al., 2016; McStay et al., 2013). Zudem finden sich höhere Zusammenhänge mit Sozialverhaltensproblemen wie Wutausbrüchen und Ungehorsamkeit oder Mangel an prosozialem Verhalten als mit Defiziten in adaptiven Fähigkeiten wie motorischen oder alltagspraktischen Fähigkeiten (Lecavalier, Leone & Wiltz, 2006; Beck, Hastings, Daley & Stevenson, 2004; Estes et al., 2013). Tomanik und Kollegen (Tomanik, Harris & Hawkins, 2004) fanden bei zwei- bis siebenjährigen Kindern mit ASS hohe Zusammenhänge zwischen Elternstress und Irritabilität, sozialem Rückzug, Ungehorsamkeit und Hyperaktivität aber auch mit Unselbstständigkeit und der Unfähigkeit mit anderen zu Interagieren. Keine Zusammenhänge fanden sie zwischen Elternstress und stereotypen Verhaltensweisen und stereotyper Sprache. Gray (2002) fand in seiner Längsschnittuntersuchung über zehn Jahre zwar generell eine positive Entwicklung bezüglich der psychischen Gesundheit und Anpassung von Eltern von Kindern mit ASS. Die negativste Prognose hatten jedoch Eltern von Kindern, die aggressives und gewalttätiges Verhalten zeigten. Diese Eltern berichteten höheren Elternstress sowie einen Mangel an Behandlungsmöglichkeiten vor Ort.

Die berichteten Zusammenhänge weisen auf bidirektionale Wechselwirkungen zwischen Elternstress und Verhaltensproblemen der Kinder hin. Längsschnittuntersuchungen geben Hinweise auf die Richtung des Zusammenhangs. Osborne und Kollegen (2009) fanden vor allem bei jüngeren Kindern höhere Zusammenhänge zwischen Elternstress und der autistischen Kernsymptomatik, bei älteren Kindern vor allem Zusammenhänge zwischen Elternstress und Verhaltensproblemen wie oppositionellem Verhalten, Aufmerksamkeitsproblemen und Hyperaktivität. Die Ausprägung des Elternstresses konnte Verhaltensprobleme im weiteren Verlauf besser vorhersagen als umgekehrt. Zaidman-Zait und Kollegen (2014) konnten einen ähnlichen Einfluss von Elternstress auf externalisierendes und internalisierendes Problemverhalten replizieren. Dies steht im Einklang mit der Annahme von Hastings (2002a) wonach Elternstress zu negativerem Erziehungsverhalten führt und dies wiederum zu einer Zunahme von Verhaltensproblemen.

Einschränkend sollte hier erwähnt werden, dass Eltern, die sich selbst als belastet beschreiben auch dazu tendieren, ihre Kinder als problematischer oder negativer wahrzunehmen. Es finden sich allerdings auch Zusammenhänge zwischen Fremdbeurteilungen von Lehrern über Verhaltensauffälligkeiten der Kinder und dem Selbstbericht der Eltern über Elternstress (Lecavalier et al., 2006).

Obwohl bei anderen Störungen der neuronalen und mentalen Entwicklung wie ADHS, Lern- und Sprachentwicklungsstörungen ein negativer Zusammenhang zwischen kognitiver Begabung und Elternstress besteht, konnte dies nicht einheitlich für ASS nachgewiesen werden (Craig et al., 2016; Davis & Carter, 2008). Auch Eltern von autistischen Kindern mit geringerer kognitiver Beeinträchtigung berichten erhöhten Elternstress (Totsika et al., 2011b; Rao & Beidel, 2009). Zudem berichten auch Eltern von Kindern mit high-functioning Autismus oder dem Asperger Syndrom von erhöhtem Elternstress (Epstein, Saltzman-Benaiah, O'Hare, Goll & Tuck, 2008; Keenan et al., 2016). Auch das Alter der Kinder scheint keinen Zusammenhang mit der Höhe der Elternstressbelastung zu haben (Cadman et al., 2012; García-López, Sarriá & Pozo, 2016).

Die meisten vorliegenden Untersuchungen wurden mit Müttern durchgeführt, sodass für Väter die Befundlage auf einer geringeren Anzahl von Studien basiert (für einen Überblick bzgl. Vätern siehe Flippin & Crais, 2011). Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass Mütter von Kindern mit einer ASS stärker von Elternstress betroffen sind als Väter (Dabrowska & Pisula, 2010; Herring, Gray, Taffe, Tonge, Sweeney & Einfeld, 2006). Dies scheint vor allem daran zu liegen, dass Väter weniger in die Erziehung

eingebunden sind (Tehee et al., 2009; García-López et al., 2016; Foody et al., 2015; Konstantareas, 1992). Mütter berichten höhere Stressbelastung aufgrund der Teilnahme an Behandlungen (Konstantareas, 1989). Zudem wünschen sie sich von den Vätern Entlastung bei der Versorgung der Kinder, eine aktivere Rolle in der Disziplinierung und Eingrenzung der Kinder sowie mehr Engagement im Haushalt (Konstantareas, 1989). Übereinstimmend mit Untersuchungen zu Elternstress im Allgemeinen beschreiben ältere Mütter eine geringere Belastung (Duarte, 2005; Pakenham, Samios & Sofronoff, 2005). Weiterhin liegen Hinweise vor, dass Väter vor allem dann belastet sind, wenn ihre Ehepartnerinnen eine hohe Belastung berichten (Hastings, 2003; Hastings, 2005). Demnach bestehen Zusammenhänge zwischen dem Verhalten der Kinder und mütterlicher Stressbelastung sowie zwischen mütterlicher Belastung und der Belastung der Väter.

Dem Grad der sozialen Unterstützung wird generell eine abmildernde Wirkung bezogen auf Elternstress zugesprochen (Domsch & Lohaus, 2010). Eltern von Kindern mit einer ASS haben diesbezüglich häufiger als andere Eltern Schwierigkeiten gesellschaftliche, institutionelle und familiäre Unterstützung zu erhalten (für einen Überblick siehe Boyd, 2002; Meadan 2010). Sie berichten beispielsweise von Schwierigkeiten bei der Suche nach Betreuungsangeboten für ihre Kinder und folglich der Teilnahme an sportlichen oder erholsamen Aktivitäten (Sanders & Morgan, 1997). Weiterhin fällt es ihnen schwerer an kulturellen, intellektuellen und politischen Aktivitäten teilzunehmen, die einen Ausgleich vom Erziehungsalltag bieten. Generell besteht auch eine hohe Stressbelastung aufgrund der Teilnahme an Behandlungen der Kinder, z.B. durch Fahr- und Wartezeiten und der Übernahme therapeutischer Funktionen. Entlastung setzt nicht dann ein, wenn die Eltern viele Unterstützungsangebote zur Verfügung haben, sondern wenn die Angebote als sinnvoll und unterstützend wahrgenommen werden (Konstantareas & Homatidis, 1989; Gray & Holden, 1992). Informelle soziale Unterstützung durch Familienmitglieder, insbesondere Ehepartner, wird generell als entlastender wahrgenommen, als formelle Unterstützung durch eine Institution des Sozial- oder Gesundheitssystems (Boyd, 2002). Bereits das Vorhandensein einer Fachkraft, die Eltern berät und Behandlungen koordiniert (Case Management) kann jedoch schon als Entlastung wahrgenommen werden (Hastings & Beck, 2004).

Für chronischen Elternstress konnten Auswirkungen auf das Hormonsystem nachgewiesen werden. Seltzer und Kollegen (2010) erfassten über den Zeitraum von acht Tagen viermal täglich den Cortisolspiegel im Speichel von Müttern von Jugendlichen mit einer ASS und Müttern von gesunden Jugendlichen. Weiterhin erfassten sie täglich das Auftreten von Problemverhalten. Sie fanden unterschiedliche

Muster der Cortisolreaktion auf Verhaltensprobleme. Demnach zeigte sich bei Müttern von Jugendlichen mit einer ASS ein geringerer morgendlicher Cortisolspiegel als Folge einer Anpassung bei chronischem Stress. Innerhalb der ASS Gruppe erhöhte sich der Cortisolspiegel infolge von Verhaltensproblemen vor allem dann, wenn Mütter in der Vergangenheit wenige Verhaltensprobleme gewohnt waren. Bei Müttern, die in der Vergangenheit bereits häufig mit Verhaltensproblemen konfrontiert waren, schien eine Anpassung des Hormonsystems eingetreten zu sein; sie zeigten keine akute Stressreaktion. Foody und Kollegen (Foody, James & Leader, 2015) fanden bei Eltern von Kindern mit ASS ebenfalls niedrigere morgendliche Cortisolspiegel, zudem erhöhten Blutdruck bei Vätern. Es konnte nachgewiesen werden, dass Elternstress zur Entwicklung psychopathologischer Symptome führt (Tomeny, 2016) und dass Eltern von Kindern mit ASS häufig unter depressiven Symptomen leiden (Hastings, Kovshoff, Ward, Espinosa, Brown & Remington, 2005; Barker, Mailick & Smith, 2014). Die Rate an depressiven Erkrankungen ist deutlich erhöht (Bailey, Golden, Roberts & Ford, 2007).

Zwischen Elternstress und Erziehungsverhalten finden sich auch im Kontext von ASS häufig Zusammenhänge (Osborne, 2008a). Die Richtung des Zusammenhangs zwischen Elternstress und Erziehungsverhalten im Kontext von ASS wurde bisher allerdings nur wenig untersucht. Osborne und Kollegen (Osborne & Reed, 2010; Osborne, McHugh, Saunders & Reed, 2008a) fanden in einer Längsschnittuntersuchung auch gerichtete Zusammenhänge vor allem bei jungen Kindern. Demnach erlebten Eltern mit guten Fähigkeiten im Setzen von Grenzen im Verlauf weniger Elternstress. Eltern, die eine hohe Stressbelastung berichteten, waren im Verlauf ihren Kindern gegenüber weniger zugewandt und kommunizierten weniger mit ihrem Kind. Dies steht im Einklang mit einem Modell von Hastings (2002a) für Eltern-Kind Interaktionen bei entwicklungsbeeinträchtigten Kindern. Demnach führen Verhaltensprobleme zu einer erhöhten Stressbelastung und infolge zu negativerem Erziehungsverhalten. Reed und Kollegen (Reed, Howse, Ho & Osborne, 2016) fanden jedoch, dass Eltern von Kindern mit ASS, denen ein Video einer Verhaltensbeobachtung von anderen Eltern gezeigt wurde, zu einer negativeren Einschätzung der Erziehungskompetenz tendierten, wenn sie sich selbst als sehr belastet beschrieben. Dies deutet darauf hin, dass stressbelastete Eltern eine eher pessimistische Sicht auf Erziehungskompetenzen haben.

Die vorgestellten Befunde unterstreichen die Relevanz Elternstress in der Behandlung von Kindern mit ASS zu berücksichtigen. Zudem scheint Elternstress ein negativer Prädiktor für die Wirkung von Erziehungstrainings zu sein (Hastings & Beck, 2004; Osborne, McHugh, Saunders & Reed, 2008b). Stressbelastete Eltern schätzen

Interventionen als weniger erfolgsversprechend ein (Hastings & Johnson, 2001). Die Teilnahme an der Behandlung selbst kann als belastend empfunden werden, da sie mit einer Reihe von Einschränkungen und Anforderungen an die Eltern verbunden ist. So müssen die Kinder beispielsweise zu Therapien gefahren werden, Eltern müssen mit ihren Kindern zu Hause üben und stimmen nicht immer mit der Beratung und Behandlung überein (Hastings & Beck, 2004). Strauss und Kollegen (Strauss, Vicari, Valeri, D'Elia, Arima & Fava, 2012) fanden beispielsweise, dass Eltern, die mit ihren Kindern im Rahmen einer Intervention intensive Sprachförderungsübungen durchführten, erhöhten Elternstress berichteten. Dies hing zwar mit einer bedeutsamen Verbesserung der Sprachfertigkeiten der Kinder zusammen, aber auch mit negativen Auswirkungen auf die Eltern-Kind Interaktion. Elternzentrierte Interventionen kurz nach der Diagnosestellung bei denen Eltern individuelle Anleitung durch eine Fachkraft erhalten, scheinen entlastender zu sein, als Selbsthilfematerialien (Keen et al., 2010).

Plant & Sanders (2007) verglichen die Effektivität des SSTP Elterntrainings mit und ohne zusätzlichem Training in Stressmanagement Skills bestehend aus sechs Sitzungen. Rund ein Drittel der teilnehmenden Eltern hatte ein Kind mit einer ASS. Die Autoren fanden keine Überlegenheit des zusätzlichen Stressmanagement Trainings gegenüber dem reinen SSTP Programm bezogen auf Veränderungen der Verhaltensauffälligkeiten der Kinder oder der Erziehungsvariablen. Die Stressbelastung der Eltern war jedoch in dieser Stichprobe bereits bei der Baselineerhebung sehr niedrig, sodass keine der beiden Programmvarianten eine Reduktion der elterlichen Stressbelastung bewirken konnte.

Zusammenfassend findet sich eine erhöhte Elternstressbelastung bei Eltern von Kindern mit einer ASS, die allenfalls bei jungen Kindern und vor der Diagnosestellung mit der autistischen Kernsymptomatik in Zusammenhang steht (Davis & Carter, 2008; Osborne & Reed, 2009). Zudem scheinen weniger die kognitiven Beeinträchtigungen als in erster Linie die hohe Ausprägung von expansiven Verhaltensproblemen mit Elternstress in Zusammenhang zu stehen (Craig et al., 2016; Davis & Carter, 2008; Hutchinson et al., 2016; McStay et al., 2013). Es wurden bedeutsame Folgen für die Eltern-Kind Interaktion und die Entwicklung der Kinder nachgewiesen (Osborne & Reed, 2010; Osborne et al., 2008a; Zaidman-Zait et al., 2014). Elternstress hat folglich eine hohe Relevanz in der Behandlung von Autismus-Spektrum Störungen, vor allem im Kontext von Interventionen zur Veränderung der Eltern-Kind Interaktion.

3.5. Elternt raining

Erst aus den letzten Jahren liegen mehr Studien vor, die die Wirksamkeit von Elternt rainings in der Behandlung von ASS untersuchten. McConachie und Diggle fanden in ihrem Review (zwölf Studien) aus dem Jahr 2006 noch nicht genügend kontrollierte Studien für Kinder mit ASS im Vorschulalter, die eine Wirksamkeit von Elternt rainings robust belegen konnten. Es lagen jedoch Hinweise vor, dass Elternt rainings positive Effekte auf soziale und kommunikative Fähigkeiten der Kinder sowie erzieherische Kompetenz der Eltern haben. Zudem zeigte sich ein Wissenszuwachs über ASS bei den Eltern. Beaudoin und Kollegen (Beaudoin, Sébire & Couture, 2014) untersuchten in ihrem Review (15 Studien) die Wirksamkeit von Elternt rainings bei Kleinkindern mit ASS. Die Programme basierten auf behavioralen beziehungsweise operanten Ansätzen, aber auch auf sozialpragmatischen Theorien, zur Förderung von gemeinsamer Aufmerksamkeit, Blickkontakt oder Gestik. Sie fanden insgesamt positive Effekte für die Kommunikation, sozial-emotionale Fähigkeiten, Ausprägung der ASS Symptomatik und das Spielverhalten bei den Kindern. Bei den Eltern zeigte sich eine hohe Zufriedenheit mit den Programmen, eine hohe Bereitschaft die gelernten Fähigkeiten umzusetzen sowie eine moderate Verbesserung der Responsivität. Keine Veränderungen zeigten sich bezüglich der Fähigkeiten der Eltern ihre Kinder zu steuern und zu motivieren, beispielsweise durch Lob. Nur zwei Studien berichteten über das Stresserleben der Eltern, mit uneinheitlichen Befunden.

Sofronoff und Kollegen (Sofronoff, Leslie & Brown, 2004; Sofronoff & Farbotko, 2002) untersuchten in einer randomisiert-kontrollierten Untersuchung die Wirksamkeit eines Elternt rainings für Eltern von Kindern mit dem Asperger Syndrom. Dies beinhaltete neben psychoedukativen Einheiten, Anleitung im Umgang mit Problemverhalten, Ritualen und Sonderinteressen sowie den Umgang mit Ängsten. Die Intervention führte zu einer Reduktion der Problemverhaltensweisen ($d=.70$), zu einer Zunahme der sozialen Fähigkeiten der Kinder ($d=.81$) und der Selbstwirksamkeit der Eltern ($d=.70$). Tendenziell zeigte sich eine Überlegenheit des Formates verteilt über sechs Sitzungen gegenüber dem Eintagesworkshops. Die Autoren schlugen eine Aufteilung des Workshops auf mehrere Termine vor, Eltern bevorzugten demgegenüber die Eintagesvariante.

3.6. Stepping Stones Triple P

Bisher liegen lediglich fünf Studien vor, die die Wirksamkeit des SSTP Programms in der Behandlung von ASS untersuchten und dabei Stichproben mit ausschließlich Patienten mit ASS und ihren Familien einschlossen (Whittingham, Sofronoff & Sheffield,

2006; Whittingham, Sofronoff, Sheffield & Sanders, 2009a & 2009b; Tellegen & Sanders, 2014; Sprenger et al., 2015; Hodgetts, Savage & McConnell, 2013). Darunter wurde zweimal die Wirksamkeit des SSTP Standardgruppenprogramms mittels quantitativer Datenerfassung untersucht (Whittingham et al., 2009a; Sprenger et al., 2015). Tellegen und Sanders (2014) untersuchten eine Kurzversion des Gruppentrainings; Whittingham und Kollegen (2006) untersuchten die Wirkung einer medienbasierten Intervention. Hodgetts und Kollegen (2013) erhoben hauptsächlich qualitative Daten. Weiterhin wurde in drei randomisiert-kontrollierten Studien das SSTP Elterntaining durchgeführt, wobei Eltern von Kindern mit einer ASS einen substantiellen Anteil einnahmen (Plant & Sanders, 2007; Sofronoff, Jahnel & Sanders, 2011; Roux Sofronoff, & Sanders, 2013). Da die vorliegende Arbeit auf den genannten Untersuchungen basiert soll im folgenden Abschnitt eine kurze Zusammenfassung der Methodik und Ergebnisse der Studien dargestellt werden. Tabelle 6 (Seite 67) beinhaltet eine Zusammenfassung der Studien zum SSTP Programm in der Behandlung von ASS mit Informationen zur Methodik und Hauptergebnissen.

In Untersuchungen bei denen ein substantieller Anteil der Familien von ASS betroffen war (Plant & Sanders, 2007: 32,2%; Sofronoff et al., 2011: 45,3%; Roux et al., 2013: 51,1%) konnten ähnlich hohe Effektstärken für Kinder- wie auch Elternvariablen gefunden werden, wie in anderen Untersuchungen zum SSTP Programm (Tellegen & Sanders, 2014). Plant und Sanders (2007) fanden keine Überlegenheit einer erweiterten Form des SSTP Programms mit zusätzlichen Sitzungen zum Umgang mit Stress, gegenüber des Standard SSTP Formates. In den Sitzungen des erweiterten Formates wurden Trauergefühle bezogen auf die Behinderung des Kindes, Bewältigung von Stress, Angst und Depression sowie Kommunikationstechniken zur Verbesserung der Zusammenarbeit mit dem Partner thematisiert. Eine Reduktion der Stressbelastung (DASS) der Eltern konnte bei beiden Formaten nicht nachgewiesen werden, wobei die Eltern bereits vor dem Training eine niedrige Stressbelastung berichteten und daher Bodeneffekte angenommen werden konnten. In der Verhaltensbeobachtung zeigten sich lediglich Verbesserungen der Verhaltensprobleme der Kinder, keine Verbesserungen im Erziehungsverhalten. Schläfereffekte zeigten sich beim kindlichen Problemverhalten, welches unmittelbar nach Abschluss des Trainings noch stabil blieb und sich erst in der Follow-Up Untersuchung verringerte. Sofronoff und Kollegen (2011) fanden keine Verringerung der Häufigkeit der Problemverhaltensweisen der Kinder infolge des Elterntrainings. Dennoch bewerteten die Eltern das Verhalten ihrer Kinder nach dem Training als weniger problematisch. Im Bereich Erziehungsverhalten zeigten sich gewünschte Veränderungen bei überreagierendem und weitschweifigem Verhalten.

Im Bereich Nachgiebigkeit wurden ebenfalls Bodeneffekte angenommen. Die Selbstwirksamkeitserwartungen der Eltern (PSOC) verbesserten sich erst im Follow-Up. Die Autoren vermuten, dass Eltern erst im Verlauf der Zeit, infolge des erfolgreichen Einsatzes von Erziehungsstrategien, positive Selbstwirksamkeitserwartungen entwickeln. Auch Roux und Kollegen (2013) fanden einen Rückgang von negativem Erziehungsverhalten (EFB) mit Effektstärken im großen Bereich und zudem eine Reduktion der Stressbelastung (DASS) im mittleren bis großen Bereich.

In einer Pilotstudie zeigten Whittingham und Kollegen (Whittingham et al., 2006) den teilnehmenden 42 Eltern den Film „Überlebenshilfe für Familien von Kindern mit einer Behinderung“ (Sanders, Mazzucchelli, & Studman, 2010) über die Entwicklung von Kindern mit einer Behinderung und Erziehungsstrategien. Dieser Film wird auch im Rahmen des Elternkurses verwendet und dauert insgesamt circa zwei Stunden. Eltern schätzten die vorgestellten Strategien generell als nützlich ein, obwohl sie nicht spezifisch für Kinder mit einer ASS konzipiert wurden. Dennoch zeigte sich in den qualitativen Analysen, dass Eltern das SSTP Programm eher für Kinder mit zusätzlichen schweren kognitiven Beeinträchtigungen und für jüngere Kinder als geeignet einschätzen und weniger für Kinder mit hochfunktionalem Autismus oder Kinder mit dem Asperger-Syndrom. Weiterhin schätzen die Eltern Strategien wie Absichtliches Ignorieren, Stille Zeit und Auszeit für den Umgang mit Verhaltensweisen, die sie vor allem auf die ASS zurückführten, als ungeeignet ein. Die Eltern bearbeiteten einen eigens konstruierten Fragebogen zur Ursachenzuschreibung der Verhaltensweisen ihrer Kinder. In der Analyse zeigte sich, dass Eltern, die problematisches Verhalten ihrer Kinder auf stabile Faktoren wie beispielsweise die autistische Erkrankung attribuierten, die vorgestellten Strategien weniger nützlich einschätzten.

In der bisher einzigen randomisiert-kontrollierten Untersuchung zur Wirksamkeit des SSTP Gruppentrainings (Level 4) mit ausschließlich autistischen Kindern nahmen 59 Eltern teil (Whittingham et al., 2009a). Zusätzlich zu den Inhalten der Triple P Interventionen wurden die Comic Strip Conversations und die Social Stories genutzt (Gray, 1998). Die Kinder waren zwischen zwei und neun Jahre alt ($M=5,9$ Jahre, $SD=1,9$) und konnten mehrheitlich sprechen. Die Familien wurden paarweise bezüglich sprachlichen Fähigkeiten der Kinder und Diagnosen gematcht und je eine Familie randomisiert der Interventionsgruppe ($N=29$) oder der Wartelistenkontrollgruppe ($N=30$) zugeteilt. Erhebungszeitpunkte waren für beide Gruppen unmittelbar vor und nach der Teilnahme der Interventionsgruppe am Elterntraining. Eine Follow-Up Untersuchung fand sechs Monate nach Beendigung des Programms statt.

Es zeigten sich Effekte im Prä-Post Vergleich sowie im Vergleich zwischen den Interventionsgruppen für kindliches Problemverhalten (Eyberg Child Behavior Inventory, ECBI; Eyberg & Pincus, 1999; Intensität- & Problemskala, $\eta^2=.26$ & $\eta^2=.16$) sowie Erziehungsverhalten (EFB; Skala Nachgiebigkeit: $\eta^2=.22$; Skala Überreagieren: $\eta^2=.25$; Skala Weitschweifigkeit: $\eta^2=.16$), die auch im Follow-Up stabil blieben. Die Effektstärken lagen im großen Bereich. Es zeigten sich nach der Intervention keine Effekte auf die elterlichen Selbstwirksamkeitserwartungen und auf Zufriedenheit in der Erziehung (PSOC). Die Autoren vermuteten jedoch einen Schläfereffekt bei der Selbstwirksamkeit der Eltern, die im Follow-Up deutlich anstieg ($\eta^2=.31$). Auch diese Effektstärke lag im großen Bereich.

Mit einem eigens entwickelten Fragebogen fanden die Autoren Hinweise, dass sich die elterliche Ursachenzuschreibung für das Verhalten ihrer Kinder durch die Teilnahme am Programm verändern ließ (Whittingham, Sofronoff, Sheffield & Sanders, 2009c). So attribuierten Eltern nach Beendigung des Programms die Ursachen für das Verhalten ihrer Kinder weniger auf interne Faktoren im Sinne der ASS, sondern glaubten eher, dass Umgebungsfaktoren das Verhalten ihrer Kinder beeinflussen. Weiterhin glaubten Eltern weniger stark, dass Verhaltensweisen, die sie zuvor noch auf die ASS zurückführten, dauerhafte Eigenschaften ihres Kindes darstellen. Die Autoren konnten ihre Hypothese jedoch nicht bestätigen, dass die Attributionsstile der Eltern einen prädiktiven Effekt für den Behandlungserfolg haben.

In zusätzlichen qualitativen Analysen (Whittingham, Sofronoff, Sheffield & Sanders, 2009b) zeigte sich, dass die Eltern die vorgestellten Strategien als hilfreich einschätzten, einschließlich Stille Zeit, Auszeit und Berührendes Führen. Die Eltern berichteten sechs Monate nach Beendigung des Programms zudem, dass sie die vorgestellten Strategien auch mehrheitlich einsetzten (z.B. Berührendes Führen: 84,5%, Auszeit: 68,2%). Die Zufriedenheit mit dem Programm wurde als hoch eingeschätzt.

Tellegen & Sanders (2014) untersuchten die Wirksamkeit einer Kurzversion des SSTP Programms in der Behandlung von Kindern mit einer ASS im Vergleich zur Regelbehandlung. Dazu wurden 64 Familien randomisiert entweder der Level drei Intervention Primary Care SSTP (PCSSTP) zugeteilt oder erhielten keine Triple P Intervention. Das PCSSTP ist eine Kurzintervention basierend auf den Prinzipien des SSTP Programms. Eltern erhalten vier individuelle Beratungsgespräche mit einem Kliniker zur Unterstützung im Umgang mit ein bis zwei spezifischen Erziehungsproblemen, meist oppositionellem und aggressivem Verhalten. Das Programm schlägt 15 bis 30 minütige Kontakte vor. In der Untersuchung gab es die

Möglichkeit für längere Kontakte mit einer durchschnittlichen Dauer von 58 Minuten (Spannweite: 15 - 105 Min.). Unmittelbar nach Beendigung des Programms zeigte sich in der PCSSTP Gruppe eine bedeutsame Verhaltensverbesserung bei den Kindern (ECBI: $d=.40-.56$). Die Eltern berichteten von einer Steigerung der Selbstwirksamkeit in einem aufgabenspezifischen Verfahren ($d=.73-.91$) sowie einer Reduktion von Stress (DASS: $d=.62$) und elterlichen Konflikten ($d=.71-.73$), weiterhin von einer Reduktion von ungünstigem Erziehungsverhalten (EFB: $d=.69-.79$). Signifikante Veränderungen in der Kontrollgruppe zeigten sich nur für die Selbstwirksamkeit der Eltern, die im Verlauf abnahm. In der Interaktionsbeobachtung (FOS) zeigten sich keine Veränderungen. In der Follow-Up Untersuchung (6 Monate) blieben die meisten Veränderungen stabil. Lediglich überreagierendes Erziehungsverhalten nahm wieder zu, war jedoch weiterhin niedriger als vor der Intervention. Keine Veränderung zeigten sich bezüglich elterlicher Angst- und Depressionssymptomatik (DASS).

Qualitative Daten zur Wirkung des SSTP Programms in der Behandlung von Kindern mit einer ASS liefern Hodgetts und Kollegen (2013). Dies ist zudem die erste Untersuchung zum SSTP Programm in der Behandlung von ASS, die unabhängig von der Forschergruppe um Matthew R. Sanders durchgeführt wurde. Sie führten mit Eltern und Therapeuten qualitative Interviews nach Beendigung des SSTP Gruppentrainings (Level 4) durch und analysierten schematisch Themen der Interviewpartner. Von den zehn teilnehmenden Familien führten sechs die Behandlung zu Ende. Die Eltern berichteten von einer veränderten Attribution bezüglich Problemverhaltensweisen ihrer Kinder. Während sie vor dem Training problematisches Verhalten eher als autistisches Symptom wahrnahmen und damit als wenig veränderbar einschätzten, verstanden sie nach dem Training häufiger die Funktionalität des Verhaltens und die Lernerfahrung der Kinder, sodass sie Problemverhalten als veränderbarer wahrnahmen. Weiterhin hätten sie im Verlauf des Programms wieder das Gefühl erhalten, die Kontrolle über ihre Kinder zu haben und ihren Alltag bestimmen zu können. Vor der Behandlung sei ihr Eindruck gewesen, dass ihre Kinder und deren Problematik den Alltag bestimmt hätten. Zudem erkannten sie durch das Programm den Nutzen von Verstärkung angemessener Verhaltensweisen. Vor dem Programm sei für sie Erziehung vor allem der Umgang mit Problemverhaltensweisen gewesen.

Die Kliniker schätzten das Programm als nützlich für die Behandlung von Kindern mit einer ASS ein. Vor allem für erziehungskompetente Eltern, die Validierung ihrer Erziehungsstrategien suchen und für stabile Eltern, denen es lediglich an angemessenen Strategien mangelt. Für instabile Familien in Krisenzeiten sei das Programm nicht geeignet. Die Materialien seien gut strukturiert und geeignet, der

zeitliche Ablauf eher zu eng und für viele Familien ein Hindernis aufgrund weiterer Termine und Verpflichtungen durch andere Behandlungen. Es konnten keine positiven Veränderungen bezogen auf elterlichen Stress gefunden werden. Die Untersucher führten dies auf die erhöhte Belastung der Eltern aufgrund der Erkrankung der Kinder zurück, die durch viele weitere Faktoren beeinflusst werde. So seien die Familien häufig mit der Koordination von (sprach-) therapeutischen Maßnahmen beschäftigt, die Zeit und Energie beanspruche, unabhängig vom Ausmaß problematischer Verhaltensweisen. Die hohe Abbruchrate von 40% führten die Autoren auf Ehekonflikte und psychische Erkrankungen der Eltern zurück.

In der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Marburg (Sprenger et al., 2015) wurde das SSTP Gruppentraining (Level 4) in der Behandlung von ASS bereits im Rahmen einer Pilotstudie untersucht. Dabei nahmen 13 Familien mit Kindern im Alter von vier bis zwölf Jahren ($M=6,7$ Jahre, $SD=2,6$) und einer ASS teil. Die Inhalte der Gruppensitzungen deckten sich mit denen des Standard Programms ergänzt um psychoedukative Elemente zu ASS. Beispielsweise wurden bei einzelnen Erziehungsfertigkeiten die Besonderheiten bei autistischer Symptomatik besprochen (z.B. Beschreibendes Lob). Die Anzahl der Gruppensitzungen wurde daher um eine Sitzung erhöht. Die Datenerhebung fand unmittelbar vor und nach dem Training sowie 6 Monate nach Trainingsende statt. Für vier Familien lagen zusätzliche Baseline Daten drei Monate vor Trainingsbeginn vor, die somit als Wartekontrollgruppe dienten.

Die Autoren fanden eine Reduktion komorbider Verhaltensauffälligkeiten (Verhaltensfragebogen bei Entwicklungsstörungen, VFE; Einfeld, Tonge, & Steinhausen, 2007) nach Beendigung der Intervention ($d=.65$) und im Follow-Up ($d=.63$). In anderen Verfahren zeigte sich ein geringer bis mittlerer Effekt (ECBI; Intensitätsskala: $d=.43$, Problemskala: $d=.47$). Weiterhin zeigte sich eine Verbesserung des Erziehungsverhaltens (EFB; Gesamtwert: $d=.97$, Überreagieren: $d=.50$, Nachgiebigkeit: $d=.41$), die im Follow-Up tendenziell noch zunahm (Gesamtwert: $d=1.19$, Überreagieren: $d=.36$, Nachgiebigkeit: $d=.87$). Keine Veränderung zeigte sich in Verfahren, die auch emotionale Probleme erfassten (Fragebogen zu Stärken und Schwächen, SDQ; Goodman, 1997). Erwartungskonform zeigte sich keine Veränderung der autistischen Symptomatik (Skala zur Erfassung sozialer Reaktivität, SRS; Bölte & Poustka, 2008). Auch in der elterlichen Stressbelastung ließen sich keine bedeutsamen Effekte nachweisen. Die Autoren führten dies auf eine insgesamt hohe Belastung der Eltern zurück, sodass eine Veränderung der elterlichen Belastung aufgrund eines Deckeneffektes nicht abgebildet werden konnte. Der Vergleich zwischen Interventionsgruppe und der Eigenwarteliste-Kontrollgruppe konnte aufgrund der

niedrigen Fallzahl nur mit Vorsicht interpretiert werden, zeigte aber tendenziell positive Effekte bezüglich überreagierendem Erziehungsverhalten und bezüglich disruptiv/antisozialem Verhalten der Kinder. Die berichteten Effekte waren unabhängig vom Intelligenzniveau der Kinder, welches sehr heterogen ausfiel (Spannweite: $50 < IQ < 97$, $M=77$, $SD=18$). Die Autoren folgerten, dass das SSTP Gruppentraining eine sinnvolle begleitende Intervention in der Behandlung von Kindern mit einer ASS darstellt.

Zusammenfassend zeigte sich das SSTP Elterntraining in der Behandlung von ASS in einigen wenigen Untersuchungen bereits als effektiv. Die Untersuchungen wurden fast ausschließlich von Autoren der australischen Arbeitsgruppe um Professor Matthew R. Sanders durchgeführt. Erziehung unterliegt jedoch kulturellen und gesellschaftlichen Einflüssen, sodass die Ergebnisse der australischen Forschergruppe nicht ohne weiteres nach Deutschland übertragen werden können. In Deutschland wurde bisher eine einzige Pilotstudie durchgeführt. Für das SSTP Gruppenelterntraining liegt bislang keine Untersuchung vor, die ausschließlich Eltern von Kindern mit ASS einschloss und eine Verhaltensbeobachtung beinhaltete. Die Effekte auf Elternstress und Selbstwirksamkeitserwartungen waren bisher uneinheitlich und korrespondierten teilweise nicht mit den Erfahrungen aus dem SSTP Programm in anderen Patientenpopulationen. Weiterhin stellt sich die Frage, ob das SSTP Programm für Eltern von Kindern mit einer ASS als nützlich eingeschätzt wird und aufgrund der besonderen Merkmale und Belastungen dieser Gruppe sinnvoll eingesetzt werden kann.

Tabelle 6: Studien zum SSTP Programm in der Behandlung von ASS

Studie	N	Anteil ASS	SSTP-Format	Methodik ^f	Hauptergebnisse
Plant & Sanders, 2007	74 ^a	32,2%	SSTP Standard & SSTP Enhanced ^c (beides Gruppenformat)	RCT (Intervention, Erweiterung & Warteliste-Kontrollgruppe), FU (1 Jahr), Verhaltensbeobachtung	Keine Veränderungen bezogen auf Elternstress in beiden Interventionsgruppen. Verbesserung der Selbstwirksamkeitserwartungen in beiden Interventionsgruppen (Effektstärken im großen Bereich). Veränderungen in der Selbstbeurteilung des Erziehungsverhaltens nur in der Standard SSTP Gruppe (Effektstärken im kleinen Bereich), nicht in der erweiterten SSTP Gruppe. Keine Veränderungen im elterlichen Verhalten in der Verhaltensbeobachtung.
Sofronoff et al., 2011	53 ^b	45,3%	SSTP (Gruppenformat)	RCT (Intervention & Warteliste-Kontrollgruppe), FU (3 Monate)	Reduktion von überreagierendem & weitschweifigem Erziehungsverhalten mit Effektstärken im kleinen bis mittleren Bereich. Die Selbstwirksamkeitserwartung verbesserte sich erst im FU.
Roux et al., 2013	52 ^b	51,1%	SSTP (Gruppenformat)	RCT (Intervention & Warteliste-Kontrollgruppe) FU (6 Monate)	Effekte im mittleren bis großen Bereich für Reduktion von negativem Erziehungsverhalten & der elterlichen Stressbelastung.
Whittingham et al., 2006	42	100%	SSTP DVD ^d	nur Post-Erhebung, FU (2 Wochen), qualitative & quantitative Auswertung	Zusammenhang zwischen elterlichen Attributionsstilen & Bewertungen der Erziehungsstrategien des SSTP Programms
Whittingham et al., 2009a	59 ^b	100%	SSTP & Comic Strip Conversations & Social Stories ^e (Gruppenformat)	RCT (Intervention & Warteliste-Kontrollgruppe), FU (6 Monate)	Effekte im großen Bereich für überreagierendes & weitschweifiges Erziehungsverhalten. Die Selbstwirksamkeit in der Erziehung nahm erst zur FU Untersuchung zu, mit Effektstärken im großen Bereich.
Tellegen & Sanders, 2014	64 ^b	100%	PCSSTP (Einzelformat)	RCT (Intervention & TAU), FU (6 Monate), Verhaltensbeobachtung	Effekte im kleinen bis mittleren Bereich für Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartungen sowie Reduktion negativen Erziehungsverhaltens und Elternstress. Keine Veränderungen im elterlichen Verhalten in der Verhaltensbeobachtung.
Hodgets et al., 2013	10	100%	SSTP (Einzelformat)	Qualitative Analyse, Prä-Post Vergleich	Erste Studie zum SSTP in der Behandlung von ASS, die unabhängig von der Forschergruppe um Matthew Sanders durchgeführt wurde.
Sprenger et al., 2015	13	100%	SSTP (Gruppenformat)	Prä-Post Vergleich (Eigenwarteliste-Kontrollgruppe N=4)	Effekte im kleinen bis mittleren Bereich für Verbesserung des Erziehungsverhaltens. Keine Veränderung der elterlichen Stressbelastung.

Anmerkungen:

^a aufgeteilt in drei Gruppen (Standard SSTP, erweitertes SSTP & Kontrollgruppe)

^b aufgeteilt in zwei Gruppen (SSTP, Kontrollgruppe)

^c SSTP Enhanced: Standard SSTP Programm mit Erweiterung um ein Modul zum Stressmanagement für Eltern

^d medienbasierte Intervention: Film „Überlebenshilfe für Eltern von Kindern mit Behinderungen“

^e Techniken zur Schulung der Kinder in der Perspektivenübernahme (Gray, 1998)

^f RCT=randomisierte-kontrollierte Studie, FU=Follow-Up, TAU=Treatment as usual

4. Fragestellungen und Hypothesen

In der bisherigen Arbeit wurde dargelegt, welche Aspekte in der Erziehung und der Eltern-Kind Interaktion bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Verhaltensauffälligkeiten einen Einfluss haben. Auch wenn die Eltern-Kind Interaktion bei der Genese von ASS keinen Einfluss hat, so spielt sie doch für die Prognose und Behandlung eine bedeutsame Rolle. Es können für die Interaktion zwischen Eltern und ihren autistischen Kindern ähnliche Zusammenhänge und Prozesse angenommen werden, wie bei gesunden Kindern und Kindern mit Verhaltensstörungen. Für die Behandlung ist zudem die hohe Rate komorbider expansiver Verhaltensprobleme sowie eine ausgeprägte emotionale Belastung der Eltern eine bedeutsame Herausforderung.

In der vorliegenden Untersuchung wurde das SSTP Elternttraining als ergänzende Intervention neben der Regelbehandlung (Treatment as Usual) in der Behandlung von ASS eingesetzt. Die Hauptfragestellung dieser Dissertationsarbeit ist, ob sich negative Erziehungsstrategien kurzfristig durch die aktive Teilnahme an einem SSTP Elterntrainings bei Eltern von Kindern mit einer ASS reduzieren lassen. Bisherige Untersuchungen ließen Effektstärken im mittleren bis hohen Bereich vermuten (Tellegen & Sanders, 2013). Im Rahmen des Eigenwartelisten-Kontrollgruppen-Designs der Untersuchung ergab sich folgende Hypothese:

Hypothese: Die Reduktion negativer Erziehungsstrategien in der Selbstauskunft im Sinne von Nachgiebigkeit und Überreagieren ist nach der Intervention höher als nach der Wartezeit.

In bisherigen Untersuchungen zur Wirksamkeit des SSTP Elterntrainings in der Behandlung von ASS wurden Verhaltensbeobachtungen nur selten eingesetzt. In Untersuchungen mit anderen Patientenpopulationen zeigten sich jedoch Verbesserungen des Erziehungsverhaltens in strukturierten Verhaltensbeobachtungen mit Effektstärken im kleinen Bereich. Die Ergebnisse waren jedoch uneinheitlich (Tellegen & Sanders, 2013; Sanders, Kirby, Tellegen & Day, 2014). In den bisherigen Ausführungen wurde deutlich, dass im Kontext von ASS sowohl das Erziehungsverhalten bezogen auf Setzen von Grenzen und Unterbrechen koersiver Prozesse eine Rolle spielt, als auch die Fähigkeit der Eltern, die Entwicklung ihrer Kinder zu fördern. Für die vorliegende Untersuchung wurde daher eigens eine Auswertung für eine Eltern-Kind Interaktionsbeobachtung erstellt. Es sollte überprüft werden, ob sich darin nach der aktiven Teilnahme am SSTP Elternttraining Veränderungen im Erziehungsverhalten zeigten. Da bisher keine Untersuchungen zu dieser Eltern-Kind Interaktionsbeobachtung vorliegen erfolgte die Auswertung explorativ. Dazu wurden folgende Nebenhypothesen formuliert:

Nebenhypothese: In der Interaktionsbeobachtung wenden die Eltern nach der Intervention häufiger Erziehungsstrategien an, die sie im Elterntaining gelernt haben, als vor der Intervention.

Nebenhypothese: In der Interaktionsbeobachtung zeigt sich nach der Intervention eine Reduktion negativer Erziehungsverhaltensweisen im Sinne von Nachgiebigkeit und Überreagieren.

Nebenhypothese: In der Interaktionsbeobachtung zeigt sich nach der Intervention eine Zunahme positiver Erziehungsverhaltensweisen im Sinne von warmherzig-liebevollem Verhalten und fördernd-unterstützendem Verhalten.

Da die Auswertung für die Eltern-Kind Interaktionsbeobachtung eigens für die vorliegende Untersuchung erstellt wurde, liegen bisher keine Erfahrungen im Einsatz des Verfahrens vor. Belege der Testgüte fehlen. Daher sollte überprüft werden, ob die entworfene Auswertung objektive Informationen zu negativem und positivem Erziehungsverhalten liefert und welche Anpassungen für den künftigen Einsatz des Verfahrens vorgenommen werden sollten.

In der bisherigen Ausführung wurde dargestellt, auf welche Weise weitere Erziehungsvariablen mit dem Erziehungsverhalten interagieren. Daher waren weitere Fragestellungen, ob sich das SSTP Elterntaining auch positive Effekte auf die Belastung durch Elternstress, die Selbstwirksamkeitserwartungen in der Erziehung und die psychische Gesundheit der Eltern auswirkt. Für das SSTP Elterntaining im Allgemeinen konnten Effekte im kleinen bis moderaten Bereich angenommen werden (Tellegen & Sanders, 2013). Für den Einsatz des SSTP Elterntainings in der Behandlung von ASS waren die Befunde uneinheitlich. Eine Reduktion des Elternstresses zeigte sich nur in wenigen Untersuchungen, Effekte auf die Selbstwirksamkeitserwartungen zeigten sich teilweise erst im Follow-Up. Daher erfolgte die Auswertung explorativ. Folgende Nebenhypothesen wurden formuliert:

Nebenhypothese: Nach der Intervention zeigt sich eine Zunahme der Selbstwirksamkeitserwartungen in der Erziehung.

Nebenhypothese: Nach der Intervention zeigt sich eine Reduktion der Belastung durch Elternstress.

Nebenhypothese: Nach der Intervention zeigt sich eine Reduktion der allgemeinen psychischen Belastung.

Abschließend sollte untersucht werden, ob das SSTP Elterntaining von Eltern mit Kindern mit einer ASS akzeptiert wird. Die Akzeptanz für das SSTP im Allgemeinen zeigte sich bisher zwar als sehr hoch. Im Kontext von ASS zeigte sich jedoch auch, dass Eltern einige Erziehungsstrategien des SSTP Programms als nicht geeignet einschätzten. Dazu wurden folgende Nebenhypothesen aufgestellt:

Nebenhypothese: Eltern von Kindern mit einer Autismus-Spektrum Störung sind nach der aktiven Teilnahme zufrieden mit dem Stepping Stones Triple P Elterntaining.

Nebenhypothese: Eltern von Kindern mit einer Autismus-Spektrum Störung beurteilen nach der aktiven Teilnahme die Erziehungsstrategien des Stepping Stones Triple P Programm als nützlich.

Nebenhypothese: Eltern von Kindern mit einer Autismus-Spektrum Störung wenden nach der aktiven Teilnahme die Erziehungsstrategien des Stepping Stones Triple P Programm im Alltag regelmäßig an.

Die Veränderungen im Verhalten der Kinder sind nicht Inhalt dieser Arbeit. Ergebnisse finden sich in einer zweiten Dissertationsarbeit im Rahmen des gleichen Projekts (Kasperzack, in Vorbereitung).

5. Stichprobe und Methoden

Im folgenden Abschnitt wird das methodische Vorgehen der Arbeit beschrieben. Insbesondere werden das Untersuchungsdesign, die Rekrutierung der Stichprobe, die Erhebungsinstrumente sowie die statistische Auswertung dargestellt. Das methodische Vorgehen wurde von der Ethik-Kommission des Fachbereichs Humanmedizin der Philipps-Universität Marburg geprüft und genehmigt (Aktenzeichen 81/15). Das Projekt wurde von der Rhön-Forschungsförderung der Rhön-Klinikum AG mit 100.000,- Euro über zwei Jahre gefördert (Projektnummer Fi_7).

5.1. Untersuchungsdesign

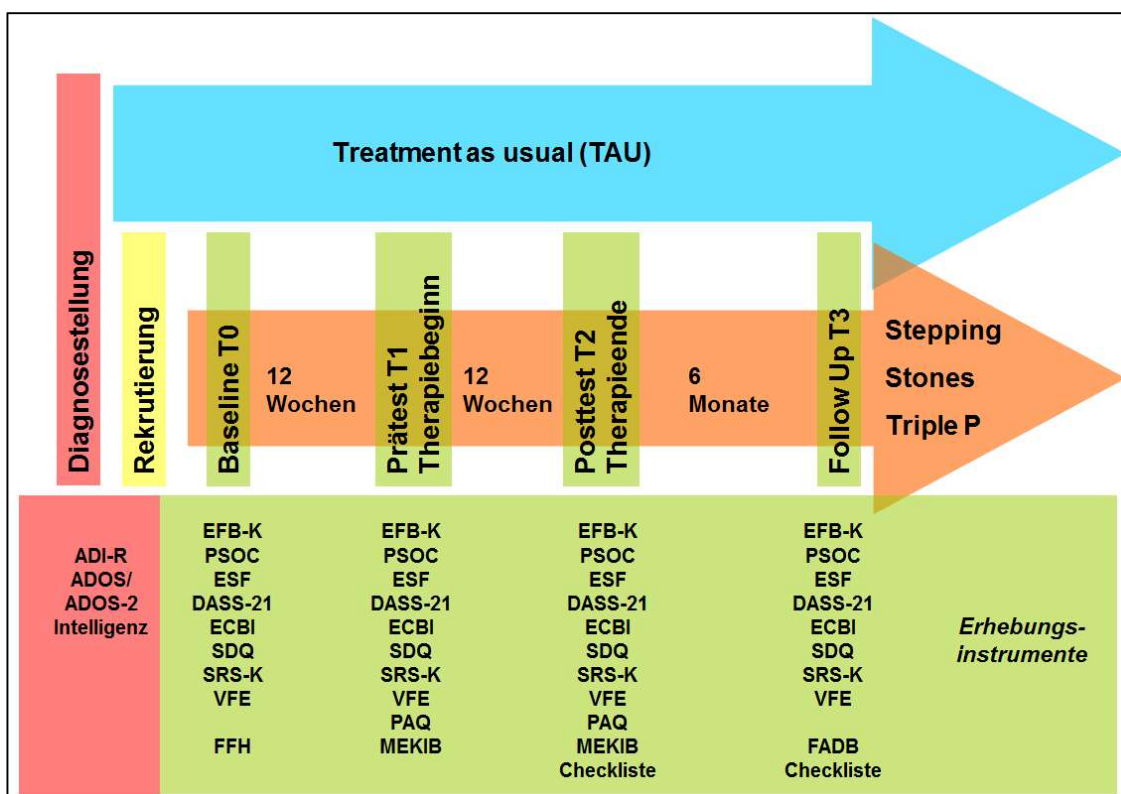
Es handelt sich um eine kontrollierte Studie mit einer Eigenwarteliste-Kontrollgruppe. Die Datenerhebung erfolgte zu vier Messzeitpunkten: Eine Baseline drei Monate vor Beginn der Intervention (T0), ein Prätest unmittelbar vor der Intervention (T1), ein Posttest unmittelbar nach der Intervention (T2) sowie eine Follow-Up Untersuchung sechs Monate nach Beendigung des Elterstrainings (T3). Demnach durchlaufen alle Familien eine dreimonatige Wartezeit und eine dreimonatige Interventionszeit. Ergebnisse der Follow-Up Untersuchung (T3) werden in der vorliegenden Arbeit nicht ausgewertet. Eine Auswertung erfolgt in einer weiteren Dissertationsarbeit (Kasperzack, in Vorbereitung). Der zeitliche Ablauf, die Erhebungszeitpunkte und die eingesetzten Verfahren werden in Abbildung 3 (S. 72) dargestellt.

Ein Effekt der Intervention auf die abhängigen Variablen sollte bei dieser Versuchsplanung nachweisbar sein, wenn innerhalb der Wartezeit (T0 bis T1) keine oder weniger Veränderungen stattfinden als innerhalb der Interventionszeit (T1 bis T2). Die Wirksamkeit des Elterstrainings wurde ergänzend zur Standardbehandlung (treatment as usual, TAU) untersucht. Demnach wurde die Teilnahme an anderen Behandlungen explizit erlaubt. Dieser Versuchsplan weist eine hohe externe Validität auf, da die Familien ihren normalen Alltag mit den bereits vorhandenen Hilfsangeboten wahrnehmen. Zeiteinflüsse können nur teilweise kontrolliert, lediglich erfasst werden und beschränken die interne Validität (Bortz & Döring, 2006).

Als Format wurde das SSTP Gruppeneltertraining (Level 4) gewählt (vergleiche Abschnitt 2.4.2). Die einzige Abweichung zum Standard Manual (Sanders, Mazzucchelli & Studman, 2009) war eine Erweiterung der Anzahl der Sitzungen. Diese Entscheidung gründete auf der Erfahrung, dass die Inhalte in der vorgegeben Zeit nur unter großem Zeitdruck behandelbar sind. Zeitliches Überziehen und Auslassen einiger Inhalte sollte vermieden werden. Statt der im Manual vorgesehenen ersten sechs Sitzungen, wurden

daher sieben durchgeführt und die Inhalte dementsprechend verteilt. Die Elterntrainings fanden an zwei Zentren zwischen September 2015 und Juni 2016 statt. An der Universitätsklinik Marburg wurden Elterntrainings in der Spezialambulanz für Autismus-Spektrum-Störungen durchgeführt, sowie in der Außenstelle der Institutsambulanz in Bad Nauheim. Weitere Elterntrainings fanden am zweiten Studienzentrum in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Klinikums Frankfurt/Oder statt. An den Elterntrainings nahmen jeweils drei bis sechs Elternteile teil. Alle Trainer wurden zuvor in der Durchführung des SSTP Gruppenelterntrainings ausgebildet und durch die Triple P Deutschland GmbH akkreditiert.

Abbildung 3: Untersuchungsdesign



Anmerkungen: EFB-K=Erziehungsfragebogen, PSOC=Fragebogen zum Kompetenzgefühl der Eltern, ESF=Elternstressfragebogen, DASS-21=Depression-Angst-Stress-Inventar, ECBI=Eyberg Child Behavior Inventory, SDQ=Fragebogen zu Stärken und Schwächen, SRS-K=Kurzversion der Skala zur Erfassung sozialer Reaktivität, VFE=Verhaltensfragebogen bei Entwicklungsstörungen, FFH=Fragebogen zum familiären Hintergrund, PAQ=Parental Attribution Questionnaire, MEKIB=Marburger Eltern-Kind Interaktionsbeobachtung, Checkliste=Fragebogen zur Nützlichkeit und Anwendung der Erziehungsstrategien

Die Verhaltensbeobachtung wurde nur direkt vor der Intervention (T1) und nach der Intervention (T2) durchgeführt, da eine Untersuchung den Familien nur zwei Mal zugemutet werden sollte. Zudem fanden die Beobachtungen aus technischen und organisatorischen Gründen nur im Studienzentrum Marburg statt.

5.2. Einschlusskriterien

Folgende Einschlusskriterien für die Teilnahme an der Untersuchung wurden festgelegt:

- Eltern von Kindern mit der Diagnose einer Autismus-Spektrum-Störung (ICD-10 Diagnosen: Frühkindlicher Autismus F84.0; Asperger Syndrom F84.5; atypischer Autismus F85.1) sowie der Verdacht auf Bestehen einer der Diagnosen
- Altersbereich der Kinder: zwei bis zwölf Jahre
- Wohnortnähe zur durchführenden Klinik
- Ausreichende deutsche Sprachkenntnisse der Eltern

Die Diagnose einer ASS wurde klinisch von den jeweiligen Institutionen gestellt, erfolgte leitliniengemäß (DGKJP, 2015) und unter Einsatz der bereits beschriebenen diagnostischen Verfahren (siehe Abschnitt 3.1.5). Familien mit Kindern, bei denen lediglich der Verdacht auf Bestehen einer ASS bestand, wurden explizit eingeschlossen. Dieses Vorgehen basiert auf den aktuellen S3 Leitlinien (DGKJP, 2015; siehe Abschnitt 3.1.5), wonach die Stabilität einer ASS Diagnose bei Kindern geringer ist, die zwischen dem zweiten und sechsten Lebensjahr diagnostiziert wurden. Ausschlusskriterien waren das nicht Erfüllen oben genannter Punkte sowie das Fehlen der schriftlichen Einverständniserklärung der Eltern (die Einverständniserklärung befindet sich in Abschnitt 9.1).

5.3. Verfahren zur Erfassung der Stichprobenmerkmale

5.3.1. Fragebogen zum familiären Hintergrund (FFH)

Der Fragebogen zum Familiären Hintergrund (FFH) wurde größtenteils aus dem SSTP Manual entnommen (Sanders, Mazzucchelli & Studman, 2009). Erhoben wurden Informationen über das Kind (Alter, Geschlecht), der Familienstand der Eltern, die Art der Beziehung zum Kind, die berufliche Tätigkeit sowie die Schulbildung der Eltern. Der Fragebogen erfasst außerdem weitere Aspekte des familiären Hintergrundes wie Alter aller Familienmitglieder, die Art der Familienstruktur, den Gesundheitszustand der Eltern sowie die Inanspruchnahme von weiteren Behandlungen und Therapien für das Kind, inklusive medikamentöser Behandlung. Der FFH und die weiteren Verfahren zur Erfassung der Stichprobenmerkmale befinden sich im Anhang (Abschnitt 9.2).

5.3.2. Skala zur Erfassung sozialer Reaktivität – Kurzversion (SRS-K)

Die Skala zur Erfassung sozialer Reaktivität (SRS; Bölte & Poustka, 2008) ist ein Elternfragebogen zur Beurteilung sozialer, kommunikativer und rigider Verhaltensweisen bei Kindern und Jugendlichen. Sie wurde eingesetzt, um den Schweregrad der Symptomatik der ASS dimensional zu erfassen. Die Skala umfasst 65 Items zu

Auffälligkeiten in der sozialen Interaktion, zu repetitiv-stereotypem Verhalten und sozialem Sprachgebrauch. Im Extrembereich der Skala besteht eine hohe Konvergenz mit ASS. Moul und Kollegen (Moul, Cauchi, Hawes, Brennan & Dadds, 2015) entwickelten eine Kurzversion bestehend aus den 16 Items, die am besten zwischen unterschiedlichen diagnostischen Gruppen trennen. Die Kurzversion erwies sich der Langversion als überlegen bezüglich der Trennung zwischen ASS und anderen psychiatrischen Auffälligkeiten. Die Reliabilität erwies sich als gut ($\alpha=.91$). Der Fragebogen wies eine gute Sensitivität jedoch eine niedrige Spezifität auf. Daher eignet er sich nicht zur Diagnosestellung und sollte nur als Screening Verfahren oder zur Bestimmung des Schweregrades und zur Verlaufsdagnostik eingesetzt werden. Moul und Kollegen (2015) berichten Mittelwerte und Standardabweichungen der Kurzversion des SRS für eine autistische Stichprobe ($M=28,2$; $SD=10,6$), die deutlich über den Mittelwerten für andere psychiatrische Störungen liegen.

5.3.3. Intelligenzmessung

Zur Beurteilung des kognitiven Entwicklungsstandes wurden Intelligenztests eingesetzt. Da die Diagnosen in der ambulanten Regelversorgung gestellt wurden, in unterschiedlichen Institutionen und bei Patienten in unterschiedlichen Alters- und Entwicklungsabschnitten, konnte keine einheitliche Erfassung mit einem einzigen Instrument umgesetzt werden. Eingesetzt wurden gängige Instrumente aus dem klinischen Alltag wie die Wechsler-Intelligence Scale for Children (WISC-IV, Petermann & Petermann, 2011), die Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (WPPSI-III, Petermann F. , 2009), der Non-verbale Intelligenztest SON-R 2½-7 (Tellegen, Laros & Petermann, 2007). Es soll hier auf eine genauere Beschreibung der Verfahren verzichtet werden. Falls mehrere Intelligenzmessungen vorlagen, wurde jeweils die aktuellere Untersuchung für die Auswertung der Daten berücksichtigt. Ebenfalls wurden ausführlichere Verfahren bevorzugt. Wenn aufgrund des Alters, des kognitiven Entwicklungsstandes oder wegen mangelnder Kooperation der Kinder eine standardisierte Durchführung nicht möglich war, wurde auf eine Erhebung des Intelligenzniveaus verzichtet.

5.3.4. Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ)

Der Fragebogen zu Stärken und Schwächen (englisch: Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ; Goodman, 1997) ist ein Screening Fragebogen zu Verhaltensauffälligkeiten und -stärken bei Kindern und Jugendlichen. Aus den 25 Items des SDQ werden durch Aufsummieren fünf Einzelskalen gebildet. Die vier Problemskalen betreffen Hyperaktivität (und Aufmerksamkeit), Emotionale Probleme, Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen sowie externalisierende Verhaltens-

auffälligkeiten. Die Rohwerte dieser vier Skalen werden zu einem Gesamtproblemwert addiert. Eine fünfte Skala erfasst prosoziales Verhalten.

Die interne Konsistenz der Skalen ist zufriedenstellend bis gut, wobei die niedrigste interne Konsistenz für die Skala Probleme mit Gleichaltrigen belegt ist ($\alpha=.58$) und die höchste für die Skala Hyperaktivität ($\alpha=.76$). Es existieren Einteilungen in einen unauffälligen, einen grenzwertigen und einen auffälligen Bereich, die auf Daten einer deutschen Normierungsstichprobe beruhen (Woerner, Becker, Friedrich, Klasen, Goodman & Rothenberger, 2002).

5.4. Rekrutierung

Die Rekrutierung erfolgte über mehrere Wege. Beide Kliniken verfügen über Datenbanken mit Fällen von ASS. So wurden alle dort aufgeführten Familien, auf die die Einschlusskriterien zutrafen, angeschrieben und über die Elterntrainings und die begleitende Studie informiert. Weiterhin wurde ein Flyer zum Projekt gestaltet und an relevante Institutionen versendet. Darunter waren Frühförderstellen, Autismus Therapiezentren sowie das Gesundheitsamt. Das Informationsschreiben und der Flyer befindet sich im Anhang (Abschnitt 9.1). Interessierte Familien, die nicht in den beiden Kliniken kinder- und jugendpsychiatrisch betreut wurden, bzw. die eine Diagnostik in einer anderen Einrichtung erhalten hatten, wurden um eine Entbindung von der Schweigepflicht gebeten und Vorbefunde angefordert.

5.5. Stichprobenbeschreibung

Insgesamt gingen die Daten von 16 Familien in die Auswertung ein. Eine Mutter hatte zwei Kinder mit einer ASS. Die Kinder waren hauptsächlich Jungen (82,4%). Eine standardisierte Intelligenzdiagnostik lag nur für acht Kinder vor. Die Einteilung in IQ Bereiche erfolgte entweder aufgrund des Ergebnisses in einem standardisierten Verfahren oder anhand des klinischen Eindrucks. Gerade bei den Kindern, bei denen keine standardisierte Diagnostik durchgeführt werden konnte, war von einer deutlichen intellektuellen Beeinträchtigung auszugehen. Der Schweregrad der autistischen Symptomatik im SRS-K zu T0 lag knapp unterhalb der Mittelwerte der autistischen Stichprobe der Validierungsstudie von Moul und Kollegen (2015). Die gemittelten Angaben zu T0 im Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ) lagen für den Gesamtwert und den Problemen mit Gleichaltrigen im auffälligen Bereich (Woerner et al., 2002). Die Skala Hyperaktivität lag im Grenzbereich. Die anderen Skalen lagen im unauffälligen Bereich. Ein Großteil der Kinder (82%) erhielt mindestens eine weitere Behandlung, darunter vorrangig Ergotherapie (47%) und logopädische Therapie (41%).

Nur ein geringerer Teil erhielt eine autismusspezifische Therapie (24%). Die Stichprobenmerkmale werden in Tabelle 7 zusammengefasst.

Die Interaktionsbeobachtung wurde nur mit einer Teilstichprobe von neun Familien durchgeführt. Zum einen standen nur im Studienzentrum Marburg die technischen Voraussetzungen zur Verfügung. Zum anderen wollten einige Familien aufgrund der Anfahrt nicht an den zusätzlichen Terminen teilnehmen.

Tabelle 7: Stichprobenmerkmale (Fortsetzung auf nächster Seite)

Kinder	17 (1 Geschwisterpaar)
mittleres Alter	M=6,9 Jahre (SD=3,0)
Altersspanne	3 bis 12 Jahre
Geschlecht	
Jungen	14 (82,4%)
Mädchen	3 (17,6%)
IQ^a	M=103 (SD=16,9)
sehr hoch (>129)	1 (5,8%)
durchschnittlich (85-114)	8 (47,1%)
niedrig (70-84)	3 (17,6%)
Intelligenzminderung (<70)	3 (17,6%)
unbekannt	1
Diagnosen^b	
frühkindlicher Autismus F84.0	9 (52,9%)
atypischer Autismus F84.1	3 (17,6%)
Asperger-Syndrom F84.5	5 (29,4%)
Schweregrad der autistischen Symptomatik	
Gesamtwert SRS-K ^c	M=25,4 (SD=8,2)
Verhaltensauffälligkeiten^d	
Gesamt	M=17,6 (SD=3,3)
Emotionale Probleme	M=3,1 (SD=1,8)
Verhaltensauffälligkeiten	M=2,3 (SD=1,4)
Hyperaktivität	M=6,2 (SD=2,1)
Probleme mit Gleichaltrigen	M=6,0 (SD=1,7)
Medikamentöse Behandlung	3 (17,6%)
Psychostimulantien	1 (Elvanse [®])
Antiepileptika	2 (Ospolot [®] , Levetiracetam [®])
Weitere Behandlungen	14 (82,4%)
Ergotherapie	8 (47,1%)
Logopädie	7 (41,2%)
Frühförderung	2 (11,8%)
autismusspez. Therapie (z.B. ABA, TEACCH)	4 (23,5%)
sonstige Behandlung	3 (17,6%)

Tabelle 7: (Fortsetzung)

Familien	16
Primärfamilie	10 (62,5%)
Stieffamilie/Pflegefamilie	2 (12,5%)
Alleinerziehende	4 (25,0%)
Anzahl der Kinder in der Familie	
1	5 (31,2%)
2	10 (62,5%)
3	1 (6,3%)
Eltern	16 (keine Elternpaare)
Mütter	13 (81,3%), davon 1 Pflegemutter
Väter	3 (18,7%)
Bildung	
Hauptschulabschluss	3 (18,7%)
Realschulabschluss	9 (56,3%)
Abitur	1 (6,3%)
Hochschulabschluss	3 (18,7%)
Berufstätigkeit	8 (50,0%)
Vollzeit	3 (18,7%)
Teilzeit	5 (31,3%), durchschnittl. 20,4 Std./Woche
Psychische Gesundheit in Behandlung	2 (beide auch medikamentös)

Anmerkungen: M=Mittelwert, SD=Standardabweichung

^a Werte in standardisierten Verfahren von 8 Kindern, übrige Angaben nach klinischem Eindruck

^b sowohl gesicherte Diagnosen als auch „Verdacht auf“

^c Skala zur Erfassung sozialer Reaktivität – Kurzversion (SRS-K) zur Baseline (T0)

^d Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ) zur Baseline (T0)

5.6. Selbstbeurteilungsverfahren

5.6.1. Erziehungsfragebogen (EFB-K)

Der Erziehungsfragebogen (EFB-K) ist eine ins deutsche adaptierte Kurzform der Parenting Scale von Arnold, O’Leary, Wolff & Acker (1993). Eltern sollen ihr Erziehungsverhalten in Disziplinierungssituationen auf einer 7-stufigen Antwortskala beschreiben. Die Skala ist zweipolig aufgebaut (-3 bis +3), wobei die Pole jeweils stark effektive bzw. ineffektive Formen des Erziehungsverhaltens darstellen und verbal verankert sind (z.B. „Wenn ich mein Kind bestrafe, ... schimpfe ich nicht mit lauter Stimme.“ bzw. „...schimpfe ich mit lauter Stimme“). Ziel ist die Erfassung von drei negativen Erziehungsstrategien: Überreagieren, Nachsichtigkeit und Weitschweifigkeit. Der Fragebogen wurde im Rahmen der Braunschweiger Kindergarten-Studie ins deutsche übersetzt (Lübke, Miller, Köppe, Kuschel & Hahlweg, 2000) und von Miller (2001) an einer Stichprobe von 570 Müttern überprüft. Dabei zeigten Items der Skala Weitschweifigkeit Defizite in den Faktorladungen und der Trennschärfe, sodass eine

Kurzform mit 13 Items vorgeschlagen wurde. Die Kurzform enthält im Gegensatz zur amerikanischen Originalversion mit 30 Items nur noch die Skalen Überreagieren und Nachgiebigkeit mit den jeweils sechs trennschärfsten Items. In den Gesamtwert, der ein Maß für die Funktionalität des Disziplinierungsverhaltens darstellt, geht noch ein zusätzliches Item bezüglich der Beaufsichtigung der Kinder ein, welches keiner der beiden Skalen zugeordnet ist. Die Skala Nachgiebigkeit bildet ein permissives/inkonsistentes Erziehungsverhalten ab, die Skala Überreagieren ein autoritäres Erziehungsverhalten mit Zeigen von Ärger oder Wut. In der vorliegenden Untersuchung wurde die Kurzform verwendet. Der EFB-K und die weiteren Selbstbeurteilungsverfahren befinden sich im Anhang (Abschnitt 9.3).

Die verkürzten Skalen zeigten eine gute interne Konsistenz für den Gesamtwert ($\alpha=.76$), der Skala Nachgiebigkeit ($\alpha=.75$) sowie der Skala Überreagieren ($\alpha=.75$). Die Korrelation zwischen der verkürzten und Originalversion der Skalen liegt im sehr hohen Bereich (Nachgiebigkeit: $r=.91$, Überreagieren: $r=.95$ und Gesamtwert: $r=.87$) (Miller, 2001).

Naumann und Kollegen (2010) untersuchten die Validität der Langversion des Erziehungsfragebogens bezüglich des Zusammenhangs mit kindlichem Problemverhalten, der Selbstwirksamkeit in der Erziehung und auch mit der Fremdbeurteilung des Erziehungsverhaltens in einer Eltern-Kind Interaktionsbeobachtung. Dabei zeigten sich signifikante positive Zusammenhänge der Skalen des EFB und des Gesamtwertes mit vor allem externalisierendem Problemverhalten. Insbesondere die Skala Überreagieren und der Gesamtwert hingen signifikant mit externalisierendem Problemverhalten zusammen ($r=.35$ bis $r=.41$). Weiterhin zeigten sich negative Zusammenhänge mit der Selbsteinschätzung der Bewältigungskompetenz im mittleren Bereich ($r=-.25$ bis $r=-.47$). Niedrigere Zusammenhänge zeigten sich mit dem beobachteten Erziehungsverhalten im Familien-Interaktionsbeobachtungssystem FIBS (Bertram et al., 2009). Statistisch bedeutsam waren lediglich die Korrelationskoeffizienten von positivem Erziehungsverhalten in der Interaktionsbeobachtung und der Skala Nachgiebigkeit ($r=-.13$) sowie dem Gesamtwert ($r=-.19$). Die Zusammenhänge mit beobachtetem negativem Erziehungsverhalten waren nicht signifikant. Es wurden mittlere Zusammenhänge zwischen Nachgiebigkeit bzw. Überreagieren mit Depressivität ($r=.35$ bzw. $r=.37$) und Ängstlichkeit ($r=.36$ bzw. $r=.36$) gefunden (Herwig, Wirtz & Bengel, 2004).

5.6.2. Fragebogen zum Kompetenzgefühl der Eltern (PSOC)

Der Fragebogen zum Kompetenzgefühl der Eltern (PSOC; Johnston & Mash, 1989) erfasst das Kompetenzgefühl von Eltern auf den zwei Dimensionen Zufriedenheit mit der Elternrolle und Selbstwirksamkeit. Eltern geben ihre Übereinstimmung zu 16 Aussagen auf einer sechsstufigen Likert Skala an („stimme völlig zu“ bis „stimme überhaupt nicht zu“). Die Skala Zufriedenheit bezieht sich dabei auf Angst, Frustration und Motivation in der Elternrolle. Die Skala Selbstwirksamkeit bezieht sich auf die Bewertung der Erziehungskompetenz, Problemlösefähigkeiten und die Befähigung zur Elternrolle. Zudem kann ein Gesamtwert gebildet werden.

In einer Validierungsstudie von Rogers und Matthews (2004) mit 849 Müttern und 329 Vätern in Australien ergaben sich gute interne Konsistenzwerte für beide Skalen sowohl für Mütter (Selbstwirksamkeit: $\alpha=.78$; Zufriedenheit: $\alpha=.77$) als auch für Väter. (Selbstwirksamkeit: $\alpha=.82$; Zufriedenheit: $\alpha=.80$). Die Faktorenstruktur mit zwei Faktoren, die von Johnston und Mash (1989) vorgeschlagen wurde, konnte nur teilweise repliziert werden. Demnach zeigte sich besserer Modell Fit bei einer dreifaktoriellen Struktur, wobei zwei Items der Zufriedenheitsskala (Item 12 und 14) einen interpretierbaren dritten Faktor bildeten. Die Autoren beschrieben diesen als Interesse an Erziehung und grenzen ihn auch inhaltlich von den beiden anderen Faktoren ab. Es zeigten sich signifikant höhere Werte in den Bereichen Selbstwirksamkeit und Zufriedenheit für Väter im Vergleich zu Müttern, wobei die Unterschiede gering waren sowie laut Autoren klinisch nicht relevant sein dürften. Rogers und Matthews (2004) fanden keine Zusammenhänge zwischen der Selbstwirksamkeit und den Skalen des Depression-Angst-Stress-Inventars (DASS) sowie den Skalen Nachgiebigkeit und Weitschweifigkeit des Erziehungsfragebogens (EFB). Ein kleiner aber signifikanter, positiver Zusammenhang bestand zwischen Selbstwirksamkeit und der Skala Überreagieren. Mittlere, negative Zusammenhänge bestanden zwischen der Skala Zufriedenheit und allen Skalen des DASS sowie des EFB. Jones und Prinz (2005) diskutieren zudem, ob der Gesamtwert, in den auch die Skala Zufriedenheit mit eingeht, oder nur die Skala Selbstwirksamkeit ein geeignetes Maß für Selbstwirksamkeitserwartungen darstellt. In der Forschung werde dies unterschiedlich gehandhabt.

5.6.3. Elternstressfragebogen (ESF)

Der Elternstressfragebogen (ESF; Domsch & Lohaus, 2010) erfasst das elterliche Stresserleben sowie drei Be- und Entlastungsfaktoren, die allgemein mit Elternstress assoziiert werden. Der Einsatzbereich ist für Eltern von Vorschülern und Schülern der ersten bis sechsten Klasse angegeben, dazu existieren zwei Formen. Vorschul- und Schulversion unterscheiden sich inhaltlich in der Formulierung einiger weniger Items.

Eltern werden gebeten sich in insgesamt 38 Aussagen auf einer vierstufigen Skala einzuschätzen („trifft nicht zu“ bis „trifft genau zu“). Die Skala Elternstress umfasst 17 Aussagen zur wahrgenommenen elterlichen Erziehungskompetenz, Stress in der Interaktion mit dem Kind sowie alltäglichen Problemen durch die Elternschaft. Die Skala Rollenrestriktion umfasst sieben Aussagen zu Einschränkungen in Freizeit und Freiheit durch die Elternschaft. Zur Erfassung von sozialer Unterstützung liegt eine Skala mit sieben Aussagen zur Unterstützung und Entlastung durch Verwandte, Freunde und das nahe Umfeld vor. Eltern die in einer Partnerschaft leben, werden schließlich gebeten ihre Einschätzung zu sieben Aussagen zur Unterstützung durch den Partner, zur Übereinstimmung in Erziehungsfragen sowie zur Zufriedenheit innerhalb der Partnerschaft abzugeben. Ein Gesamtwert wird nicht berechnet.

Die Autoren berichten befriedigende bis gute interne Konsistenzwerte (Elternstress: $\alpha=.92$; Rollenrestriktion: $\alpha=.85$; Soziale Unterstützung: $\alpha=.77$; Partnerschaft: $\alpha=.83$). Eine faktoranalytische Untersuchung bestätigte die vierfaktorielle Struktur des Verfahrens. Der höchste Zusammenhang zwischen den Skalen bestand zwischen Elternstress und Rollenrestriktion ($r=.45$). Kein Zusammenhang bestand zwischen den Skalen Elternstress und soziale Unterstützung. Es liegen positive Befunde zur Konstruktvalidität vor. Zwar zeigte sich für die Vorschul- bzw. Schulversion nur ein mittlerer Zusammenhang zwischen der Kurzversion des weit verbreiteten Parenting Stress Index (PSI; Abidin, 1983) und der Skala Elternstress ($r=.49$ bzw. $r=.42$), jedoch ein mittlerer bis hoher Zusammenhang mit der Skala Rollenrestriktion ($r=.77$ bzw. $r=.58$) (Renner, 2007, zit. nach Domsch & Lohaus, 2010). Mittlere negative Zusammenhänge fanden sich zudem zwischen dem Gesamtwert des Fragebogens zum Kompetenzgefühl der Eltern (PSOC; Johnston & Mash, 1989) und der Skala Elternstress ($r=-.67$ bzw. $r=-.68$) und der Skala Rollenrestriktion ($r=-.40$ bzw. $r=-.42$) (Döpfner, Lehmkuhl & Steinhausen, 2006). Eltern, die sich im ESF als stressbelastet beschrieben, wurden von ihren Kindern als weniger warm und unterstützend wahrgenommen ($r=-.20$) und übten aus Sicht der Kinder mehr psychologische Kontrolle aus ($r=.57$) (Eickelberg, 2008 zit. nach Domsch & Lohaus, 2010)

5.6.4. Depression-Angst-Stress-Inventar (DASS-21)

Das Depression-Angst-Stress Inventar (DASS; Lovibond & Lovibond, 1993) erfasst in 42 Items Symptome von Depression, Angst und Stress bei Erwachsenen über den Zeitraum der letzten Woche vor der Befragung. Die hier eingesetzte Kurzform (DASS-21) beinhaltet 21 Items zur Erfassung der gleichen Merkmale, wobei laut Autoren die erreichten Werte verdoppelt werden müssen um die Normwerte der Langfassung auch zur Auswertung der Kurzform verwenden zu können. Es liegen Rohwertbereiche zur

Einteilung in normale, milde, mittelschwere, schwere und sehr schwere Ausprägung für alle drei Merkmale vor. Die Skala Stress beinhaltet Fragen zu allgemeinem Stresserleben im Sinne einer allgemeinen psychischen Belastung (z.B. „In der letzten Woche fiel es mir schwer mich zu entspannen“ oder „In der letzten Woche habe ich festgestellt, dass ich ungeduldig wurde, wenn ich aufgehalten wurde“). Damit unterscheidet sich das erfragte Konstrukt vom spezifischeren Elternstress, der sich auf die Belastung durch die Rolle als Elternteil bzw. Erziehender bezieht.

In Untersuchungen zur Testgüte (Antony, Bieling, Cox, Enns & Swinson, 1998; Brown, Chorpita, Korotitsch & Barlow, 1997) zeigten sich hohe interne Konsistenzwerte für die drei Skalen (Depression: $\alpha=.97$; Angst: $\alpha=.92$; Stress: $\alpha=.95$) sowie gute Test-Retest-Reliabilitäts-Koeffizienten (Depression: $r_{tt}=.71$; Angst: $r_{tt}=.79$; Stress: $r_{tt}=.81$). In der Untersuchung von Brown und Kollegen (1997) zeigte sich eine stabile dreifaktorielle Struktur, die für eine Abgrenzbarkeit der drei Symptombereiche spricht. Es konnten eine gute konvergente Validität nachgewiesen werden im Sinne von hohen Korrelationen der DASS Skalen mit entsprechenden Depressions- oder Angstinventaren, wobei die Skala Stress vor allem mit Maßen für negativen Affekt und Sorgen (engl.: worry) zusammenhing. Die diskriminante Validität wurde belegt durch geringe Zusammenhänge mit jeweils konstruktfernen Skalen.

5.7. Marburger Eltern-Kind Interaktionsbeobachtung (MEKIB)

Die Marburger Eltern-Kind Interaktionsbeobachtung (MEKIB) ist ein klinisches Beobachtungsverfahren zur Exploration der Eltern-Kind Interaktion und des Erziehungsverhaltens der Eltern in einem strukturierten Setting. Es wurde für die Kleinkindambulanz der Marburger Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie entwickelt und wird dort im Rahmen der Diagnostik angewendet.

Ein Eltern-Kind Paar soll in einem ausgestatteten Zimmer verschiedene strukturierte Situationen durchlaufen. Diese beinhalten klassische Situationen im Erziehungskontext wie eine Verbotsaufgabe (Schatztruhe), gemeinsames Spiel, Bewältigung von Herausforderungen, Abwarten während ein Elternteil beschäftigt ist und das Aufräumen. Eltern bekommen von einem Untersucher, der im Nebenraum vor einem Monitor die Situationen beobachtet, Anweisungen über einen Lautsprecher im Ohr, welche Aufgabe als nächstes durchgeführt werden soll. Die Dauer der Beobachtung beträgt ca. 30 Minuten. Die Sequenz wird mit einer festinstallierten Videokamera aufgezeichnet. Der Ablauf der Situationen wird in Tabelle 8 dargestellt.

Tabelle 8: Struktur der Marburger Eltern Kind Interaktionsbeobachtung (MEKIB)

Schatztruhe	Dem Kind wird in Aussicht gestellt, am Ende der Untersuchung eine Belohnung zu erhalten, darf aber vorher nicht in die Schatztruhe hineinschauen oder damit spielen.
Freies Spiel	Kind soll mit dargebotenem Spielmaterial spielen, Elternteil hält sich zurück
gemeinsames Spiel: höheres Aktivitätslevel	Elternteil und Kind spielen miteinander
gemeinsames Spiel: niedrigeres Aktivitätslevel	Elternteil und Kind schauen gemeinsam ein Buch an/ lesen gemeinsam ein Buch
Zuneigung zeigen	Elternteil soll dem Kind Zuneigung zeigen
Herausforderung bewältigen	Kind soll eine schwierige Puzzle-Aufgabe lösen, Elternteil soll unterstützen
Elternteil beschäftigt	Elternteil soll Fragebogen ausfüllen, Kind soll sich kurz alleine beschäftigen
Aufräumen	Elternteil und Kind räumen gemeinsam auf

Das Spielzimmer wird zuvor vom Untersucher präpariert. Es werden vier Kisten mit Spielzeug (Autos, Plastiktiere, Küchenutensilien) sowie ein Straßenteppich bereitgestellt. Auf dem Tisch wird eine Schatztruhe platziert, welche Belohnungen für das Kind enthält. Die Belohnungen sind für das Kind nicht sichtbar, werden jedoch zu Beginn der Sequenz vom Untersucher angekündigt. Einige Spielzeuge werden auf dem Boden verteilt, sodass in jedem Falle aufgeräumt werden muss. Je nach Alter und Entwicklungsstand des Kindes wird ein entsprechendes Kinderbuch bereitgelegt. Zudem wählt der Untersucher zwei Puzzle (Holzpuzzle mit Rahmen bzw. Tangram Puzzle mit Vorlagen) aus, die für die Kinder lösbar sind aber eine Herausforderung sein sollen. Auf einem Nebentisch liegt ein Fragebogen über Verhaltensauffälligkeiten der Kinder, dessen Bearbeitung ca. fünf Minuten dauert. Die Anleitung für den Untersucher befindet sich in Anhang (Abschnitt 9.5).

Für die vorliegende Untersuchung wurde eigens ein Auswertungssystem erstellt, das sich eng an den im Elternteraining vorgestellten Erziehungsstrategien orientiert. Dazu wurde zunächst ein manualisiertes Event-Sampling Verfahren entwickelt, um zu überprüfen, ob die Erziehungsstrategien aus dem SSTP Elternteraining nach der aktiven Teilnahme häufiger angewendet wurden. Da die Erfassung von allgemeinen Erziehungsstilen häufig enger mit den Veränderungen von Problemverhalten zusammenhängt (Rothbaum et al., 1994) wurden weiterhin Rating Skalen entworfen.

Die Auswertung wurde von studentischen Hilfskräften durchgeführt. Die Studierenden befanden sich im letzten Studienabschnitt ihres Psychologie- beziehungsweise Medizinstudiums und hatten keine praktischen Erfahrungen im klinischen Bereich. Sie wurden vier Stunden in der Auswertung geschult. Die Auswertung erfolgte verblindet bezüglich des Messzeitpunktes und in zufälliger Reihenfolge. Dazu wurde eine Liste mit den Filmdateien erstellt, die nacheinander von den Studierenden ausgewertet werden sollte, wobei die Reihenfolge ausgewürfelt wurde.

5.7.1. Erziehungsstrategien

Für das Event-Sampling Verfahren wurden Erziehungsstrategien aus SSTEP Programm ausgewählt, für die erwartet werden konnte, dass sie in der halbstündigen Verhaltensbeobachtung auftreten könnten. Tabelle 9 (S. 84) listet die ausgewählten Erziehungsstrategien aus den Bereichen Umgang mit Problemverhalten, Förderung angemessener Verhaltensweisen und Beibringen neuer Fertigkeiten auf. Weiterhin wurde als negatives Verhalten der Eltern negative Äußerungen und Kritik aufgenommen. Die Erfassung erfolgte durch Zählen der Verhaltensweisen, wobei allgemeine und spezifische Regeln in einem Manual vorab definiert wurden. Als Orientierung diente hierbei das Manual des Dyadic Parent-Child Interactive Coding System (DPIICS-R; Robinson & Eyberg, 1981). Das vollständige Manual zur Auswertung befindet sich in Anhang (Abschnitt 9.5).

Die spezifischen Regeln orientierten sich eng an den Beschreibungen des SSTEP Arbeitsbuches. So musste für die Kodierung einer klaren, ruhigen Anweisung (START) sowohl eine genaue Anweisung der Eltern erfolgen sowie fünf Sekunden gewartet werden bevor diese wiederholt werden durfte (*5 Sekunden Regel*). Bei häufigeren Wiederholungen wurde eine andere Anweisung kodiert.

Zudem wurden allgemeine Regeln für die Kodierungen definiert, um die teilweise doch komplexen Interaktionen zu quantifizieren. Generell galt die *2 Sekunden Regel*. Demnach mussten zwischen zwei Kodierungen einer Kategorie 2 Sekunden vergehen. Dies sollte verhindern, dass z.B. ein Lob, welches kurz hintereinander mehrfach wiederholt wurde, bei den Beobachtern zu unterschiedlicher Anzahl von Kodierungen führte. Die *Erfolgsregel* wurde für Verhaltensweisen aufgestellt, die abhängig von der Situation sowohl negatives als auch positives Erziehungsverhalten darstellen können. So kann eine kurze Unterbrechung, also ein sanftes Festhalten des Kindes, zur Beruhigung des Kindes beitragen, aber auch zu Rangeleien und Eskalation führen. Die Eltern müssen sensibel abwägen, ob diese Erziehungsstrategie in einer bestimmten Situation sinnvoll eingesetzt werden kann. Kodiert wurde daher, wenn absichtliches

Ignorieren und kurze Unterbrechungen erfolgreich eingesetzt wurde, das heißt zu einer Beruhigung des Kindes führte. Um häufigen Kodierungen durch einen besonders milden Beobachter entgegenzuwirken wurde die *Prioritätsregel* festgelegt. Demnach soll im Zweifel das eher ungünstigere Erziehungsverhalten kodiert werden.

Tabelle 9: Ausgewählte Erziehungsstrategien der Event-Sampling Auswertung

Umgang mit Problemverhalten	Klare ruhige Anweisung (START) ^a
	Klare ruhige Anweisung (STOP) ^b
	Andere Anweisung
	Kurze Unterbrechung
	Absichtliches Ignorieren
Förderung angemessener Verhaltensweisen	Logische Konsequenz
	Beschreibendes Lob
	Unspezifisches Lob
Beibringen neuer Fertigkeiten	Aufmerksamkeit Schenken
	Vorbild sein
	Berührendes Führen
Negatives Erziehungsverhalten	Durch Fragen zum eigenständigen Problemlösen anregen
	Negative Äußerungen und Kritik

Anmerkungen:

^a START=klare ruhige Anweisung zum Beginnen einer Handlung (z.B.: „Räum die Autos in die Kiste!“;

^b STOP= klare ruhige Anweisung zum Beenden einer Handlung (z.B. „Hör auf zu Schreien, sag es mir mit ruhiger Stimme!“)

5.7.2. Rating Skalen

Zusätzlich zum Event-Sampling Verfahren wurden eigens für die vorliegende Untersuchung Rating Skalen entworfen. Der Zusammenhang zwischen Selbstbeurteilungen und Verhaltensbeobachtungen des Erziehungsverhaltens kann höher sein, wenn Beurteiler globale Ratings vornehmen und sich diese Ratings inhaltlich an den Merkmalen der Selbstbeurteilungsverfahren orientieren (Arnold et al., 1993, zitiert nach Naumann et al., 2010).

Die entwickelten Rating Skalen beinhalten 19 Items zur Beurteilung des Erziehungsverhaltens, die sich am Format und teilweise am Inhalt des Erziehungsfragebogens (EFB-K) orientieren. Die Beurteiler sollen ihren Gesamteindruck von spezifischen Erziehungsverhaltensweisen auf einer 7-stufigen Antwortskala beschreiben. Das Beurteilungsformat ist zweipolig aufgebaut (-3 bis +3), wobei die Polen jeweils verbal verankert sind (z.B. „Wenn das Kind etwas tut, was die Mutter/der Vater nicht mag... unternimmt sie/er jedes Mal etwas dagegen.“ bzw. „... lässt sie/er es oft durchgehen.“).

Die Items lassen sich den beiden Skalen Nachgiebigkeit und Überreagieren des EFB-K zuordnen. Zudem wurden Items entworfen, die der Skala Warmherzig-Liebevoll zugeordnet sind und beziehungsförderndes Verhalten der Eltern abbilden sollen, wie beispielsweise Körperkontakt oder Sprechen mit warmer Stimme. Die Items orientierten sich an Erziehungsstrategien aus dem SSTP Programm aus dem Bereich Eine gute Beziehung zum Kind fördern und erhalten, z.B. mit dem Kind kommunizieren oder Zuneigung zeigen. Eine vierte Skala (Fördernd-Unterstützend) beinhaltete Items zu motivierendem Verhalten der Eltern, wie beispielsweise Freude über erledigte Aufgaben oder dem Nichtabnehmen von Aufgaben. Diese Items orientierten sich an den Erziehungsstrategien aus dem SSTP Programm zur Förderung von angemessenem Verhalten und Beibringen neuer Fertigkeiten, z.B. Loben und Beiläufiges Lernen.

5.8. Akzeptanz

5.8.1. Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Behandlung (CSQ)

Der Fragebogen zur Zufriedenheit mit dem Stepping Stones Triple P Programm (englisch: Client Satisfaction Questionnaire, CSQ) wurde dem Triple P Programm entnommen (Sanders, Mazzucchelli & Studman, 2009). Er wurde zur Evaluation der Akzeptanz des Programms eingesetzt (Tellegen, 2014) und die Autoren empfehlen den Einsatz des Verfahrens zur Qualitätssicherung im klinischen Kontext. Das Verfahren ist eine Adaptation des Therapy Attitude Inventory (TAI; Eyberg, 1993) das entwickelt wurde um die Zufriedenheit mit Elterntrainings zu erfassen. Reliabilität, interne Konsistenz und diskriminative Validität sind für das TAI nachgewiesen (Eyberg, 1993). Der Fragebogen erfasst, wie gut das Programm den Bedürfnissen der Eltern entsprochen hat, die elterlichen Fertigkeiten verbessert wurden und das Problemverhalten der Kinder reduziert wurde. Außerdem erfasst der Fragebogen, ob Eltern das Programm weiterempfehlen würden. Aus den Werten der 13 siebenstufigen Items lässt sich eine Gesamtsumme bilden, die die allgemeine Zufriedenheit mit dem Programm widerspiegelt. Tellegen und Sanders (2014) berichten Ergebnisse über die Zufriedenheit von Eltern von Kindern mit ASS bezogen auf das SSTP Programm ($M=72.67$, $SD=12.08$).

5.8.2. Fragebögen zur Nützlichkeit und Anwendung der Erziehungsstrategien

Zur Erfassung der Akzeptanz und Anwendung der im Kurs vorgestellten Erziehungsstrategien wurden zwei Verfahren entwickelt. Dazu wurden alle 26 Erziehungsstrategien aufgelistet und die Eltern gebeten, auf einer mehrstufigen Antwortskala eine Einschätzung abzugeben. Für die Erfassung der Anwendung der Erziehungsstrategien stand ein sechsstufiges Antwortformat mit Häufigkeitsangaben zur

Verfügung (sehr selten, ein Mal im Monat, ein Mal in der Woche, mehrfach in der Woche, täglich und mehrmals täglich). Die Eltern wurden gebeten einzuschätzen, wie häufig sie die entsprechende Erziehungsstrategie im Alltag einsetzen. Für die Erfassung der Nützlichkeit wurden die Eltern gebeten, anzugeben, wie hilfreich sie die Erziehungsstrategien fanden. Dazu stand ihnen ein vierstufiges Antwortformat zur Verfügung (gar nicht hilfreich, kaum hilfreich, eher hilfreich, sehr hilfreich). Ein ähnliches Vorgehen wurde bereits in anderen Untersuchungen zur Wirksamkeit des SSTP Programms angewendet (Whittingham, 2006). Aufgrund fehlender Angaben zur Güte der Verfahren sollte die Auswertung unter Vorbehalt erfolgen und diene rein explorativen Zwecken.

5.9. Datenauswertung

5.9.1. Deskriptive Statistik

Die Berechnung der Skalenwerte, Mittelwerte und Standardabweichung erfolgte mit SPSS Version 15.0.

5.9.2. Inferenzstatistik

Zur Überprüfung der Hypothese, dass die Reduktion des negativen Erziehungsverhaltens nach der Intervention größer ist als nach der Wartezeit, wurden Differenzwerte mittels folgender Formeln gebildet:

$$\text{diff1} = \text{Skalenwert T1} - \text{Skalenwert T0}$$

$$\text{diff2} = \text{Skalenwert T2} - \text{Skalenwert T1}$$

Das Hauptzielkriterium war das negative Erziehungsverhalten erfasst mit dem Erziehungsfragebogen (EFB-K). Damit ergaben sich drei Differenzwertpaare für die Skalen Nachgiebigkeit, Überreagieren und den Gesamtwert. Als statistischer Signifikanztest wurde der einseitige T-Test bei abhängigen Stichproben gewählt. Das Signifikanzniveau wurde auf 5% festgelegt. Bei der Durchführung mehrerer T-Tests besteht die Gefahr, dass sich der Fehler erster Art (α Fehler) kumuliert. Aus diesem Grund wird bei multiplem Testen die Korrektur des Signifikanzniveaus nach Bonferroni vorgeschlagen, wobei das Signifikanzniveau durch die Anzahl der durchgeführten T-Tests dividiert wird (Bortz & Döring, 2006).

Für alle anderen Variablen wurden keine Signifikanztests durchgeführt. Die Auswertung erfolgte daher explorativ. Als Effektstärkemaß wurde Cohens d berechnet (Bortz & Döring, 2006). Wenn nicht anders angegeben wurde die Effektstärke für die Differenz zwischen T2 - T1 (Post-Prä) berechnet. Bei den so ermittelten Effektstärken bedeuten

positive Werte eine Zunahme der Skala, negative Werte bedeuten eine Abnahme der Skala zwischen T1 und T2. Nach der gängigen Einteilung (Cohen, 1988) entsprechen Effektstärken von $d > .20$ einem kleinen Effekt, von $d > .50$ einem mittleren Effekt und von $d > .80$ einem großen Effekt. Effektstärken $d < .20$ sind demnach klinisch nicht relevant.

5.9.3. Marburger Eltern-Kind Interaktionsbeobachtung

Zur Überprüfung der Objektivität des eigens erstellten Auswertungssystems wurden die Beurteilerübereinstimmungen berechnet. Die Kodierung der Erziehungsstrategien beruht auf Auszählen und ist daher mindestens verhältnisskaliert. Die Beurteilung mittels der Rating Skalen ist nur ordinalskaliert. Daher wurde als Maß der Beurteilerübereinstimmung für die Erziehungsstrategien die Intra-Klassen-Korrelation (ICC) gewählt und für die Rating Skalen der Rangkorrelationskoeffizient ρ nach Spearman (Bortz & Döring, 2006). Für die Intra-Klassenkorrelation werden Werte über $ICC > .70$ als gute Übereinstimmung interpretiert. Werte unter $ICC < .50$ werden als schwach oder nicht akzeptabel interpretiert (Wirtz, 2004). Für den Korrelationskoeffizienten ρ nach Spearman gelten die üblichen Interpretationsrichtlinien für Zusammenhangsmaße, wonach $\rho > .10$ für einen kleinen, $\rho > .30$ für einen mittleren und $\rho > .50$ für einen großen Zusammenhang steht (Cohen, 1988).

Für die Rating Skalen wurden zudem die Werte der internen Konsistenz (Cronbachs α) als Maß der Einheitlichkeit der Skala berechnet sowie die Interskalen-Korrelationen (Spearman's ρ) als Maß für den Zusammenhang der Skalen untereinander (Bortz & Döring, 2006).

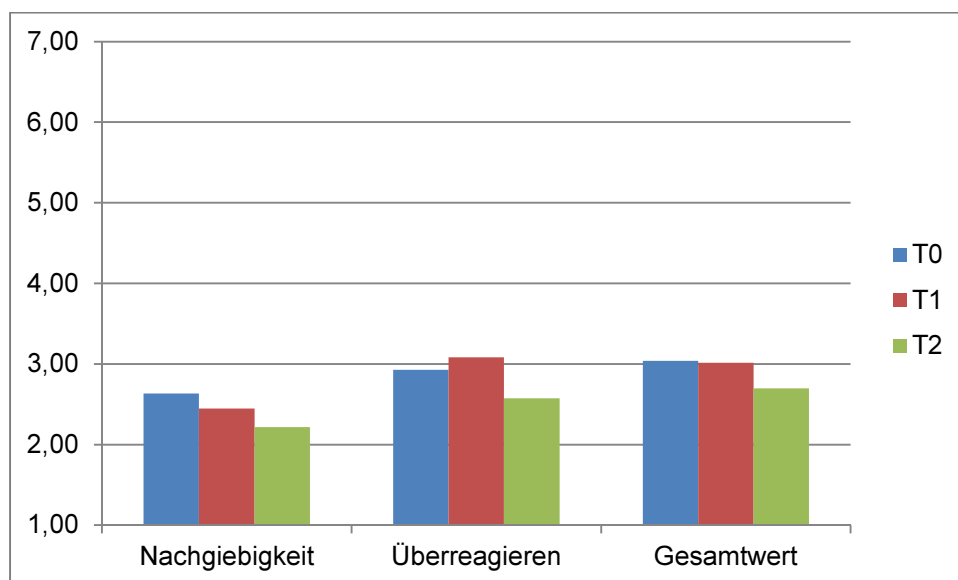
6. Ergebnisse

6.1. Selbstbeurteilungen

6.1.1. Veränderungen über die Messzeitpunkte

EFB-K: Ein Effekt im mittleren Bereich zeigte sich für die Skala Überreagieren ($d=-.51$). Das negative Vorzeichen bedeutet eine Abnahme des überreagierenden Erziehungsverhaltens. Überreagierendes Verhalten blieb während der Wartezeit relativ stabil und nahm tendenziell noch zu ($d_{\text{Prä-Baseline}}=.16$). Für die Skala Nachgiebigkeit zeigte sich eine Reduktion vor der Teilnahme am Elterntraining. Diese war ähnlich hoch, wie die Veränderungen nach dem Elterntraining ($d_{\text{Prä-Baseline}}=-.18$, $d_{\text{Post-Prä}}=-.24$). Während der Gesamtwert des EFB-K in der Wartezeit relativ stabil blieb, zeigte sich eine Reduktion nach der Intervention im kleinen Bereich ($d=-.40$). Die Mittelwerte der Skalen des EFB-K zu allen Messzeitpunkten werden in Abbildung 4 dargestellt.

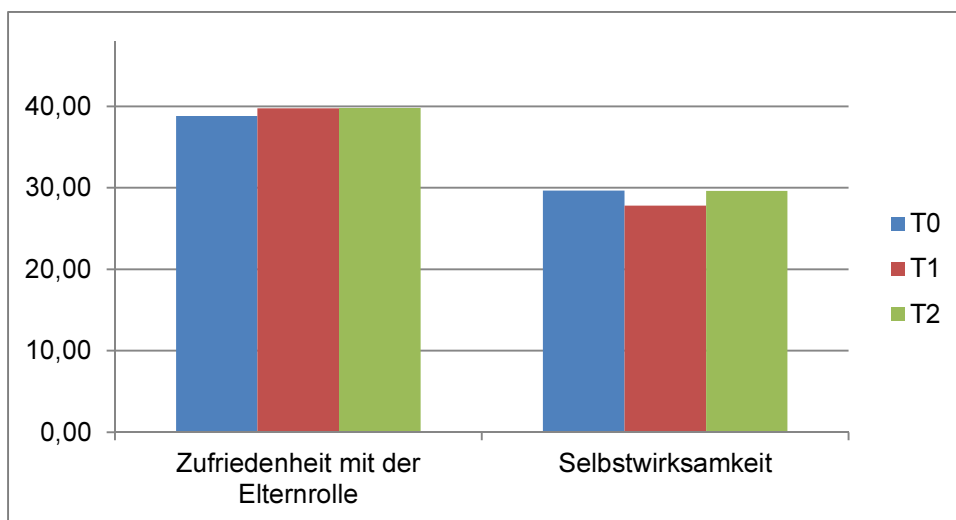
Abbildung 4: Mittelwerte der Skalen des EFB-K zu allen Messezeitpunkten



Anmerkungen: N=16

PSOC: Es zeigte sich eine Zunahme der Selbstwirksamkeitserwartungen zwischen T1 und T2 im kleinen Bereich ($d=.44$). Die Zufriedenheit mit der Elternrolle veränderte sich nicht ($d=.01$). Bei genauerer Betrachtung fällt jedoch auf, dass die Selbstwirksamkeitserwartungen der Eltern nach der Wartezeit bereits deutlich gesunken waren ($d_{\text{Prä-Baseline}}=-.51$) und dann zu T2 wieder auf den Baseline Wert stiegen. Die Mittelwerte der Skalen des PSOC zu allen Messzeitpunkten werden in Abbildung 5 (S. 89) dargestellt.

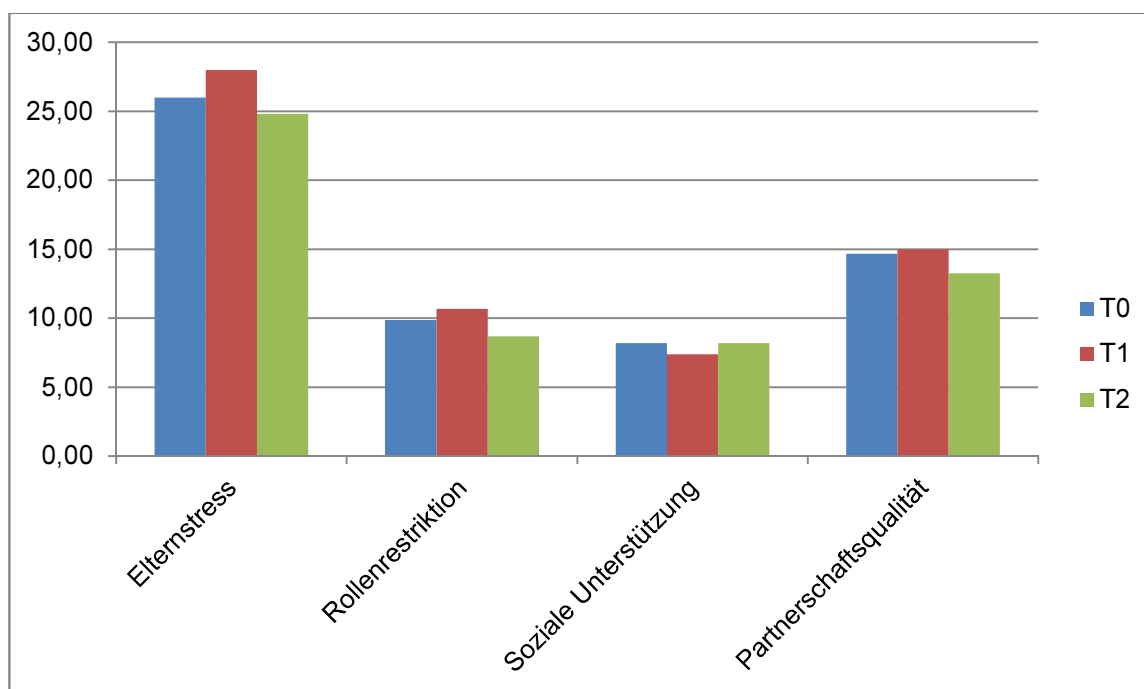
Abbildung 5: Mittelwerte der Skalen des PSOC zu allen Messzeitpunkten



Anmerkungen: N=16

ESF: Im Elternstressfragebogen zeigte sich sowohl eine Reduktion von Elternstress ($d=-.39$) als auch von Rollenrestriktion ($d=-.36$) im kleinen Bereich. Der Elternstress nahm während der Wartezeit eher zu ($d_{\text{Prä-Baseline}}=.24$). Für die Qualität der Partnerschaft zeigte sich eine Verschlechterung mit einer Effektstärke im kleinen Bereich ($d=-.27$). Für soziale Unterstützung zeigte sich nur eine minimale Veränderung ($d=.19$). Die Mittelwerte der Skalen des ESF zu allen Messzeitpunkten werden in Abbildung 6 dargestellt.

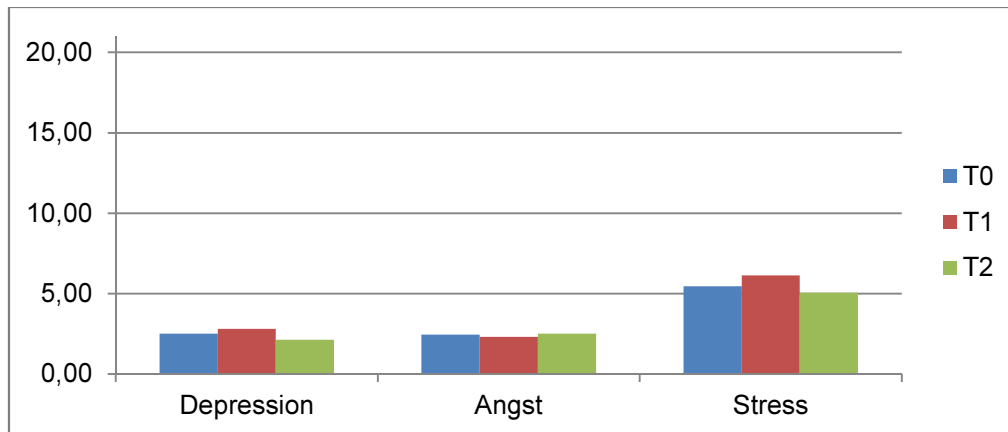
Abbildung 6: Mittelwerte der Skalen des ESF zu allen Messzeitpunkten



Anmerkungen: N=16; Skala Partnerschaftsqualität N=12

DASS-21: Hier zeigte sich eine Reduktion von allgemeinem Stresserleben ($d=-.25$) mit einer Effektstärke im kleinen Bereich. Eine minimale Veränderung zeigte sich in der Skala Depressivität ($d=-.18$), nicht jedoch von Angst ($d=.05$). Die Mittelwerte der Skalen des DASS-21 zu allen Messzeitpunkten werden in Abbildung 7 dargestellt.

Abbildung 7: Mittelwerte der Skalen des DASS-21 zu allen Messzeitpunkten



Anmerkungen: N=16

Tabelle 10 (S. 91) zeigt die Mittelwerte und Standardabweichungen der Selbstbeurteilungsverfahren zu allen drei Messzeitpunkten sowie die Effektstärken der Veränderungen zwischen T1 und T2 (Post-Prä).

6.1.2. Hypothesentestung

T-Tests: Für den Gesamtwert des EFB-K zeigte sich kein signifikanter Unterschied der Differenzwerte: $t(15)=-1,473$, $p<.162$. Ebenso für die Skala Nachgiebigkeit: $t(15)=-0,141$, $p<.890$. Für die Skala Überreagieren war der Unterschied der Differenzwerte statistisch signifikant, auch nach der Korrektur des Signifikanzniveaus nach Bonferroni: $t(15)=-3,230$, $p<.006$.

Tabelle 10: Deskriptive Statistiken der Selbstbeurteilungen getrennt nach Messzeitpunkten sowie Effektstärke (Post-Prä)

	T0 (Baseline)		T1 (Prä)		T2 (Post)		Effektstärke (Post-Prä)
	M	SD	M	SD	M	SD	d
EFB-K							
Gesamtwert	3,04	0,73	3,01	0,78	2,70	0,80	-.40
Nachgiebigkeit	2,64	1,01	2,45	1,00	2,22	0,93	-.24
Überreagieren	2,92	1,00	3,08	1,00	2,22	0,98	-.51
PSOC							
Zufriedenheit	38,81	7,63	39,75	7,56	39,81	6,77	.01
Selbstwirksamkeit	29,67	4,07	27,81	3,21	29,63	5,11	.44
ESF							
Elternstress	26,00	9,04	28,00	7,89	24,81	8,60	-.39
Rollenrestriktion	9,88	5,62	10,69	5,41	8,69	5,57	-.36
Soziale Unterstützung	8,19	4,75	7,38	4,26	8,19	4,21	.19
Partnerschaft ^a	14,67	6,15	15,00	5,92	13,25	6,99	-.27
DASS-21							
Depression	2,50	2,92	2,81	3,95	2,13	3,46	-.18
Angst	2,44	2,66	2,31	2,96	2,50	4,35	.05
Stress	5,46	3,19	6,13	3,91	5,06	4,46	-.25

Anmerkungen: N=16, M=Mittelwert, SD=Standardabweichung

^a in die Auswertung der Skala Partnerschaft gingen nur die Angaben von N=12 Eltern ein.

6.2. Marburger Eltern-Kind Interaktionsbeobachtung (MEKIB)

6.2.1. Erziehungsstrategien

Beurteilerübereinstimmung: Die Intra-Klassen-Korrelationskoeffizienten waren sehr heterogen (siehe Tabelle 11, S.92). Koeffizienten im guten Bereich zeigten sich nur für die Strategien Beschreibendes Lob, andere Anweisungen und Durch Fragen zum eigenständigen Problemlösen. Übereinstimmungen im akzeptablen Bereich fanden sich für klare, ruhige Anweisung zum Beginnen einer Aktivität (START), Unspezifisches Lob und Aufmerksamkeit schenken. Für alle anderen Strategien lagen die Koeffizienten zum Teil deutlich unter dem akzeptablen Bereich. Klare, ruhige Anweisungen zum Beenden einer Aktivität (STOP) wurden von einem Beurteiler gar nicht beobachtet, sodass kein Übereinstimmungsmaß berechnet werden konnte.

Tabelle 11: Intra-Klassen-Korrelationen zwischen beiden Beurteilern für die Erziehungsstrategien, beide Messzeitpunkte zusammengefasst

	ICC
Umgang mit Problemverhalten	
Klare, ruhige Anweisung (START)	.56
Klare, ruhige Anweisung (STOP)	-. ^a
Andere Anweisung	.78
Logische Konsequenz	-.07
Kurze Unterbrechung	.30
Absichtliches Ignorieren	.34
Fördern angemessener Verhaltensweisen	
Beschreibendes Lob	.89
Unspezifisches Lob	.60
Aufmerksamkeit schenken	.57
Beibringen neuer Fertigkeiten	
Vorbild sein	.09
Berührendes Führen	.48
Durch Fragen zum eigenständigen Problemlösen anregen	.78
Negatives Erziehungsverhalten	
Negative Äußerungen und Kritik	.36

Anmerkungen: ICC=Intra-Klassen-Korrelation, START= Start-Anweisung, STOP=Stopp-Anweisung

^a keine Berechnung möglich, da bei mindestens einem Beobachter keine Beobachtung.

Unterschiede zwischen T1 und T2: Die gemittelten Kodierungen über beide Beurteiler werden in Tabelle 12 (S. 93) zusammengefasst. Für den Umgang mit Problemverhalten zeigten sich keine Veränderungen in den Erziehungsstrategien, bei denen sich eine akzeptable Beurteilerübereinstimmung fand. Beide Beurteiler zusammengenommen fanden zu T2 einen häufigeren Einsatz des absichtlichen Ignorierens ($d=.41$). Es zeigte sich jedoch eine Zunahme bei Strategien zum Fördern angemessener Verhaltensweisen. Die Eltern nutzten zu T2 häufiger das Beschreibende Lob ($d=.80$) und das Unspezifische Lob ($d=.58$). Keine Veränderung zeigte sich für das Schenken von Aufmerksamkeit ($d=.04$). Für das Beibringen neuer Fertigkeiten zeigten sich keine Veränderungen in den Strategien, bei denen die Beurteilerübereinstimmung akzeptabel war. Der Einsatz von Fragen zum Anregen von eigenständigem Problemlösen unterschied sich kaum zwischen den Messzeitpunkten ($d=-.16$). Beide Beurteiler zusammengenommen beobachteten zu T2 häufiger den Einsatz des Berührenden Führens ($d=.54$) im Vergleich zu T1. Ein Vorbild sein nutzten die Eltern zu T2 jedoch seltener ($d=-.40$), was ausschließlich auf die Beobachtungen eines Beurteilers zurückzuführen war.

Tabelle 12: Deskriptive Statistiken über Häufigkeit der Erziehungsstrategien, gemittelt über beide Beurteiler sowie Effektstärke (Post-Prä)

	T1 (Prä)		T2 (Post)		Effektstärke (Post-Prä) d
	M	SD	M	SD	
Umgang mit Problemverhalten					
Klare, ruhige Anweisung (START)	9,94	8,84	9,25	6,29	-.09
Klare, ruhige Anweisung (STOP)	0,06	0,25	0,06	0,25	-.00
Andere Anweisung	17,56	9,77	19,63	12,45	.19
Logische Konsequenz	0,06	0,25	0,06	0,25	.00
Kurze Unterbrechung	0,50	0,89	0,50	0,73	.00
Absichtliches Ignorieren	0,50	1,03	1,00	1,41	.41
Fördern angemessener Verhaltensweisen					
Beschreibendes Lob	1,94	1,34	3,75	3,19	.80
Unspezifisches Lob	4,50	1,71	6,19	4,13	.58
Aufmerksamkeit schenken	1,38	1,09	1,44	1,90	.04
Beibringen neuer Fertigkeiten					
Vorbild sein	1,13	0,89	0,69	1,30	-.40
Berührendes Führen	0,31	0,48	0,88	1,59	.54
Durch Fragen zum eigenständigen Problemlösen anregen	3,00	4,26	2,38	3,48	-.16
Negatives Erziehungsverhalten					
Negative Äußerungen und Kritik	2,75	2,08	1,69	2,47	-.47

Anmerkungen: N=9

M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, d=Effektstärke nach Cohen (Post-Prä), START= Start-Anweisung, STOP=Stop-Anweisung

6.2.2. Rating Skalen

Beurteilerübereinstimmung: Auch bei den Rating Skalen fielen die Kennwerte der Beurteilerübereinstimmung heterogen aus (siehe Tabelle 13). Für die Skalen Nachgiebigkeit ($\rho=.73$) und Fördernd-Unterstützend ($\rho=.56$) wiesen die Koeffizienten auf einen großen Zusammenhang zwischen den Beurteilern hin. Für die Skala Warmherzig-Liebevoll ($\rho=.33$) zeigte sich nur ein mittlerer Zusammenhang zwischen den Beurteilern, für die Skala Überreagieren ($\rho=.27$) nur ein kleiner. Die beiden letztgenannten waren zudem nicht statistisch bedeutsam.

Tabelle 13: Beurteilerübereinstimmungen (Spearman's ρ) für die Rating Skalen, beide Messzeitpunkte zusammengefasst

	ρ
Nachgiebigkeit	.73**
Überreagieren	.27
Warmherzig-Liebevoll	.33
Fördernd-Unterstützend	.56*

Anmerkungen: ** signifikant $p<.01$, * signifikant $p<.05$

Interne Konsistenz und interskaläre Struktur: Die interne Konsistenz der vier Skalen war jeweils sehr hoch (Tabelle 14) mit Koeffizienten über $\alpha > .90$. Der Zusammenhang zwischen den beiden negativen Erziehungsverhaltensweisen Überreagieren und Nachgiebigkeit lag im mittleren Bereich ($\rho = .47$). Zwischen den beiden positiven Erziehungsstrategien zeigte sich ein großer Zusammenhang ($\rho = .82$). Negative und Positive Erziehungsstrategien standen wechselseitig in umgekehrtem Zusammenhang.

Tabelle 14: Interne Konsistenz (Cronbachs α) und Interskalenkorrelationen (Spearman's ρ) der Rating Skalen, über beide Beurteiler und beide Messzeitpunkte zusammengefasst

	α	NG	ÜR	WL	FU
		ρ	ρ	ρ	ρ
Nachgiebigkeit (NG)	.94	1.00	.47**	-.46**	-.55**
Überreagieren (ÜR)	.90	-	1.00	-.61**	-.67**
Warmherzig-Liebevoll (WL)	.94	-	-	1.00	.82**
Fördernd-Unterstützend (FU)	.92	-	-	-	1.00

Anmerkungen: ** signifikant $p < .01$

Veränderungen zwischen T1 und T2: Für die Skalen mit zufriedenstellender Beurteilerübereinstimmung zeigten sich keine Unterschiede zwischen T1 und T2. Beide Beurteiler zusammengenommen fanden jedoch einen Rückgang von überreagierendem Verhalten nach dem Elterntraining mit Effekten im mittleren Bereich ($d = -.55$). Die Ergebnisse der Beurteilungen wird in Tabelle 15 zusammengefasst.

Tabelle 15: Deskriptive Statistiken der Rating Skalen, gemittelt über beide Beurteiler sowie Effektstärke (Post-Prä)

	T1		T2		Post-Prä
	M	SD	M	SD	d
Nachgiebigkeit	3,44	0,96	3,41	1,32	-.03
Überreagieren	3,31	0,90	2,73	1,22	-.55
Warmherzig-Liebevoll	5,34	0,94	5,40	1,17	.06
Fördernd-Unterstützend	5,19	0,91	5,39	1,38	.17

Anmerkungen: N=9

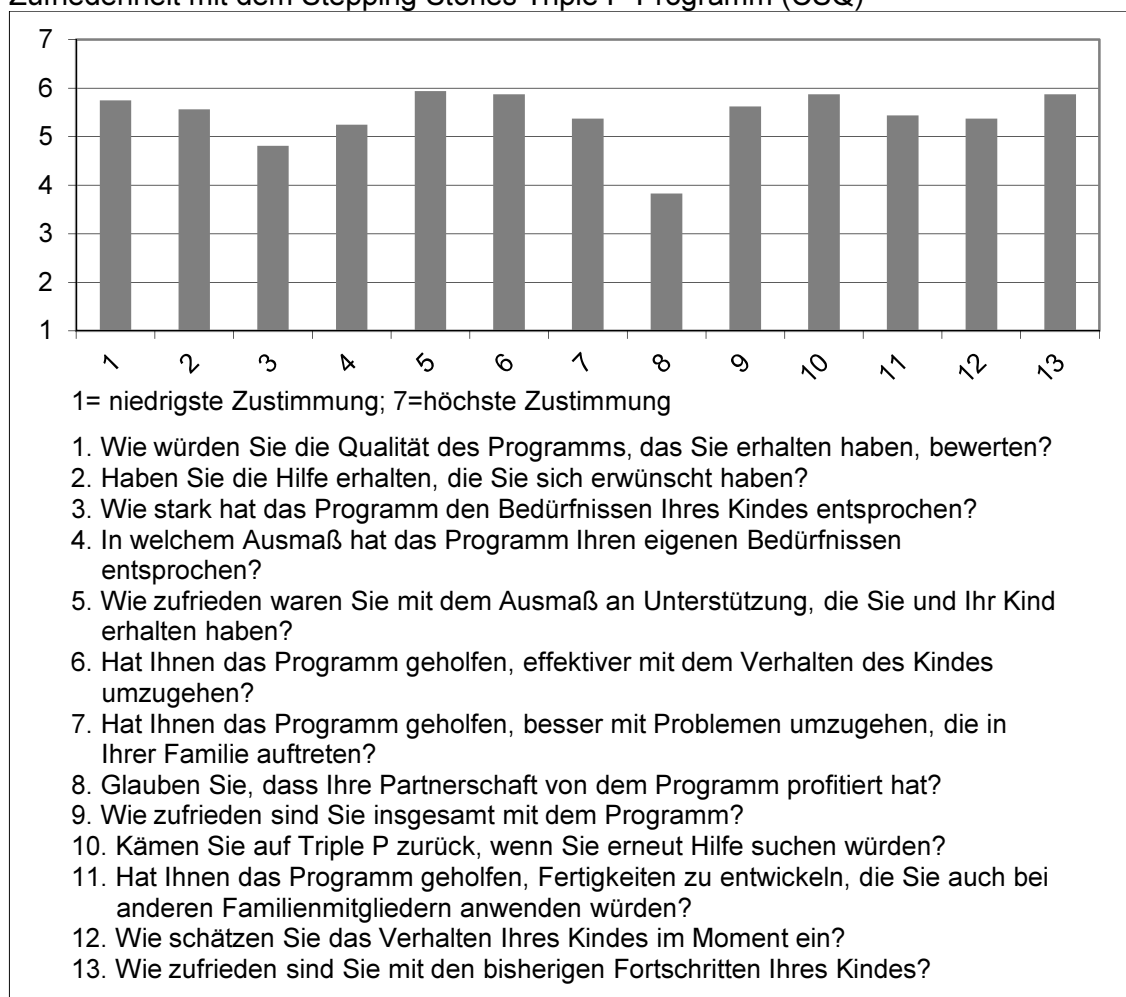
M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, d=Effektstärke nach Cohen (Post-Prä)

6.3. Akzeptanz

6.3.1. Zufriedenheit mit dem Stepping Stones Triple P Programm

Die Eltern beurteilten das SSTP Elterntaining insgesamt sehr positiv ($M=70,46$; $SD=14,15$). Die Mittelwerte der Beurteilungen der Eltern im Fragebogen zur Zufriedenheit mit dem SSTP-Programm (CSQ) werden in Abbildung 8 dargestellt. Die beste Beurteilung gab es für die Frage „Wie zufrieden waren sie mit dem Ausmaß an Unterstützung, die Sie und ihr Kind erhalten haben?“ ($M=5,94$; $SD=1,00$). Die niedrigste Beurteilung gab es für die Frage „Glauben Sie, dass Ihre Partnerschaft von dem Programm profitiert hat?“ ($M=3,83$; $SD=1,34$).

Abbildung 8: Deskriptive Darstellung (Mittelwerte) der Ergebnisse im Fragebogen zur Zufriedenheit mit dem Stepping Stones Triple P-Programm (CSQ)



Anmerkungen: N=16; für Frage 8: N=12

6.3.2. Nützlichkeit und Anwendung der Erziehungsstrategien aus dem Stepping Stones Triple P Programm

Nützlichkeit: Die Eltern beschrieben die Erziehungsstrategien, aus dem SSTP Elterstraining mehrheitlich als hilfreich. Ausnahmen waren die stille Zeit und die Auszeit. Die stille Zeit wurde von 60,0 % der Eltern als gar nicht hilfreich oder kaum hilfreich eingeschätzt. Für die Auszeit galt dies für 73,3 % der Eltern. Ebenfalls als gar nicht oder kaum hilfreich eingeschätzt wurden das Rückwärtslernen (37,5%), die Punktekarte (43,8 %), Ablaufpläne (31,3 %) und Aktivitätenpläne (37,5 %). Die Häufigkeitsverteilung der Beurteilungen im Fragebogen zur Nützlichkeit der Erziehungsstrategien aus dem SSTP-Programm werden in Abbildung 9 dargestellt.

Abbildung 9: Häufigkeitsverteilung im Fragebogen zur Nützlichkeit der Erziehungsstrategien aus dem Stepping Stones Triple P Programm



Anmerkungen: N=15

Anwendung: Die Eltern berichteten, dass sie die Mehrheit der Erziehungsstrategien aus dem SSTP zu Hause auch regelmäßig anwendeten. Die Häufigkeitsverteilung der Angaben im Fragebogen zur Anwendung der Erziehungsstrategien aus dem SSTP Programm werden in Tabelle 16 dargestellt, diese befindet sich im Anhang dieser Arbeit (siehe Abschnitt 9.4, Seite 173). Auch hier gab es Ausnahmen, einige Erziehungsstrategien werden von den Eltern nur selten angewendet. Darunter fallen das Rückwärtslernen (40,0% der Eltern wenden diese Strategie nur selten an), die Punktekarte (60,0%), Ablaufpläne (26,7 %), die stille Zeit (53,3 %), die Auszeit (20,0 %) und Aktivitätenpläne (20,0 %). Auffallend ist eine zweigipflige Verteilung bei den Strategien stille Zeit und Auszeit, die von einem Teil der Eltern durchaus regelmäßig und häufig angewendet werden. Die stille Zeit wird von 26,7 % der Eltern mehrfach in der Woche oder häufiger angewendet, die Auszeit sogar von 46,7 % der Eltern.

7. Diskussion

7.1. Diskussion der Ergebnisse

7.1.1. Erziehungsverhalten

Selbstbeurteilungen: Die Hauptfragestellung lautete, ob sich durch das SSTP Elterntaining negatives Erziehungsverhalten bei Eltern von Kindern mit einer ASS reduzieren lässt. Dazu wurde die Hypothese aufgestellt, dass sich nach der Intervention eine höhere Reduktion negativen Erziehungsverhaltens in der Selbstbeurteilung zeigt, als nach der Wartezeit. Bezüglich überreagierender Verhaltensweisen konnte die Hypothese eindeutig bestätigt werden. Die Eltern berichteten im EFB-K eine Reduktion überreagierender Verhaltensweisen im mittleren Bereich ($d=-.51$). Die Effektstärke war ähnlich hoch, wie in früheren Untersuchungen zum SSTP Programm (Tellegen & Sanders, 2013) und zu Interventionen der Triple P Familie insgesamt (Sanders, Kirby, Tellegen & Day, 2014). Für nachgiebiges Erziehungsverhalten konnte die Hypothese nicht bestätigt werden. Hier zeigte sich zwar eine Reduktion im kleinen Bereich ($d=-.24$). Diese konnte jedoch nicht eindeutig auf die Intervention zurückgeführt werden, da bereits während der Wartezeit eine Reduktion nachgiebiger Verhaltensweisen eintrat.

Die Ergebnisse stehen weitestgehend in Einklang mit früheren Untersuchungen zum SSTP Elterntaining in der Behandlung von ASS. In allen Untersuchungen zeigten sich Veränderungen im überreagierenden Verhalten der Eltern (Sofronoff et al., 2011; Roux et al., 2013; Whittingham et al., 2009a; Tellegen & Sanders, 2014; Sprenger et al., 2015). Veränderungen im nachgiebigen Erziehungsverhalten fanden hingegen nur vier Forschergruppen (Roux et al., 2013; Whittingham et al., 2009a; Tellegen & Sanders, 2014; Sprenger et al., 2015). Plant & Sanders (2007) berichteten keine getrennten Werte für Überreagieren und Nachgiebigkeit, nur Veränderungen im Gesamtwert des EFB. Bei Sprenger und Kollegen (2015) zeigte sich tendenziell eine höhere Veränderung überreagierender Reaktionen bei der Interventionsgruppe im Vergleich zur Wartekontrollgruppe, keine Unterschiede jedoch für Nachgiebigkeit. Weiterhin zeigte sich bei Sprenger und Kollegen eine zusätzliche Reduktion nachgiebiger Erziehungsverhaltensweisen in der Follow-Up Untersuchung. Eventuell müssen Eltern häufiger die Erfahrung machen, dass unnachgiebiges und konsequentes Handeln zu besserem Gehorsam der Kinder führt, bevor sie dies auch dauerhaft umsetzen. Das Erkennen und Unterbrechen eskalierender, überreagierender Interaktionen, kann eventuell für Eltern leichter sein, als das Durchhalten von Konsequenzen, wenn ihre Kinder quengeln oder aggressives Verhalten zeigen. Auch andere Autoren berichteten zusätzliche Verbesserungen des Erziehungsverhaltens im Follow-Up. De Graaf und

Kollegen (2008b) zeigten in ihrer Metaanalyse weitere Verbesserungen des EFB Gesamtwertes im Follow-Up im Vergleich zur Erfassung direkt nach dem Triple P Elterntaining. Sie berichteten keine getrennten Werte für Nachgiebigkeit und Überreagieren. Hampel und Kollegen (2010a) fanden, dass der positive Effekt auf überreagierendes Verhalten über mehrere Follow-Up Untersuchungen leicht zurückging, der Effekt auf nachgiebiges Erziehungsverhalten jedoch tendenziell eher zunahm. Auch dies spricht dafür, dass gerade für die Reduktion nachgiebiger Verhaltensweisen und den Aufbau konsequenten Handelns mehr Zeit nötig ist. Eventuell müssen Eltern zunächst positive Erfahrungen machen und Selbstwirksamkeitserwartungen aufbauen, um konsequenter zu handeln (Sanders & Woolley, 2005). Es bleibt, die Ergebnisse der Follow-Up Untersuchung abzuwarten.

Als Erklärung für ausbleibende oder geringe Effekte bei nachgiebigem Erziehungsverhalten werden häufig Bodeneffekte angenommen (Sofronoff et al., 2011). Tatsächlich lagen die gemittelten Angaben der Eltern in allen genannten Untersuchungen (Plant & Sanders, 2006; Sofronoff et al., 2011; Roux et al., 2013; Whittingham et al., 2009a; Tellegen & Sanders, 2014; Sprenger et al., 2015) wie auch in der vorliegenden bereits vor der Intervention in einem Bereich, der als klinisch unauffällig gilt (Naumann et al., 2010). Dies gilt sowohl für die Skala Überreagieren, als auch für die Skala Nachgiebigkeit. Tatsächlich zeigt die Literatur über Erziehungsverhalten von Eltern von Kindern mit einer ASS, dass Defizite im Disziplinierungsverhalten eher gering sind (Lambrechts et al., 2011; Rutgers et al., 2007).

Umso beachtlicher sind die Veränderungen infolge des Elterntainings. Negatives Erziehungsverhalten, insbesondere inkonsistentes und eskalierendes Verhalten gelten als ursächliche und aufrechterhaltende Faktoren für externalisierende Verhaltensprobleme (Patterson, 1982; Webster-Stratton, 1990). Eltern, die ihre Stimme erheben, beleidigen oder Drohungen aussprechen, verringern auf Dauer eher die Wahrscheinlichkeit, dass ihre Kinder gehorchen und sich angemessen Verhalten (Hoeve et al., 2009; Kawabata et al., 2011; Bergman-Nielsen et al., 2002). Zudem besteht die Gefahr, dass Kinder depressive Symptome und niedrigen Selbstwert entwickeln (McLeod et al., 2007b; Berg-Nielsen et al., 2002). Inkonsistentes Verhalten erhöht die Wahrscheinlichkeit für Angstsymptome, da für die Kinder nicht vorhersagbar ist, wie sich ihre Eltern verhalten werden (Berg-Nielsen et al., 2002). Auch im Kontext von ASS hingen gute Fähigkeiten der Eltern im Setzen von Grenzen mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit für die Entstehung von Verhaltensproblemen zusammen (Osborne et al., 2008a).

Feindselige Reaktionen der Eltern, harsche Bestrafungen und autoritäres Erziehungsverhalten hängen zudem eng mit dem elterlichen Stresserleben zusammen (Webster-Stratton, 1990; Rueger et al., 2011; Crnic et al., 2005). In der vorliegenden Untersuchung zeigte sich eine bedeutsame Reduktion des elterlichen Stresserlebens. Im SSTP Elternt raining lernen die Eltern, wie sie das Verhalten ihrer Kinder beeinflussen können. Häufig erleben Eltern das Verhalten ihrer autistischen Kinder als stabil und wenig beeinflussbar (Whittingham et al., 2009c), was wiederum mit ihrem Erziehungsverhalten zusammenhängt. Gleichzeitig hängen Gefühle des Kontrollverlustes auch mit erhöhtem Stress und negativen Affekten zusammen (Coleman & Karraker, 1997). Die Ergebnisse dieser Studie können als Hinweis interpretiert werden, dass die verhaltensanalytischen und operanten Methoden des SSTP Elternt rainings vielen Eltern helfen, wieder das Gefühl der Kontrolle zu erlangen. Dies zeigt sich eventuell in einer Reduktion der Stressbelastung und überreagierender Verhaltensweisen. Die Analyse der einzelnen Items des EFB-K zeigt, dass sich die Eltern nach dem Elternt raining besser unter Kontrolle haben und ihnen Problemsituation seltener entgleiten. In dem entsprechendem Item beschrieben die Eltern die höchsten Veränderungen. Gleich gefolgt von Items über den Einsatz von Beschimpfungen, verletzenden Äußerungen und dem Erheben der Stimme. Auch in der qualitativen Untersuchung von Hodgetts und Kollegen (2013) beschrieben Eltern, dass sie während des SSTP Elternt rainings die Funktionalität des Verhaltens ihrer Kinder erkannten. Sie hatten das Gefühl das Verhalten und den Alltag mehr kontrollieren zu können, während vor dem Elternt raining eher die Problematik ihres Kindes den Alltag bestimmte.

Erziehungsstrategien: Die Auswertung der Interaktionsbeobachtung konnten nicht alle Erziehungsstrategien objektiv erfasst werden. Dennoch ließen sich Hinweise auf Veränderungen im Einsatz von spezifischen Erziehungsstrategien finden. Objektive Beobachtungen machten die Beurteiler bei Erziehungsstrategien zur Förderung angemessener Verhaltensweisen. So konnte gezeigt werden, dass Eltern häufiger beschreibend lobten ($d=.80$) und unspezifisch lobten ($d=.58$). Die Effektstärken lagen im mittleren bis hohen Bereich. Die Eltern nutzten während der zweiten Interaktionsbeobachtung das beschreibende Lob im Durchschnitt nahezu doppelt so häufig, wie vor der Intervention. Keine Veränderungen zeigten sich für das Schenken von Aufmerksamkeit im Sinne eines weiteren sozialen Verstärkers für angemessenes Verhalten.

Keine Veränderungen zeigten sich bei den Anweisungen oder dem Einsatz von Fragen als Prompt für eigenständiges Problemlösen. Dies waren weitere Strategien bei denen eine akzeptable Beurteilerübereinstimmung gelungen war. Erwähnenswert scheinen

noch die Veränderungen beim Berührenden Führen. Hier lag die Beurteiler-übereinstimmung knapp unter dem akzeptablen Grenzwert. Für das Berührende Führen wurde eine Zunahme nach der Intervention beobachtet ($d=.54$).

Die wenigen vorliegenden Studien, die ebenfalls eine strukturierte Verhaltensbeobachtung einbezogen, zeigten hauptsächlich Veränderungen in globalen Kategorien (z.B. negatives Erziehungsverhalten) und wurden nahezu ausschließlich mit dem Family Observation Schedule (FOS) erhoben (Tellegen & Sanders, 2013; Sanders et al., 2014). Eine Untersuchung zum SSTP Programm (Roberts et al., 2006) berichtete eine differenzierte Auswertung des FOS und kam zu ähnlichen Ergebnissen wie die vorliegende Untersuchung. Roberts und Kollegen zeigten, dass Eltern nach der Teilnahme am Elterntaining ihre Kinder häufiger für angemessenes Verhalten lobten und ihnen mehr positive Aufmerksamkeit schenkten. Die Effektstärken lagen im großen Bereich. Keine Veränderungen fanden sie allerdings bei der Angemessenheit der Anweisungen oder bei negativen Verhaltensweisen der Eltern. In der Untersuchung von Roberts und Kollegen (2006) nahmen auch einige Eltern von Kindern mit ASS teil. Der Anteil an der Gesamtstichprobe wurde jedoch nicht berichtet, die Stichprobe umfasste hauptsächlich Kinder mit Entwicklungsstörungen. In der vorliegenden Untersuchung zeigte sich im Gegensatz zu Roberts und Kollegen keine Veränderung im Einsatz von Aufmerksamkeit im Sinne eines sozialen Verstärkers für angemessenes Verhalten. Tatsächlich scheinen Eltern im Umgang mit ihren autistischen Kindern weniger soziale Verstärker einzusetzen und vor allem auf materielle Verstärker zurückzugreifen (Maljaars et al., 2014). Bei ASS sollten soziale Verstärker aufgrund der geringeren sozialen Reaktivität der Kinder eine geringere Wirkung haben. Dies gilt insbesondere für das Schenken von Aufmerksamkeit, wie beispielsweise einem Lächeln, bei dem das Herstellen gemeinsamer Aufmerksamkeit eine Voraussetzung ist.

Die positiven Veränderungen im Einsatz von Lob sind durchaus bedeutsam für die Entwicklung der Kinder. Der Einsatz von Lob und sozialen Verstärkern gilt als eine wirkungsvolle Strategie zur Förderung von angemessenem Verhalten und Gehorsamkeit (Owen et al., 2014). Es konnte gezeigt werden, dass bereits geringe Unterschiede in der Häufigkeit von positiven Interaktionen in einer Verhaltensbeobachtung eine deutlich niedrigere Rate von Verhaltensauffälligkeiten vorhersagen konnten (Puckering et al., 2014). Lob scheint allerdings vor allem dann wirksam zu sein, wenn es mit materiellen und sozialen Verstärkern gekoppelt wird und generell genügend positive Eltern-Kind Interaktionen vorhanden sind (Owen et al., 2014). Der häufigere Einsatz von anderen sozialen Verstärkern konnte in der vorliegenden Untersuchung nicht nachgewiesen werden, der Einsatz von materiellen Verstärkern war für Eltern während der

Interaktionsbeobachtung kaum möglich. Ein häufiges Thema in den Elterntrainings war tatsächlich, dass die Kinder nur wenig auf Lob reagieren. Die Kopplung von materiellen Verstärkern sowie ein eher übertriebenes Lob (deutliche Mimik, deutliche Erhöhung der Stimmlage) wurden daraufhin mit den Eltern thematisiert. Inwieweit dies Umsetzung fand, kann hier abschließend nicht geklärt werden.

Rating Skalen: Zumindest erwähnenswert ist, dass in den Interaktionsbeobachtungen eine Reduktion überreagierender Verhaltensweisen ($d=-.55$) beobachtet wurde. Die Beurteiler stimmten in der Skala Überreagieren jedoch nicht zufriedenstellend überein, sodass die Gültigkeit der Aussage einschränkt wird. Die Veränderung korrespondiert jedoch mit den Selbstbeurteilungen der Eltern im EFB-K. Beide Beurteiler zusammengenommen beobachteten auf Itemebene, dass die Eltern nach dem Elterntraining ruhiger mit ihren Kindern sprachen und sich seltener aus der Ruhe bringen ließen oder verletzende Äußerungen machten.

In den anderen Rating Skalen, bei denen zwar eine bessere Beobachter-übereinstimmung gelang, zeigten sich keine Veränderungen. Bezüglich der Skala Nachgiebigkeit korrespondiert dies zum Teil mit den Selbstbeurteilungen der Eltern, die auch im EFB-K geringe Veränderungen beschrieben. Bezüglich der Skalen Warmherzig-Liebevoll und Fördernd-Unterstützend kann zudem diskutiert werden, inwieweit Veränderungen infolge des Elterntrainings erwartbar gewesen wären. Untersuchungen legen nahe, dass die Responsivität von Eltern in der Interaktion mit ihrem autistischen Kind wenig beeinträchtigt ist (van Ijzendoorn et al., 2007). Zudem scheinen Eltern von Kindern mit einer ASS bereits häufig entwicklungsfördernde Strategien einzusetzen (Lambrechts et al., 2011; Maljaars et al., 2014).

7.1.2. Selbstwirksamkeit in der Erziehung und Elternstress

Selbstwirksamkeitserwartungen: Im PSOC zeigte sich nach der Intervention eine Verbesserung in der Skala Selbstwirksamkeit ($d=.44$) mit einer Effektstärke an der Grenze zwischen kleinem und mittlerem Bereich. Ähnlich hohe Ergebnisse wurden auch in metaanalytischen Untersuchungen zum SSTEP Programm (Tellegen & Sanders, 2013) und den Interventionen der Triple P Familie (Sanders et al., 2014) berichtet. Einschränkend muss hier diskutiert werden, dass die Selbstwirksamkeitserwartungen der Eltern während der Wartezeit in etwa gleicher Höhe gesunken waren. Damit sind die Veränderungen nicht eindeutig auf die Intervention zurückzuführen.

Eine Erklärung hierfür bieten Befunde zur Entwicklung von Selbstwirksamkeitserwartungen. Es wird angenommen, dass die Erwartung, ein Problem bewältigen zu können, davon abhängt, wie die Bewältigung früherer Probleme gelungen ist (Bandura,

1977). Demnach sollten Eltern, die keine Hilfestellung im Umgang mit ihren schwierigen Kindern erhalten, eher niedrige Erwartungen an ihre Bewältigungsmöglichkeiten entwickeln (Jones & Prinz, 2005; Meunier et al., 2010; McLaughlin et al., 2006). Dies könnte erklären warum die Selbstwirksamkeits-erwartungen vor dem SSTP Elternkurs zunächst gesunken sind (ähnlich bei Sofronoff & Farbotko, 2002). Durch die Vermittlung von Strategien im Umgang mit schwierigen Verhaltensweisen konnten die Eltern im Elterntaining Selbstwirksamkeit wieder erlernen. Zudem basiert das Vorgehen der Triple P Interventionen auf Konzepten der sozialen Lerntheorie (Bandura, 1977). Die Eltern werden beispielsweise durchgehend aufgefordert ihr Verhalten selbst einzuschätzen und dabei auf positive Aspekte zu achten. Sie erhalten weiterhin wertschätzende und positive Rückmeldungen von den Therapeuten.

Auch wenn in metaanalytischen Auswertungen der Wirksamkeitsstudien des SSTP Programms und anderer Triple P Interventionen unmittelbare, positive Effekte auf die Selbstwirksamkeitserwartungen direkt nach Beendigung des Elterntrainings gefunden wurden (Tellegen & Sanders, 2013; Sanders et al., 2014) sind in Untersuchungen bei ASS Schläfereffekte berichtet worden (Whittingham et al., 2009a; Sofronoff et al., 2011). Die Selbstwirksamkeitserwartungen der Eltern verbesserten sich erst in der Follow-Up Untersuchung. Auch dies spricht dafür, dass Eltern erst als Folge von verändertem Erziehungsverhalten, Rückgang kindlicher Verhaltensprobleme Reduktion der Stressbelastung lernen, ihre Erziehungskompetenz positiver zu bewerten. Dauerhafter Elternstres scheint sich negativ auf Selbstwirksamkeitserwartungen auszuwirken (Scheel & Rieckmann, 1998), auch im Kontext von ASS (Rezendes & Scarpa, 2011; Hastings & Symes, 2002b). Folglich sollte auf eine Reduktion des Elternstresses eine Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartungen folgen. Die Ergebnisse der Follow-Up Erhebung sollten darüber weitere Aufschlüsse geben.

Entgegen der Befunde über niedrige Selbstwirksamkeitserwartungen bei Eltern von Kindern mit ASS (Rodrigue, Morgan & Geffken, 1990; Smart, 2016; Snow & Donnelly, 2016) machten die Eltern in der vorliegenden Untersuchung im Mittel Angaben in einem Bereich, der als unauffällig gilt (Johnston & Mash, 1989; Rogers & Matthews, 2004). Ob dies der tatsächlichen Wahrnehmung der Eltern entsprach oder auf eine Tendenz zu sozial erwünschten Angaben zurückzuführen ist (Jones & Prinz, 2005), lässt sich nicht ganz beantworten. Dagegen spricht jedoch, dass die Eltern im ESF durchaus negative Angaben machten. Zudem sind Zusammenhänge zwischen den Selbstwirksamkeitserwartungen und hilfeaufsuchendem Verhalten und aktivem Engagement (engl.: Agency) von Eltern belegt (Kuhn & Carter, 2006; Siller, Reyes, Hotez, Hutman & Sigman, 2013b). Demnach dürften sich zur Teilnahme an unserer

Untersuchung mehrheitlich Eltern gemeldet haben, die sich bereits überwiegend selbstwirksam wahrnahmen. Dies unterstreicht zum einen die Wichtigkeit die Selbstwirksamkeitserwartungen in Elterntrainings gezielt zu adressieren. Eltern die sich als wirksam wahrnehmen, suchen häufiger Behandlungen für ihre Kinder und Beratung in Erziehungsfragen auf. Zudem gelten die Selbstwirksamkeitserwartungen in der Erziehung als Schutzfaktor, der den Einfluss von sozialen Risikofaktoren und psychischen Erkrankungen abmildert (Teti & Gelfand, 1991; Hastings & Richard, 2002c). Zum anderen scheinen gerade Eltern mit niedrigen Selbstwirksamkeitserwartungen Beratung und Behandlung nicht aufzusuchen und die Kinder weniger von Behandlungen zu profitieren (Kuhn & Carter, 2006; Siller et al., 2013b; Hoza et al., 2000). Dabei scheinen gerade nach der Diagnosestellung angeleitete Interventionen durch Fachkräfte im Vergleich zu Selbsthilfematerialien wichtig für die Entwicklung von Erziehungskompetenzen zu sein (Keen, Couzens, Muspratt & Rodger, 2010).

In der Skala Zufriedenheit des PSOC zeigten sich keine Veränderungen. Es bleibt die Frage, inwieweit die Skala eine Aussage über kognitive Bewertungen der Erziehungskompetenz darstellt oder vielmehr eine affektive Komponente und damit näher am Konzept des Elternstresses einzuordnen ist (Jones & Prinz, 2005). Zudem beinhaltet die Skala auch Aussagen zum Interesse der Eltern an Erziehung (Rogers & Matthews, 2004), was inhaltlich nicht im SSTP Elterntaining thematisiert wird.

Elternstress: Im ESF beschrieben die Eltern eine Reduktion der Belastung durch Elternstress ($d=-.39$). Die Effektstärke lag im kleinen Bereich und ist ähnlich hoch wie in metaanalytischen Auswertungen der Untersuchungen zum SSTP Programm (Tellegen & Sanders, 2013) und zu Interventionen aus der Triple P Familie (Sanders et al., 2014). Zudem zeigte sich, dass die Belastung durch Elternstress in der Wartezeit eher gestiegen war. Auch in der Skala Stress des DASS-21, welche negative Affekte im Allgemeinen erfragt, zeigte sich eine Entlastung nach dem Elterntaining ($d=-.25$).

Die Reduktion von Elternstress infolge von Elterntainings gilt als ein robuster Befund (Weber et al., in Vorbereitung). Im Rahmen von ASS zeigte sich jedoch auch, dass eine Entlastung der Eltern infolge eines Elterntainings nicht eintrat (Plant & Sanders, 2007; Sofronoff et al., 2011; Sprenger et al., 2015). Generell gilt die Stressbelastung bei Eltern von Kindern mit einer ASS als sehr hoch (Hayes & Watson, 2013). Daher wurde angenommen, dass sie sich auch nur schwer verändern lässt. Eltern waren auch trotz bedeutsamer Verbesserungen im Verhalten der Kinder weiterhin einer hohen Belastung ausgesetzt (Sprenger et al., 2015). Beaudoin und Kollegen (2014) stellten weiterhin die Hypothese auf, dass die Stressbelastung der Eltern durch Elterntainings höher ist, als

durch kindzentrierte Interventionen, da die Eltern bei letzteren in geringerem Maße eingebunden werden. Zudem wurden Deckeneffekte diskutiert. Eventuell lassen sich Verbesserungen nicht abbilden, da die Stressbelastung insgesamt auf einem sehr hohen Niveau liegt (Sofronoff et al., 2011). Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass sich die Stressbelastung relevant verringern lässt, auch wenn eine hohe Stressbelastung vorliegt. Die mittleren Angaben der Eltern waren vor und nach der Intervention in einem klinisch auffälligen Bereich (Domsch & Lohaus, 2010).

Whittingham und Kollegen (2009c) diskutieren einen weiteren Aspekt, der Einfluss auf die emotionale Belastung der Eltern haben könnte. Demnach führt nicht nur die tatsächliche Belastung durch die Teilnahme an Behandlungen und deren Logistik zu einer erhöhten Belastung, sondern auch die Attributionstile der Eltern. Wenn Eltern die Probleme ihrer Kinder mit stabilen und wenig veränderbaren Aspekten der Grunderkrankung erklären, sollte dies zu Gefühlen des Kontrollverlusts führen. Es konnte gezeigt werden, dass durch die Teilnahme an einem Elterstraining die Attributionstile der Eltern veränderbar sind (Whittingham et al., 2009c). Eltern lernten durch die Teilnahme am Elterstraining ein Gefühl der Kontrolle über das Verhalten der Kinder und ihren Alltag zu erlangen. Eventuell ist dies ein wichtiger Wirkfaktor auf der Seite der Eltern. Ähnliches wurde auch in qualitativen Untersuchungen berichtet (Hodgetts et al., 2013).

Eventuell spielen auch methodische Aspekte eine Rolle. Dies ist die erste Untersuchung zum SSTP Programm in welcher der ESF eingesetzt wurde. Die Skala Elternstress umfasst Angaben der Eltern zur wahrgenommenen Erziehungskompetenz, Stress in der Interaktion mit dem Kind sowie zu alltäglichen Problemen durch die Elternschaft. In bisherigen Untersuchungen wurde vor allem der DASS als ein Maß für allgemeinen Stress und psychische Belastung eingesetzt. Dort zeigten sich jedoch entweder keine (Plant & Sanders, 2007; Sofronoff et al., 2011) oder nur sehr kleine Effekte (Roux et al., 2013). Sprenger und Kollegen (2015) setzten ein Verfahren ein, das Bezug nahm auf die Belastung aufgrund der Erkrankung der Kinder oder generelle Belastungen wie finanzielle Probleme. In faktorenanalytischen Untersuchungen zeigte sich, dass für die Erfassung von Elternstress bei Eltern von Kindern mit ASS mit dem weit verbreiteten Parenting Stress Index (Abidin, 1983) vor allem Items mit Bezug auf die Eltern sinnvoll einsetzbar waren (Zaidman-Zait et al., 2010 & 2011). Tellegen & Sanders (2014) konnten mit einem Verfahren, welches die Belastung aufgrund der Eltern-Kind Interaktion erfasst, durchaus positive Veränderungen nach dem SSTP Elterstraining feststellen. Auch der ESF scheint Veränderungen der Stressbelastung aufgrund der Eltern-Kind Interaktion im Kontext von ASS abbilden zu können.

Es zeigte sich eine Reduktion in der Skala Rollenrestriktion ($d=-.36$), mit einer Effektstärke im kleinen Bereich. Die Eltern erlebten nach dem Elterstraining weniger Einschränkungen in Freizeit und Freiheit durch die Elternschaft. Dies erscheint zunächst erstaunlich, da die aktive Teilnahme am Elterstraining und die Umsetzung von Übungen zu Hause durchaus zeitaufwändig erscheint (Beaudoin et al., 2014; Hampel et al., 2010a). Allerdings werden im SSTP Elterstraining auch Strategien vorgestellt, die eine Teilnahme am öffentlichen Leben leichter machen. Im Rahmen der Aktivitätenpläne überlegen sich Eltern ein Vorgehen, um Situationen in der Öffentlichkeit wie ein Restaurant Besuch, Einkaufen oder ein Treffen mit Freunden besser bewältigen zu können. Eventuell führt dies zu einer Reduktion der Einschränkungen.

Keine klinisch relevanten Veränderungen zeigten sich in der Skala soziale Unterstützung des ESF, sowie den Skalen Depression und Angst des DASS. Bezüglich der depressiven und ängstlichen Symptome können Bodeneffekte angenommen werden, da die Symptombelastung vor dem Elterstraining bereits sehr gering war (Lovibond & Lovibond, 1993). In der Skala Depression zeigten sich dennoch minimale Veränderungen, was durchaus mit der inhaltlichen Überlappung von depressiven Symptomen und Stress erklärt werden kann.

Im SSTP Elterstraining wird das Thema soziale Unterstützung zwar besprochen, jedoch bei weitem nicht so ausführlich wie die Erziehungsstrategien. Dennoch zeigte sich eine minimale Verbesserung der sozialen Unterstützung, was eventuell mit der Verringerung der Rollenrestriktion erklärt werden könnte. Wenn Eltern sich in ihrer Freizeit weniger eingeschränkt erleben, können sie auch mehr positive soziale Kontakte wahrnehmen. Zum anderen erfuhren die Eltern aufgrund des Gruppenformates auch Unterstützung durch andere Teilnehmer. Sie erfuhren von ähnlichen Schicksalen und nicht selten tauschten sie Telefonnummern aus, um künftige Verabredungen zu vereinbaren. Gerade informelle soziale Unterstützung durch Partner, aber auch durch andere Eltern wird im Vergleich zu institutioneller Unterstützung als entlastend wahrgenommen (Hastings & Beck, 2004; Boyd, 2002).

Die Verschlechterung der Partnerqualität, die von den zwölf Teilnehmern in einer Partnerschaft berichtet wurde, steht nicht im Einklang mit bisherigen Befunden zum Triple P oder dem SSTP Programm (Sanders et al., 2014; Tellegen & Sanders, 2013). Dort zeigte sich eine Verbesserung der Partnerqualität und ein Rückgang von Konflikten über die Erziehung. In der vorliegenden Untersuchung zeigten sich Hinweise, dass die Konflikte über die Erziehung in den zwölf befragten Familien eher zunahm. In der Analyse der Einzelitems des ESF in der vorliegenden Stichprobe zeigte sich eine

Veränderung vor allem in zwei Items der Skala Partnerschaftsqualität („Mein/e Partner/in und ich sprechen Erziehungsmaßnahmen miteinander ab.“ & „In Erziehungsfragen sind mein/e Partner/in und ich uns vollkommen einig.“). Dabei sollte berücksichtigt werden, dass kein einziges Elternpaar an den Elterntrainings teilnahm. Es kann angenommen werden, dass das Einführen neuer Erziehungsfertigkeiten und damit ggf. auch die Veränderung familiärer Routinen zu Konflikten führt, wenn nicht beide Elternteile involviert sind. Die Einführung einer logischen Konsequenz für Problemverhalten kann z.B. von einem Elternteil getragen werden, von einem anderen nicht. Für die Mehrheit der Eltern waren es rein praktische Gründe, warum nur ein Elternteil an einem Elternkurs teilnehmen konnte. Die Partner waren entweder beruflich gebunden oder hatten die betroffenen Kinder oder Geschwisterkinder zu betreuen. Nur wenige Partner zeigten kein Interesse an der Teilnahme an einem Kurs.

Die Veränderungen im Bereich Elternstress haben nicht nur Relevanz für die Interaktion zwischen Eltern und ihren autistischen Kindern oder die Behandlung von komorbiden Verhaltensproblemen. Chronischer Stress ist mit einer Reihe von negativen Folgen für die körperliche und psychische Gesundheit der Eltern assoziiert (Seltzer et al., 2010; Foody et al., 2015; Tomeny, 2016; Barker et al., 2014; Bailey et al., 2007). Interventionen zur Entlastung von Eltern beinhalten deswegen häufig klassisch psychotherapeutische Verfahren zum Stressmanagement und zur Entspannung (Hastings, 2004). In der vorliegenden Untersuchung konnte gezeigt werden, dass auch die Anleitung der Eltern von autistischen Kindern in Erziehungsfragen zu einer Entlastung führen kann. Dies unterstreicht auch die Wichtigkeit für psychologische Psychotherapeuten und Psychiater, die primär mit Erwachsenen arbeiten, über Unterstützungsangebote für Eltern informiert zu sein und Eltern darüber aufzuklären. Gleichzeitig ist bekannt, dass zwar die Mehrzahl der Therapeuten weiß, ob ihre Patienten Kinder zu betreuen haben, dass differenzierte Aussagen zu Erziehungsberatung und Unterstützungsmöglichkeiten hingegen nur von wenigen angeboten werden kann (Franz, Kettemann, Jäger, Hanewald & Gallhofer, 2012). Zudem scheinen Eltern die hohe psychische Belastung aufgrund von Erziehungsproblemen kaum zu thematisieren (Heneghan et al., 2004).

7.2. Diskussion der Methoden

7.2.1. Untersuchungsdesign und Stichprobe

Die vorliegende Untersuchung zum SSTP Elterntraining umfasst die bisher größte Stichprobe mit ausschließlich Familien mit Kindern mit einer ASS, die in Deutschland untersucht wurde. Zudem ist es die erste Untersuchung des SSTP Gruppen-

elterntrainings mit einer Stichprobe, die sich ausschließlich aus Familien mit einem Kind mit ASS zusammensetzt, in der eine strukturierte Verhaltensbeobachtung eingesetzt wurde. Weiterhin ist es die erste Untersuchung zum SSTP Elterntaining weltweit, die eine Fremdbeurteilung des Verhaltens der Kinder durch Lehrer erfasst. Die Ergebnisse der Lehrerbefragungen werden von Kasperzack (in Vorbereitung) berichtet.

Das Untersuchungsdesign weist Stärken und Schwächen auf. Ein Eigenwartelisten-Kontrollgruppen-Design hat eine hohe externe Validität (Bortz & Döring, 2006). Das heißt, die Untersuchung findet in einem realistischen Kontext statt. Die Familien durchlaufen ihren normalen Alltag und nehmen andere Behandlungen wahr. Dies bietet die Möglichkeit den zusätzlichen Nutzen des SSTP Elterntainings in der Behandlung von ASS zu überprüfen. Tatsächlich erhielten 82,4% der Kinder mindestens eine weitere Behandlung. Eine autismusspezifische Behandlung erhielten bemerkenswerterweise nur 23,5% der Kinder. Durch die längsschnittliche Erfassung zu mehreren Zeitpunkten können Zeiteffekte zumindest teilweise kontrolliert werden.

Zur Überprüfung der Wirksamkeit einer Behandlung gelten allerdings randomisiert-kontrollierte Studien (RCT) als der Goldstandard (Bortz & Döring, 2006). Durch die randomisierte Zuteilung auf eine Interventions- und eine Kontrollbedingung können Zeiteffekte und die Wirkung anderer Behandlungen besser kontrolliert werden. Dadurch erhöht sich die interne Validität. Ohne randomisierte Zuteilung auf die Bedingungen können Veränderungen nicht eindeutig auf die Wirkung der Intervention zurückgeführt werden. Bisher liegen erst zwei RCT Studien zur Wirksamkeit des SSTP Elterntainings vor, deren Stichproben sich ausschließlich aus Familien mit Kindern mit ASS zusammensetzen (Whittingham et al., 2009a; Tellegen & Sanders, 2014). Drei weitere RCT Studien wurden mit gemischten Gruppen durchgeführt (Plant & Sanders, 2006; Sofronoff et al., 2011; Roux et al., 2013). Ergebnisse zu Elterntainings im Kontext von ASS, die aus RCTs gewonnen wurden sind insgesamt sehr rar (Beaudoin et al., 2014; McConachie & Diggle, 2006).

Für die Interaktionsbeobachtung ließ sich leider keine Kontrollgruppe realisieren. Zudem nahm an den Interaktionsbeobachtungen nur eine Teilstichprobe teil. Aufgrund der fehlenden Kontrollgruppe, beziehungsweise der fehlenden Baseline Untersuchung zu T0, können die Veränderungen nicht eindeutig auf die Intervention zurückgeführt werden. Eventuell können Retest Effekte eingetreten sein. Eltern und Kinder könnten z.B. bei der zweiten Untersuchung deutlich entspannter gewesen sein, da sie bereits wissen, was auf sie zukommt.

Die Rekrutierung der Stichprobe gestaltete sich durchaus schwierig. Dies mag auch an der vergleichsweise niedrigen Prävalenz für ASS liegen (Elsabbagh et al., 2012; Fombonne, 2009). Die beiden Kliniken verfügen jedoch über Datenbanken ihrer Patienten mit ASS, die regelmäßig zur Rekrutierung für Forschungsarbeiten eingesetzt werden können. So wurden die rund sechzig Familien der Marburger Datenbank angeschrieben, die unter Berücksichtigung der Einschlusskriterien für eine Teilnahme in Frage kamen. Es meldeten sich jedoch nur sechs zurück, von denen schließlich vier an einem Elterntermin teilnahmen. Dies mag an der insgesamt hohen Belastung der Eltern liegen (Hayes & Watson, 2013). Möglich wäre auch, dass Eltern mit niedriger Selbstwirksamkeitserwartung sich von der Teilnahme am Elterntermin keine Verbesserungen erhofft hatten (Kuhn & Carter, 2006; Siller et al., 2013b).

7.2.2. Stepping Stones Triple P

Das SSTP Elterntermin wurde von den Eltern gut akzeptiert. Darauf deuten die hohen Zufriedenheitsangaben im CSQ hin, die ähnlich hoch sind wie in anderen Untersuchungen zum SSTP Programm mit Eltern von Kindern mit ASS (Tellegen & Sanders, 2014). Zudem nahmen die Eltern durchschnittlich 92,3 % der Sitzungen wahr (Spannweite: 80%-100%). Lediglich eine Mutter brach das Elterntermin nach der ersten Sitzung ab, dies entspricht einer Abbruchquote von 5,9 %. Diese liegt deutlich unterhalb der Abbruchquote, die in der Metaanalyse von Sanders und Kollegen (2014) berichtet wurde.

Die Eltern bewerten die Erziehungsstrategien aus dem SSTP Programm mehrheitlich als hilfreich. Sie berichteten zudem, die Erziehungsstrategien regelmäßig anzuwenden. Deutlich weniger hilfreich wurden hingegen die Ablaufpläne, das Rückwärtslernen, die Punktekarte und vor allem die stille Zeit und die Auszeit eingeschätzt. Bei den beiden letztgenannten zeigte sich, dass ein Teil der Eltern diese jedoch regelmäßig anwendete, ein anderer Teil hingegen selten. Es ist zu vermuten, dass gerade die stille Zeit und die Auszeit auf geteilte Resonanz stoßen. Dies spiegelt nur teilweise die Ergebnisse anderer Untersuchungen wieder. In einer Voruntersuchung zum SSTP Programm bei ASS zeigten Whittingham und Kollegen (2006) Eltern den Film „Überlebenshilfe für Eltern von Kindern mit einer Behinderung“. Eltern beurteilten anschließend die Strategien absichtliches Ignorieren, stille Zeit und Auszeit als wenig hilfreich im Umgang mit ihrem Kind. Nach der aktiven Teilnahme an einem SSTP Elterntermin wurde die Auszeit als deutlich hilfreicher eingeschätzt (Whittingham et al., 2009a). Bei Whittingham (2009a) beurteilten 75 % der Eltern die Auszeitmaßnahme als hilfreich. Diese Diskrepanz zu den vorliegenden Ergebnissen ist durchaus relevant, da die Anleitung von Eltern in der Durchführung von Auszeitmaßnahmen zu den wirksamen

Komponenten von Elterntrainings gehört (Kaminski, Valle, Filene & Boyle, 2008). Eventuell müssen Eltern erst die Erfahrung machen, dass Auszeitmaßnahmen eine positive Strategie im Umgang mit Problemverhalten sind. Es sollte vor allem bei diesen Interventionen genug Zeit aufgewendet werden, um den Eltern den Nutzen zu verdeutlichen. Die Sorgen der Eltern sollten dabei berücksichtigt werden.

Es konnte gezeigt werden, dass sich die Belastung durch Elternstress nach der aktiven Teilnahme am SSTP Elterntraining klinisch relevant reduzieren lässt. Wie bereits dargestellt, kann dies bedeutende Auswirkungen auf die Eltern-Kind Interaktion aber auch auf die psychische Gesundheit von Eltern haben. Dennoch konnte nicht in allen bisherigen Untersuchungen dieser Effekt nachgewiesen werden. Als ein sinnvoller, zusätzlicher Bestandteil von Elterntrainings könnte der ACT Ansatz (Acceptance and Commitment Therapy) weitere Möglichkeiten bieten, negative Emotionen der Eltern zu verändern (Whittingham et al., 2014). Interessanterweise konnten Whittingham und Kollegen (2014) nachweisen, dass ein SSTP Elterntraining mit zusätzlichen Inhalten basierend auf dem ACT Ansatz zu einer zusätzlichen Reduktion von Überreagierendem Erziehungsverhalten führte. Leider wurde bei Whittingham und Kollegen (2014) keine Belastung durch Elternstress erhoben oder berichtet. Eventuell könnten entsprechende Inhalte auch bei Eltern von Kindern mit ASS zu einer besseren Akzeptanz der Erkrankung führen..

7.2.3. Interaktionsbeobachtung

Für die Interaktionsbeobachtung wurde eigens für die vorliegende Untersuchung eine Auswertung entworfen. Eine gute Beurteilerübereinstimmung konnte für die Erziehungsstrategien zum Fördern von angemessenen Verhaltensweisen sowie für das Geben von Anweisungen und das Anregen zum eigenständigen Problemlösen erreicht werden. Bei den Rating Skalen hatte nur die Skala Nachgiebigkeit eine hohe Beurteilerübereinstimmung. Die Beurteilerübereinstimmung für andere Erziehungsstrategien sowie den Rating Skalen Überreagieren, Warmherzig-Liebevoll und Fördernd-Unterstützend waren zum Teil nicht akzeptabel, zum Teil noch nicht im zufriedenstellenden Bereich. Dies ist bedauernd, da es doch Hinweise auf eine Verbesserung im Einsatz des Berührenden Führens oder auf einen Rückgang überreagierendes Verhaltens gab.

Erziehungsstrategien: Für die Erziehungsstrategien können mehrere Ursachen für die geringe Beurteilerübereinstimmung genannt werden. Zum einen wurden einige Erziehungsstrategien insgesamt nur sehr selten eingesetzt. Berührendes Führen und Absichtliches Ignorieren wurden beispielsweise überhaupt nur von einem Teil der Eltern

genutzt. Die Mittelwerte waren daher sehr niedrig und die Varianzen folglich eingeschränkt, was sich auch auf die Intra-Klassen-Korrelationskoeffizienten auswirkt. Zum anderen müsste an den Richtlinien zur Kodierung nachgebessert werden. Gerade für negatives Erziehungsverhalten und dem Äußern von Kritik waren die Hinweise im Manual für die Beurteiler sehr vage, was sich sicherlich auf die Beurteilerübereinstimmung auswirkte. Für andere Strategien waren die Kodierrichtlinien sehr klar formuliert, um das durchaus komplexe Verhalten der Eltern zählbar zu machen. So traf auf die klare, ruhige Anweisung sowohl die 5 Sekundenregel, als auch die 2 Sekunden Regel zu. Es wurden mehr klare, ruhige Anweisungen vor gehorsamen Verhalten der Kinder kodiert, da die Eltern bei Ungehorsamkeit meist keine 5 Sekunden warteten, um die Anweisung zu wiederholen. Auf diese Weise entstand eine Verzerrung je nach Reaktion des Kindes. Zudem stellte dieses Vorgehen eine hohe Anforderung an die Beurteiler dar. Eventuell wäre für solch komplexe Interaktionen ein Time-Sampling Verfahren, in welchem nur das Auftreten eines Verhaltens in einem Zeitabschnitt kodiert wird, dem Event-Sampling vorzuziehen.

Andere Autoren berichteten deutlich höhere Beurteilerübereinstimmungen sowohl für Time-Sampling Verfahren (Roberts et al., 2006; Tellegen & Sanders, 2014) als auch für Event-Sampling Verfahren (Eyberg et al., 2005). Dabei wurde in die Ausbildung der Beurteiler viel Zeit investiert. In der Untersuchung von Roberts und Kollegen (2006) wurden die Beurteiler trainiert, bis sie eine 80%-ige Übereinstimmung erreichten, was 20 Trainingsstunden in Anspruch nahm. Die Beurteiler der vorliegenden Untersuchung erhielten lediglich circa vier Stunden Training. Zudem hatten sie keine praktische Erfahrungen in der Beobachtung von Eltern-Kind Interaktionen sowie den SSTP Erziehungsstrategien. Es kann angenommen werden, dass erfahrene und trainierte Beurteiler objektivere Beurteilungen durchführen können. Dazu standen für die vorliegende Arbeit keine Ressourcen zur Verfügung.

Die Auswahl der Erziehungsstrategien erfolgte in Anlehnung an die Inhalte des Kurses. Es wurden Strategien in die Auswertung mit aufgenommen, deren Einsatz in einer halbstündigen Interaktionsbeobachtung erwartet werden konnte. Die vorliegende Untersuchung zeigt nun, welche Strategien tatsächlich angewendet werden. In weiteren Untersuchungen kann man sich auf beobachtbare Erziehungsstrategien konzentrieren und die Kodierrichtlinien entsprechend anpassen. In Stichproben mit einer größeren Anzahl jüngerer Kinder sollte zudem das Berührende Führen bei der Puzzle Aufgabe deutlich häufiger zu beobachten sein.

Rating Skalen: Der Einsatz von globalen Rating Skalen stellt eine Möglichkeit dar, weitere Aspekte der Eltern-Kind Interaktion zu erfassen. Zudem zeigen sich für globale Rating Skalen häufig höhere Zusammenhänge mit den Selbstbeurteilungen der Eltern. Dies gilt vor allem, wenn die Skalen sich inhaltlich an den Konstrukten der Selbstbeurteilungsverfahren orientieren (Arnold, O'Leary, Wolff & Acker, 1993). Die Skalen Überreagieren und Nachgiebigkeit wurden aus dem EFB-K entnommen. Dazu wurden Items ausgewählt, zu denen in der MEKIB Situation Aussagen getroffen werden konnten. Dies erwies sich für einige Items durchaus als schwierig. So bezogen sich einige Items der Skala Überreagieren auf die Reaktion der Eltern auf unangemessenes Verhalten der Kinder. Items der Skala Nachgiebigkeit bezogen sich auf die Reaktion der Eltern auf Quengeln. Bei einigen Interaktionsbeobachtungen zeigten die Kinder allerdings keinerlei unangemessene Verhaltensweisen, sodass die Reaktion der Eltern nur schlecht beurteilt werden konnte.

Die Items der Skalen Warmherzig-Liebevoll und Fördernd-Unterstützend bezogen sich wieder mehr auf die Inhalte des Elterntrainings, genauer den Strategien zur Erhaltung einer guten Beziehung sowie Strategien zum Fördern angemessener Verhaltensweisen und zum Beibringen neuer Fertigkeiten. Ob die vier Rating Skalen tatsächlich vier unterschiedliche Konstrukte erfassen kann nicht untersucht werden. Dazu müsste eine faktorenanalytische Auswertung mit einer größeren Stichprobe durchgeführt werden. Die hohen internen Konsistenzwerte sowie die hohen Interskalenkorrelationen deuten jedoch darauf hin, dass ein Großteil der Items auf einen globalen Faktor, nämlich der generellen Haltung der Eltern zurückzuführen ist. Es ist daher unwahrscheinlich dass vier unabhängige Konstrukte erfasst wurden. Auch die Analyse der Einzelitems deutet darauf hin, dass einige Items eher eine positiv-wohlwollende Haltung der Eltern erfassen, andere Items eher emotionale-kritische Reaktionen der Eltern. Die Items der Skala Nachgiebigkeit scheinen jedoch ein objektives und abgrenzbares Konstrukt zu erfassen. Eventuell sollte bei der Erstellung von Rating Skalen mehr Bezug zu theoretischen Konstrukten genommen werden wie beispielsweise dem Konzept der Emotional-Availability (Biringen, Derscheid, Vliegen, Closson & Easterbrooks, 2014) oder dem Konzept der Expressed-Emotion, welches auch im Bereich ADHS untersucht wurde (Daley, Sonuga-Barke & Thompson, 2003).

7.3. Abschließende Bewertung

Es konnte gezeigt werden, dass das SSTP Elterntaining als zusätzliche Intervention in der Behandlung von ASS wirksam negatives Erziehungsverhalten reduzieren kann. Dies gilt vor allem für überreagierendes Verhalten. Zudem wendeten Eltern häufiger positive Erziehungsverhaltensweisen im Sinne von Loben an. Ein wichtiger Befund ist zudem,

dass sich die Stressbelastung in der Elternrolle reduzieren lässt. Dies konnte bisher nicht durchgängig im Bereich der ASS gefunden werden. Die Ergebnisse liefern zudem einen weiteren Nachweis, dass das Format und die Inhalte des SSTP Programms auch von Eltern von Kindern mit ASS hilfreich und nützlich eingeschätzt werden.

Die Ergebnisse stehen weitestgehend im Einklang mit den Forschungsergebnissen anderer Forschergruppen und haben eine Relevanz für die Entwicklung der Kinder, die Eltern-Kind Interaktion und die psychische Gesundheit der Eltern. Das SSTP Elterstraining stellt eine sinnvolle, zusätzliche Intervention in der der Behandlung von ASS dar. Weitere Untersuchungen, vor allem randomisiert-kontrollierte Studien, sollten durchgeführt werden. Zudem sollte das SSTP Programm häufiger in den Versorgungsstrukturen angeboten werden. Um das Programm weiter zu verbreiten und Eltern von Kindern mit einer ASS zugänglich zu machen, sollten die Kosten von der Krankenkasse übernommen werden.

Methodische Einschränkungen stellen die geringe Stichprobengröße, das Fehlen einer randomisierten Zuweisung, das Fehlen einer aktiven Kontrollbedingung sowie Mängel in der Operationalisierung der Interaktionsbeobachtung dar. Hinweise für künftige Arbeiten zu diesem Thema werden im folgenden Abschnitt diskutiert.

7.4. Ausblick

Ein Hauptkritikpunkt dieser Arbeit bleibt sicherlich die fehlende Randomisierung und geringe Stichprobengröße. RCT Untersuchungen gelten als der Goldstandard in der Evaluationsforschung. Für die Implementierung des SSTP Elterstrainings in die Standardbehandlung von ASS und eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse sind weitere RCT Studien unerlässlich. Zudem sollten Untersuchungen mit einer größeren Stichprobe Hinweise darüber liefern, für welche Eltern und zu welchem Zeitpunkt die Teilnahme an einem SSTP Elterstraining sinnvoll sein kann. Dabei könnten der Bildungsgrad oder die psychische Gesundheit der Eltern eine Rolle spielen, sowie der zeitliche Abstand zwischen Diagnosestellung und der Teilnahme am Elterstraining. Mit größeren Stichproben könnten zudem mögliche Moderatorvariablen, wie das Geschlecht der Eltern, die Intelligenz der Kinder oder das Ausmaß der autistischen Symptomatik, untersucht werden. Da die Prävalenz für ASS vergleichsweise niedrig ist, wäre eine multizentrische Studie, erfolgsversprechender. Es sollten Follow-Up Untersuchungen mit größeren Abständen durchgeführt werden um langfristige Effekte untersuchen zu können. Dabei sollten auch unerwünschte Nebenwirkungen des Programmes sowie die Sicht anderer Familienmitglieder und von Lehrern berücksichtigt werden.

Der Einsatz von Verhaltensbeobachtungen liefert weitere Informationen zur Wirksamkeit bezogen auf die Eltern-Kind Interaktion und erhöht zudem die Objektivität der Ergebnisse. Dafür sollte auf erprobte Verfahren zurückgegriffen werden, deren Gütekriterien bekannt sind. Dies erfordert sicherlich auch eine Auswertung durch trainierte Beurteiler. Da bisher lediglich das Family Observation Schedule eingesetzt wurde, würde die Erstellung weiterer Verfahren sicherlich die Objektivität der Befunde erhöhen. Die ersten Erfahrungen mit der hier vorgestellten Interaktionsbeobachtung können einen Beitrag zur Entwicklung eines validen Verfahrens leisten.

Ein bedeutendes Ergebnis dieser Arbeit ist sicherlich die klinisch relevante Reduktion des Elternstresses. Der ESF hat sich diesbezüglich als ein änderungssensibles Instrument erwiesen. Aufgrund der Auswirkungen von chronischem Stress auf die psychische Gesundheit von Eltern und der hohen Belastung bei Eltern von Kindern mit ASS sollte dies weiter untersucht werden. Diesbezüglich sollten weitere Informationsquellen herangezogen werden. Beispielsweise sollte sich eine Reduktion von Elternstress auch in biologischen Parametern wie dem Cortisolspiegel im Speichel oder dem Blutdruck zeigen. Dazu wäre eine Erfassung vor, während und nach der aktiven Teilnahme am SSTP Elterntraining notwendig. Psychiater, Therapeuten und Berater, die primär mit Erwachsenen und damit eventuell auch mit Eltern arbeiten, sollten sich mit Erziehungsprogrammen auskennen und ihre Klienten an entsprechende Anbieter weitervermitteln.

Zudem wäre es wünschenswert die Mechanismen der Veränderung genauer zu untersuchen. Es wurde beschrieben, dass der Attributionsstil der Eltern eine bedeutende Rolle für die Veränderungen des Erziehungsverhaltens sowie für die Reduktion des Stresserlebens haben könnte. In zukünftigen Untersuchungen sollte dies untersucht werden. Dazu müssten reliable Verfahren zur Erfassung der elterlichen Attributionsmuster erstellt werden.

Bezüglich der Selbstwirksamkeitserwartungen der Eltern blieben einige Fragen offen. Die Eltern berichteten in der vorliegenden Untersuchung im Mittel keine auffälligen Werte bezüglich ihrer Selbstwirksamkeitserwartungen, was nicht den Befunden entspricht, die aus dem Bereich der ASS bekannt sind. Es wurde diskutiert, ob sich vor allem Eltern gemeldet haben, die sich selbst bereits als kompetent wahrnahmen. Dies würde bedeuten, dass eine besondere Risikogruppe keinen Zugang zu Angeboten wie dem SSTP Elterntraining findet. Es sollte untersucht werden, was getan werden kann, um ebendiese Risikogruppe zu motivieren. Eventuell spielt dabei vor allem die Zeit rund um die Diagnosestellung eine Rolle oder das Vorgehen des fallführenden Therapeuten,

bei dem auch die Indikationsstellung erfolgt. Zudem konnte keine Aussage getroffen werden, in welchen spezifischen Bereichen sich Veränderungen ergeben, da ein globales Verfahren zur Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartungen eingesetzt wurde. Ein bereichsspezifisches Verfahren (domain-related self efficacy) kann Aufschluss darüber geben, inwieweit sich Eltern von Kindern mit einer ASS die Disziplinierung ihres Kindes, das Herstellen von Wärme und Beziehung oder andere Bereiche zutrauen. Dies wurde im Kontext von ASS bisher noch nicht untersucht.

Die negativen Auswirkungen auf die Partnerschaftsqualität gehen auf eine Zunahme von Konflikten über Erziehung zurück. In den bekannten Metanalysen zum Triple P Programm und zum SSTP Programm zeigte sich jedoch eine Verbesserung der Partnerschaftsqualität. In künftigen Untersuchungen sollte überprüft werden, ob sich Unterschiede finden, wenn beide Eltern oder nur ein Elternteil an einem Elterntermin teilnehmen. Um beiden Elternteilen eine Teilnahme zu ermöglichen, wäre ein paralleles Betreuungsangebot für die Kinder und Geschwisterkinder wünschenswert.

8. Verzeichnisse

8.1. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Negative Verstärkung von Problemverhalten (in Anlehnung an Patterson, 1982).....	13
Abbildung 2: Negative Verstärkung von negativem Erziehungsverhalten (in Anlehnung an Patterson, 1982).....	13
Abbildung 3: Untersuchungsdesign.....	72
Abbildung 4: Mittelwerte der Skalen des EFB-K zu allen Messezeitpunkten	88
Abbildung 5: Mittelwerte der Skalen des PSOC zu allen Messzeitpunkten.....	89
Abbildung 6: Mittelwerte der Skalen des ESF zu allen Messzeitpunkten.....	89
Abbildung 7: Mittelwerte der Skalen des DASS-21 zu allen Messzeitpunkten.....	90
Abbildung 8: Deskriptive Darstellung (Mittelwerte) der Ergebnisse im Fragebogen zur Zufriedenheit mit dem Stepping Stones Triple P-Programm (CSQ).....	95
Abbildung 9: Häufigkeitsverteilung im Fragebogen zur Nützlichkeit der Erziehungsstrategien aus dem Stepping Stones Triple P- Programm	96

8.2. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Metaanalytisch ermittelte Effektstärken (Cohens d) zur Wirksamkeit des Triple P Programms (Sanders et al., 2014).....	29
Tabelle 2: Prinzipien der positiven Erziehung nach SSTP.....	30
Tabelle 3: Erziehungsstrategien des Stepping Stones Triple P Elterntrainings (Level 4).....	31
Tabelle 4: Metaanalytisch ermittelte Effektstärken (Cohens d) zur Wirksamkeit des SSTP Programms (Tellegen & Sanders, 2013)	33
Tabelle 5: Komorbidität bei Autismus-Spektrum-Störungen (Lai et al., 2014).....	38
Tabelle 6: Studien zum SSTP Programm in der Behandlung von ASS	67
Tabelle 7: Stichprobenmerkmale.....	76
Tabelle 8: Struktur der Marburger Eltern Kind Interaktionsbeobachtung (MEKIB)	82
Tabelle 9: Ausgewählte Erziehungsstrategien der Event-Sampling Auswertung	84
Tabelle 10: Deskriptive Statistik der Selbst-beurteilungen getrennt nach Messzeitpunkten sowie Effektstärke (Post-Prä).....	91
Tabelle 11: Intra-Klassen-Korrelationen zwischen beiden Beurteilern für die Erziehungsstrategien, beide Messzeitpunkte zusammengefasst.....	92
Tabelle 12: Deskriptive Statistiken über Häufigkeit der Erziehungsstrategien, gemittelt über beide Beurteiler sowie Effektstärke (Post-Prä)	93
Tabelle 13: Beurteilerübereinstimmungen (Spearman's ρ) für die Rating Skalen, beide Messzeitpunkte zusammengefasst.....	93
Tabelle 14: Interne Konsistenz (Cronbachs α) und Interskalenkorrelationen (Spearman's ρ) der Rating Skalen, über beide Beurteiler und beide Messzeitpunkte zusammengefasst.....	94
Tabelle 15: Deskriptive Statistiken der Rating Skalen, gemittelt über beide Beurteiler sowie Effektstärke (Post-Prä).....	94
Tabelle 16: Häufigkeitsverteilung der Angaben im Fragebogen zur Anwendung der Erziehungsstrategien aus dem SSTP Programm	173

8.3. Alphabetisches Abkürzungsverzeichnis

α	Cronbachs Alpha
ABA	Applied Behaviour Analysis
ACT	Acceptance and Commitment Therapy
ADHS	Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung
ADI-R	Diagnostisches Interview für Autismus - revidiert
ADOS	Diagnostische Beobachtungsskala für autistische Störungen
AQ	Autismus-Spektrum-Quotient
ASD	Autism Spectrum Disorder
ASS	Autismus-Spektrum-Störung
CSQ	Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Behandlung
d	Effektstärkemaß d nach Cohen
DASS	Depressions-Angst-Stress-Inventar
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie
d.h.	das heißt
diff	Differenzwert
DPICS-R	Dyadic Parent-Child Interactive Coding System - Revised
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5. Version
ECBI	Eyberg Child Behavior Inventory
EFB-K	Erziehungsfragebogen - Kurzversion
ESF	Elternstressfragebogen
etc.	et cetera
FADB	Fragebogen zu anderen durchgeführten Behandlungen
FFH	Fragebogen zum familiären Hintergrund
FIBS	Familien-Interaktions-Beobachtungssystem
FOS	Family Observation Schedule
FU	Fördernd-Unterstützend/ Follow-UP
HAMEL	Hamburger Erziehungsverhaltensliste
ICC	Intra-Klassen-Korrelation
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten - 10. Version
IQ	Intelligenzquotient
M	Mittelwert
MEKIB	Marburger Eltern-Kind Interaktionsbeobachtung
N	Stichprobengröße
η^2	Effektstärke Eta-Quadrat
NG	Nachgiebigkeit

PAQ	Parental Attribution Questionnaire
PBS	Parental Behavior Scale
PCSSTP	Primary Care Stepping Stones Triple P
PSI	Parenting Stress Index
PSOC	Parental Sense of Competence Scale
r	Korrelationskoeffizient
ρ	Korrelationskoeffizient Rho nach Spearman
RCT	Randomisiert-kontrollierte Studie
SD	Standardabweichung
SDQ	Fragebogen zu Stärken und Schwächen
SEPTI	Self Efficacy for Parenting Task Index
SON-R 2½-7	Snijders-Oomen nonverbale Intelligenztest für zweieinhalb bis siebenjährige
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SRS	Skala zur Erfassung sozialer Reaktivität
SSRI	Selektive Serotonin Wiederaufnahmehemmer
SSTP	Stepping Stones Triple P
START	Anweisung zum Beginnen einer Handlung
STOP	Anweisung zum Beenden einer Handlung
T0	Messzeitpunkt 0
TAU	Treatment as usual
TAI	Therapy Attitude Inventory
TEACCH	Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children
Triple P	Positive Parenting Program
ÜR	Überreagieren
VFE	Verhaltensfragebogen bei Entwicklungsstörungen
vgl.	vergleiche
WISC-IV	Wechsler Intelligenztest für Kinder - vierte Auflage
WL	Warmherzig-Liebevoll
WPPSI-III	Wechsler Intelligenztest für Kinder im Vorschulalter - dritte Auflage
z.B.	zum Beispiel

8.4. Literaturverzeichnis

- Abidin, R. R. (1983). *Parenting Stress Index: Manual, Administration Booklet and Research Update*. Charlottesville, Virginia: Pediatric Psychology Press.
- Ainsworth, M. S. (1979). Infant-mother attachment. *American Psychologist*, 34, 932-937.
- Anagnostou, E., Soorya, L., Chaplin, W., Bartz, J., Halpern, D., Wasserman, S. et al. (2012). Intranasal oxytocin versus placebo in the treatment of adults with autism spectrum disorders: a randomized controlled trial. *Molecular Autism*, online veröffentlicht: doi:10.1186/2040-2392-3-16.
- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W. & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, 10, 176-181.
- Ardelt, M. & Eccles, J. S. (2001). Effects of mothers' parental efficacy beliefs and promotive parenting strategies on inner-city youth. *Journal of Family Issues*, 22, 944-972.
- Arney, F. M. (2004). *A Comparison of Direct Observation and Self-Report Measures of Parenting Behaviour*. Dissertation. Adelaide: University Adelaide.
- Arnold, D. S., O'Leary, S. G., Wolff, L. S. & Acker, M. M. (1993). The Parenting Scale: A measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychological Assessment*, 5, 137-144.
- Bailey, D. B., Golden, R. N., Roberts, J. & Ford, A. (2007). Maternal Depression and Developmental Disability: Research and Critique. *Maternal Depression and Developmental Disabilities*, 13, 321 - 329.
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Barker, E. T., Mailick, M. R. & Smith, L. E. (2014). Chronic Parenting Stress in Mothers of Adolescents and Adults with Autism: Vulnerability and Resilience. In V. B. Patel, *Comprehensive Guide to Autism* (S. 207-222). New York: Springer Science + Business Media.
- Baron-Cohen, S. (2000). Theory of Mind and autism: A fifteen year review. In S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg & D. J. Cohen, *Understanding other minds:*

Perspectives from developmental cognitive neuroscience, 2nd edition (S. 3-20).
New York: Oxford University Press.

Baron-Cohen, S., Scott, F. J., Allison, C., Williams, J., Bolton, P., Matthews, F. E. et al. (2009). Prevalence of autism-spectrum conditions: UK school-based population study. *The British Journal of Psychiatry, 194*, 500–509.

Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Skinner, R., Martin, J. & Clubley, E. (2001). The Autism-Spectrum Quotient (AQ): Evidence from Asperger Syndrome/High-Functioning Autism, Males and Females, Scientists and Mathematicians. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 31*, 5-17.

Baumgärtel, F. (1979). *Hamburger Erziehungsverhaltensliste (HAMEL)*. Göttingen: Hogrefe.

Baumrind, D. (1966). Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior. *Child Development, 37*, 887-907.

Baumrind, D., Larzelere, R. E., & Owens, E. B. (2010). Effects of Preschool Parents' Power Assertive Patterns and Practices on Adolescent Development. *Parenting, 10*, 157-201.

Beaudoin, A. J., Sébire, G. & Couture, M. (2014). Parent Training Interventions for Toddlers with Autism Spectrum Disorder. *Autism Research and Treatment*, online veröffentlicht: doi:10.1155/2014/839890.

Beck, A., Hastings, R. P., Daley, D. & Stevenson, J. (2004). Pro-social behaviour and behaviour problems independently predict maternal stress. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 29*, 339-349.

Beecham, J. (2014). Annual Research Review: Child and adolescent mental health interventions: a review of progress in economic studies across different disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 55*, 714–732.

Begeer, S., Mandell, D., Wijnker-Holmes, B., Venderbosch, S., Rem, D., Stekelenburg, F. et al. (2013). Sex Differences in the Timing of Identification Among Children and Adults with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 43*, 1151–1156.

Ben-Sasson, A., Soto, T. W., Martínez-Pedraza, F. & Carter, A. S. (2013). Early sensory over-responsivity in toddlers with autism spectrum disorders as a predictor of

- family impairment and parenting stress. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, 846–853.
- Benson, P. R. (2010). Coping, distress, and well-being in mothers of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4, 217–228.
- Benson, P. R. (2016). The Longitudinal Effects of Network Characteristics on the Mental Health of Mothers of Children with ASD: The Mediating Role of Parent Cognitions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46, 1699–1715.
- Berg-Nielsen, T. S., Vikan, A. & Dahl, A. A. (2002). Parenting Related to Child and Parental Psychopathology: A Descriptive Review of the Literature. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7, 1359–1045.
- Bertram, H., Naumann, S., Harstick-Koll, S., Kuschel, A., Heinrichs, N., Hahlweg, K. et al. (2009). Das Familien-Interaktions-Beobachtungssystem (FIBS). *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 2, 54-72.
- Biringen, Z., Derscheid, D., Vliegen, N., Closson, L. & Easterbrooks, M. A. (2014). Emotional availability (EA): Theoretical background, empirical research using the EA Scales, and clinical applications. *Developmental Review*, 34, 114-167.
- Biringen, Z., Robinson, J. L. & Emde, R. N. (2000). Appendix B: The Emotional Availability Scales (3rd ed.; an abridged Infancy/Early Childhood Version). *Attachment & Human Development*, 2, 256-270.
- Bloomfield, L. & Kendall, S. (2012). Parenting self-efficacy, parenting stress and child behaviour before and after a parenting programme. *Primary Health Care Research & Development*, 13, 364-372.
- Bogensneider, K., Small, S. & Tsay, J. (1997). Child, parent, and contextual influences on perceived parenting competence among parents of adolescents. *Journal of Marriage and the Family*, 59, 345-362.
- Bölte, S. & Poustka, F. (2008). *SRS - Skala zur Erfassung sozialer Reaktivität, Dimensionale Autismus-Diagnostik, Deutschsprachige Adaptation der Social Responsiveness Scale (SRS) von John N Constantino und Christian P. Gruber*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Bölte, S., Rühl, D., Schmötzer, G. & Poustka, F. (2006). *Diagnostisches Interview für Autismus - Revidiert (ADI-R)*. Bern: Verlag Hans Huber.

- Boonen, H., Maljaars, J., Lambrechts, G., Zink, I., Van Leeuwen, K. & Noens, I. (2014). Behavior problems among school-aged children with autism spectrum disorder: Associations with children's communication difficulties and parenting behaviors. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8, 716-725.
- Boonen, H., van Esch, L., Lambrechts, G., Maljaars, J., Zink, I., Van Leeuwen, K. et al. (2015). Mothers' Parenting Behaviors in Families of School-Aged Children with Autism Spectrum Disorder: An Observational and Questionnaire Study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45, 3580-3593.
- Bornstein, M. H., Gini, M., Putnick, D., Haynes, O. M., Painter, K. & Suwalsky, J. T. (2006). Short-term reliability and continuity of emotional availability in mother-child dyads across contexts of observation. *Infancy*, 10, 1-16.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler: Limitierte Sonderausgabe: Für Human- Und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.
- Boyd, B. A. (2002). Examining the Relationship Between Stress and Lack of Social Support in Mothers of Children with Autism. *Focus on Autism and other Developmental Disabilities*, 17, 208-215.
- Brei, N. G., Schwarz, G. N. & Klein-Tasman, B. P. (2015). Predictors of Parenting Stress in Children Referred for an Autism Spectrum Disorder Diagnostic Evaluation. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 27, 617-635.
- Brown, T. A., Chorpita, B. F., Korotitsch, W. & Barlow, D. H. (1997). Psychometric Properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in Clinical Samples. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 79-89.
- Cadman, T., Eklund, H., Howley, D., Hayward, H., Clarke, H., Findon, J. et al. (2012). Caregiver Burden as People With Autism Spectrum Disorder and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Transition into Adolescence and Adulthood in the United Kingdom. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51, 879-888.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Coleman, P. K. & Karraker, K. H. (1997). Self-Efficacy and Parenting Quality: Findings and Future Applications. *Developmental Review*, 18, 47-85.

- Coleman, P. K. & Karraker, K. H. (2000). Parenting Self-Efficacy Among Mothers of School-Age Children: Conceptualization, Measurement, and Correlates. *Family Relations*, 49, 13-24.
- Cousino, M. K. & Hazen, R. A. (2013). Parenting Stress Among Caregivers of Children With Chronic Illness: A Systematic Review. *Journal of Pediatric Psychology*, 38, 809-828.
- Craig, F., Operto, F. F., De Giacomo, A., Margari, L., Frolli, A., Conson, M. et al. (2016). Parenting stress among parents of children with Neurodevelopmental Disorders. *Psychiatry Research*, 242, 121-129.
- Crnic, K. A., Gaze, C. & Hoffman, C. (2005). Cumulative Parenting Stress Across the Preschool Period: Relations to Maternal Parenting and Child Behaviour at Age 5. *Infant and Child Development*, 14, 117-132.
- Dabrowska, A. & Pisula, E. (2010). Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54, 266-280.
- Daley, D., Sonuga-Barke, E. J. & Thompson, M. (2003). Assessing expressed emotion in mothers of preschool AD/HD children: Psychometric properties of a modified speech sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 53-67.
- Danial, J. T. & Wood, J. J. (2013). Cognitive Behavioral Therapy for Children With Autism: Review and Considerations for Future Research. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 34, 702-715.
- Davis, N. O. & Carter, A. S. (2008). Parenting Stress in Mothers and Fathers of Toddlers with Autism Spectrum Disorders: Associations with Child Characteristics. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 1278-1291.
- de Graaf, I., Speetjens, P., Smit, F., de Wolff, M. & Tavecchio, L. (2008a). Effectiveness of The Triple P Positive Parenting Program on Behavioral Problems in Children A Meta-Analysis. *Behavior Modification*, 32, 714-735.
- de Graaf, I., Speetjens, P., Smit, F., de Wolff, M. & Tavecchio, L. (2008b). Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on Parenting: A Meta-Analysis. *Family Relations*, 57, 553-566.

- de Wolff, M. S. & van Ijzendoorn, M. H. (1997). Sensitivity and Attachment: A Meta-Analysis on Parental Antecedents of Infant Attachment. *Child development*, 68, 571-591.
- Deater-Deckard, K. (1998). Parenting Stress and Child Adjustment: Some Old Hypotheses and New Questions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 314-332.
- DGKJP: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. (2015). *Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, Teil 1: Diagnostik*.
http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-018l_S3_Autismus-Spektrum-Stoerungen_ASS-Diagnostik_2016-05.pdf, aufgerufen am 11.12.2016.
- Domsch, H., & Lohaus, A. (2010). *Elternstressfragebogen (ESF)*. Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G. & Steinhausen, H. C. (2006). *KIDS 1: Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Doussard-Roosevelt, J. A., Joe, C. M., Bazhenova, O. V. & Porges, S. W. (2003). Mother-child interaction in autistic and nonautistic children: Characteristics of maternal approach behaviors and child social responses. *Development and Psychopathology*, 15, 277-295.
- Duarte, C. S., Bordin, I. A., Yazigi, L. & Mooney, J. (2005). Factors associated with stress in mothers of children with autism. *Autism*, 9, 416-427.
- Dworzynski, K., Ronald, A., Bolton, P. & Happé, F. (2012). How Different Are Girls and Boys Above and Below the Diagnostic Threshold for Autism Spectrum Disorders? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51, 788-797.
- Dyches, T. T., Smith, T. B., Korth, B. B., Roper, S. O. & Mandleco, B. (2012). Positive parenting of children with developmental disabilities: A meta-analysis. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 2213-2220.
- Eickelberg, S. (2008). *Elternstress und erziehungsverhalten bei Eltern auffälliger und unauffälliger Kinder. Eine Validierung des Elternstressfragebogens (ESF)*. Diplomarbeit. Bielefeld: Universität Bielefeld.
- Einfeld, S. L., Tonge, B. J. & Steinhausen, H.-C. (2007). *Verhaltensfragebogen bei Entwicklungsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.

- Eisenhower, A. S., Baker, B. L., & Blacher, J. (2005). Preschool children with intellectual disability: syndrome specificity, behaviour problems, and maternal well-being. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 657-671.
- Elsabbagh, M., Divan, G., Koh, Y.-J., Kim, Y., Kauchali, S., Marcín, C. et al. (2012). Global Prevalence of Autism and Other Pervasive Developmental Disorders. *Autism Research*, 5, 160-179.
- Epstein, T., Saltzman-Benaiah, J., O'Hare, A., Goll, J. C. & Tuck, S. (2008). Associated features of Asperger Syndrome and their relationship to parenting stress. *Child: care, health and development*, 34, 503-511.
- Estes, A., Munson, J., Dawson, G., Koehler, E., Zhou, X. & Abbott, R. (2009). Parenting stress and psychological functioning among mothers of preschool children with autism and developmental delay. *Autism*, 13, 375-387.
- Estes, A., Olson, E., Sullivan, K., Greenson, J., Winter, J., Dawson, G. et al. (2013). Parenting-related stress and psychological distress in mothers of toddlers with autism spectrum disorders. *Brain & Development*, 35, 133-138.
- Eyberg, S. (1988). Parent-Child Interaction Therapy. *Child and Family Behavior Therapy*, 10, 33-46.
- Eyberg, S. M. (1993). Consumer satisfaction measures for assessing parent training programs. In S. Van de Creek, S. Knapp, & T. L. Jackson, *Innovations in Clinical Practice: A sourcebook*. Sarasota: Professional Resource Press.
- Eyberg, S. M. & Pincus, D. (1999). *ECBI Eyberg Child Behavior Inventory and SESBI-R Sutter - Eyberg Student Behavior Inventory - Revised*. Odessa: PAR.
- Eyberg, S. M., McDiarmid Nelson, M., Duke, M. & Boggs, S. R. (2005). *Manual for the Dyadic Parent-Child Interaction Coding System - Third Edition*. Florida: University of Florida.
- Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (. (2015). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5*. Göttingen : Hogrefe.
- Flippin, M. & Crais, E. R. (2011). The Need for More Effective Father Involvement in Early Autism Intervention - A Systematic Review and Recommendations. *Journal of Early Intervention*, 33, 24-50.

- Fombonne, E. (2009). Epidemiology of Pervasive Developmental Disorders. *Pediatric Research*, 6, 591-598.
- Foody, C., James, J. E. & Leader, G. (2015). Parenting Stress, Salivary Biomarkers, and Ambulatory Blood Pressure: A Comparison Between Mothers and Fathers of Children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45, 1084-1095.
- Franz, M., Kettemann, B., Jäger, K., Hanewald, B. & Gallhofer, B. (2012). Was wissen Psychiater über die Kinder ihrer Patienten? *Psychiatrische Praxis*, 39, 211-216.
- Freitag, C. M. (2008). Genetik autistischer Störungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 36, 7-15.
- Gámez-Guadix, M., Straus, M. A., Carrobes, J. A., Muñoz-Rivas, M. J. & Almendros, C. (2010). Corporal punishment and long-term behavior problems: The moderating role of positive parenting and psychological aggression. *Psicothema*, 22, 529-536.
- García-López, C., Sarriá, E. & Pozo, P. (2016). Multilevel approach to gender differences in adaptation in father-mother dyads parenting individuals with Autism Spectrum Disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 28, 7-16.
- Gau, S. S.-F., Chou, M.-C., Lee, J.-C., Wong, C.-C., Chou, W.-J., Chen, M.-F. et al. (2010). Behavioral problems and parenting style among Taiwanese children with autism and their siblingspcn_2034 70. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 64, 70-78.
- Gelfand, D. M., Teti, D. M. & Radin Fox, C. E. (1992). Sources of Parenting Stress for Depressed and Nondepressed Mothers of Infants. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 262-272.
- Giarelli, E., Wiggins, L. D., Rice, C. E., Levy, S. E., Kirby, R. S., Pinto-Martin, J. et al. (2010). Sex differences in the evaluation and diagnosis of autism spectrum disorders among children. *Disability and Health Journal*, 3, 107-116.
- Gjevik, E., Eldevik, S., Fjæran-Granum, T. & Sponheim, E. (2011). Kiddie-SADS Reveals High Rates of DSM-IV Disorders in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41, 761-769.

- Goldin, R. L., Matson, J. L., Tureck, K., Cervantes, P. E. & Jang, J. (2013). A comparison of tantrum behavior profiles in children with ASD, ADHD and comorbid ASD and ADHD. *Research in Developmental Disabilities, 34*, S. 2669-2675.
- Gondoli, D. M. & Silverberg, S. B. (1997). Maternal emotional distress and diminished responsiveness: The mediating role of parenting efficacy and parental perspective taking. *Developmental Psychology, 33*, 861-868.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38*, 581-586.
- Goodnow, J. J. (1985). Change and variation in ideas about childhood and parenting. In I. E. Sigel, & (Herausgeber), *Parental belief system: The psychological consequences for children*. Hillsdale: Erlbaum.
- Gray, D. E. (2002). Ten years on: a longitudinal study of families of children with autism. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 27*, 215-222.
- Gray, D. E. & Holden, W. J. (1992). Psycho-social well-being among the parents of children with autism. *Australia and New Zealand Journal of Developmental, 18*, 83-93.
- Gross, D., Sambrook, A. & Fogg, L. (1999). Behavior problems among young children in low-income urban day care centers. *Research in Nursing & Health, 22*, 15-25.
- Grusec, J. E. (2011). Socialization Processes in the Family: Social and Emotional Development. *Annual Review of Psychology, 62*, 243-69.
- Grusec, J. E. & Davidov, M. (2010). Integrating Different Perspectives on Socialization Theory and Research: A Domain-Specific Approach. *Child Development, 81*, 687-709.
- Grusec, J. E., Hastings, P. & Mammone, N. (1994). Parenting cognitions and relationship schemas. In J. G. Smetana, *Beliefs about parenting: Origins and developmental implications* (S. 5-19). San Francisco: Jossey-Bass.
- Hampel, O. A., Hasmann, S. E., Schaadt, A.-K., Holl, R., Petermann, F. & Hasmann, R. (2010). Effekte des Stepping Stones Elterngruppentrainings für Familien mit behinderten Kindern. *Kindheit und Entwicklung, 19*, 36 - 46.

- Happé, F. & Frith, U. (2006). The Weak Coherence Account: Detail-focused Cognitive Style in Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, online veröffentlicht: doi:10.1007/s10803-005-0039-0.
- Hastings, R. P. (2002a). Parental stress and behaviour problems of children with developmental disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 27, 149-160.
- Hastings, R. P. & Beck, A. (2004). Practitioner Review: Stress intervention for parents of children with intellectual disabilities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 1338-1349.
- Hastings, R. P. & Brown, T. (2002c). Behavior Problems of Children With Autism, Parental Self-Efficacy and Mental Health. *American Journal on Mental Retardation*, 107, 222-232.
- Hastings, R. P. & Johnson, E. (2001). Stress in UK Families Conducting Intensive Home-Based Behavioral Intervention for Their Young Child with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31, 327-336.
- Hastings, R. P. & Symes, M. D. (2002b). Early intensive behavioral intervention for children with autism: parental therapeutic self-efficacy. *Research in Developmental Disabilities*, 23, 332-341.
- Hastings, R. P., Kovshoff, H., Ward, N. J., Espinosa, F., Brown, T. & Remington, B. (2005). Systems Analysis of Stress and Positive Perceptions in Mothers and Fathers of Pre-School Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35, 635-644.
- Hawes, D. J. & Dadds, M. R. (2006). Assessing Parenting Practices Through Parent-Report and Direct Observation During Parent-Training. *Journal of Child and Family Studies*, 15, 555-568.
- Hayes, S. A. & Watson, S. L. (2013). The Impact of Parenting Stress: A Meta-analysis of Studies Comparing the Experience of Parenting Stress in Parents of Children With and Without Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43, 629-642.
- Hellhammer, D. H., Wüst, S. & Kudielka, B. M. (2009). Salivary cortisol as a biomarker in stress research. *Psychoneuroendocrinology*, 34, 163—171.

- Hendricks, D. R. & Wehman, P. (2009). Transition From School to Adulthood for Youth With Autism Spectrum Disorders - Review and Recommendations. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, online veröffentlicht: doi:10.1177/1088357608329827.
- Heneghan, A. M., Mercer, M. & DeLeone, N. L. (2004). Will Mothers Discuss Parenting Stress and Depressive Symptoms With Their Child's Pediatrician? *Pediatrics*, 113, 460-467.
- Herr, L., Mingeback, T., Becker, K., Christiansen, H. & Kamp-Becker, I. (2015). Wirksamkeit elternzentrierter Interventionen bei Kindern im Alter von zwei bis zwölf Jahren. *Kindheit und Entwicklung*, 24, 6 - 19.
- Herring, S., Gray, K., Taffe, J., Tonge, B., Sweeney, D. & Einfeld, S. (2006). Behaviour and emotional problems in toddlers with pervasive developmental disorders and developmental delay: associations with parental mental health and family functioning. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50, 874-882.
- Herwig, J. E., Wirtz, M. & Bengel, J. (2004). Depression, partnership, social support, and parenting: interaction of maternal factors with behavioral problems of the child. *Journal of Affective Disorders*, 80, 199-208.
- Hill, N. E. & Bush, K. R. (2001). Relationships between parenting environment and children's mental health among african american and european american mothers and children. *Journal of Marriage and the Family*, 63, 954-966.
- Hodgetts, S., Savage, A. & McConnell, D. (2013). Experience and outcomes of stepping stones triple P for families of children with autism. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 2572-2585.
- Hoeve, M., Semon Dubas, J., Eichelsheim, V. I., van der Laan, P. H., Smeenk, W. & Gerris, J. R. (2009). The Relationship Between Parenting and Delinquency: A Meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 749-775.
- Hoffman, C. D., Sweeney, D. P., Hodge, D., Lopez-Wagner, M. C. & Looney, L. (2009). Parenting Stress and Closeness - Mothers of Typically Developing Children and Mothers of Children With Autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 24, 178-187.
- Howlin, P., Goode, S., Hutton, J. & Rutter, M. (2004). Adult outcome for children with autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 212-229.

- Hoza, B., Owens, J. S., Pelham, W. E., Swanson, J. M., Conners, C. K., Hinshaw, S. P. et al. (2000). Parent Cognitions as Predictors of Child Treatment response in Attention-deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 569-583.
- Hutchison, L., Feder, M., Abar, B. & Winsler, A. (2016). Relations between Parenting Stress, Parenting Style, and Child Executive Functioning for Children with ADHD or Autism. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 3644-3656.
- Idring, S., Rai, D., Dal, H., Dalman, C., Sturm, H., Zander, E. et al. (2012). Autism Spectrum Disorders in the Stockholm Youth Cohort: Design, Prevalence and Validity. *PLoS ONE*, online veröffentlicht: doi:10.1371/journal.pone.0041280.
- Ingersoll, B. & Hambrick, D. (2011). The relationship between the broader autism phenotype, child severity, and stress and depression in parents of children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 337-344.
- Izzo, C., Weiss, L., Shanahan, T. & Rodriguez-Brown, F. (2000). Parental self-efficacy and social support as predictors of parenting practices and children's socio-emotional adjustment in mexican immigrant families. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 20, 197-213.
- Jacob, A. (2014). *Interaktionsbeobachtung von Eltern und Kind*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Jang, J., Matson, J. L., Williams, L. W., Tureck, K., Goldin, R. L. & Cervantes, P. E. (2013). Rates of comorbid symptoms in children with ASD, ADHD, and comorbid ASD and ADHD. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 2369-2378.
- Johnston, C. & Mash, E. J. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18, 167-175.
- Johnston, C., Murray, C., Hinshaw, S. P., Pelham, W. E. & Hoza, B. (2002). Responsiveness in Interactions of Mothers and Sons With ADHD: Relations to Maternal and Child Characteristics. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 77-88.
- Jones, T. L. & Prinz, R. J. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clinical Psychology Review*, 25, 341-363.
- Kaminski, J. W., Valle, L., Filene, J. H. & Boyle, C. L. (2008). A Meta-analytic Review of Components Associated with Parent Training Program Effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 567-589.

- Kamp-Becker, I., Smidt, J., Ghahreman, M., Heinzl-Gutenbrunner, M., Becker, K. & Remschmidt, H. (2010). Categorical and Dimensional Structure of Autism Spectrum Disorders: The Nosologic Validity of Asperger Syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 921-929.
- Kanne, S. M. & Mazurek, M. O. (2011). Aggression in Children and Adolescents with ASD: Prevalence and Risk Factors. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41, 926-937.
- Karreman, A., van Tuijl, C., van Aken, M. A. & Dekovic, M. (2006). Parenting and Self-Regulation in Preschoolers: A Meta-Analysis. *Infant and Child Development*, 15, 561-579.
- Karst, J. S. & Van Hecke, A. V. (2012). Parent and Family Impact of Autism Spectrum Disorders: Review and Proposed Model for Intervention Evaluation. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15, 247-277.
- Kasari, C., Sigman, M., Mundy, P. & Yirmiya, N. (1988). Caregiver Interactions with Autistic Children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 45-56.
- Kasperzack, D. (in Vorbereitung). *Die Wirksamkeit des Stepping Stones Triple P Elterntrainings auf komorbide Verhaltensauffälligkeiten in der Behandlung von Kindern mit einer Autismus-Spektrum-Störung - Effekte auf das kindliche Problemverhalten*. Dissertation. Marburg: Universität Marburg.
- Kawabata, Y., Alink, L. R., Tseng, W.-L., van Ijzendoorn, M. H. & Crick, N. R. (2011). Maternal and paternal parenting styles associated with relational aggression in children and adolescents: A conceptual analysis and meta-analytic review. *Developmental Review*, 31, 240-278.
- Keen, D., Couzens, D., Muspratt, S. & Rodger, S. (2010). The effects of a parent-focused intervention for children with a recent diagnosis of autism spectrum disorder on parenting stress and competence. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4, 229-241.
- Keenan, B. M., Newman, L. K., Gray, K. M. & Rinehart, N. J. (2016). Parents of Children with ASD Experience More Psychological Distress, Parenting Stress, and Attachment-Related Anxiety. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46, 2979-2991.

- Kim, J.-M. & Mahoney, G. (2004). The Effects of Mother's Style of Interaction on Children's Engagement: Implications for Using Responsive Interventions with Parents. *Topics in Early Childhood Special Education, 24*, 31-38.
- Kim, Y. S., Leventhal, B. L., Koh, Y.-J., Fombonne, E., Laska, E., Lim, E.-C. et al. (2011). Prevalence of Autism Spectrum Disorders in a Total Population Sample. *The American Journal of Psychiatry, 168*, 904-912.
- Kleefman, M., Jansen, D., Stewart, R. E. & Reijneveld, S. A. (2014). The effectiveness of Stepping Stones Triple P parenting support in parents of children with borderline to mild intellectual disability and psychosocial problems: a randomized controlled trial. *BMC Medicine, 12*, 191-201.
- Konstantareas, M. M. & Homatidis, S. (1989). Assessing Child Symptom Severity and Stress in Parents of Autistic Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 30*, 459-470.
- Konstantareas, M. M. & Homatidis, S. (1992). Mothers' and Fathers' Self-Report of Involvement with Autistic, Mentally Delayed, and Normal Children. *Journal of Marriage and Family, 54*, 153-164.
- Kuhn, J. C. & Carter, A. S. (2006). Maternal-Self-Efficacy and Associated Parenting Cognitions Among Mothers of Children With Autism. *American Journal of Orthopsychiatry, 76*, 564-575.
- Lai, M.-C., Lombardo, M. V. & Baron-Cohen, S. (2014). Autism. *Lancet, 383*, 896-910.
- Lambrechts, G., Maljaars, J., Boonen, H., van Esch, L., Van Leeuwen, K. & Noens, I. (2015). Parenting Behavior in Mothers of Preschool Children with ASD: Development of a Self-Report Questionnaire. *Autism Research and Treatment*, online veröffentlicht: <http://dx.doi.org/10.1155/2015/381236>.
- Lambrechts, G., Van Leeuwen, K., Boonen, H., Maes, B. & Noens, I. (2011). Parenting behaviour among parents of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders, 5*, 1143-1152.
- Lau, W. Y., Peterson, C. C., Attwood, T., Garnett, M. S. & Kelly, A. B. (2016). Parents on the autism continuum: Links with parenting efficacy. *Research in Autism Spectrum Disorders, 26*, 57-64.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal & Coping*. New York: Springer.

- Lecavalier, L., Leone, S. & Wiltz, J. (2006). The impact of behaviour problems on caregiver stress in young people with autism spectrum disorders. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50, 172-183.
- Lemanek, K. L., Stone, W. L. & Fishel, P. T. (1993). Parent-Child Interactions in Handicapped Preschoolers: The Relation Between Parent Behaviors and Compliance. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 68-77.
- Lord, C. (2011). How common is autism? *Nature*, 474, 166-168.
- Lord, C. & Jones, R. M. (2012). Annual Research Review: Re-thinking the classification of autism spectrum disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53, 490-509.
- Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. C., Risi, S. & Gotham, K. (2012). *Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition (ADOS-2)*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. & Risi, S. (1999). *Autism Diagnostic Observation Schedule: Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Lotter, V. (1966). Epidemiology of autistic conditions in young children. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1, 124-135.
- Lovaas, O. I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 3-9.
- Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E. & Neuman, G. (2000). Maternal Depression and Parenting Behavior: A Meta-Analytic Review. *Clinical Psychology Review*, 20, 561-592.
- Lovibond, S. H. & Lovibond, P. F. (1993). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (DASS)*. University of New South Wales: Psychology Foundation Monograph.
- Lübke, A., Miller, Y., Köppe, E., Kuschel, A. & Hahlweg, K. (2000). *Braunschweiger Kindergartenstudie*. Braunschweig: Technische Universität, Institut für Psychologie.
- Luna, B., Doll, S. K., Hegedus, S. J., Misnshe, N. J. & Sweeney, J. A. (2007). Maturation of Executive Function in Autism. *Biological Psychiatry*, 61, 474-481.

- Lupien, S. J., McEwen, B. S., Gunnar, M. R. & Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature*, *10*, 434-445.
- Maljaars, J., Boonen, H., Lambrechts, G., Van Leeuwen, K. & Noens, I. (2014). Maternal Parenting Behavior and Child Behavior Problems in Families of Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *44*, 501-512.
- Mash, E. J. & Johnston, C. (1990). Determinants of Parenting Stress: Illustrations from Families of Hyperactive Children and Families of Physically Abused Children. *Journal of Clinical Child Psychology*, *19*, 313-328.
- Matson, J. L. & Nebel-Schwalm, M. (2007). Assessing challenging behaviors in children with autism spectrum disorders: A review. *Research in Developmental Disabilities*, *28*, 567-579.
- Mazefsky, C. A., Oswald, D. P., Day, T. N., Eack, S. M., Minshew, N. J. & Lainhart, J. E. (2012). ASD, a Psychiatric Disorder, or Both? Psychiatric Diagnoses in Adolescents with High-Functioning ASD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *41*, 516-523.
- McConachie, H. & Diggle, T. (2006). Parent implemented early intervention for young children with autism spectrum disorder: a systematic review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, *13*, 120-129.
- McKee, L., Roland, E., Coffelt, N., Olson, A. L., Forehand, R., Massari, C. et al. (2007). Harsh Discipline and Child Problem Behaviors: The Roles of Positive Parenting and Gender. *Journal of Family Violence*, *22*, 187-196.
- McLaughlin, D. P. & Harrison, C. A. (2006). Parenting Practices of Mothers of Children with ADHD: The Role of Maternal and Child Factors. *Child and Adolescent Mental Health*, *11*, 82-88.
- McLeod, B. D., Weisz, J. R. & Wood, J. J. (2007b). Examining the association between parenting and childhood depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *27*, 986-1003.
- McLeod, B. D., Wood, J. J. & Weisz, J. R. (2007a). Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *27*, 155-172.

- McPheeters, M. L., Warren, Z., Sathe, N., Bruzek, J. L., Krishnaswami, S., Jerome, R. N. et al. (2011). A Systematic Review of Medical Treatments for Children With Autism Spectrum Disorders. *Pediatrics*, online veröffentlicht: doi:10.1542/peds.2011-0427.
- McStay, R. L., Dissanayake, C., Scheeren, A., Koot, H. M. & Begeer, S. (2013). Parenting stress and autism: The life and problem behaviour of children life and problem behaviour of children and adolescents with autism. *Autism*, online veröffentlicht: doi: 10.1177/1362361313485163.
- Mesibov, G. B., Shea, V. & Schopler, E. (2005). *The TEACCH Approach to Autism Spectrum Disorders*. New York: Kluwer.
- Meunier, J. C., Roskam, I. & Browne, D. T. (2010). Relations between parenting and child behavior: Exploring the child's personality and parental self-efficacy as third variables. *International Journal of Behavioral Development*, 35, 246-259.
- Miller, Y. (2001). *Erziehung von Kindern im Kindergartenalter. Erziehungsverhalten und Kompetenzüberzeugungen von Eltern und der Zusammenhang zu kindlichen Verhaltensstörungen*. Dissertation. Braunschweig: Technische Universität Braunschweig.
- Morrell, J. & Murray, L. (2003). Parenting and the development of conduct disorder and hyperactive symptoms in childhood: a prospective longitudinal study from 2 months to 8 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 489-508.
- Moul, C., Cauchi, A., Hawes, D. J., Brennan, J. & Dadds, M. R. (2015). Differentiating Autism Spectrum Disorder and Overlapping Psychopathology with a Brief Version of the Social Responsiveness Scale. *Child Psychiatry & Human Development*, 46, 108-117.
- Naumann, S., Bertram, H., Kuschel, A., Heinrichs, N., Hahlweg, K. & Döpfner, M. (2010). Der Erziehungsfragebogen (EFB) Ein Fragebogen zur Erfassung elterlicher Verhaltenstendenzen in schwierigen Erziehungssituationen. *Diagnostica*, 56, 144-157.
- Neely-Barnes, S. L., Hall, H. R., Roberts, R. J. & Graff, J. C. (2011). Parenting a Child With an Autism Spectrum Disorder: Public Perceptions and Parental Conceptualizations. *Journal of Family Social Work*, 14, 208-225.

- Nowak, C. & Heinrichs, N. (2008). A Comprehensive Meta-Analysis of Triple P-Positive Parenting Program Using Hierarchical Linear Modeling: Effectiveness and Moderating Variables. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 11, 114-144.
- Oosterling, I., Visser, J., Swinkels, S., Rommelse, N., Donders, R., Woudenberg, T. et al. (2010). Randomized Controlled Trial of the Focus Parent Training for Toddlers with Autism: 1-Year Outcome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 1447-1458.
- Osborne, L. A. & Reed, P. (2009). The Relationship Between Parenting Stress and Behavior Problems of Children With Autistic Spectrum Disorders. *Exceptional Children*, 46, 54-73.
- Osborne, L. A. & Reed, P. (2010). Stress and self-perceived parenting behaviors of parents of children with autistic spectrum conditions. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4, 405-414.
- Osborne, L. A., McHugh, L., Saunders, J. & Reed, P. (2008a). The effect of parenting behaviors on subsequent child behavior problems in Autistic Spectrum Conditions. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2, 249-263.
- Osborne, L. A., McHugh, L., Saunders, J. & Reed, P. (2008b). Parenting Stress Reduces the Effectiveness of Early Teaching Interventions for Autistic Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 1092-1103.
- Ospina, M. B., Krebs Seida, J., Clark, B., Karkhaneh, M., Hartling, L., Tjosvold, L. et al. (2008). Behavioural and Developmental Interventions for Autism Spectrum Disorder: A Clinical Systematic Review. *PLoS ONE*, online veröffentlicht: doi:10.1371/journal.pone.0003755.
- Östberg, M. & Hagekull, B. (2000). A Structural Modeling Approach to the Understanding of Parenting Stress. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 615-625.
- Owen, D. J., Slep, A. M. & Heyman, R. E. (2012). The Effect of Praise, Positive Nonverbal Response, Reprimand, and Negative Nonverbal Response on Child Compliance: A Systematic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15, 364-385.

- Ozturk, Y., Riccadonna, S. & Venuti, P. (2014). Parenting dimensions in mothers and fathers of children with Autism Spectrum Disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8, 1295-1306.
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process*. USA, Oregon: Castalia.
- Patterson, G. R., Reid, J. B. & Dishion, T. J. (1992). *Antisocial boys*. USA, Oregon: Castalia.
- Petermann, F. (2009). *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence - III - Deutsche Version, WPPSI-III*. Frankfurt am Main: Pearson Assessment.
- Petermann, F. & Damm, F. (2009). Entwicklungspsychopathologie. In S. Schneider, & J. Margraf, *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 3, Störungen im Kindes- und Jugendalter* (S. 23-42). Heidelberg: Springer.
- Petermann, F. & Petermann, U. (2011). *Wechsler Intelligence Scale for Children - Fourth Edition, WISC-IV*. Frankfurt am Main: Pearson Assessment.
- Plant, K. M. & Sanders, M. R. (2007). Reducing problem behavior during care-giving in families of preschool-aged children with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 28, 362-385.
- Poustka, L., Rühl, D., Feineis-Matthews, S., Bölte, S., Poustka, F. & Hartung, M. (2015). *Diagnostische Beobachtungsskala für Autistische Störungen - 2 (ADOS-2)*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Puckering, C., Allely, C. S., Doolin, O., Purves, D., McConnachie, A., Johnson, P. C. et al. (2014). Association between parent-infant interactions in infancy and disruptive behaviour disorders at age seven: a nested, case-control ALSPAC study. *BMC Pediatrics*, 14, online veröffentlicht: doi:10.1186/1471-2431-14-223.
- Rao, P. A. & Beidel, D. C. (2009). The Impact of Children With High-Functioning Autism on Parental Stress, Sibling Adjustment, and Family Functioning. *Behavior Modification*, 33, 437-451.
- Rao, P. A., Beidel, D. C. & Murray, M. J. (2008). Social Skills Interventions for Children with Asperger's Syndrome or High-Functioning Autism: A Review and Recommendations. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 353-361.

- Reed, P., Howse, J., Ho, B. & Osborne, L. A. (2016). Relationship between perceived limit-setting abilities, autism spectrum disorder severity, behaviour problems and parenting stress in mothers of children with autism spectrum disorder. *Autism*, online veröffentlicht: doi: 10.1177/1362361316658775.
- Reichow, B., Servili, C., Yasamy, M. T., Barbui, C. & Saxena, S. (2014). Non-Specialist Psychosocial Interventions for Children and Adolescents with Intellectual Disability or Lower-Functioning Autism Spectrum Disorders: A Systematic Review. *PLOS Medicine*, online veröffentlicht: doi:10.1371/journal.pmed.1001572.
- Reis, A. (2004). *Behavioural family intervention for families with pre-school children with disabilities and challenging behaviours: Assessing effects on parent and child play interactions*. Masterarbeit. Perth, Australia: Curtin University of Technology.
- Remschmidt, H. & Kamp-Becker, I. (2006). *Asperger-Syndrom*. Heidelberg: Springer Verlag.
- Remschmidt, H., Schmidt, M. & Poustka, F. (2006). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Renner, C. (2007). *Der Elternstressfragebogen (ESF) in der Konstruktion und Erprobung*. Diplomarbeit. Marburg: Universität Marburg.
- Rezendes, D. L. & Scarpa, A. (2011). Associations between Parental Anxiety/Depression and Child Behavior Problems Related to Autism Spectrum Disorders: The Roles of Parenting Stress and Parenting Self-Efficacy. *Autism Research and Treatment*, online veröffentlicht: doi:10.1155/2011/395190.
- Roberts, C., Mazzucchelli, T., Studman, L. & Sanders, M. R. (2006). Behavioral Family Intervention for Children With Developmental Disabilities and Behavioral Problems. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 35, 180-193.
- Robinson, E. A. & Eyberg, S. M. (1981). The dyadic parent-child interaction coding system: Standardization and validation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 245-250.
- Rodrigue, J. R., Morgan, S. B. & Geffken, G. (1990). Families of Autistic Children: Psychological Functioning of Mothers. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 371-379.

- Rogers, H. & Matthews, J. (2004). The parenting sense of competence scale: Investigation of the factor structure, reliability, and validity for an Australian sample. *Australian Psychologist*, 39, 88 - 96.
- Ronald, A. & Hoekstra, R. A. (2011). Autism spectrum disorders and autistic traits: a decade of new twin studies. *American Journal of Medical Genetics*, 156B, 255-274.
- Rothbaum, F. & Weisz, J. R. (1994). Parental caregiving and child externalizing behavior in nonclinical samples: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 116, 55-74.
- Roux, G., Sofronoff, K. & Sanders, M. R. (2013). A Randomized Controlled Trial of Group Stepping Stones Triple P: A Mixed-Disability Trial. *Family Process*, 52, 411-424.
- Rueger, S. Y., Katz, R. L., Risser, H. J. & Lovejoy, C. (2011). Relations Between Parental Affect and Parenting Behaviors: A Meta-Analytic Review. *Parenting*, 11, 1-33.
- Rühl, D., Bölte, S., Feineis-Matthews, S. & Poustka, F. (2004). *Diagnostische Beobachtungsskala für Autistische Störungen (ADOS)*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Russell, G., Rodgers, L. R., Ukoumunne, O. C. & Ford, T. (2014). Prevalence of Parent-Reported ASD and ADHD in the UK: Findings from the Millennium Cohort Study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 31-40.
- Rutgers, A. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., van Ijzendoorn, M. H. & van Berckelaer-Onnes, I. A. (2004). Autism and attachment: a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 1123-1134.
- Rutgers, A. H., van Ijzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Swinkels, S. H., van Daalen, E., Dietz, C. et al. (2007). Autism, Attachment and Parenting: A Comparison of Children with Autism Spectrum Disorder, Mental Retardation, Language Disorder, and Non-clinical Children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 859-870.
- Rutter, M., Le Couteur, A. & Lord, C. (2003). *Autism Diagnostic Interview - Revised (ADI-R)*. Los Angeles: Western Psychological Services.

- Sanders, M. R. (2012). Development, Evaluation, and Multinational Dissemination of the Triple P-Positive Parenting Program. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 345-379.
- Sanders, M. R. & Woolley, M. L. (2005). The relationship between maternal self-efficacy and parenting practices: implications for parent training. *Child: Care, Health & Development*, 31, 65-73.
- Sanders, M. R., Kirby, J. N., Tellegen, C. L. & Day, J. J. (2014). The Triple P-Positive Parenting Program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clinical Psychology Review*, 34, 337-357.
- Sanders, M. R., Mazzucchelli, T. G. & Studman, L. J. (2004). Stepping Stones Triple P: The theoretical basis and development of an evidence-based positive parenting program for families with a child who has a disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 29, 265-283.
- Sanders, M. R., Mazzucchelli, T. G. & Studman, L. J. (2009). *Trainermanual für das Stepping Stones Triple P-Gruppentraining für Familien von Kindern mit Behinderungen*. Münster: PAG Institut für Psychologie AG.
- Sanders, M. R., Mazzucchelli, T. G. & Studman, L. J. (2010). *Überlebenshilfe für Familien von Kindern mit einer Behinderung*. Brisbane: Families International Pty Ltd.
- Sanders, M. R., Montgomery, D. T. & Brechman-Toussaint, M. L. (2000). The Mass Media and the Prevention of Child Behavior Problems: The Evaluation of a Television Series to Promote Positive Outcomes for Parents and Their Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 939-948.
- Sanders, M. R., Turner, K. M. & Markie-Dadds, C. (2002). The Development and Dissemination of the Triple P—Positive Parenting Program: A Multilevel, Evidence-Based System of Parenting and Family Support. *Prevention Science*, 3, 173-189.
- Sanders, M. R., Waugh, L., Tully, L. & Hynes, K. (1996). *The revised Family Observation Schedule (3rd ed.)*. Brisbane: The University of Queensland, Parenting and Family Support Centre.

- Scheel, M. J. & Rieckmann, T. (1998). An empirically derived description of self-efficacy and empowerment for parents of children identified as psychologically disordered. *The American Journal of Family Therapy*, 26, 15-27.
- Seltzer, M. M., Greenberg, J. S., Hong, J., Smith, L. E., Almeida, D. M., Coe, C. et al. (2010). Maternal Cortisol Levels and Behavior Problems in Adolescents and Adults with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 457-469.
- Shukla-Mehta, S., Miller, T. & Callahan, K. J. (2010). Evaluating the Effectiveness of Video Instruction on Social and Communication Skills Training for Children With Autism Spectrum Disorders: A Review of the Literature. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, online veröffentlicht: doi: 10.1177/1088357609352901.
- Siller, M. & Sigman, M. (2002). The Behaviors of Parents of Children with Autism Predict the Subsequent Development of Their Children's Communication. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32, 77-89.
- Siller, M. & Sigman, M. (2008). Modeling Longitudinal Change in the Language Abilities of Children With Autism: Parent Behaviors and Child Characteristics as Predictors of Change. *Developmental Psychology*, 44, 1691-1704.
- Siller, M., Hutman, T. & Sigman, M. (2013a). A Parent-Mediated Intervention to Increase Responsive Parental Behaviors and Child Communication in Children with ASD: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45, 540-555.
- Siller, M., Reyes, N., Hotez, E., Hutman, T. & Sigman, M. (2013b). Longitudinal change in the use of services in autism spectrum disorder: Understanding the role of child characteristics, family demographics, and parent cognitions. *Autism*, online veröffentlicht: doi: 10.1177/1362361313476766.
- Simonoff, E., Jones, C. R., Baird, G., Pickles, A., Happé, F. & Charman, T. (2013). The persistence and stability of psychiatric problems in adolescents with autism spectrum disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, 186-194.
- Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T. & Baird, G. (2008). Psychiatric Disorders in Children With Autism Spectrum Disorders: Prevalence, Comorbidity, and Associated Factors in a Population-Derived Sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 921-929.

- Skotarczak, L. & Lee, G. K. (2015). Effects of parent management training programs on disruptive behavior for children with a developmental disability: A meta-analysis. *Research in Developmental Disabilities, 38*, 272-287.
- Smart, L. K. (2016). *Parenting Self-Efficacy in Parents of Children with Autism Spectrum Disorders*. Provo: Brigham Young Univer: Dissertationsarbeit.
- Snow, M. & Donnelly, J. (2016). Factors Mediating Dysphoric Moods and Help Seeking Behaviour Among Australian Parents of Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, online veröffentlicht: doi 10.1007/s10803-016-2725-5.
- Sofronoff, K. & Farbotko, M. (2002). The effectiveness of parent management training to increase self-efficacy in parents of children with Asperger syndrome. *Autism, 6*, 271-286.
- Sofronoff, K., Jahnel, D. & Sanders, M. R. (2011). Stepping Stones Triple P seminars for parents of a child with a disability: A randomized controlled trial. *Research in Developmental Disabilities, 32*, 2253-2262.
- Sofronoff, K., Leslie, A. & Brown, W. (2004). Parent management training and Asperger syndrome - A randomized controlled trial to evaluate a parent based intervention. *Autism, 8*, 301-317.
- Spera, C. (2005). A Review of the Relationship Among Parenting Practices, Parenting Styles, and Adolescent School Achievement. *Educational Psychology Review, 17*, 125-146.
- Sprenger, L., Becker, K., Heinzl-Gutenbrunner, M., Mingebach, T., Otterberbach, S., Peters, M. et al. (2015). Ist das "Stepping-Stones/Triple P"-Elternteraining eine sinnvolle, ergänzende Intervention in der Behandlung von Kindern mit Autismus-Spektrum-Störungen? *Kindheit und Entwicklung, 24*, 28-36.
- Strauss, K., Vicari, S., Valeri, G., D'Elia, L., Arima, S. & Fava, L. (2012). Parent inclusion in Early Intensive Behavioral Intervention: The influence of parental stress, parent treatment fidelity and parent-mediated generalization of behavior targets on child outcomes. *Research in Developmental Disabilities, 33*, 688-703.
- Stuart, M. & McGrew, J. H. (2009). Caregiver burden after receiving a diagnosis of an autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders, 3*, 86-97.

- Tellegen, C. L. & Sanders, M. R. (2013). Stepping Stones Triple P-Positive Parenting Program for children with disability: A systematic review and meta-analysis. *Research in Developmental Disabilities, 34*, 1556-1571.
- Tellegen, C. L. & Sanders, M. R. (2014). A Randomized Controlled Trial Evaluating a Brief Parenting Program With Children With Autism Spectrum Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*, 1193-1200.
- Tellegen, P. J., Laros, J. A., & Petermann, F. (2007). *Snijders-Oomen non-verbaler Intelligenztest von 2,5 bis 7 Jahre, SON-R 2,5-7*. Göttingen: Hogrefe.
- Teti, D. M. & Gelfand, D. M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development, 62*, 918-929.
- Thomas, R. & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). Behavioral Outcomes of Parent-Child Interaction Therapy and Triple P—Positive Parenting Program: A Review and Meta-Analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology, 35*, 475-495.
- Tomanik, S., Harris, G. E. & Hawkins, J. (2004). The relationship between behaviours exhibited by children with autism and maternal stress. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 29*, 16-26.
- Tomeny, T. S. (2016). Parenting stress as an indirect pathway to mental health concerns among mothers of children with autism spectrum disorder. *Autism*, online veröffentlicht: doi 10.1177/1362361316655322.
- Tonge, B. J., Bull, K., Brereton, A. & Wilson, R. (2014). A review of evidence-based early intervention for behavioural problems in children with autism spectrum disorder: the core components of effective programs, child-focused interventions and comprehensive treatment models. *Current Opinion in Psychiatry, 27*, 158-165.
- Totsika, V., Hastings, R. P., Emerson, E., Berridge, D. M. & Lancaster, G. A. (2011b). Behavior Problems at 5 Years of Age and Maternal Mental Health in Autism and Intellectual Disability. *Journal of Abnormal Child Psychology, 39*, 1137-1147.
- Totsika, V., Hastings, R. P., Emerson, E., Lancaster, G. A. & Berridge, D. M. (2011a). A population-based investigation of behavioural and emotional problems and maternal mental health: associations with autism spectrum disorder and intellectual disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52*, 91-99.

- van der Bruggen, C. O., Stams, G. J. & Bögels, S. M. (2008). Research Review: The relation between child and parent anxiety and parental control: a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 1257-1269.
- van Ijzendoorn, M. H., Rutgers, A. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Swinkels, S. H., van Daalen, E., Dietz, C. et al. (2007). Parental Sensitivity and Attachment in Children With Autism Spectrum Disorder: Comparison With Children With Mental Retardation, With Language Delays, and With Typical Development. *Child Development*, 78, 597 - 608.
- van Leeuwen, K. & Vermulst, A. A. (2004). Some psychometric properties of the Ghent parental behavior scale. *European Journal of Psychological Assessment*, 20, 283-298.
- Warren, Z., McPheeters, M. L., Sathe, N., Foss-Feig, J. H., Glasser, A. & Veenstra-VanderWeele, J. (2011). A Systematic Review of Early Intensive Intervention for Autism Spectrum Disorders. *Pediatrics*, 127, 1303-1311.
- Weber, L., Kamp-Becker, I., Christiansen, H. & Mingeback, T. (in Vorbereitung). How effective are parent training interventions for the reduction of externalizing problem behavior? A comprehensive review and meta-meta-analysis on parent effects.
- Webster-Stratton, C. (1990). Stress: A Potential Disruptor of Parent Perceptions and Family Interactions. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 302-312.
- Webster-Stratton, C. (2001). The Incredible Years: Parents, Teachers, and Children Training Series. *Residential Treatment for Children & Youth*, 18, 31-45.
- Whittingham, K., Sanders, M. R., McKinlay, L. & Boyd, R. N. (2014). Interventions to Reduce Behavioral Problems in Children With Cerebral Palsy: An RCT. *Pediatrics*, 133, 1249-1257.
- Whittingham, K., Sofronoff, K. & Sheffield, J. K. (2006). Stepping Stones Triple P: A pilot study to evaluate acceptability of the program by parents of a child diagnosed with an Autism Spectrum Disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 27, 364-380.
- Whittingham, K., Sofronoff, K., Sheffield, J. & Sanders, M. R. (2009a). Stepping Stones Triple P: An RCT of a Parenting Program with Parents of a Child Diagnosed with

- an Autism Spectrum Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 469-480.
- Whittingham, K., Sofronoff, K., Sheffield, J. & Sanders, M. R. (2009b). Behavioural Family Intervention with parents of children with ASD: What do they find useful in the parenting program Stepping Stones Triple P? *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3, 702-713.
- Whittingham, K., Sofronoff, K., Sheffield, J., & Sanders M. R. (2009c). Do parental attributions affect treatment outcome in a parenting program? An exploration of the effects of parental attributions in an RCT of Stepping Stones Triple P for the ASD population. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3, 129-144.
- Wirtz, M. (2004). Bestimmung der Güte von Beurteilerübereinstimmungen mittels der Intraklassenkorrelation und Verbesserung von Beurteilereinschätzungen. *Rehabilitation*, 43, 384-389.
- Woerner, W., Becker, A., Friedrich, C., Klasen, H., Goodman, R. & Rothenberger, A. (2002). Normierung und Evaluation der deutschen Elternversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Ergebnisse einer repräsentativen Felderhebung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 30, 105-112.
- Young, L. J. & Barrett, C. E. (2015). Can oxytocin treat autism? We are still at an early stage of assessing oxytocin-based therapy for autism spectrum disorders. *Science*, 347, 825-826.
- Younger, J. B. (1991). A Model of Parenting Stress. *Research in Nursing and Health*, 14, 197-204.
- Zaidman-Zait, A., Mirenda, P., Duku, E., Szatmari, P., Georgiades, S., Volden, J. et al. (2014). Examination of Bidirectional Relationships Between Parent Stress and Two Types of Problem Behavior in Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 1908-1917.
- Zaidman-Zait, A., Mirenda, P., Zumbo, B. D., Wellington, S., Dua, V. & Kalynchuk, K. (2010). An item response theory analysis of the Parenting Stress Index-Short Form with parents of children with autism spectrum disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 1269-1277.

Zaidman-Zait, A., Mirenda, P., Zumbo, B. D., Georgiades, S., Szatmari, P., Bryson, S., et al. (2011). Factor Analysis of the Parenting Stress Index-Short Form With Parents of Young Children With Autism Spectrum Disorders. *Autism Research*, 4, 336-346.

9. Anhang

9.1. Materialien zur Rekrutierung

Anschreiben an die Eltern, Informationsflyer, Aufklärungs- und Einwilligungsbogen

Liebe Eltern,

wir freuen uns, Ihnen mitteilen zu können, dass ab Herbst 2015 die nächsten Elterntrainings für Eltern von Kindern mit einer Autismus-Spektrum-Störung starten.

Aufgrund der Vielschichtigkeit der Symptomatik der betroffenen Kinder mit einer Autismus-Spektrum-Störung, der Schwierigkeiten bei der Generalisierung, d.h. der eingeschränkten Fähigkeit, Gelerntes auf andere Lebensbereiche zu übertragen und der Notwendigkeit einer umfassenden Entwicklungsförderung ergibt sich eine zentrale Rolle für die Eltern in der Behandlung. Aus diesem Grund halten wir es für wichtig, neben einer autismspezifischen verhaltenstherapeutischen Behandlung der Kinder und Jugendlichen selbst, auch deren Eltern eine Unterstützung in Form dieses Elterntrainings anzubieten.

Das von uns durchgeführte Elterntaining ist das empirisch gut evaluierte Training *Stepping Stones Triple P*, welches ein Programm zur Unterstützung von Eltern bei der Erziehung von Kindern mit einer Entwicklungsstörung oder einer Behinderung im Alter von 2 bis 12 Jahren ist. Ziel dieses Trainings ist es, die Beziehung zwischen den Eltern und den Kindern zu fördern und zu stärken. Es sollen Strategien erlernt bzw. intensiviert werden, mit denen angemessenes Verhalten der Kinder gefördert werden kann und neue, erwünschte Verhaltensweisen und Fertigkeiten den Kindern beigebracht werden können. Selbstverständlich soll auch genügend Zeit bleiben, um Sie als Eltern darin zu unterstützen, mit Problemverhalten der Kinder (besser) umgehen zu können.

Die Kosten des Trainings werden von der Krankenkasse übernommen. Das Training umfasst 7 Gruppensitzungen (Dauer je zwei Stunden), zwei Telefonate und ein Nachtreffen. Das Elterntaining findet in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in den Räumen der Ambulanz in Marburg und Bad Nauheim statt. Die genauen Termine stehen noch nicht fest, werden Ihnen aber auf Wunsch zeitnah mitgeteilt.

Wir haben bereits mehrere dieser Elterntrainings durchgeführt und von den Eltern die Rückmeldung erhalten, dass sie dieses als hilfreich erlebt haben. Deshalb werden wir weitere Gruppen anbieten und die Wirksamkeit dieser Methode auch wissenschaftlich untersuchen. Daher würden wir Sie bitten vor dem Training, am Anfang und nach der Durchführung des Trainings sowie auch einige Zeit danach, Fragebögen auszufüllen und uns zur Verfügung zu stellen.

Wenn Sie Interesse an dem Elterntraining haben, dann melden Sie sich bitte telefonisch in unserer Marburger Spezialambulanz für Autismus-Spektrum-Störungen (06421-5866469) und teilen uns auch Zeiträume mit, die für Sie günstig wären. Sie werden dann rechtzeitig über den Veranstaltungsort sowie weitere Details informiert.

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. I. Kamp-Becker

Leitende Psychologin (Forschung)/ Leiterin der Spezialambulanz

für Autismus-Spektrum-Störungen

Ziele des Trainings

- Das Ziel des Trainings ist es die Verhaltensprobleme der Kinder vorzubeugen durch
- Förderung positiven Erziehungsverhaltens und der Eltern-Kind-Beziehung
 - Steigerung der elterlichen Kompetenz
 - Förderung der kindlichen Entwicklung
 - Reduktion kindlicher Verhaltensprobleme
 - Verbesserung der Kommunikation über Erziehung
 - Reduktion von mit Erziehung verbundenem elterlichem Stress



Kontakt

Ambulanz der
Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie
Schützenstraße 49 - 35039 Marburg
Tel.: (06421) 5866469
Fax: (06421) 5863078

E-Mail:
Dipl.-Psychologe B. Schrott
schrott@med.uni-marburg.de
und
Dipl.-Psychologin D. Kasperzack
kasperza@med.uni-marburg.de

Bei Interesse melden Sie sich telefonisch oder per Mail! Wir informieren Sie über die nächsten Kurstermine.

Die Studie wird drittmittelfinanziert durch den Innovations- und Förderpool der RHÖN-KLINIKUM AG (Projektnummer FL_7).



RHÖN-KLINIKUM
AKTIENGESELLSCHAFT



UNIVERSITÄTSKLINIKUM
GIESSEN UND MARBURG

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie
Universitätsklinikum Marburg
Direktorin: Prof. Dr. Katja Becker



Elterntaining
Stepping Stones



Liebe Eltern!

Im Rahmen unserer Elternarbeit führen wir derzeit auch Stepping Stones Triple P- Elternkurse durch.

Das Stepping Stones Triple P- Gruppentraining vermittelt Eltern Erziehungsfertigkeiten, um den Bedürfnissen von Kindern mit Entwicklungsauffälligkeiten im Alter von 2 bis 12 Jahren gerecht zu werden. Die hilfreichen und bewährten Erziehungsfertigkeiten werden durch geprüfte Stepping Stones Triple P- Gruppentrainer/-innen vermittelt. Durch eine enge Verbindung von Theorie und Praxis werden dauerhafte Veränderungen und die Übertragbarkeit in den Alltag ermöglicht. Der Stepping Stones Triple P-Kurs besteht aus sechs Gruppensitzungen à 2½ Stunden, danach drei Telefonkontakten oder individuellen Beratungsgesprächen und einer abschließenden Gruppensitzung.

Die Teilnahme am Kurs sowie das Elternarbeitsbuch sind für Sie kostenlos. Sie benötigen lediglich einen Überweisungsschein von ihrem Haus- oder Kinderarzt. Das Training findet in der Ambulanz der Klinik in Marburg und Bad Nauheim statt.



Stepping Stones Triple P

Aufgrund der Vielschichtigkeit der Symptomatik der betroffenen Kinder mit einer Autismus-Spektrum-Störung, der Schwierigkeiten bei der Generalisierung, d.h. der eingeschränkten Fähigkeit, Gelerntes auf andere Lebensbereiche zu übertragen und der Notwendigkeit einer umfassenden Entwicklungsförderung ergibt sich eine zentrale Rolle für die Eltern in der Behandlung. Aus diesem Grund halten wir es für wichtig, neben einer autismuspezifischen, verhaltenstherapeutischen Behandlung der Kinder und Jugendlichen selbst, auch deren Eltern eine Unterstützung in Form dieses Elterntrainings anzubieten.

Das von uns durchgeführte Elterntraining ist das empirisch gut evaluierte Training Stepping Stones Triple P, welches ein Programm zur Unterstützung von Eltern bei der Erziehung von Kindern mit Entwicklungsauffälligkeiten im Alter von 2 bis 12 Jahren ist. Ziel dieses Trainings ist es, die Beziehung zwischen den Eltern und den Kindern zu fördern und zu stärken. Es sollen Strategien erlernt bzw. intensiviert werden, mit denen angemessenes Verhalten der Kinder gefördert werden kann und neue, erwünschte Verhaltensweisen und Fertigkeiten den Kindern beigebracht werden können. Selbstverständlich soll auch genügend Zeit bleiben, um Sie als Eltern darin zu unterstützen, mit Problemverhalten der Kinder (besser) umgehen zu können.

Wissenschaftliche Untersuchung der Wirksamkeit

Wir haben bereits mehrere dieser Elterntrainings durchgeführt und von den Eltern die Rückmeldung erhalten, dass sie dieses als hilfreich erlebt haben. Deshalb bieten wir im Rahmen eines drittmittelgeförderten Forschungsprojekts* weitere Gruppen an und untersuchen dabei auch wissenschaftlich die Wirksamkeit dieser Methode. Daher bitten wir Sie vor dem Training, am Anfang und nach der Durchführung des Trainings sowie auch einige Zeit danach, Fragebögen auszufüllen und uns zur Verfügung zu stellen.

Das Team

Das Team setzt sich zusammen aus Psychologinnen, die in der Spezialambulanz für Autismus-Spektrum-Störungen der Klinik tätig sind und daher vielfältige Erfahrungen im Umgang mit diesen Kindern haben. Das Forschungsprojekt findet unter der Leitung von Frau Prof. Dr. I. Kamp-Becker statt. Ansprechpartner sind des Weiteren: Frau Kasperzack (06032/34700) und Herr Schrott (06421/5866469).



Liebe Eltern,

wir freuen uns, dass Sie an dem nächsten Elterntaining für Eltern von Kindern mit einer Autismus-Spektrum-Störung teilnehmen. Anbei finden Sie nähere Informationen zum Forschungsprojekt **Validierung eines Elterntainings auf der Grundlage von „Stepping Stones“**. Um die Nützlichkeit des Elterntainings bestmöglich überprüfen zu können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragebögen innerhalb der nächsten Tage ausfüllen und von dem/der Lehrer/in bzw. dem/der Erzieher/in, der/die Ihr Kind am besten kennt, ausfüllen lassen.

Wir bitten Sie die Fragebögen zusammen mit der unterschriebenen Einwilligungserklärung in dem beiliegenden frankierten Briefumschlag an uns zurückzusenden.

Vielen Dank!

Wir freuen uns, Sie bald persönlich begrüßen zu dürfen!

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. I. Kamp-Becker

Leitende Psychologin (Forschung)/ Leiterin der Spezialambulanz
für Autismus-Spektrum-Störungen

Information und Aufklärung zu dem Forschungsprojekt Überprüfung der Wirksamkeit des Elterntrainings „Stepping Stones“ in der Behandlung von Kindern mit Autismus- Spektrum-Störungen

Sehr geehrte Eltern, sehr geehrte Sorgeberechtigte,

wir möchten Sie fragen, ob Sie bereit sind an der nachfolgend beschriebenen Studie teilzunehmen, die wir parallel zum Elterntraining durchführen.

(1) Information zur Studie: Warum machen wir diese Studie?

Bezüglich der Therapie von Autismus Spektrum Störungen liegen gegenwärtig nur wenige Studien vor. Einige Studien zeigen eine gute Wirksamkeit für früh beginnende verhaltenstherapeutische Interventionen unter enger Einbeziehung der Bezugspersonen. Ziel des vorliegenden Projektes ist es eine Form der Unterstützung für Eltern von Kindern mit autistischen Störungen zu erproben, für die es bereits Studien gibt, dass diese Methode bei Kindern mit anderen Störungen hilfreich ist.

„**Stepping Stones**“ ist ein Programm zur Unterstützung von Eltern bei der Erziehung von Kindern mit einer Entwicklungsstörung oder Behinderung im Alter von 2 bis 12 Jahren. Die Wirksamkeit des Elterntrainings „Stepping Stones“ soll im Rahmen der Studie für Familien mit Kindern, die eine autistische Störung aufweisen, untersucht werden.

(2) Hiermit bitten wir Sie um Zustimmung zu folgenden Untersuchungen:

Vor Beginn (ca. 3 Monate vor dem Elterntraining), zum Start und nach Abschluss des Elterntrainings sowie auch 6 Monate nach Ende des Trainings möchten wir Sie bitten einige Fragebögen auszufüllen und uns diese Daten zur Auswertung zur Verfügung zu stellen. Das Ausfüllen der Fragebögen dauert ca. 30 Minuten. Um auch beurteilen zu können, ob die Effekte des Elterntraining sich auch auf den Alltag des Kindes auswirken würden wir Sie bitten, dass auch die

betreuenden Personen im Kindergarten (eine Erzieherinnen oder ein Erzieher) bzw. in der Schule (eine Lehrerin oder ein Lehrer) drei Fragebögen bezüglich Ihres Kindes ausfüllen (Dauer ca. 10 Minuten).

Außerdem würden wir gerne vor Beginn und am Ende des Trainings mit Ihnen und Ihrem Kind eine kurze Verhaltensbeobachtung durchführen (ca. 30 Minuten), die wir auf Video aufnehmen, damit diese später ausgewertet werden kann. Bei dieser Verhaltensbeobachtung werden Sie und Ihr Kind in einen Raum geführt, in dem verschiedene Spielsachen bereit stehen, die für Kinder im Altersbereich Ihres Kindes attraktiv sind und Sie werden dann im Verlauf zu bestimmten „Aufgaben“ aufgefordert. So ist beispielsweise die erste „Aufgabe“, dass Ihr Kind mit dargebotenem Spielmaterial spielen darf und Sie sich noch etwas zurückhalten, damit wir beobachten können, wie Ihr Kind von sich aus ins Spielen kommt, womit es gerne spielt und wie es spielt. Die nächsten „Aufgabe“ wird dann sein, dass Sie gemeinsam mit Ihrem Kind spielen, sich gemeinsam ein Buch anschauen bzw. vorlesen, ein Puzzle zusammen lösen und abschließend gemeinsam aufräumen. Es handelt sich um alltägliche Aktivitäten, die Sie eigentlich jeden Tag mit Ihrem Kind erleben. Es geht hierbei explizit darum, Ihr Kind und Sie in einer „natürlichen“ Situation zu erleben und zu beobachten.

Sie können an dem Elterntesting auch teilnehmen, wenn Sie nicht an der Studie teilnehmen möchten.

(3) Ablauf der Untersuchung

Das Stepping Stones-Elterntesting wird über jeweils 12 Wochen mit sieben Gruppensitzungen (à 2h) sowie drei individuellen Telefonaten (den Termin hierfür stimmen wir mit Ihnen ab) mit vier bis fünf teilnehmenden Familien durchgeführt. Sie als Eltern sowie eine betreuende Person aus dem Kindergarten bzw. der Schule, welche Ihr Kind besucht, werden gebeten einige Zeit vor dem Elterntesting, direkt mit Beginn des Elterntestings, am Ende des Elterntestings sowie auch sechs Monate nach dem Elterntesting einige Fragebögen auszufüllen. Außerdem würden wir mit Ihnen und Ihrem Kind am Beginn und am Ende des Elterntestings eine Verhaltensbeobachtung durchführen.

(4) Risiken: Keine.

(5) Umgang mit den erhobenen Daten:

Die erhobenen Daten werden gemäß den an unserer Klinik üblichen Datenschutzbestimmungen behandelt. Die Daten werden vollständig anonymisiert, d.h. es werden keine Identifizierungsdaten (Name, Adresse, Telefonnummer, Geburtsdatum o.ä.) angegeben.

Die Filmaufnahmen der Verhaltensbeobachtung werden nach Beendigung und Publikation der Studie gelöscht.

Die Teilnahme an o. g. Studie ist **freiwillig**. Sie können jederzeit und ohne Angaben von Gründen Ihre Einwilligung widerrufen bzw. zurückziehen, ohne dass Ihnen oder Ihrem Kind hieraus Nachteile entstehen.

Fachbereich Medizin

**Klinik für Kinder- und Jugend-
psychiatrie, Psychosomatik
und -Psychotherapie**

Direktorin: Prof. Dr. med. Katja Becker

Bereich Lehre und Forschung

Projektleiterin PD Dr.phil. I.Kamp-Becker

Anschrift: Hans-Sachs-Str. 6
35039 Marburg

Tel.: 06421-5866469

Fax: 06421-5863078

Einwilligungserklärung zu dem Forschungsprojekt

**Überprüfung der Wirksamkeit des Elterntrainings „Stepping
Stones“ in der Behandlung von Kindern mit Autismus-
Spektrum-Störungen**

Ich,.....

**bin über Wesen, Bedeutung und Tragweite der o. g. Studie aufgeklärt
worden und habe die Patienteninformation /-aufklärung gelesen und
verstanden.**

Alle Fragen zu dieser vorgesehenen Studie wurden von Herrn/Frau Dr.
.....zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich
hatte genügend Zeit für meine Entscheidung und bin einverstanden, mit meinem
Sohn/Tochter.....an o. g. Studie teilzunehmen. Ich bin mit
der im Rahmen der Studie erfolgenden Aufzeichnung der Krankendaten
einverstanden.

Ich weiß, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen und ohne dass mir
oder meinem Kind daraus Nachteile entstehen meine Einwilligung zur Teilnahme
an dieser Studie widerrufen kann.

Eine Ausfertigung des Aufklärungs-/Informationsblatts habe ich erhalten.

**Ort, Datum, Stempel und
Unterschrift des Arztes/Psychologe**

**Ort, Datum,
Unterschrift der Mutter**

**Ort, Datum,
Unterschrift des Vaters**

Ich bin des Weiteren damit einverstanden, das ein Erzieher des Kindergartens bzw. ein Lehrer der Schule Fragebögen über mein Kind ausfüllt und diese Daten für die o.g. Studie genutzt werden.

**Ort, Datum,
Unterschrift der Mutter**

**Ort, Datum,
Unterschrift des Vaters**

9.2. Verfahren zur Erfassung der Stichprobenmerkmale

FRAGEBOGEN ZUM FAMILIÄREN HINTERGRUND

Dieser Fragebogen erhebt verschiedene Informationen über Ihre Familie. Bitte lesen und beantworten Sie jede Frage. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und werden nicht an Dritte weitergegeben.

Datum des heutigen Tages: _____ / _____ / _____
 (Tag) (Monat) (Jahr)

Angaben zur Familie

1. **ID** _____

2. **Geschlecht** männlich weiblich

3. **Alter** Ihres Kindes in Jahren (zum heutigen Zeitpunkt)

4. **Ihre Beziehung zu Ihrem Kind**

Mutter (leiblich oder Adoptiv-)	<input type="checkbox"/>	Vater (leiblich oder Adoptiv-)	<input type="checkbox"/>
Stiefmutter	<input type="checkbox"/>	Stiefvater	<input type="checkbox"/>
Pflegemutter	<input type="checkbox"/>	Pflegevater	<input type="checkbox"/>
Sonstige (bitte beschreiben Sie			

5. **Familienstand**

Verheiratet/zusammenlebend	<input type="checkbox"/>	Unverheiratet/zusammenlebend	<input type="checkbox"/>
Verheiratet/getrennt lebend	<input type="checkbox"/>	Unverheiratet/getrennt lebend	<input type="checkbox"/>
geschieden	<input type="checkbox"/>	verwitwet	<input type="checkbox"/>
Niemals verheiratet gewesen oder zusammen gelebt			<input type="checkbox"/>

6. **Wer wohnt momentan mit Ihrem Kind unter einem Dach? (z.B. Eltern, Geschwister, Großeltern)**

Alter	Geschlecht	Beziehung zu Ihrem Kind

7. **Was beschreibt Ihre momentane Familiensituation am besten?**

Primärfamilie (beide leiblichen oder Adoptiveltern sind vorhanden)

Stieffamilie (beide Elternteile sind vorhanden, von denen einer nicht mit dem Kind verwandt ist)

Allein erziehend

Sonstige (bitte beschreiben Sie)

Ausbildung und Beruf

8. Höchster erreichter Schulabschluss

- | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| Kein Abschluss | <input type="checkbox"/> | Realschulabschluss | <input type="checkbox"/> |
| Sonderschulabschluss | <input type="checkbox"/> | (Fach-) Abitur | <input type="checkbox"/> |
| Hauptschul-/Volksschulabschluss | <input type="checkbox"/> | Hochschulabschluss | <input type="checkbox"/> |

9. Höchster erreichter Schulabschluss Ihres Partners (falls vorhanden)

- | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| Kein Abschluss | <input type="checkbox"/> | Realschulabschluss | <input type="checkbox"/> |
| Sonderschulabschluss | <input type="checkbox"/> | (Fach-) Abitur | <input type="checkbox"/> |
| Hauptschul-/Volksschulabschluss | <input type="checkbox"/> | Hochschulabschluss | <input type="checkbox"/> |

10. Sind Sie derzeit berufstätig?

Ja Nein Falls ja: wie viele Stunden pro Woche? _____ Stunden

11. Ist Ihr Partner derzeit berufstätig?

Ja Nein Falls ja: wie viele Stunden pro Woche? _____ Stunden

Ihr Gesundheitszustand

12. Werden Sie aktuell wegen eines psychischen Problems oder einer psychiatrischen Erkrankung behandelt?

Ja Nein
Falls ja, nennen Sie bitte das Problem/die Diagnose:

Falls ja, seit wann erhalten Sie diese Behandlung ungefähr: _____

13. Werden Sie aktuell wegen eines psychischen Problems oder einer psychiatrischen Erkrankung medikamentös behandelt?

Ja Nein
Falls ja, seit wann erhalten Sie das Medikament ungefähr:

Gesundheitszustand Ihres Partners

Bitte beantworten Sie die Fragen 14 & 15 nur, wenn Sie sich zurzeit in einer Partnerschaft bzw. Ehe befinden. Ansonsten gehen Sie über zu Frage 16.

14. Wird Ihr Partner aktuell wegen eines psychischen Problems oder einer psychiatrischen Erkrankung behandelt?

Ja Nein
Falls ja, nennen Sie bitte das Problem/die Diagnose:

Falls ja, seit wann erhält Ihr Partner Sie diese Behandlung ungefähr: _____

15. Wird Ihr Partner aktuell wegen eines psychischen Problems oder einer psychiatrischen Erkrankung medikamentös behandelt?

Ja Nein
Falls ja, seit wann erhält Ihr Partner das Medikament ungefähr:

Behandlungen/Therapien des Kindes

- 16 Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja nein

Wenn ja, bitte beschreiben (Name des Medikamentes und Dosierung):

- 17 Erhält Ihr Kind aktuell andere Behandlungen oder Therapien?

Ja Nein

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

Art (Psychotherapie, Ergotherapie etc.)	Häufigkeit (wöchentlich, monatlich etc.)	Seit wann erhält ihr Kind diese Behandlung oder Therapie ungefähr

SRS-Fragebogen

Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ-D)

9.3. Selbstbeurteilungsverfahren
ERZIEHUNGSFRAGEBOGEN-KURZFORM (EFB-K)

Fragebogen zum Kompetenzgefühl der Eltern (PSOC)

DASS 21

9.4. Verfahren zur Beurteilung der Akzeptanz

**FRAGEBOGEN ZUR ZUFRIEDENHEIT MIT DEM STEPPING STONES
TRIPLE P-PROGRAMM (CSQ)**

Fragebogen zur Nützlichkeit der Erziehungsstrategien aus dem Stepping Stones Triple P Programm

Wir bitten Sie bei folgender Auflistung anzugeben, wie hilfreich die im Kurs behandelten Erziehungsstrategien für Sie im Umgang mit Ihrem Kind sind. Bitte kreuzen Sie für jede Erziehungsstrategie an, wie hilfreich Sie diese aktuell finden (1=gar nicht hilfreich, 2=kaum hilfreich, usw.).

	gar nicht hilfreich	kaum hilfreich	eher hilfreich	sehr hilfreich
Wertvolle Zeit mit Ihrem Kind verbringen	①	②	③	④
Mit Ihrem Kind kommunizieren	①	②	③	④
Zuneigung zeigen	①	②	③	④
Ihr Kind loben	①	②	③	④
Ihrem Kind Aufmerksamkeit schenken	①	②	③	④
Ihr Kind mit besonderen Belohnungen motivieren	①	②	③	④
Für anregende Beschäftigungen sorgen	①	②	③	④
Ablaufpläne einsetzen	①	②	③	④
Ein gutes Vorbild sein	①	②	③	④
Berührendes Führen nutzen	①	②	③	④
Beiläufiges Lernen nutzen	①	②	③	④
Fragen- Sagen- Tun anwenden	①	②	③	④
Rückwärtslernen	①	②	③	④
Eine Punktekarte einsetzen	①	②	③	④
Mit einer anderen Beschäftigung ablenken	①	②	③	④
Klare Familienregeln aufstellen	①	②	③	④
Mit direktem Ansprechen auf die Nichtbeachtung von Regeln reagieren	①	②	③	④
Bei leichtem Problemverhalten absichtliches Ignorieren einsetzen	①	②	③	④
Klare, ruhige Anweisungen geben	①	②	③	④
Ihrem Kind beibringen, mitzuteilen, was es möchte	①	②	③	④
Anweisungen mit logischen Konsequenzen untermauern	①	②	③	④
Mit Stoppen auf gefährliches Verhalten reagieren	①	②	③	④
Kurze Unterbrechung bei störendem Verhalten einsetzen	①	②	③	④
Die stille Zeit einsetzen um mit Problemverhalten umzugehen	①	②	③	④
Die Auszeit einsetzen um auf schwerwiegendes Problemverhalten zu reagieren	①	②	③	④
Aktivitätenpläne	①	②	③	④

Fragebogen zur Anwendung der Erziehungsstrategien aus dem Stepping Stones Triple P Programm

Wir bitten Sie bei folgender Auflistung anzugeben, wie häufig Sie die im Kurs behandelten Erziehungsstrategien anwenden. Bitte kreuzen Sie für jede Erziehungsstrategie an, wie häufig Sie diese aktuell anwenden (1=sehr selten, 2=1 Mal im Monat, usw.).

	sehr selten	1 Mal im Monat	1 Mal in der Woche	Mehrfach in der Woche	1 Mal täglich	mehrmals täglich
Wertvolle Zeit mit Ihrem Kind verbringen	①	②	③	④	⑤	⑥
Mit Ihrem Kind kommunizieren	①	②	③	④	⑤	⑥
Zuneigung zeigen	①	②	③	④	⑤	⑥
Ihr Kind loben	①	②	③	④	⑤	⑥
Ihrem Kind Aufmerksamkeit schenken	①	②	③	④	⑤	⑥
Ihr Kind mit besonderen Belohnungen motivieren	①	②	③	④	⑤	⑥
Für anregende Beschäftigungen sorgen	①	②	③	④	⑤	⑥
Ablaufpläne einsetzen	①	②	③	④	⑤	⑥
Ein gutes Vorbild sein	①	②	③	④	⑤	⑥
Berührendes Führen nutzen	①	②	③	④	⑤	⑥
Beiläufiges Lernen nutzen	①	②	③	④	⑤	⑥
Fragen- Sagen- Tun anwenden	①	②	③	④	⑤	⑥
Rückwärtslernen	①	②	③	④	⑤	⑥
Eine Punktekarte einsetzen	①	②	③	④	⑤	⑥
Mit einer anderen Beschäftigung ablenken	①	②	③	④	⑤	⑥
Klare Familienregeln aufstellen	①	②	③	④	⑤	⑥
Mit direktem Ansprechen auf die Nichtbeachtung von Regeln reagieren	①	②	③	④	⑤	⑥
Bei leichtem Problemverhalten absichtliches Ignorieren einsetzen	①	②	③	④	⑤	⑥
Klare, ruhige Anweisungen geben	①	②	③	④	⑤	⑥
Ihrem Kind beibringen, mitzuteilen, was es möchte	①	②	③	④	⑤	⑥
Anweisungen mit logischen Konsequenzen untermauern	①	②	③	④	⑤	⑥
Mit Stoppen auf gefährliches Verhalten reagieren	①	②	③	④	⑤	⑥
Kurze Unterbrechung bei störendem Verhalten einsetzen	①	②	③	④	⑤	⑥
Die stille Zeit einsetzen um mit Problemverhalten umzugehen	①	②	③	④	⑤	⑥
Die Auszeit einsetzen um auf schwerwiegendes Problemverhalten zu reagieren	①	②	③	④	⑤	⑥
Aktivitätenpläne	①	②	③	④	⑤	⑥

Tabelle 16: Häufigkeitsverteilung der Angaben im Fragebogen zur Anwendung der Erziehungsstrategien aus dem SSTP Programm

„Bitte kreuzen Sie für jede Erziehungsstrategie an, wie häufig Sie diese aktuell anwenden.“

	sehr selten	1 Mal im Monat	1 Mal in der Woche	Mehrf. in der Woche	1 Mal täglich	Mehrf. täglich
Wertvolle Zeit mit Ihrem Kind verbringen	-	-	-	6,7 %	33,3 %	58,8 %
Mit Ihrem Kind kommunizieren	-	-	-	-	-	100 %
Zuneigung zeigen	-	-	-	-	6,7 %	93,3 %
Ihr Kind loben	-	-	-	-	13,3 %	86,7 %
Ihrem Kind Aufmerksamkeit schenken	-	-	-	-	6,7 %	93,3 %
Ihr Kind mit besonderen Belohnungen motivieren	-	6,7 %	6,7 %	40,0 %	6,7 %	40,0 %
Für anregende Beschäftigungen sorgen	-	-	6,7 %	33,3 %	26,7 %	33,3 %
Ablaufpläne einsetzen	26,7 %	6,7 %	26,7 %	13,3 %	20,0 %	6,7 %
Ein gutes Vorbild sein	-	-	-	13,3 %	13,3 %	73,3 %
Berührendes Führen	-	-	6,7 %	20,0 %	33,3 %	40,0 %
Beiläufiges Lernen	-	-	6,7 %	20,0 %	20,0 %	53,3 %
Fragen- Sagen- Tun	6,7 %	-	13,3 %	26,7 %	6,7 %	46,7 %
Rückwärtslernen	40,0 %	-	20,0 %	20,0 %	6,7 %	13,3 %
Punktekarte gebrauchen	60,0 %	6,7 %	6,7 %	-	13,3 %	13,3 %
Mit einer anderen Beschäftigung ablenken	6,7 %	-	6,7 %	26,7 %	13,3 %	46,7 %
Klare Familienregeln aufstellen	-	-	6,7 %	6,7 %	40,0 %	46,7 %
Direktes Ansprechen bei Nichtbeachtung von Regeln	-	-	-	13,3 %	20,0 %	66,7 %
Absichtliches Ignorieren bei leichtem Problemverhalten	6,7 %	-	6,7 %	33,3 %	20,0 %	33,3 %
Klare, ruhige Anweisungen geben	-	-	-	6,7 %	-	93,3 %
Ihrem Kind beibringen, mitzuteilen, was es möchte	-	-	-	-	-	100 %
Logische Konsequenzen	-	-	-	26,7 %	33,3 %	40,0 %
Stoppen	6,7 %	-	13,3 %	20,0 %	20,0 %	40,0 %
Kurze Unterbrechung	13,3 %	-	-	26,7 %	33,3 %	26,7 %
Stille Zeit	53,3 %	-	6,7 %	20,0 %	6,7 %	-
Auszeit	20,0 %	13,3 %	20,0 %	33,3 %	6,7 %	6,7 %
Aktivitätenplan	20,0 %	13,3 %	20,0 %	33,3 %	6,7 %	6,7 %

Anmerkung: N=15

9.5. Materialien zur Interaktionsbeobachtung

Durchführungsanleitung MEKIB

Vorbereitung:

- Uhr/ Stoppuhr im Videoraum bereitlegen
- ein Buch auswählen und bereitlegen
 - Buch entsprechend des Alters und des Entwicklungsstandes auswählen!
 - Wasserscheues Krokodil: ~ 2-3 Jahre
 - Lieselotte lauert: ~ 3-5 Jahre
 - Wer bist denn du: ~ 5-6 Jahre
 - Schatzsuche: ~ 6-8 Jahre
- Puzzle bereitlegen: entsprechende Puzzleteile bereits raussuchen, die für jeweiliges Puzzle benötigt werden
 - Puzzle entsprechend des Alters und des Entwicklungsstandes auswählen!
 - 2-3 Jahre: Puzzle (2-teilig + 3-teilig; bzw. 3-teilig + 4-teilig)
 - 4 Jahre: Tangram 1 + 2
 - 5-6 Jahre: Tangram 2 + 3
 - 7-8 Jahre: Tangram 3 + 4 (oder 5)
- Fragebogen (SDQ, 2-seitig) und Stift für Elternteil im Raum bereitlegen
- Spielmaterial zur Verfügung stellen:
 - 4 Spielzeugkisten bereitstellen:
 - Essen + Geschirr
 - Tiere/ Menschenfiguren
 - Autos + Autoteppich
 - Puppen
 - ca. 1/3 der Spielsachen bereits aus den Kisten herausräumen und auf dem Boden verteilen
 - eine Schatzkiste auf dem Sofatisch platzieren (in Reichweite des Kindes), in der Schatzkiste liegen Belohnungen
- Elternteil über Ablauf informieren und mit Headset ausstatten:
 - „Wir werden jetzt die Verhaltensbeobachtung mit Ihnen und (*Name des Kindes*) durchführen. Dazu werde ich Ihnen über ein Headset Anweisungen geben, was Sie machen sollen. Das Ganze wird mit einer Videokamera aufgezeichnet. Haben Sie noch Fragen?“
 - Elternteil bekommt Ablaufplan der Aufgaben gezeigt und genauer erklärt. Eltern werden darauf hingewiesen, dass Kind nur mit Spielsachen aus den Kisten spielen darf und nicht mit der Schatzkiste. Das Kind darf aber am Schluss die Schatzkiste öffnen.
 - Dem Kind wird nicht mitgeteilt, dass mit einer Videokamera aufgezeichnet wird.

Durchführung:

- Man betritt mit Kind und Elternteil den Raum.

Instruktion an das Kind:

„Mit diesen Spielsachen darfst du spielen (auf die 4 Spielzeugkisten zeigen), mit der Schatzkiste und den anderen Sachen im Raum nicht. In der Schatzkiste ist eine Belohnung, aber die bekommst du erst ganz am Schluss.“ (wichtig: sichergehen, dass Kind die Kiste und Anweisung registriert)

Elternteil soll sich auf Sofa setzen (*im Aufnahmebereich der Kamera*).

- Untersucher verlässt Raum, startet Stoppuhr und gibt Elternteil Instruktionen über Headset.

1. **Freies Spiel:**

Instruktion:

„Lassen Sie (*Name des Kindes*) zunächst erst einmal allein spielen. Halten Sie sich noch etwas zurück“

Zeit:

5 Minuten

Besonderes:

☞ Sollte das Kind mit der Schatzkiste spielen wollen und der Elternteil fragt diesbezüglich nach, Instruktion an den Elternteil: „Damit darf (*Name des Kindes*) nicht spielen.“

2. **Gemeinsames Spiel:**

a) Höheres Aktivitätslevel

Instruktion:

„Spielen Sie jetzt gemeinsam mit (*Name des Kindes*).“

Zeit:

5 Minuten

Besonderes:

☞ Sollte das Kind mit der Schatzkiste spielen wollen und der Elternteil fragt diesbezüglich nach, Instruktion an den Elternteil: „Damit darf (*Name des Kindes*) nicht spielen.“

☞ Sollten Kind und/oder Elternteil bereits das Spielzeug wieder aufräumen, Instruktion: „Bitte räumen Sie die Spielsachen wieder aus und spielen weiter damit.“

b) Niedrigeres Aktivitätslevel

Instruktion:

„Auf dem Tisch liegt ein Buch. Schauen Sie sich gemeinsam mit (*Name des Kindes*) das Buch an.“

Zeit:

Ende wenn Buch bzw. Geschichte fertig gelesen wurde

Besonderes:

☞ Sollte der Elternteil der Aufgabe nicht nachkommen bzw. die Aufforderung nicht umsetzen können, wird eine erneute Aufforderung geben. Sollte der Elternteil nach 5 Minuten das Kind immer noch nicht zur Bearbeitung der Aufgabe motiviert haben, wird die Aufgabe abgebrochen und es folgt die nächste Aufgabe.

☞ Wenn Elternteil und Kind mehr als eine Geschichte lesen möchten, dieses unterbrechen und zur nächsten Aufgabe über gehen.

☞ Wenn Eltern Anweisung auf Untersucher schiebt (z.B. „Die Frau hat gesagt...): „Bitte formulieren Sie das als ihre eigene Anweisung.“. Eltern insgesamt maximal 1x darauf hinweisen.

3. **Zuwendung zeigen:**

Instruktion:

„Sagen Sie (*Name des Kindes*) etwas Nettes.“

Zeit:

Ende, wenn Aufgabe erfüllt ist.

Besonderes:

☞ Sollte der Elternteil der Aufgabe vermeiden bzw. die Aufforderung nicht umsetzen können, wird eine erneute Aufforderung geben. Wenn der Elternteil die Aufgabe immer noch nicht umsetzt, wird keine erneute Aufforderung gegeben und es folgt die nächste Aufgabe.

☞ Sollte der Elternteil dem Kind etwas zuflüstern: „Bitte wiederholen Sie es noch einmal laut.“

4. **Herausforderung bewältigen:**

Instruktion:

„Auf dem Nebentisch finden Sie zwei Puzzles. (*Name des Kindes*) soll diese Puzzle-Aufgaben lösen. Unterstützen Sie Ihr Kind dabei, wenn es notwendig ist.“

Zeit:

Ende nach Fertigstellung von beiden Puzzles

Besonderes:

☞ Sollte der Elternteil der Aufgabe nicht nachkommen bzw. die Aufforderung nicht umsetzen können, wird eine erneute Aufforderung geben. Sollte der Elternteil nach 5 Minuten das Kind immer noch nicht zur Bearbeitung der Aufgabe motiviert haben, wird die Aufgabe abgebrochen und es folgt die nächste Aufgabe.

☞ Wenn Eltern Anweisung auf Untersucher schiebt (z.B. „Die Frau hat gesagt...): „Bitte formulieren Sie das als ihre eigene Anweisung.“. Eltern maximal 1x darauf hinweisen.

5. **Elternteil beschäftigt:**

Instruktion:

„Auf dem Tisch an der Fensterfront liegt ein Fragebogen. Bitte füllen Sie den Fragebogen aus. (*Name des Kindes*) kann währenddessen weiterspielen.“

Zeit:

Ende bei Fertigstellung des Fragebogens

Besonderes:

☞ Sollte das Kind mit der Schatzkiste spielen wollen und der Elternteil fragt diesbezüglich nach, Instruktion an den Elternteil: „Damit darf (*Name des Kindes*) nicht spielen.“

☞ Sollten Kind und/oder Elternteil bereits das Spielzeug wieder aufräumen, Instruktion: „Bitte räumen Sie die Spielsachen wieder aus und lassen (*Name des Kindes*) weiter damit spielen.“

6. **Aufräumen:**

Instruktion:

„Zum Abschluss sollen alle Spielsachen aufgeräumt werden. Sie dürfen Ihrem Kind dabei helfen, (*Name des Kindes*) muss aber in jedem Falle auch aufräumen.“

Zeit:

bis Spielsachen weggeräumt sind bzw. Abbruch nach 5 Minuten

Besonderes:

☞ Sollte der Elternteil der Aufgabe nicht nachkommen bzw. die Aufforderung nicht umsetzen können, wird eine erneute Aufforderung geben. Sollte der Elternteil nach 5 Minuten das Kind immer noch nicht zur Bearbeitung der Aufgabe motiviert haben, wird die Aufgabe abgebrochen.

☞ Sollte der Elternteil allein aufräumen, Elternteil 1x darauf hinweisen, dass Kind auch aufräumen soll.

☞ Wenn Eltern Anweisung auf Untersucher schiebt (z.B. „Die Frau hat gesagt...“): „Bitte formulieren Sie das als ihre eigene Anweisung.“. Eltern maximal 1x darauf hinweisen.

☞ Wenn Kind nur Spielsachen aufräumt, mit denen es selber gespielt hat, Elternteil darauf hinweisen, dass alle Spielsachen weggeräumt werden sollen.

Am Schluss kommt der Untersucher in das Zimmer zurück und das Kind darf sich eine Belohnung aus der Schatzkiste nehmen.

Marburger Eltern/Kind Interaktionsbeobachtung MEKIB Auswertungshinweise

Angepasst für das Projekt: Validierung eines Elterngruppentrainings auf Grundlage
von „Stepping Stones Triple P“ Version 11.08.2016

Generelle Regeln	
2 Sekunden Regel	Generell gilt, dass zwei Sekunden zwischen zwei Kodierungen der gleichen Kategorie vergehen müssen. Beispielsweise zwischen zwei beschreibenden Loben oder zwischen einem beschreibenden Lob und einem unspezifischen Lob.
5 Sekunden Regel	<p>Bei Anweisungen haben die Kinder 5 Sekunden Zeit zu gehorchen. Erst wenn das Kind gehorcht hat oder die 5 Sekunden verstrichen sind ohne dass das Kind gehorcht hat, ist die Interaktion beendet. Dann erst kann eine weitere Anweisung kodiert werden.</p> <p><i>Bsp:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anweisung → Gehorsam (nach 2 Sek.) → neue Anweisung möglich. 2. Anweisung → Ungehorsam (5 Sek. lang) → erst nach Ablauf dieser 5 Sekunden neue Anweisung möglich. <p>Ausnahme ist die klare, ruhige Anweisung (START). Dabei ist eine Wiederholung nach 5 Sekunden erlaubt. In diesem Fall wird nur 1 klare, ruhige Anweisung (START) kodiert und ein entsprechendes Gehorsam/ Ungehorsam.</p>
Prioritätsregel	In einigen unklaren Fällen gelten Prioritätsregeln. Meist soll dann die weniger hochwertige Kategorie kodiert werden, also insgesamt eher strenger. Bsp: Bei Unsicherheit eher das unspezifische Lob als das höherwertige spezifische Lob.
Umgang mit Problemverhalten (ab der Anweisung zum Buchlesen)	
Klare, ruhige Anweisung (START)	<p>Eine klare, ruhige Anweisung zum Beginn einer Aktivität (START) meint einen <u>Imperativ</u>, der dem Kind sagt, was es als nächstes tun oder sagen soll. Das Wort „Bitte“ kann enthalten sein. <i>Bsp: „Max, bitte setz dich auf das Sofa.“</i></p> <p>Eine Anweisung muss ein Verb enthalten, auch kurze Anweisungen zählen dazu. <i>Bsp: „Komm!“</i></p> <p>Wiederholungsregel: Eine START Anweisung darf 1 Mal wiederholt werden, dabei soll das Kind die Gelegenheit erhalten zu gehorchen. Zwischen Anweisung und Wiederholung soll dem Kind mindestens 5 Sekunden Zeit gegeben werden zu gehorchen. Wird die Anweisung mehr als 2 Mal gegeben oder liegen zwischen Anweisung und Wiederholung weniger als 5 Sekunden, kodiere andere Anweisung. Kodiere bei einmaliger Wiederholung 1 Mal klare, ruhige Anweisung (START).</p>

<p>Klare, ruhige Anweisung (STOP)</p>	<p>Eine klare, ruhige Anweisung zum Beenden eines Problemverhaltens (STOP), meint einen <u>Imperativ</u>, der dem Kind sagt, mit was es aufhören soll und was es stattdessen tun oder sagen soll. <i>Bsp: „Max, hör auf zu quengeln, bitte räum die Autos in die Kiste!“</i></p> <p>Wenn die Anweisung dem Kind zwar sagt, mit was es aufhören soll, aber nicht, was es stattdessen tun soll, kodiere andere Anweisung. <i>Bsp: „Max, hör auf damit!“</i> → andere Anweisung</p> <p>Siehe auch Flow Chart STOP-Routine.</p>
<p>Andere Anweisung</p>	<p>Alle anderen an das Kind gerichteten Äußerungen, die es dazu bewegen sollen, etwas zu tun, zu sagen oder etwas zu unterlassen.</p> <p><i>Beispiele:</i> Fragen: „Max, legst du das Auto jetzt weg?“ Aussagen: „Du legst das Auto jetzt weg.“ Indirekte Anweisungen: „Du sollst/musst jetzt aufräumen.“ Anweisungen ohne Verb: „Schnell!“, „Stopp!“, „Nein!“</p> <p>Prioritätsregel: Bei Unsicherheit, ob es sich um eine klare, ruhige Anweisung (START oder STOP) oder um eine andere Anweisung handelt, kodiere andere Anweisung.</p> <p>Prioritätsregel: Wenn die Eltern mit einer anderen Anweisung beginnen und dann eine klare, ruhige Anweisung daraus machen, kodiere klare, ruhige Anweisung. Die 5 Sekunden Regel gilt dann ab der klaren ruhigen Anweisung.</p> <p>5 Sekunden Regel: Bei Anweisungen haben die Kinder 5 Sekunden Zeit zu gehorchen. Erst wenn das Kind gehorcht hat oder die 5 Sekunden verstrichen sind ohne dass das Kind gehorcht hat, ist die Interaktion beendet. Dann erst kann eine weitere Anweisung kodiert werden.</p>
<p>Gehorsam/ Ungehorsam</p>	<p>Für <u>jede</u> klare, ruhige Anweisung sowie andere Anweisung soll notiert werden, ob das Kind die Anweisung befolgt hat oder nicht, also gehorsam war oder nicht. Es sollten daher genauso viele Gehorsam/Ungehorsam Kodierungen vorhanden sein, wie Kodierungen für Anweisungen.</p> <p>5 Sekunden Regel: Kinder müssen nicht sofort gehorchen, es reicht, wenn sie nach 5 Sekunden gehorchen. Dabei zählt die Zeit ab der Anweisung (klare, ruhige Anweisung oder andere Anweisung).</p> <p>Prioritätsregel: Wenn ein Kind nach einer klaren, ruhigen Anweisung (START) innerhalb der 5 Sekunden nicht gehorcht und die klare, ruhige Anweisung wiederholt wird, hat das Kind weitere 5 Sekunden Zeit zu gehorchen. Kodiere dann nicht 2 Mal Gehorsam/Ungehorsam sondern 1 Mal (spätestens) nach Ablauf beider 5 Sekunden Intervalle.</p>

<p>Kurze Unterbrechung</p>	<p>Der Elternteil beendet ein Problemverhalten des Kindes, indem es körperlich eingreift und die Arme des Kindes sanft festhält. <i>Bsp: Das Kind schlägt mit einem Puzzleteil auf den Tisch und die Mutter hält die Hände des Kindes sanft fest.</i></p> <p>Erfolgsregel: Gemeint ist also eine <u>erfolgreiche kurze Unterbrechung</u>, die der Beruhigung des Kindes dient. Nicht gemeint sind Rangeleien, bei denen das Kind sich wehrt. Wichtig ist hier, dass die Handlung des Kindes unterbrochen wird, sodass eine Beruhigung stattfinden kann.</p> <p>Folgende Interaktionssequenz sollte deutlich beobachtbar sein:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Problemverhalten 2. kurze Unterbrechung (Elternteil hält das Kind sanft fest) 3. Beruhigung des Kindes
<p>Absichtliches Ignorieren</p>	<p>Der Elternteil reagiert absichtlich nicht auf ein leichtes Problemverhalten des Kindes und schenkt ihm damit keine Aufmerksamkeit. <i>Bsp: bei Meckern, Schmollen, Geräuschemachen, genervt Schnauben, Schimpfwörterbenutzen, in den Vorraum Laufen.</i></p> <p>Nicht gemeint ist absichtliches Ignorieren bei schwerwiegendem Problemverhalten. Kodiere in diesem Fall kein absichtliches Ignorieren, selbst wenn die Eltern es einsetzen. Schwerwiegendes Problemverhalten ist: Sich selbst verletzen, jemandem weh tun, etwas kaputt machen.</p> <p>Absichtliches Ignorieren bezieht sich immer auf ein spezifisches Problemverhalten. Das Elternteil ignoriert dieses absichtlich, kann selbst aber mit einer Aktivität weitermachen. <i>Bsp: Das Kind schmolzt und die Mutter liest weiter das Buch vor.</i></p> <p>Erfolgsregel: Gemeint ist also ein <u>erfolgreiches absichtliches Ignorieren</u>, das dazu führt, dass das Kind sich wieder angemessen verhält. Nicht gemeint ist das Ignorieren von schwerwiegendem Problemverhalten, das zur Eskalation führt. Wichtig ist hier, dass das Elternteil dem Kind solange keine Aufmerksamkeit für das Problemverhalten schenkt bis das Problemverhalten aufhört.</p> <p>Folgende Interaktionssequenz sollte deutlich beobachtbar sein:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Leichtes Problemverhalten 2. Absichtliches Ignorieren (Elternteil kann aktiv eine andere Sache weiter machen) 3. Kind lässt das Problemverhalten sein

<p>Logische Konsequenz</p>	<p>Der Elternteil entzieht dem Kind ein Privileg oder ein Spielzeug, infolge eines Ungehorsams. D.h. nimmt ihm ein Spielzeug oder Buch ab oder entfernt es aus einer Spielsituation.</p> <p><u>Nicht gemeint</u> sind dabei Konsequenzen, die nicht im Beobachtungsraum stattfinden. <i>Bsp: „Wir gehen nachher kein Eis essen.“</i></p> <p><u>Nicht gemeint</u> ist das Drohen mit Konsequenzen. <i>Bsp: „Dann bekommst du nichts aus der Schatzkiste!“</i></p>
<p>Förderung angemessener Verhaltensweisen (ab der Anweisung zum Buchlesen)</p>	
<p>Beschreibendes Lob</p>	<p>Enthält ein Lobewort und eine kurze Beschreibung des gewünschten Verhaltens. <i>Bsp: „Toll, wie du spielst!“, „Danke, dass du aufgeräumt hast!“</i></p> <p>Nicht gemeint sind Lobe für Eigenschaften. <i>Bsp: „Du hast schöne Augen.“</i></p> <p>Auch das Beenden eines Problemverhaltens nach einer Anweisung ist eine angemessene Verhaltensweise und kann gelobt werden.</p> <p>2 Sekunden Regel: Jedes Lob im Abstand von 2 Sekunden kann kodiert werden.</p>
<p>Unspezifisches Lob</p>	<p>Enthält nur ein Lobewort und keine Beschreibung eines Verhaltens. <i>Bsp: „Schön!“, „Weiter so!“, „Danke!“</i></p> <p>Prioritätsregel: Bei Unsicherheit, ob es sich um ein beschreibendes Lob oder ein unspezifisches Lob handelt, kodiere unspezifisches Lob.</p> <p>2 Sekunden Regel: Jedes Lob im Abstand von 2 Sekunden kann kodiert werden.</p>
<p>Aufmerksamkeit schenken</p>	<p>Jede positive Verstärkung auf ein angemessenes Verhalten oder die Beendigung eines Problemverhaltens des Kindes. <i>Bsp: Nicken, Daumen nach oben zeigen, Streicheln, Lächeln, „Mhh!“ (als Verstärkung).</i></p> <p>Nicht gemeint ist ein Streicheln um Zuneigung zu zeigen, wenn z.B. der Elternteil mit dem Kind auf dem Sofa kuschelt. Kriterium ist, dass das Kind vorher etwas Angemessenes gemacht hat.</p> <p>Es kann nach einem angemessenem Verhalten sowohl ein Lob als auch einmal positive Aufmerksamkeit schenken kodiert werden.</p> <p>2 Sekundenregel: Jede positive Aufmerksamkeit im Abstand von 2 Sekunden kann kodiert werden.</p>

Beibringen neuer Fertigkeiten (Puzzle Aufgabe)	
Vorbild sein	<p>Der Elternteil macht eine Handlung vor und lässt das Kind die Handlung imitieren. <i>Bsp: Der Elternteil baut zwei Puzzleteile zusammen und lässt das Kind danach das Puzzle selbst legen.</i></p> <p>Folgt auf das Modell eine Anweisung, kodiere zusätzlich klare, ruhige Anweisung oder andere Anweisung. <i>Bsp: „Jetzt leg du die Teile zusammen!“</i></p>
Berührendes Führen	<p>Der Elternteil führt die Hand des Kindes beim Bearbeiten des Puzzles.</p> <p>Geht das berührende Führen mit einer Anweisung einher, kodiere zusätzlich klare, ruhige Anweisung oder andere Anweisung.</p>
Durch Fragen zum eigenständigen Problemlösen anregen	<p>Der Elternteil stellt eine Frage ohne die Lösung zu nennen. <i>Bsp: „Wo könnte das Puzzleteil hingehören?“, „Welches Puzzleteil könnte hier hinpassen?“, „Wie kannst du rausfinden, wo das Teil hinpasst?“</i></p> <p>Der Elternteil darf die Lösung auch nennen, wenn das Kind es nicht weiß. Wichtig hier ist, dass das Kind die Möglichkeit (ungefähr 2 Sekunden) erhält, die Lösung selbst zu finden.</p> <p>Prioritätsregel: Bei Unsicherheit, ob Eltern eine Frage als Anweisung stellen oder ob Eltern eigenständiges Problemlösen anregen, kodiere andere Anweisung.</p>

Negative Äußerungen & Kritik	<p>Gemeint sind negative Bewertungen über das Verhalten, die Leistungen oder Entscheidungen des Kindes oder das Kind selbst. Die Äußerungen können ein negatives Eigenschaftswort beinhalten oder aus dem Kontext heraus negativ gemeint sein.</p> <p><i>Beispiel:</i> <i>Über das Verhalten: „Du verhältst dich wie ein Baby.“</i> <i>Über die Leistungen: „Das hast du schief gelegt.“</i> <i>Über die Entscheidungen: „Das ist das falsche Puzzleteil.“</i> <i>Über das Kind: „Du bist ja wirklich eine Hilfe.“ (sarkastisch)</i></p> <p>2 Sekundenregel: Jede negative Äußerung & Kritik im Abstand von 2 Sekunden kann kodiert werden.</p>
---	--

Marburger Eltern/Kind Interaktionsbeobachtung MEKIB Auswertungsbogen

Angepasst für das Projekt: Validierung eines Elterngruppentrainings auf
Grundlage von „Stepping Stones Triple P“

Code/ Videonummer	Beurteiler	Länge des Videos (volle Minuten)

Umgang mit Problemverhalten (ab der Anweisung zum Buchlesen)			
		Kind gehorsam	Kind ungehorsam
Klare, ruhige Anweisung (START)			
Klare, ruhige Anweisung (STOP)			
Andere Anweisung			
Logische Konsequenz			
Kurze Unterbrechung			
Absichtliches Ignorieren			

Fördern angemessener Verhaltensweisen (ab der Anweisung zum Buchlesen)	
Beschreibendes Lob	
Unspezifisches Lob	
Aufmerksamkeit schenken	

Beibringen neuer Fertigkeiten (Puzzle Aufgabe)	
Vorbild sein	
Berührendes Führen	
Durch Fragen zum eigenständigen Problemlösen anregen	

Negative Äußerungen & Kritik (über die ganze Beobachtung)	
--	--

Verblindung geklappt	
-----------------------------	--

Verblindung nicht geklappt	
-----------------------------------	--

Bemerkungen:

MEKIB Rating Skalen

Code/ Videonummer	Beurteiler

1. Wenn das Kind seine/n Mutter/Vater nervt und ihr/ihm keine Ruhe lässt...		
kann sie/er das gut ignorieren.	③ ② ① ① ② ③	kann sie/er das nicht gut ignorieren.
2. Wenn das Kind ungezogen ist oder sich unangemessen verhält...		
erhebt die Mutter/der Vater seine Stimme und schreit das Kind an.	③ ② ① ① ② ③	spricht die Mutter/der Vater ruhig mit dem Kind.
3. Die Mutter/ der Vater...		
setzt dem Kind Grenzen und sagt, was erlaubt ist und was nicht.	③ ② ① ① ② ③	lässt das Kind tun, was es will.
4. Wenn das Kind etwas tut, was die Mutter/der Vater nicht mag...		
unternimmt sie/er jedes Mal etwas dagegen.	③ ② ① ① ② ③	lässt sie/er es oft durchgehen.
5. Wenn die Mutter/der Vater dem Kind etwas verboten hat...		
lässt sie/er es das Kind häufig trotzdem tun.	③ ② ① ① ② ③	hält sie/er sich an das, was sie/er gesagt hat.
6. Wenn das Kind sich aufregt, wenn ihm etwas verboten wurde...		
nimmt die Mutter/der Vater das Verbot zurück.	③ ② ① ① ② ③	bleibt sie/er dabei.
7. Wenn das Kind ungezogen ist oder sich unangemessen verhält...		
geht die Mutter/der Vater damit um, ohne sich aus der Fassung bringen zu lassen.	③ ② ① ① ② ③	ist die Mutter/der Vater so verärgert und frustriert, dass das Kind merkt, dass es seine Mutter/seinen Vater aus der Fassung gebracht hat.
8. Wenn das Kind etwas tut, das die Mutter/der Vater nicht möchte...		
sagt sie/er nie oder selten gemeine und verletzende Sachen oder Beschimpfungen.	③ ② ① ① ② ③	sagt sie/er meistens gemeine und verletzende Sachen oder Beschimpfungen.

9. Wenn das Kind der Mutter/dem Vater etwas zeigt oder mit ihr/ihm spricht...		
reagiert die Mutter/der Vater kühl und zurückweisend.	③ ② ① ① ② ③	spricht die Mutter/ der Vater mit warmer Stimme und ist zugewandt.
10. Wenn die Mutter/der Vater mit dem Kind spielt oder etwas gemeinsam erledigt...		
geht die Mutter/der Vater zärtlich mit dem Kind um und zeigt liebevollen Körperkontakt.	③ ② ① ① ② ③	bleibt die Mutter/der Vater auf Distanz.
11. Die Mutter/der Vater...		
nimmt die Bedürfnisse des Kindes überhaupt nicht wahr.	③ ② ① ① ② ③	ist feinfühlig.
12. Die Mutter/der Vater...		
lässt sich auf die Themen ein, die das Kind interessieren.	③ ② ① ① ② ③	spricht lieber über oder macht Dinge die sie/ihn interessieren.
13. Wenn das Kind der Mutter/dem Vater etwas zeigt oder mit ihr/ihm spricht...		
nimmt sich die Mutter/der Vater jedes Mal Zeit dafür.	③ ② ① ① ② ③	möchte die Mutter/der Vater lieber schnell vorankommen oder scheint sich nicht dafür zu interessieren.
14. Wenn das Kind eine Aufgabe erledigt...		
ermutigt die Mutter/der Vater das Kind bei der Bearbeitung der Aufgabe.	③ ② ① ① ② ③	lässt die Mutter/der Vater das Kind im Stich.
15. Wenn das Kind eine Aufgabe nicht gleich schafft oder nörgelt...		
wird die Mutter/der Vater schnell ungeduldig.	③ ② ① ① ② ③	geht die Mutter/der Vater sehr geduldig mit dem Kind um.
16. Die Mutter/der Vater...		
hilft und unterstützt das Kind, schwierige Aufgaben selbst zu lösen.	③ ② ① ① ② ③	macht die Aufgabe lieber selbst.
17. Die Mutter/der Vater...		
sagt dem Kind was es gut gemacht hat.	③ ② ① ① ② ③	ist eher kritisch mit dem Kind.
18. Wenn das Kind etwas geschafft hat...		
freut sich die Mutter/der Vater über den Erfolg des Kindes.	③ ② ① ① ② ③	scheint es der Mutter/dem Vater egal zu sein.
19. Die Mutter/der Vater...		
gibt dem Kind Hilfestellungen, damit es etwas Schwieriges schafft.	③ ② ① ① ② ③	gibt dem Kind keine Hilfestellung.

9.6. Curriculum Vitae

Publikationen

Christiansen, H., Anding, J., Schrott, B. & Röhrle, B. (2015). Children of mentally ill parents - a pilot study of a group intervention program. *Frontiers in Psychology*, 6, 1494 doi: 10.3389/fpsyg.2015.01494

Schrott, B., Kamp-Becker, I., Becker, K. & Kasperzack, D.: Eltern gehören dazu! Überprüfung der Wirksamkeit des Elterntrainings „Stepping Stones“ in der Behandlung von Kindern mit Autismus-Spektrum-Störungen. XXXV. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Ulm, 22.-25.03.2017.

9.7. Akademische Lehrer

Christ, Christiansen, Franzen, Kahder, Kumpf, Lachnit, Lemmer, Lincoln, Mähler, Margraf-Stiksrud, Meiser, Neidhardt, Pauls, Peper, Pfeiffer, Pinguart, Rief, Röhre, Rösler, Rost, Rüsseler, Schmidt-Atzert, Schwarting, Schulze, Sparfeldt, Stemmler, Teubert, Wagner, Wirthwein

9.8. Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die dem Fachbereich Medizin Marburg zur Promotionsprüfung eingereichte Arbeit mit dem Titel „Wirksamkeit des Stepping Stones Triple P Elterntrainings als zusätzliche Intervention in der Behandlung von Autismus-Spektrum-Störungen - Effekte auf das Erziehungsverhalten“ in der Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie unter Leitung von Prof. Dr. Katja Becker mit Unterstützung durch Prof. Dr. Inge Kamp-Becker ohne sonstige Hilfe selbst durchgeführt und bei der Abfassung der Arbeit keine anderen als die in der Dissertation aufgeführten Hilfsmittel benutzt habe. Ich habe bisher an keinem in- oder ausländischen Medizinischen Fachbereich ein Gesuch um Zulassung zur Promotion eingereicht, noch die vorliegende oder eine andere Arbeit als Dissertation vorgelegt.

Ich versichere, dass ich sämtliche wörtlichen oder sinngemäßen Übernahmen und Zitate kenntlich gemacht habe.

Mit dem Einsatz von Software zur Erkennung von Plagiaten bin ich einverstanden.

Ort, Datum

Bastian Schrott

Die Hinweise zur Erkennung von Plagiaten habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Prof. Dr. Inge Kamp-Becker

9.9. Danksagung

Ich danke an erster Stelle Frau Prof. Dr. Inge Kamp-Becker, für die fachliche und menschliche Unterstützung während des Projektes und der Anfertigung dieser Arbeit. Ich möchte auch Frau Prof. Dr. Katja Becker danken. Beiden sei gedankt für die Möglichkeit, neben meiner Tätigkeit in der klinischen Versorgung an diesem Projekt mitzuwirken und diese Doktorarbeit anzufertigen. Ich habe dies als sehr wertschätzend erlebt.

Weiterhin gilt mein Dank meiner lieben Kollegin Daria Kasperzack. Wir waren ein gutes Team bei der Planung und Organisation der Untersuchung und der Durchführung der Elternkurse. Ohne Daria wäre die Arbeit am Projekt nicht die gleiche gewesen.

Auch den Eltern, die an unseren Elterntrainings teilnahmen und gewissenhaft bei den Untersuchungen mitarbeiteten, sei gedankt.

Meiner Familie möchte ich danken. Ich hatte immer ihren Rückhalt.