

# Aggression

Franz Petermann und Petra Warschburger

Unter dem Begriff „Aggression“ werden nicht nur negative Eigenschaften wie streitsüchtig, dominant, laut und rücksichtslos verstanden, sondern auch positive wie selbstsicher, tatkräftig, bestimmt und willensstark. Die positive Form der Aggression, die **angemessene Selbstbehauptung**, muß von den beiden negativen Formen, der **zielgerichteten Schädigung (instrumentelle Aggression)** und der **angstmotivierten Aggression (expressive Aggression)** unterschieden werden (Petermann & Petermann, 1993a). Im weiteren wird unter Aggression ein Verhalten verstanden, mit dem entweder einer bzw. mehreren Person(en) oder einem Gegenstand Schaden zugefügt wird. Zentrales Merkmal ist die Schädigungsabsicht des „Täters“. Da aggressives Verhalten meist in sozialen Kontakten auftritt, wird von einer Verhaltensstörung gesprochen. Damit dieses Verhalten jedoch als „pathologisch“ oder „normabweichend“ bezeichnet und somit als behandlungsbedürftig betrachtet wird, muß es deutlich häufiger, ausgeprägter und ausschließlicher als bei anderen Personen auftreten.

## 1. Beschreibung der Störung

### 1.1 Symptomatik

Aggressives Verhalten äußert sich auf vielerlei Arten. Das Spektrum reicht von „leicht wütend werden“ oder häufigem Lügen bis zur Tierquälerei und kann schließlich in delinquentes Verhalten wie Diebstahl oder Brandstiftung münden. Der ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 1993) weist ausdrücklich darauf hin, daß es sich um schwerwiegendere Tatbestände als „gewöhnlicher kindlicher Unfug oder jugendliche Aufmüpfigkeit“ (S. 297) handelt. Bei der Bewertung des Verhaltens ist es wichtig, das beobachtbare Verhalten mit dem jeweiligen Entwicklungsstand des Kindes zu vergleichen. So kann man von einem Jugendlichen durchaus erwarten, daß er nicht unkontrolliert in Wut ausbricht, wenn er in einem Spiel verloren hat, während ein Kleinkind eine solche Selbstkontrolle erst noch erwerben muß.

Björkqvist, Lagerspetz und Kaukiainen (1992) unterscheiden bei einer Gruppe von 15-jährigen Jungen und Mädchen folgende Erscheinungsformen aggressiven Verhaltens :

- **Direkte physische Aggression** wie andere stoßen, schlagen oder treten,
- **Indirekte Aggression** wie über andere tratschen oder boshafte Gerüchte verbreiten,
- **Direkte verbale Aggression** wie jemanden beschimpfen oder über ihn lästern und
- **Rückzug** wie vorgeben, die andere Person nicht zu kennen, oder schmollen.

Petermann und Petermann (1993a) beschreiben aggressives Verhalten anhand der folgenden fünf Dimensionen:

1. offen-gezeigt versus verdeckt-hinterhältig,
2. körperlich versus verbal,
3. aktiv-ausübend versus passiv-erfahrend,
4. direkt versus indirekt und
5. nach außen-gewandt versus nach innen-gewandt.

Allein anhand dieser beiden Gliederungsversuche wird deutlich, auf wieviele unterschiedliche Arten sich aggressives Verhalten im Alltag äußern kann.

## 1.2 Klassifikation

Die Entwicklungspsychopathologie unterscheidet zwischen primären und sekundären Verhaltensstörungen. Sie geht davon aus, daß ein Kind im Entwicklungsverlauf bestimmte soziale, kognitive und emotionale Kompetenzen erwerben muß. Sind diese Fertigkeiten vorhanden, verhalten die Kinder sich aber altersunangemessen, wird von einer primären Verhaltensstörung gesprochen; sind diese Kompetenzen beeinträchtigt, entsteht eine primäre Entwicklungsstörung, die eine sekundäre Verhaltensstörung nach sich ziehen kann (Kusch & Petermann, 1993).

Verhaltensstörungen werden in zwei sogenannte Breitbandsyndrome - externalisierende (unterkontrollierte) und internalisierende (überkontrollierte) Störungsbilder - eingeteilt. Unter den internalisierenden Verhaltensstörungen werden Ängste, Depression oder sozialer Rückzug verstanden, Verhaltensweisen also, die von der Umwelt eher nicht oder nur kaum wahrgenommen werden. Externalisierende Störungen hingegen umfassen Verhaltensweisen, die von der Umwelt meist als störend empfunden werden, wie zum Beispiel Aggressivität oder Hyperaktivität (Achenbach & Edelbrock, 1978).

Im ICD-10 (Dilling et al., 1993) wird aggressives Verhalten unter den „Störungen des Sozialverhaltens“ (F91) klassifiziert; diese lassen sich durch ein „wiederholendes und andauerndes Muster dissozialen, aggressiven oder aufsässigen Verhaltens“ (S. 297) kennzeichnen. Folgende Typen werden unterschieden:

- **Störungen des Sozialverhaltens, die auf den familiären Kontext beschränkt sind (F91.0):** Das aggressive Verhalten ist fast vollständig auf den häuslichen Kontext oder die Interaktion mit den Familienmitgliedern begrenzt.

- **Störungen des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen (F91.1)** : Die Beziehung des betroffenen Kindes zu Gleichaltrigen und Erwachsenen ist deutlich beeinträchtigt.
- **Störungen des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen (F91.2)**: Es besteht eine gute soziale Integration; häufig gehören die betroffenen Kinder einer delinquenten Gruppe an.
- **Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten (F91.3)**: Diese Form tritt bevorzugt bei jüngeren Kindern (unter neun Jahren) auf und äußert sich in deutlich trotzigem Verhalten; schwerwiegende Verletzungen der Rechte anderer fehlen.
- **andere sowie nicht näher bezeichnete Störungen des Sozialverhaltens (F91.8 und F91.9)**: Hier werden die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllt, eine Zuordnung zu einer der Subgruppen kann jedoch nicht erfolgen.

Weiterhin kann eine Störung des Sozialverhaltens in Kombination mit einer emotionalen Störung (F92; z. B. Depression) diagnostiziert werden.

Der DSM-III-R (Wittchen, Saß, Zaudig & Koehler, 1991) grenzt bei den expansiven Verhaltensstörungen zwei Kategorien mit aggressiven Verhaltensweisen voneinander ab :

- Störung des Sozialverhaltens mit den Untertypen:  
 Gruppentypus,  
 aggressiver Einzelgänger-Typus,  
 undifferenzierter Typus sowie
- Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten.

Für die Diagnose einer „**Störung des Sozialverhaltens**“ nach dem DSM-III-R (Wittchen et al., 1991) muß es sich um ein mindestens sechs Monate anhaltendes Verhaltensmuster handeln, bei dem die Rechte anderer sowie gesellschaftliche Normen nicht akzeptiert werden. Dieses Verhalten tritt dann gleichzeitig in verschiedenen Situationen auf (zu Hause, in der Schule, am Arbeitsplatz oder im Umgang mit Gleichaltrigen). Die Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens ist nur dann gerechtfertigt, wenn drei der folgenden 13 Kriterien für die Diagnose erfüllt werden (S. 85):

---

„Der Betroffene

- (1) hat mehr als einmal gestohlen, ohne unmittelbare Begegnung mit dem Opfer (einschließlich Betrug)
- (2) lief mindestens zweimal über Nacht von zu Hause fort, während er noch bei den Eltern oder einer anderen Bezugsperson wohnte (oder nur einmal ohne Rückkehr)
- (3) lügt häufig (außer um körperliche Mißhandlung oder sexuellen Mißbrauch abzuwenden)
- (4) beging vorsätzlich Brandstiftung
- (5) schwänzt häufig die Schule (bei älteren Personen Abwesenheit vom Arbeitsplatz)
- (6) brach in fremde Wohnungen, Gebäude oder Autos ein
- (7) zerstörte vorsätzlich fremdes Eigentum

- 
- (8) quälte Tiere
  - (9) zwang andere Personen zu Sexualkontakten
  - (10) benutzte in mehr als einer Schlägerei eine Waffe
  - (11) zettelt häufig Schlägereien an
  - (12) hat in der Gegenwart des Opfers gestohlen (z.B. Raubüberfall, Taschendiebstahl, Erpressung, bewaffneter Raubüberfall)
  - (13) war körperlich grausam zu anderen”.
- 

Je nach Anzahl der vorliegenden Symptome wird die Störung als leicht, mittel oder schwer eingestuft. Achenbach (1993) weist darauf hin, daß sich die Diagnose der Störung des Sozialverhaltens aus zwei Subkategorien - delinquentes und aggressives Verhalten - zusammensetzt. Kinder mit einer solchen Störung zeigen entweder:

- nur aggressive Verhaltensweisen (wie Lügen oder Tierquälerei) oder
- nur delinquentes Verhalten (wie Diebstahl oder Brandstiftung) oder
- sowohl aggressives als auch delinquentes Verhalten. Somit können sich hinter einer Störung des Sozialverhaltens sehr heterogene Verhaltensweisen verbergen.

Differentialdiagnostisch muß die Störung des Sozialverhaltens im DSM-III-R (Wittchen et al., 1991) von der **„Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten“** abgegrenzt werden. Im Gegensatz zur „Störung des Sozialverhaltens“ werden hier die grundlegenden Rechte anderer akzeptiert. Die Betroffenen zeigen eine ablehnende, feindselige und trotzig Haltung, vor allem gegenüber vertrauten Personen. Für die Diagnose müssen mindestens fünf der folgenden neun Merkmale zutreffen (S. 88):

---

„Der Betroffene

- (1) verliert oft die Nerven
  - (2) streitet sich oft mit Erwachsenen
  - (3) widersetzt sich häufig den Anweisungen oder Regeln der Erwachsenen, weigert sich beispielsweise, Hausarbeiten zu machen
  - (4) tut vorsätzlich etwas, was andere verärgert, greift z.B. nach den Mützen anderer Kinder
  - (5) schiebt oft anderen die Schuld für eigene Fehler zu
  - (6) ist oft reizbar und durch andere verärgert
  - (7) ist oft wütend und beleidigt
  - (8) ist oft boshaft und nachtragend
  - (9) flucht oft oder benutzt obszöne Wörter”.
- 

Diese Verhaltensweisen müssen mindestens über einen Zeitraum von sechs Monaten und beträchtlich häufiger als bei Gleichaltrigen auftreten.

Die enorme Komorbidität von Oppositionellem Trotzverhalten und der Störung des Sozialverhaltens (vgl. Frick et al., 1991c) legt nahe, Oppositionelles Trotzverhalten als Vorläufer einer Störung des Sozialverhaltens aufzufassen (Achenbach, 1993; Hinshaw, 1987). Eine solche Sichtweise wird auch dadurch gestützt, daß Kinder mit Oppositionellem Trotzverhalten vergleichbare, wenn auch weniger stark belastete, familiäre Muster aufweisen (Frick, Lahey, Loeber, Stouthamer-Loeber, Christ & Hanson, 1992).

Das Ziel einer situationspezifischen Diagnostik aggressiven Verhaltens verfolgen Petermann und Petermann (1992) mit dem Erfassungsbogen für aggressives Verhalten in konkreten Situationen (EAS). Der Test setzt sich aus 22 Situationen zusammen, in denen ein Konflikt beschrieben und zusätzlich mit einer Abbildung verdeutlicht wird. Das Kind soll nun aus drei vorgegebenen Antworten diejenige auswählen, die am besten sein Verhalten in einer solchen Situation wiedergibt. Die Reaktionsmöglichkeiten bestehen jeweils aus sozial erwünschtem, leicht und schwer aggressivem Verhalten. Der Vergleich des Testergebnisses mit alters- und geschlechtsspezifischen Normen erlaubt dann Aussagen darüber, ob es sich um klinisch auffälliges Verhalten handelt. Zudem läßt sich anhand eines Schemas der genaue Reaktionsstil differenzieren,

- ob es sich um sozial erwünschtes oder unerwünschtes Verhalten handelt,
- ob das Kind aktiv in das Situationsgeschehen eingreift oder als parteiergreifender Beobachter das Geschehen lenkt,
- auf wen (die eigene oder eine andere Person) oder was sich das Verhalten richtet,
- in welchen Situationen (zu Hause, in der Schule oder in der Freizeit außerhalb des Elternhauses) das Verhalten bevorzugt auftritt,
- ob es sich bei den sozial unerwünschten Reaktionen um leicht oder schwer aggressive Formen handelt und
- ob es sich um verbales (z. B. beschimpfen) oder nonverbales Verhalten (z. B. treten) handelt. Bei den aggressiven Reaktionen gegenüber anderen Personen wird zusätzlich unterschieden, ob sie hinterhältig oder direkt erfolgen.

Eine solche situations- und verhaltensbezogene Klassifikation erlaubt eine auf den konkreten Fall zugeschnittene Therapieplanung.

## 2. Epidemiologie, Verlauf und Nosologie

### 2.1 Epidemiologie

In jüngerer Zeit wurden einige Studien durchgeführt, die die Verbreitung aggressiver Verhaltensstörungen in der Allgemeinbevölkerung schätzen. Bevor näher auf diese Ergebnisse eingegangen wird, wollen wir einige methodische Anmerkungen vorausschicken. Die Untersuchungen unterscheiden sich in ihrer Stichprobenszusammensetzung, den diagnostischen Kriterien und ihrem methodischen Vorgehen sehr stark voneinander; dadurch wird die Vergleichbarkeit der Ergebnisse teilweise erheblich eingeschränkt.

Allgemein läßt sich festhalten, daß etwa 18% (Esser et al., 1992) bis 10,1% (Offord, Boyle & Racine, 1991) der Kinder und Jugendlichen aggressives Verhalten an den Tag legen. Die starken Schwankungen lassen sich auf eine Reihe von Einflußfaktoren zurückführen: So zeigte sich in zahlreichen Studien eine deutlich höhere Anzahl männlicher Betroffener (Esser et al., 1992; Esser, Schmidt & Woerner, 1990; Offord et al., 1991; Weisz, Sigman, Weiss & Mosk, 1993). Laut DSM-III-R leiden ungefähr 9% der Jungen im Vergleich zu 2% der Mädchen unter 18 Jahren an einer Störung des Sozialverhaltens. Möglicherweise können solche **geschlechtsspezifischen** Unterschiede auf die unterschiedlichen Erscheinungsformen aggressiven Verhaltens zurückgeführt werden. Jungen bevorzugen mit direkter körperlicher Aggression (wie sich prügeln) Verhaltensweisen, die dem Beobachter direkt ins Auge springen; bei Mädchen hingegen ist das aggressive Verhalten weniger gut beobachtbar: Es erfolgt in erster Linie indirekt, indem die Mädchen beispielsweise Gerüchte über andere verbreiten (Björkqvist et al., 1992).

Mit zunehmendem **Alter** nimmt die Häufigkeit aggressiven Verhaltens unter Kindern und Jugendlichen zu. Während bei Kleinkindern der Anteil der Betroffenen bei ca. 2% liegt (Koot & Verhulst, 1991), wird bei Jugendlichen von bis zu 10% gesprochen (Offord et al., 1991). Diese Angaben können Längsschnittstudien belegen (Esser et al., 1992; McGee, Feehan, Williams & Anderson, 1992): In der Mannheimer Studie von Esser und seinen Mitarbeitern vervierfachte sich der Prozentsatz der aggressiven Kinder zwischen dem achten und dem 13. Lebensjahr.

Die enormen Unterschiede in den ermittelten Prävalenzzahlen können sicherlich auch dadurch zustande kommen, daß die Diagnosen auf dem Bericht verschiedener Gruppen (Eltern, Lehrer oder Selbstbericht der Kinder bzw. Jugendlichen) beruhen. Offord et al. (1991) konnten eindrucksvoll zeigen, wie sich die **Informationsquelle** in den Häufigkeitsschätzungen niederschlagen kann. Die Eltern beurteilten ihre vier- bis elfjährigen Kinder seltener als deren Lehrer als verhaltensgestört; zwölf- bis 16-jährige Jugendliche schätzten sich selbst als aggressiver und delinquenter ein als dies ihre Eltern taten. Die fehlende Übereinstimmung in der Bewertung aggressiven Verhaltens seitens verschiedener Beurteiler konnte in anderen Studien bestätigt werden (Andrews, Garrison, Jackson, Addy & McKeown, 1993; Hinshaw, Han, Erhardt & Huber, 1992; Loeber, Green, Lahey & Stouthamer-Loeber, 1989; Stanger & Lewis, 1993). Zudem soll noch auf **kulturelle Einflüsse** hingewiesen werden: Externalisierende Störungen treten im westlichen Kulturkreis häufiger als im asiatischen oder afrikanischen Raum auf (Weisz et al., 1993).

Neben diesen epidemiologischen Studien zur Verbreitung psychisch auffälligen Verhaltens geben Kriminalstatistiken Auskunft über die Häufigkeit delinquenten Verhaltens, das im engen Zusammenhang mit aggressiven Störungen steht (vgl. Stattin & Magnusson, 1989). In der Bundesrepublik Deutschland wurden im Jahr 1990 im Rahmen begangener Straftaten anteilmäßig 4,3 % Kinder (bis 13 Jahre), 9,8 % Jugendliche (bis 17 Jahre) und 10,4% Heranwachsende (18 bis 21 Jahre) verdächtig. In der Regel handelte es sich bei den Delikten mit einer hohen

Beteiligung von Kindern oder Jugendlichen um geringfügigere Vergehen wie Ladendiebstahl oder Sachbeschädigung. Seit 1984 fielen die Häufigkeitszahlen leicht ab. Inwieweit bei einer solchen Entwicklung demographische Veränderungen eine Rolle spielen, kann nicht geklärt werden. Generell muß jedoch festgehalten werden, daß gemessen am prozentualen Anteil an der Gesamtbevölkerung Jugendliche, Heranwachsende sowie junge Erwachsene bis 23 Jahre die höchste Delinquenzrate aufweisen (Polizeiliche Kriminalstatistik, 1990).

## 2.2 Verlauf

Aggression ist ein sehr stabiles Verhaltensmuster (Dumas, 1992; Kazdin, 1991), das sich von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter fortsetzen kann (Eron, 1987; Robins, 1991). Positive Beziehungen zwischen aggressivem Verhalten in der Kindheit und kriminellem Verhalten in der Jugend und im Erwachsenenalter weisen darauf hin, daß Aggression in delinquentes Verhalten münden kann (Kuper-smidt & Patterson, 1991; Roff, 1992; Stattin & Magnusson, 1989). Die langfristige Prognose ist schlecht: Die Mehrzahl der „gesundeten“ Kinder erleidet einen Rückfall oder wird durch eine andere psychische Störung auffällig (Keller et al., 1992).

Wieviel Prozent der Kinder zeigen dauerhaft aggressives Verhalten? Besonders aussagekräftig sind Längsschnittstudien, die die Verhaltensstabilität an einer Stichprobe über einen längeren Zeitraum hinweg erfassen. Solche Studien deuten darauf hin, daß ca. die Hälfte der aggressiven Kinder dieses Verhalten über mehrere Jahre hinweg beibehalten (McConaughy, Stanger & Achenbach, 1992; Rose, Feldman, Rose, Wallace & McCarton, 1992), Esser und Mitarbeiter (1990, 1992) konnten dies sogar über den Zeitraum von zehn Jahren (zwischen dem 8. und 18. Lebensjahr) beobachten.

Tendenziell berichten Eltern über eine höhere Verhaltensstabilität als dies Lehrer tun (Verhulst, Eussen, Berden, Sanders-Woudstra & van der Ende, 1993; Verhulst & van der Ende, 1991, 1992). In bezug auf geschlechtsspezifische Unterschiede liegen widersprüchliche Befunde vor: Es wurde sowohl für Mädchen (Verhulst & van der Ende, 1992; Verhulst & van Watturn, 1993) als auch für Jungen (Esser et al., 1992; McGee et al., 1992) berichtet, daß sie aggressives Verhalten im Entwicklungsverlauf seltener aufgeben.

Therapeutisch steht die Frage im Vordergrund, welche Kinder einen chronischen Verlauf aufweisen und bei welchen damit gerechnet werden kann, daß sich die Verhaltensprobleme mit dem Alter wieder „auswachsen“; auf dieser Grundlage kann dann eine spezielle Therapiezuweisung erfolgen. Nach Loeber (1988, 1990) weisen Kinder und Jugendliche eine ungünstige Entwicklung auf, wenn sie

- seit ihrer frühen Kindheit durch aggressives Verhalten auffallen,
- dieses Verhalten sehr häufig und
- vielfältig sowie
- in vielen Lebensbereichen (wie Elternhaus, Schule, Freundschaften) äußern.

Die prognostische Relevanz dieser Faktoren konnte in zahlreichen Studien gezeigt werden (Campbell, 1991; Moffit, 1990; Prior, Smart, Sanson, Pedlow, & Oberklaid, 1992). Dumas (1992) unterscheidet anhand des Alters beim erstmaligen Auftreten des Störungsbildes zwei unterschiedliche Entwicklungsverläufe. Bei Kindern „mit einem frühen Beginn“ („early starters“) lassen sich die Verhaltensauffälligkeiten oft bis ins Vorschulalter zurückverfolgen. Nach der Einschulung werden diese frühen Verhaltensprobleme meist als Interaktionsschwierigkeiten (im Umgang mit Lehrern, Mitschülern etc.) sichtbar. Mit zunehmendem Alter entwickeln sie zahlreiche neue und immer schwerwiegendere Verhaltensprobleme; ein Großteil wird in der Jugend straffällig und behält das Verhalten bis ins Erwachsenenalter bei. Für den Erwerb und die Stabilität ihres Verhaltens werden in erster Linie widrige familiäre Gegebenheiten, wie eine gestörte Mutter-Kind-Interaktion, verantwortlich gemacht. Bei Kindern „mit einem späten Beginn“ („late starters“) hingegen treten die aggressiven Verhaltensweisen typischerweise erst in der späten Kindheit oder im Jugendalter auf. Im allgemeinen sind diese Kinder besser angepaßt, ihr aggressives Verhalten beschränkt sich auf nicht-aggressive Delikte wie Diebstahl, Betrug oder Drogenmißbrauch. Bei der Aufrechterhaltung ihres Verhaltens spielen die Gleichaltrigen eine zentrale Rolle. Im Gegensatz zu den Kindern mit einem frühen Beginn wird ihr aggressives Verhalten als vorübergehender Zustand betrachtet.

Auch Loeber (1990) betont, daß nicht alle delinquenten Jugendlichen auf die gleiche Entwicklungsgeschichte zurückschauen. Er sieht im Gegensatz zu Dumas (1992) drei verschiedene Entwicklungsverläufe:

- **Aggressiv-flexibler Entwicklungsverlauf:** Diese Kinder und Jugendlichen zeichnen sich durch einen frühen Beginn (im Vorschulalter) aus. Sie sind aggressiv und trotzig, verheimlichen vieles vor ihren Eltern, sind unaufmerksam und hyperaktiv. Die Kontakte zu Erwachsenen und Gleichaltrigen sind gestört, in der Schule kommt es oft zu Leistungsproblemen. Auffällig ist vor allem die große Vielfalt der zu beobachtenden Verhaltensprobleme. Mit einer solchen Entwicklung ist ein chronischer Verlauf und ein verringerter Behandlungserfolg verbunden.
- **Antisozialer Entwicklungsverlauf (ohne aggressives Verhalten):** Die Verhaltensprobleme treten erst in der späten Kindheit oder frühen Jugend auf und beschränken sich meist auf nicht-aggressive Verhaltensweisen wie Diebstahl, Lügen oder Betrug. Diese Kinder werden von Gleichaltrigen anerkannt und sind sozial integriert; ein Großteil der delinquenten Verhaltensweisen tritt im Beisein von Gleichaltrigen auf. Die Prognose ist günstiger als beim aggressiv-flexiblem Entwicklungsverlauf.
- **Ausschließlich Drogenmißbrauch:** Ein beträchtlicher Teil der drogenabhängigen Jugendlichen wies in früheren Entwicklungsabschnitten keine schwerwiegenden aggressiven Verhaltensweisen auf. Der Drogenmißbrauch begann meist in der späten Kindheit.

Wie aus den Beschreibungen ersichtlich wird, stimmen die Kategorien „früher Beginn“ von Dumas (1992) und „aggressiv-flexibler Entwicklungsverlauf“ von

Loeber (1990) weitgehend überein. Beide Autoren kommen zu dem Schluß, daß Kinder, die schon in jungen Jahren verhaltensauffällig sind, meist auch zahlreiche, schwerwiegende und vielfältige Verhaltensprobleme mit einem chronischen Verlauf entwickeln und somit eine besondere Risikogruppe darstellen. Patterson, DeBaryshe und Ramsey (1989) erstellten ein Modell des „entwicklungsbedingten Fortschreitens dissozialen Verhaltens“: Die in der frühen Kindheit gezeigten Verhaltensprobleme können zu einer Zurückweisung durch Gleichaltrige und schulischem Versagen führen; solche Jugendliche schließen sich dann leicht devianten Gleichaltrigen an und zeigen delinquentes Verhalten.

Loeber (1990) teilt die Ansicht, daß sich dissoziales Verhalten über verschiedene Altersstufen hinweg in sehr unterschiedlichen Verhaltensweisen äußern kann, es sich jedoch immer um das gleiche, zugrundeliegende negative Verhaltensmuster handelt. Er entwickelte ein Risikomodell dissozialen Verhaltens, das schon bei prä- und perinatalen Faktoren ansetzt. Abbildung 1 soll diesen Ansatz verdeutlichen; dargestellt wird der ungünstigste Entwicklungsverlauf, der beim delinquenten Verhalten des Jugendlichen endet.

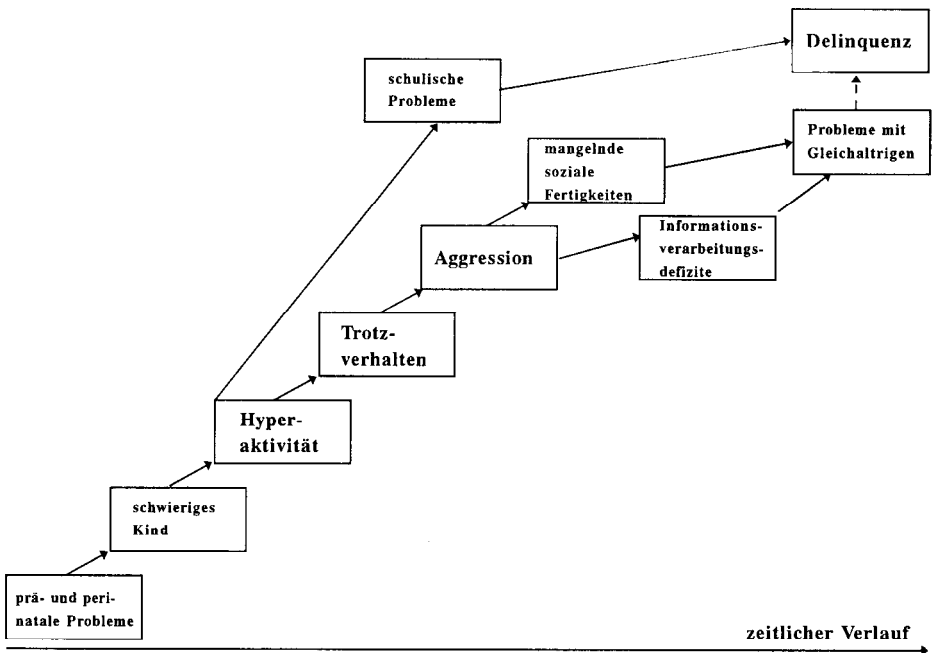


Abbildung 1:

Entwicklungsmodell aggressiven Verhaltens (modifiziert nach: Loeber, 1990).

Eine solche „Karriere“ kann schon vor der Geburt des Kindes beginnen, wenn beispielsweise die Mutter ihr Ungeborenes durch Alkohol- oder Drogenmißbrauch schädigt. Bei Kleinstkindern nehmen die Eltern ein schwieriges Temperament wahr, das sich mit zunehmendem Alter in hyperaktiven, trotzigem und aggressiven Verhaltensweisen bemerkbar macht. Zusätzlich können Schulleistungsprobleme sowie soziale und kognitive Defizite entstehen, die wiederum zu Problemen im Umgang mit Gleichaltrigen und Delinquenz führen können. Nicht alle Kinder durchlaufen die gesamte „delinquente Karriere“, da der „Ein-“ und „Ausstieg“ in jedem Alter erfolgen kann. Ein delinquenter Jugendlicher muß auch nicht die ganze „Störungspalette“ mit sozialen Interaktionsproblemen und schulischen Schwierigkeiten aufweisen.

## 2.3 Nosologie

Wie bereits erwähnt, zählen Aggressionen zu den expansiven Verhaltensstörungen. Der DSM-III-R (Wittchen et al., 1991) unterscheidet drei verschiedene expansive Verhaltensstörungen: Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung, Oppositionelles Trotzverhalten und Störungen des Sozialverhaltens, wobei bei den beiden letztgenannten aggressives Verhalten im Vordergrund steht. Die Diagnose aggressiven Verhaltens schließt jedoch nicht das Auftreten weiterer psychischer Probleme (Komorbidität) aus. So weisen 59% der aggressiven Kinder gleichzeitig eine Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung auf (Dumas, 1989), dies trifft vor allem auf jüngere Kinder zu (Costello, 1990). Trotz enormer Überschneidungen legen empirische Studien den Schluß nahe, daß sich beide Störungsbilder sinnvoll voneinander abgrenzen lassen (Hinshaw, 1987). Mit einer zusätzlichen Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung gehen schlechtere Schulleistungen (Frick et al., 1991a), mehr Arreste (Forehand, Wierson, Frame, Kempton & Armistead, 1991) und eine früher beginnende delinquente Laufbahn (Moffit, 1990) einher.

Nicht nur externalisierende, sondern auch internalisierende Störungen können gleichzeitig mit aggressivem Verhalten auftreten. Als Begleiterscheinungen bei Delinquenz nennen Wierson, Forehand und Frame (1992) Depressionen und Angststörungen. Treten Aggression und Depression kombiniert auf, dann sind

- größere Schulschwierigkeiten (Capaldi, 1991),
- Drogenmißbrauch (Capaldi, 1992),
- eine höhere Suizidgefährdung (Capaldi, 1992),
- ein ausgeprägter depressiver Affekt (Sanders, Dadds, Johnston & Cash, 1992) und
- eine höhere Rate langandauernder Probleme (Capaldi, 1992; Garber, Quiggle, Panak & Dodge, 1991)

zu erwarten. Capaldi (1992) sieht die Depression als sekundäres Problem an, entstanden durch die negativen Rückmeldungen in bezug auf die schulischen Leistungen und deren schädlichen Auswirkungen auf die Selbstachtung.

Robins (1991) unterstreicht, daß Schüchternheit gepaart mit aggressivem Verhalten eher zum Drogenmißbrauch und zur Delinquenz führt. Petermann und Petermann (1993a) sprechen von angstmotivierter Aggression als Mittel, um sich bei anderen Respekt zu verschaffen und die eigene Unsicherheit zu verringern. Dementsprechend wird auch von solchen Kindern aggressives Verhalten als extrem positiv, selbstbehauptendes Durchsetzen ohne Aggression als extrem negativ bewertet (Garberet al., 1991). Nicht alle Untersuchungen bestätigen den nachteiligen Einfluß einer Angststörung; so berichten Walker et al. (1991), daß überängstliche verhaltensgestörte Jungen weniger und nicht so schwerwiegende Aggressionssymptome zeigen als Jungen ohne Angstsymptomatik. Es läßt sich allgemein festhalten, daß das Auftreten eines weiteren Störungsbildes die therapeutische Arbeit erschwert und deren Erfolg gefährdet (Dumas, 1992; Wierson et al., 1992).

### 3. Erklärungsansätze

#### 3.1 Genetische Faktoren

In jüngster Zeit wird verstärkt die Rolle genetischer Faktoren bei der Entstehung von Aggression diskutiert (Dumas, 1992); so konnte immer wieder eine familiäre Häufung von externalisierenden Störungen beobachtet werden. Eltern von Kindern mit einer Störung des Sozialverhaltens blicken überzufällig häufig auf eine ähnliche Entwicklungsgeschichte zurück (Frick, Lahey, Christ, Loeber & Green, 1991b), Frick et al. (1992) diagnostizierten bei 40 % der untersuchten Kinder eine antisoziale Persönlichkeitsstörung beim Vater.

Insgesamt scheint jedoch der genetische Einfluß bei jugendlicher Delinquenz relativ gering zu sein (Hawkins, Catalano & Miller, 1992). Befunde aus der Studie von Walsh (1992) deuten auf einen differentiellen Einfluß genetischer Faktoren in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status hin. Gehörten die delinquenten Jugendlichen einer privilegierten sozialen Schicht an, bestimmten vor allem genetische Einflüsse ihr aggressives Verhalten. Ein umgekehrtes Bild zeichnete sich für die Angehörigen einer benachteiligten Schicht ab: Negative Umwelteinflüsse prägten hier überwiegend das Sozialverhalten der Jugendlichen. Somit können genetische Faktoren zwar die Entwicklung delinquenten Verhaltens vorantreiben, dessen Entstehung jedoch nicht vollständig erklären.

#### 3.2 Lerntheoretische Ansätze

Die Befunde von Frick et al. (1992) schließen neben einer genetischen Erklärung nicht aus, daß Kinder von ihren Eltern bestimmte Verhaltensmuster übernommen haben. Lerntheoretische Ansätze gehen davon aus, daß aggressives Verhalten durch Lernen erworben und aufrechterhalten wird. Laut Petermann und Peter-

mann (1993a) sind vor allem zwei Lernprozesse entscheidend: Verstärkungs- und Modellernen. Die Umwelt (Eltern, Lehrer, Gleichaltrige etc.) kann aggressives Verhalten auf drei verschiedene Arten verstärken (vgl. Ross & Petermann, 1987):

- **positive Verstärkung:** das Kind erreicht durch sein aggressives Verhalten ein bestimmtes Ziel (z. B. die Anerkennung durch Gleichaltrige),
- **negative Verstärkung:** dem Kind gelingt es mit seinem aggressiven Verhalten, unangenehme oder bedrohliche Ereignisse zu meiden oder zu beseitigen (z. B. traut sich niemand mehr, es anzugreifen) und
- **Duldung** (nicht zu verwechseln mit Ignorieren): dem Verhalten der Kinder wird tatenlos zugeschaut, wobei dies von den Kindern als stillschweigende Zustimmung aufgefaßt wird.

Diese Reaktionen erhöhen die Auftretenswahrscheinlichkeit aggressiven Verhaltens und stabilisieren so das Verhaltensmuster. Für den Erwerb von Verhaltensmustern reicht auch die stellvertretende Erfahrung durch das Beobachten von Modellen (Modellernen), zum Beispiel der Eltern, aus.

### 3.3 Risikofaktoren

Eine große Anzahl von Studien beschäftigt sich mit der Frage, welche Faktoren Entstehung und Stabilität aggressiven Verhaltens begünstigen. Risikofaktoren dürfen nicht mit kausalen Wirkgrößen verwechselt werden; sie stellen keine notwendigen oder hinreichenden Bedingungen dar, sondern erhöhen die Wahrscheinlichkeit, daß bei einer bestimmten Person mit einem spezifischen Risikomerkmale aggressives Verhalten auftritt. Die einzelnen Faktoren sind nicht völlig unabhängig voneinander, sondern bestimmte Konstellationen treten gehäuft auf (z. B. die Kombination früher Beginn mit Intensität des Störverhaltens). Die Wahrscheinlichkeit für einen ungünstigen Verlauf steigt mit der Zahl der nachteiligen Bedingungen, die eine Person mitbringt oder in ihrem Umfeld erfährt. Um eine Prognose zu erstellen, reicht allerdings die alleinige Betrachtung ungünstiger Bedingungen nicht aus. Ihnen müssen mögliche Schutzfaktoren gegenübergestellt werden (Hawkins et al., 1992).

**Prä- und perinatale Einflüsse.** Inwieweit perinatale Einflüsse - wie im Modell von Loeber (1990) postuliert - sich negativ auf den weiteren Entwicklungsverlauf auswirken, kann nicht definitiv beantwortet werden. Retrospektive Studien erzielten in dieser Hinsicht widersprüchliche Ergebnisse (vgl. Campbell et al., 1991; Moffit, 1990) und sind zudem von geringer Aussagekraft. Prospektive Arbeiten legen eine höhere Prävalenz (Werner & Smith, 1977, zitiert nach Campbell, 1991; Rose et al., 1992) sowie Stabilität von Verhaltensproblemen (Rose et al., 1992) bei Kindern mit einer schwierigen Geburt nahe.

**Familiäre Einflüsse.** ROSS und Petermann (1987) sehen im **elterlichen Erziehungsverhalten** eine unmittelbare Ursache aggressiven Verhaltens. Folgende Faktoren spielen ihrer Ansicht nach eine wichtige Rolle:

- Die Eltern stellen entweder zu viele oder zu wenige soziale Regeln auf,
- achten nicht konsequent auf die Einhaltung dieser Vereinbarungen,
- bilden selbst Modelle für aggressives Verhalten,
- verstärken das aggressive Verhalten ihres Kindes, indem sie dem Kind ihre Aufmerksamkeit zuwenden (positive Verstärkung), es von unangenehmen Aufgaben befreien (negative Verstärkung) oder
- stillschweigend dieses Verhalten dulden.

Eine Vielzahl von neueren Studien wandte sich dem Interaktionsverhalten von Eltern und Kind zu. Übereinstimmend wird das familiäre Klima als konfliktgeladen und aggressionsfreundlich beschrieben (Buhrmester, Camparo, Christensen, Gonzalez & Hinshaw, 1992; Dadds, Sanders, Morrison & Rebgetz, 1992; Sanders et al., 1992): Insgesamt verhalten sich die Eltern aggressiver Kinder negativer, ungeduldiger und kontrollierender als die Eltern verhaltensunauffälliger Kinder (Campbell, March, Pierce, Ewing & Szumowski, 1991; Sanders, Dadds & Bor, 1989). Auseinandersetzungen mit ihren Kindern rufen bei ihnen mehr negative Gedanken (z. B. Schuldzuweisung oder Kritik) hervor als bei Eltern unauffälliger Kinder (Sanders & Dadds, 1992). Mit einem solchen Verhalten tragen sie zur Stabilität aggressiven Verhaltens bei. So behalten beispielsweise die Kinder, deren Mütter ein ausgeprägtes negatives Kontrollverhalten (das Kind wird für sein Verhalten getadelt, erhält negative Rückmeldung oder wird aufgefordert, sich weniger impulsiv zu verhalten) zeigen, eher ihre Verhaltensauffälligkeiten bei (Campbell & Ewing, 1990). Inkonsequente und negative Erziehungspraktiken begünstigen in der weiteren Entwicklung den Anschluß an eine deviante Gleichaltrigengruppe (Dishion, Patterson, Stoolmiller & Skinner, 1991).

Neben dem konkreten Umgang mit dem Kind wirkt sich bereits die elterliche **Erziehungseinstellung** auf das kindliche Verhalten aus. Die fehlende Bereitschaft der Mutter, die Verantwortung für die Folgen ihres Handelns zu tragen und selbst Einfluß auf den Verlauf ihres Lebens zu nehmen, kann Nährboden für aggressives Verhalten des Kindes sein (Keltikangas-Järvinen, 1990). Loeber und Stouthamer (1986; zitiert nach Loeber, 1990) berücksichtigten eine Reihe von familiären Faktoren gleichzeitig. Ein Erziehungsstil, der abweichendes Verhalten der Kinder begünstigt, läßt sich nach Ansicht der Autoren durch folgende Verhaltensweisen beschreiben:

- Die Eltern wissen wenig darüber, was ihr Kind den Tag über unternimmt,
- kontrollieren das Verhalten ihres Kindes nicht ausreichend und
- sind nicht sonderlich an dessen Aktivitäten interessiert.

Daneben sind eine Reihe von strukturellen Aspekten, wie beispielsweise eheliche Schwierigkeiten, geringer sozioökonomischer Status und schlechter Gesundheitszustand sowie aggressives oder kriminelles Verhalten der Eltern von Bedeutung. Welche überragende Bedeutung gerade dem elterlichen Erziehungsverhalten zukommt, zeigt die Studie von Loeber und Dishion (1983). Danach konnte delinquentes Verhalten am besten durch das gleichzeitige Auftreten verschiedener negativer Erziehungsweisen der Eltern (z. B. inkonsequenter Umgang mit Regeln und gleichzeitig mangelndes Interesse an den kindlichen Aktivitäten) prognostiziert werden.

In der Regel kommen verschiedene negative Einflüsse in einer Familie zusammen, wobei das elterliche Erziehungsverhalten ein Merkmal darstellt. So untersuchten Frick et al. (1992), inwieweit unangemessene elterliche Erziehungspraktiken und psychische Anpassungsprobleme der Eltern unabhängig voneinander zu kindlichen Verhaltensstörungen beitragen. In ihrer Studie zeichnete sich folgendes Bild ab: Liegt eine antisoziale Persönlichkeit beim Vater vor, so hatten die Jungen unabhängig vom mütterlichen Erziehungsverhalten ein erhöhtes Risiko für eine aggressive Verhaltensstörung. Generell beaufsichtigten Mütter aggressiver Kinder deren Verhalten weniger und waren inkonsequenter in Erziehungsfragen als Mütter unauffälliger Kinder. Darüber, wie solche unangemessenen Erziehungseinstellungen und -weisen zustande kommen, kann nur spekuliert werden. Wahler und Dumas (1989) betonen in diesem Zusammenhang, daß von aktuellen Erziehungsschwierigkeiten nicht auf eine fehlende oder mangelhafte Erziehungskompetenz geschlossen werden darf. Vielmehr könne es sich auch um eine streßbedingte mangelnde Aufmerksamkeit handeln, die sich in einer dysfunktionalen Eltern-Kind-Interaktion äußert. Ein wichtiger Aspekt bei der Bewertung dieser Befunde ist die Reziprozität in den Eltern-Kind-Interaktionen: Nicht nur die Eltern beeinflussen ihre Kinder, die Kinder wirken ihrerseits auf das Erziehungsverhalten ihrer Eltern ein (Vuchinich, Bank & Patterson, 1992). Diesen Prozeß kann man sich als eine wechselseitige Verstärkung des unangepaßten Verhaltens vorstellen (Campbell et al., 1991; Patterson & Bank, 1989). So kann ein Teufelskreis aus geringen Erziehungsfertigkeiten der Eltern und aggressivem Verhalten des Kindes entstehen (=Erpresserspiele in Familien; s. auch Ross & Petermann, 1987).

Die Ergebnisse von Frick et al. (1992) deuten darauf hin, daß sich neben dem elterlichen Erziehungsverhalten weitere familiäre Faktoren negativ auf das kindliche Verhalten auswirken können. Eltern aggressiver Kinder weisen häufig selbst aggressive Verhaltensmuster auf (Frick et al., 1991a, 1992), die unter Umständen von den Kindern übernommen werden. Aber nicht nur ähnliche Störungsbilder der Eltern, sondern auch die allgemeine Belastung durch eine **psychische Erkrankung**, kann negativ auf die kindliche Entwicklung wirken. Abidin, Jenkins und McGaughey (1992) untersuchten, wie das psychische Wohlbefinden der Mutter die frühkindliche Entwicklung (von Geburt bis zum 4. Lebensjahr) beeinflusst. Kinder, deren Mütter depressiv und wenig von ihren eigenen Fähigkeiten überzeugt waren, entwickelten eher gestörtes Sozialverhalten und Aggressionen; unabhängig davon, ob die Frau ihren Ehemann als Hilfe wahrnahm oder nicht. **Geringe Zufriedenheit und Schwierigkeiten in der Partnerschaft** erwiesen sich jedoch in anderen Untersuchungen als nachteilig für die kindliche Entwicklung (Jouriles, Bourg & Farris, 1991; Reid & Crisafulli, 1990). Beide Autorengruppen betonen, daß Jungen und klinisch-auffällige Kinder stärker unter derartigen Verhältnissen leiden. Möglicherweise beeinflusst die problematische Partnerschaft nicht direkt das Verhalten des Kindes; dies jedenfalls legt die Studie von Abidin et al. (1992) nahe. Die Autoren kamen zu dem Schluß, daß die fehlende Unterstützung durch den Ehepartner in erster Linie den depressiven Gemütszustand der Ehefrau verschlimmert. Aber auch die depressive Stimmung der

Mutter schlägt sich nicht direkt auf das kindliche Verhalten nieder. Miller, Cowan, Cowan, Heringhton und Clingempeel (1993) analysierten, wie depressive Stimmung, geringe Zufriedenheit in der Ehe sowie der Erziehungsstil der Eltern auf das Kindverhalten wirken. Depressiv-gestimmte Eltern brachten ihrem Kind weniger Wärme und Interesse entgegen und trugen auf diesem Weg zum aggressiven Verhaltensmuster des Kindes bei.

Die referierten Studien deuten insgesamt darauf hin, daß widrige familiäre Umstände aggressives Verhalten aufrechterhalten und hervorrufen können. Ein Erziehungsstil, der durch unklare Erwartungen an das Kindverhalten, schlechte soziale Kontrolle, wenige und inkonsistente Belohnungen für positives sowie übertrieben schwere und inkonsistente Bestrafung für unerwünschtes Verhalten geprägt ist, erwies sich in diesem Zusammenhang als ungünstig. Neben dem familiären Umgang scheint auch der erlebte Streß in der Familie - bedingt durch eine schlechte sozioökonomische Lage, eheliche Konflikte oder psychische Störungen der Eltern - von Bedeutung zu sein. Dabei sollte davon ausgegangen werden, daß auch die Kinder ihrerseits durch ihr aversives Verhalten die elterlichen Verhaltensweisen verstärken und so ein Teufelskreis aus unangemessenem elterlichen Erziehungsverhalten und kindlichem Problemverhalten entsteht.

**Informationsverarbeitung.** Bei aggressiven Kindern und delinquenten Jugendlichen wurde eine verzerrte und unangemessene Informationsverarbeitung beobachtet. Das Modell der sozialen Informationsverarbeitung nach Dodge (1986) geht davon aus, daß Umwelteindrücke schrittweise verarbeitet werden. Folgende Stufen der Informationsverarbeitung werden durchlaufen:

- (1) Wahrnehmung der Situation,
- (2) Interpretation,
- (3) Suche nach Handlungsalternativen,
- (4) Bewertung der Lösungsmöglichkeiten und
- (5) Auswahl einer Reaktion und deren Umsetzung.

Ein Beispiel soll verdeutlichen, wie sich die Informationsverarbeitung auf die konkrete Handlung auswirken kann: Andreas steht in der U-Bahn und spürt plötzlich einen Stoß von der Seite. Andreas nimmt diesen Stoß wahr und sondiert die Situation. Direkt neben ihm steht ein anderer Junge, etwas weiter entfernt eine ältere Frau. Der Stoß kam wahrscheinlich von dem Jungen. Andreas denkt: „Warum rempelt mich der denn an, was soll das? Will der mich etwa anmachen? Was mach' ich denn jetzt? So was kann man sich doch nicht gefallen lassen! Ich remple zurück, nein besser: Ich trete ihm mal ganz unabsichtlich ans Schienbein.“ Und genau das tut er dann auch. Wieviel anders könnte diese Situation verlaufen, wenn Andreas registriert hätte, daß der Junge sich nicht richtig festgehalten hatte und beim kleinen Ausweichmanöver des Busfahrers den Halt verloren hatte. Andreas hält dann den Stoß wahrscheinlich für eine unabsichtliche Berührung, auf die man am besten überhaupt nicht reagiert oder nur ein verständnisvolles Lächeln zeigt.

Aggressive Kinder und Jugendliche unterscheiden sich auf allen Stufen der Informationsverarbeitung von unauffälligen Kindern (Akhtar & Bradley, 1991). Solche Wahrnehmungsverzerrungen resultieren dann in einer erhöhten Aggressionsbereitschaft. Die Informationsverarbeitung aggressiver Kinder und Jugendlicher läßt sich wie folgt charakterisieren: Sie unterstellen anderen Personen eher eine feindselige Absicht (Dodge, Price, Bachorowski & Newman, 1990b; Guerra & Slaby, 1989), besonders wenn sie sich bedroht fühlen (Dodge & Somberg, 1987) oder die Situation mehrdeutig ist (Fondacaro & Heller, 1990). Diese verzerrte Situationswahrnehmung geht mit vermehrt aggressivem und gewalttätigem Verhalten einher (Dodge et al., 1990b; Guerra, Huesmann & Zelli, 1990). Die Kinder bieten weniger alternative Konfliktlösungen an (Evans & Short, 1991; Guerra & Slaby, 1989; Sanders et al., 1992), und bevorzugen direkte Aktionen gegenüber verbaler Beschwichtigung (Lochman & Lampron, 1986) oder nicht-aggressiven selbstbehauptenden Reaktionen (Joffe, Dobson, Fine, Marriage & Haley, 1990). Aggressive Reaktionen werden von ihnen häufig als positiv und leicht in die Tat umsetzbar bewertet (Quiggle, 1988, zitiert nach Garber et al., 1991); mögliche Hindernisse in der Umsetzung der Handlung werden nicht wahrgenommen (Joffe et al., 1990). Sie entscheiden sich für eine Verhaltensweise, von der sie glauben, daß sie nicht-erfolgreich sein wird, statt eine erfolgversprechende Strategie zu wählen (Guerra & Slaby, 1989).

Weiterhin weisen delinquente Jugendliche eine verminderte Fähigkeit auf, sich in andere Personen hineinzusetzen (Lee & Prentice, 1988); eine Beobachtung, die schon bei aggressiven Vorschulkindern gemacht werden konnte (Minde, 1992). Dieses fehlende Einfühlungsvermögen führt sicherlich auch dazu, daß sie sich schneller angegriffen fühlen und Situationen falsch bewerten. Selbst wenn sie diese Fertigkeit erwerben und mit dem Entwicklungsstand unauffälliger Kinder gleichziehen, reduziert sich nicht parallel dazu ihr aggressives Verhalten (Minde, 1992). Ihre moralische Urteilsfähigkeit ist gegenüber verhaltensunauffälligen Jugendlichen entwicklungsverzögert (Nelson, Smith & Dodd, 1990). Sie sind weniger fähig, soziale Konventionen nachzuvollziehen, sich in die Perspektive eines anderen hineinzusetzen und sich mit Situationen auseinanderzusetzen, in denen es gilt, verschiedene moralische Gesichtspunkte gegeneinander abzuwägen (Chandler & Moran, 1990). Diese Unterschiede werden besonders deutlich, wenn sie ihr Handeln in von ihnen erlebten Ereignissen überdenken sollen (Trevethan & Walker, 1989).

Wie kommt es zu solchen verzerrten Attributionen bei aggressiven Kindern? Möglicherweise spielt hier das Modellverhalten der Eltern eine wichtige Rolle. In der Studie von Dix und Lochman (1990) sahen sich Mütter aggressiver und nicht-aggressiver Kinder Videofilme mit gespielten Mutter-Kind-Interaktionen an. Die Mütter aggressiver Kinder nahmen das Kindverhalten eher als beabsichtigt, als Ergebnis der kindlichen Persönlichkeit (der Situation kommt keine oder nur eine untergeordnete Rolle zu) wahr und regten sich stärker als Mütter unauffälliger Kinder auf; unter Umständen übernehmen aggressive Kinder dieses Muster.

**Soziale Fertigkeiten und Selbstachtung.** Nicht nur im Bereich der Informationsverarbeitung, sondern auch beim konkreten Umgang mit anderen Personen, zeigten sich Defizite aggressiver Kinder. So charakterisierte Willner (1991) verhaltensauffällige im Vergleich zu unauffälligen Jungen wie folgt: Sie spielten seltener mit anderen Kindern, unterhielten sich weniger mit ihnen und ignorierten deren Fragen, reagierten häufiger feindselig aggressiv, verhielten sich egozentrisch und insgesamt weniger positiv. Diese defizitäre, kommunikative und soziale Kompetenz zeigten sie auch, wenn sie Bewältigungsstrategien für einen Konflikt beschreiben sollten. Aggressiv-zurückgewiesene Kinder schlagen vor allem indirekte Aggressionsstrategien vor (z. B. über andere tratschen; Spetter, La Greca, Hogan & Vaughn, 1992). Nähern sich aggressive Kinder einer Gruppe spielender Kinder, versuchen sie in erster Linie, deren Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen (z. B. mit den Worten: „Fangt wieder von vorne an.“), während beliebte Kinder eher versuchen, sich über das Spiel zu informieren (Tyron & Keane, 1991).

Im Verlauf der Interaktionen werden aggressive Kinder in ihrem Verhalten zunehmend aversiver und verstärkt von anderen abgelehnt (Dodge et al., 1990b; Willner, 1991). Stößt ein aggressives Kind zu einer Gruppe spielender Kinder, verschlechtert sich die Spielqualität zunehmend; der Umgang miteinander wird negativer (Tyron & Keane, 1991). Solche negativen Interaktionsmuster treten nicht nur im Umgang mit Gleichaltrigen, sondern auch im familiären Rahmen auf (Sanders et al., 1992). Des weiteren berichten aggressive Kinder über eine vergleichsweise geringe Selbstkontrolle (Spetter et al., 1992) und Selbstachtung (Lochman & Lampron, 1986); die Selbstachtung sinkt mit der Stärke des aggressiven Verhaltens (Kolko & Kazdin, 1991).

**Entwicklung sekundärer Probleme.** Die bei aggressiven Kindern und Jugendlichen immer wieder beobachteten mangelnden sozialen Fertigkeiten und Informationsverarbeitungsdefizite können **Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen** bedingen. Aggressive Kinder werden verstärkt durch Gleichaltrige zurückgewiesen (Dishion, 1990; Willis & Foster, 1990). Noch nicht geklärt ist, ob die Aggression Ursache oder Folge der Zurückweisung ist. Die Untersuchung von Willner (1991) deutet darauf hin, daß diese Kinder infolge ihres unangemessenen Sozialverhaltens zurückgewiesen werden. Aggressive Kinder äußerten auch gegenüber ihnen unbekanntem Personen vermehrt Aggressionen bei der Kontaktaufnahme; das gleiche Verhalten konnte auch bei unbeliebten Kindern beobachtet werden (Dodge, Coie, Pettit & Price, 1990a). Möglicherweise sind aggressive Kinder einfach nicht sensibel genug für sich verändernde Normen. Während vier- bis fünfjährige Kinder aggressives Verhalten eher tolerieren, wird ein solches Verhaltensmuster von Schulkindern abgelehnt (Coie, Belding & Underwood, 1988). Die Zurückweisung durch andere mündet schließlich in einen Teufelskreis aus Aggression und Ablehnung, der die Verhaltensprobleme der zurückgewiesenen Kinder weiter verschlimmert (Dodge et al., 1990a).

Neben Problemen im Umgang mit Gleichaltrigen kann es **zu schulischen Schwierigkeiten** kommen. Das Auftreten von Schulleistungsproblemen besitzt vor allem prognostische Bedeutung: Geringe Schulleistungen und wenig Interesse am schu-

lischen Geschehen verfestigen aggressives Verhalten (Hawkins et al., 1992). Die Befunde von Tremblay, Masse, Perron, Leblanc, Schwartzman und Ledingham (1992) deuten darauf hin, daß delinquentes Verhalten nicht unbedingt die Ursache schlechter Schulleistungen ist. Die Autoren fanden keine kausale Beziehung zwischen delinquentem Verhalten und geringen Schulleistungen bei 147 Kindern zwischen dem siebten und 14-ten Lebensjahr. Möglicherweise lassen sich die schlechten Schulleistungen durch die defizitäre selektive Aufmerksamkeit jugendlicher Delinquenten erklären. Sie haben Schwierigkeiten, sich auf wenige Reize zu konzentrieren (Hurt & Naglieri, 1992) und können dadurch dem Unterricht nicht folgen. Dissoziales Verhalten und Schulleistungsprobleme verstärken sich gegenseitig (Dishion, 1990), so daß die Jugendlichen immer stärker in ihre delinquente Karriere verstrickt werden. Weiterhin haben zahlreiche Studien gezeigt, daß aggressive bzw. delinquente Kinder und Jugendliche einen geringeren Intelligenzquotienten (IQ) als unauffällige Kinder besitzen (Frick et al., 1991a; Forehand et al., 1991; Moffit, 1990). Ein hoher IQ kann andererseits verhaltensauffällige Kinder vor einer delinquenten Entwicklung bewahren (White, Moffit & Silva, 1989).

Hinshaw (1992) weist auf entwicklungsbedingte Unterschiede in der Beziehung zwischen Schulschwierigkeiten und Verhaltensproblemen hin: Unter den schlechten Schülern befinden sich im Kindesalter vermehrt aufmerksamkeitsgestörte Kinder, im Jugendalter Delinquente.

## 4. Interventionsverfahren

Laut Baer und Nietzel (1991) kann man bei aggressiven Kindern nur schwer langfristig stabile Verhaltensänderungen erreichen; so brechen 50 bis 55 % der Kinder die Therapie frühzeitig ab oder beginnen sie erst gar nicht (Kazdin, 1990a). Je jünger die Kinder und je geringer die Anzahl der betroffenen Lebensbereiche, desto erfolgversprechender ist eine Therapie (Cicchetti, Toth & Bush, 1988; Loeber, 1988, 1990). Behandlungsverfahren sollten deshalb möglichst früh ansetzen, da im weiteren Verlauf zum einen schwerwiegendere Verhaltensprobleme auftreten und zum anderen sekundäre Probleme entstehen können (Loeber, 1988, 1990). Infolge der vielfältigen aufrechterhaltenden Bedingungen sollten komplexe Behandlungsstrategien angewandt werden (Luiselli, 1991). Da bei der Behandlung aggressiver Störungen verhaltenstherapeutische Ansätze die besten Erfolge zeigen (Kazdin, 1990b, 1991; Petermann & Petermann, 1993a,b), stehen diese im weiteren im Vordergrund.

### 4.1 Elterntrainingsprogramme

Elterntrainings zählen zu den effektivsten Behandlungsverfahren aggressiven Verhaltens im Kindes- und Jugendalter (vgl. Dumas, 1992; Robins, 1991), wobei ihr Vorteil vor allem darin liegt, daß sie auch primär-präventiv eingesetzt werden

können. So berichten Fulton, Murphy und Anderson (1991) positive Effekte einer präventiven Beratung bei schwangeren Jugendlichen; bei dieser Gruppe, bei der Kindesmißhandlung besonders häufig auftritt, konnten zu erwartende Straftaten dieser Art verringert werden.

Elterntrainings haben sich aber nicht nur als präventive Strategie bewährt, sondern auch bei der Behandlung massiver Verhaltensauffälligkeiten. Sutton (1992) führte Eltern aggressiver Kinder in die Grundlagen der sozialen Lerntheorie ein; sie sollten lernen:

- das Verhalten ihres Kindes genau zu beobachten, zu beschreiben und zu protokollieren,
- sich nicht einseitig auf die problematischen Verhaltensweisen zu konzentrieren, sondern auch angemessenes Betragen wahrzunehmen und
- dieses zu verstärken,
- alternativ zu körperlicher Bestrafung Belohnungsentzug und Wiedergutmachung (z. B. Ersetzen der umgeworfenen Vase) einzusetzen,
- eindeutige und klare soziale Regeln aufzustellen und
- diese Fertigkeiten generell, nicht nur im Zusammenhang mit aggressivem Verhalten, anzuwenden.

Diese Kenntnisse wurden auf drei verschiedene Arten vermittelt: die Eltern wurden zu Hause besucht und erhielten eine individuelle Beratung, sie nahmen an Gruppensitzungen teil oder wurden telefonisch informiert. Allen Gruppen wurden schriftliche Ausarbeitungen des Lernmaterials zur Verfügung gestellt. Unabhängig von der konkreten Vorgehensweise profitierten alle drei Trainingsgruppen von dem neu erworbenen Wissen: Sie gaben an, sich weniger belastet zu fühlen, daß ihr Kind häufiger direkt ihren Anweisungen nachkomme und weniger Situationen im häuslichen Umfeld vorkommen, in denen das Kind unangemessenes Verhalten zeige. Langfristig erwiesen sich die Ergebnisse der Telefonkontaktgruppe als am wenigsten stabil.

Graziano und Diament (1992) weisen in ihrer Überblicksarbeit darauf hin, daß sich die besten Erfolge bei klar umschriebenem kindlichen Problemverhalten und günstigen familiären Bedingungen erzielen lassen. Ungünstige Konstellationen, wie soziale Benachteiligung, psychische Störungen eines Familienmitglieds, ein hohes Ausmaß an Streß und geringe soziale Unterstützung, gehen mit geringeren Erfolgen einher (Dadds, Schwartz & Sanders, 1987; Dadds & McHugh, 1992; Webster-Stratton & Hammond, 1990), lassen sich aber mit speziell zugeschnittenen Programmen erfolgreich angehen. So boten beispielsweise Dadds et al. (1987) Eltern aggressiver Kinder zusätzlich zum Elterntaining eine Paartherapie an. Innerhalb des Elterntainings wurden sie instruiert, angemessenes Verhalten ihres Kindes konsequent und direkt zu loben sowie auf unangemessenes Verhalten mit Belohnungsentzug oder „time-out“ zu reagieren; die Paartherapie diente dazu, die gegenseitige Unterstützung der Ehepartner und allgemeine Problemlösefertigkeiten zu stärken. Beobachtet wurde, wie sich Mutter-Kind-Interaktionen verändern (z. B. aversives Verhalten der Mutter oder kommt das Kind mütterlichen Anweisungen nach). Bei Eltern mit Partnerproblemen war das kombinierte

Vorgehen dem alleinigen Elterntaining überlegen; Eltern ohne solche Schwierigkeiten profitierten nicht von diesem zusätzlichen Angebot.

Pfiffner, Jouriles, Brown, Etscheidt und Kelly (1990) kombinierten bei alleinerziehenden Müttern ein Eltern- mit einem allgemeinen Problemlösetraining. Das Elterntaining entsprach dem bereits beschriebenen Vorgehen; das Problemlösetraining beinhaltete ein strukturiertes Herangehen an Problemsituationen, wie dies auch von Dodge (1986) in seinem Informationsverarbeitungsmodell beschrieben wird :

- Problemorientierung,
- Problemdefinition,
- Suche nach Handlungsalternativen,
- Entscheidungsfindung und
- Umsetzung in konkretes Handeln.

Dieses Vorgehen wurde an Beispielen geübt, die sich nicht speziell auf Schwierigkeiten in der Kindererziehung bezogen (Schwierigkeiten am Arbeitsplatz oder mit dem geschiedenen Mann). In beiden Gruppen verminderte sich das aggressive Verhalten der Kinder; dieser Effekt trat in der Gruppe der Mütter mit Problemlösetraining aber deutlicher zu Tage.

Für welche Altersgruppen sich ein Elterntaining besonders eignet, überprüften Dishion und Patterson (1992). Sie schulten Eltern aggressiver Kinder und untersuchten, ob jüngere Kinder zwischen zwei und sechs Jahren mehr von der Therapie profitierten als ältere Kinder (6 bis 12 Jahre). Die Eltern lernten mit Hilfe des Programms, das Verhalten ihres Kindes genau zu protokollieren, angemessen zu belohnen und zu bestrafen, Verhaltenskontrakte abzuschließen und an Probleme strukturiert heranzugehen. Die Befunde sprechen dafür, daß Elterntainingsverfahren auch bei älteren Kindern noch wirksam sind; Eltern mit älteren Kindern brachen allerdings häufiger die begonnene Therapie vorzeitig ab (d. h. sie nahmen maximal am ersten Viertel der Sitzungen teil und kamen danach nicht mehr zu den Terminen).

## 4.2 Trainings mit Kindern und Jugendlichen

Es liegen kognitive und soziale Fertigkeitstrainings vor, wobei zunächst auf kognitive Fertigkeitstrainings eingegangen werden soll. Empirische Studien legen den Schluß nahe, daß verzerrte Selbst- und Fremdwahrnehmung bei aggressiven Verhaltensweisen eine wichtige, wenn nicht sogar zentrale Rolle spielen. Kognitive Fertigkeitstrainings versuchen, unangemessene Wahrnehmungs- sowie Denkprozesse zu ändern und Problemlösefertigkeiten aufzubauen. Diese Fertigkeiten werden möglichst verhaltensnah eingeübt (z. B. mit Hilfe von Rollenspielen), um die Übertragung in den Alltag zu erleichtern.

Guerra und Slaby (1990) erzielten mit einem zwölfstündigen Programm zur Veränderung aggressionsfördernder kognitiver Prozesse gute Erfolge. Inhaftierte

Jugendliche übten, in folgender Weise an Konfliktsituationen heranzugehen: Nachdem sie ein Problem wahrgenommen hatten, sollten sie darüber nachdenken, wie diese Situation zustande gekommen sein könnte. Darauf aufbauend sollten verschiedene Reaktionsmöglichkeiten gefunden und in ihren Konsequenzen beurteilt werden. Erst dann wurde eine Handlungsmöglichkeit ausgewählt, in die Tat umgesetzt und in einem letzten Schritt nochmals die Folgen bewertet. Mittels eines solchen Vorgehens sollten die Jugendlichen lernen, Konfliktsituationen systematisch zu überdenken, bevor sie handeln. Parallel zum Aufbau angemessener Problemlösestrategien reduzierte sich infolge dieses Trainings das aggressive Verhalten der Jugendlichen. Bei Jugendlichen, die an einer Diskussionsgruppe teilnahmen oder solchen, die keinerlei Behandlung erhielten, konnten weder Einstellungs- noch Verhaltensänderungen beobachtet werden.

Kognitiv-behaviorale Verfahren erwiesen sich auch im Vergleich mit anderen Interventionen als erfolgreicher. Kendall, Reber, McLeer, Epps und Ronan (1990) boten in einer psychiatrischen Tagesklinik zusätzlich zu einer unterstützenden (psychodynamischen) Therapie ein kognitiv-behaviorales Training an. Die Kinder übten, sich verbal selbst zu instruieren und für angemessenes Verhalten zu belohnen. Zusätzlich führten die Trainer ein „Punkte-Belohnungssystem“ für die Erledigung von erteilten Aufgaben sowie für eine genaue Selbsteinschätzung ein. Den Kindern wurden aber auch Punkte für zu schnelles Arbeiten, falsche Antworten und die inkorrekte Anwendung der Selbstinstruktionsschritte in den Übungssitzungen abgezogen. Die verdienten Punkte konnten die Kinder dann gegen bestimmte Belohnungen eintauschen. Die unterstützende Therapie diente dazu, daß die Kinder über ihre Probleme im Elternhaus und in der Schule reden konnten und miteinander spielten; außerdem wurden sie für ihre regelmäßige Anwesenheit und dann, wenn sie destruktives Verhalten unterließen, belohnt. Laut Lehrurteil waren die Kinder selbstkontrollierter und störten seltener den Unterricht. Längerfristige Erfolge (über einen Zeitraum von 4 Monaten) konnten leider nicht erzielt werden.

Kazdin, Bass, Siegel und Thomas (1989) verglichen drei verschiedene Ansätze miteinander; 112 Kinder im Alter von sieben bis zwölf Jahren mit massiv-aggressivem Verhalten wurden per Zufall einer der folgenden drei Gruppen zugeteilt:

- Problemlösetraining,
- Problemlösetraining mit Verhaltensaufgaben für den Alltag („in-vivo“-Gruppe) oder
- klientenzentrierter Ansatz.

In beiden Problemlösetrainings lernten die Kinder, systematisch an Konfliktsituationen heranzugehen (erst das Problem definieren, dann nach Alternativen suchen etc.), und übten soziale Fertigkeiten ein (z. B. sich in die Lage des anderen hineinzuversetzen). Zuerst wurde das Vorgehen anhand von Spielen und Schulaufgaben verdeutlicht und dann in Rollenspielen zu sozialen Konfliktsituationen eingeübt. Außerdem wurden den Kindern Punkte abgezogen, wenn sie sich nicht an das vorgestellte Vorgehen hielten. Die „in-vivo-Gruppe“ hatte zusätzlich Gelegenheit, die neuerworbenen Fertigkeiten in realen Problemsituationen (z. B. bei

Mathematikaufgaben oder Auseinandersetzungen mit Eltern oder Lehrern) auszu-probieren. In der klientenzentrierten Arbeit lag der Fokus darauf, den Kindern Empathie, Wärme und uneingeschränkte positive Wertschätzung entgegen zu bringen. Die Kinder in beiden Problemlösegruppen reduzierten sowohl kurz- als auch langfristig ihr aggressives Verhalten mehr als die Kinder der klientenzentrierten Gruppe; die größten Therapieerfolge wies die Problemlösegruppe mit Verhaltensübungen auf. Die Verhaltensänderungen wurden nicht nur im häuslichen Kontext von den Eltern, sondern auch in der Schule von den Lehrern beobachtet.

Schneider (1991) stellte zwei verhaltensorientierte Therapieverfahren gegenüber: Desensibilisierung und kognitiv-behaviorales Training. Die Desensibilisierungsgruppe erlernte zuerst die Progressive Muskelentspannung. Im Entspannungszustand sollten sich die Kinder dann eine Konfliktsituation und ihre eigene ruhige Reaktion in dieser Situation genau vorstellen. Zusätzlich wurden sie aufgefordert, dieses Vorgehen auch einzusetzen, wenn sie sich zu Hause oder in der Schule provoziert fühlen. Die Kinder im kognitiv-behavioralen Training erwarben Problemlösefertigkeiten, übten Einfühlungsvermögen und sahen Videos mit Kindern, die diese Verhaltensweisen zeigten. Nach Trainingsende stellten unabhängige Beobachter in freien Spielsituationen fest, daß die kognitiv-behaviorale Gruppe ihr aggressives Verhalten (z. B. treten oder mit einem Gegenstand nach jemanden werfen) nachhaltiger reduzierte als die Entspannungsgruppe; kooperatives Verhalten (z. B. einem anderen Kind helfen oder warten, bis man beim Spielen an die Reihe kommt) konnte mit beiden Verfahren gleich gut aufgebaut werden.

Häufig hat sich die mangelnde Selbstkontrolle aggressiver bzw. delinquenten Kinder und Jugendlicher als problematisch erwiesen (Petermann & Petermann, 1993a). Etscheidt (1991) evaluierte die Wirksamkeit eines Verhaltenstrainings zur Verbesserung der Selbstkontrolle an 30 verhaltensgestörten Jugendlichen. Das Programm setzte sich aus folgenden Bausteinen zusammen:

- motorische Hinweisreize für aufkommenden Ärger kennenlernen und Impulsverzögerung anwenden (z. B. sich sagen: „Tue es nicht“ oder einfach die Arme verschränken)
- problematische Situationen erkennen,
- alternative Lösungsmöglichkeiten finden (z. B. indem man die Augen schließt und sich entspannt),
- sich die Konsequenzen der verschiedenen Lösungswege vor Augen führen und
- eine angemessene Strategie in die Tat umsetzen.

Kernstück und Voraussetzung strukturierten Problemlösens war es, daß die Jugendlichen zuerst lernten, ihren Ärger in Konfliktsituationen zu unterdrücken. Im Vergleich zu einer nicht-behandelten Kontrollgruppe gelang es diesen Jugendlichen nach Ansicht der Lehrer besser, sich zu kontrollieren; weiterhin reduzierte sich ihr aggressives Verhalten.

Kognitiv-behaviorale Verfahren können nicht nur kurzfristig, sondern auch langfristig aggressives Verhalten reduzieren; dies legt eindrucksvoll die Studie von Lochman (1992) nahe. 63 massiv verhaltensgestörte Jungen wurden per Zufall

einer der beiden Gruppen - Ärgerkontrolltraining oder Wartekontrollgruppe ohne Behandlung - zugeteilt; zusätzlich nahm eine Gruppe unauffälliger Jungen an der Studie teil. Das Ärgerkontrolltraining fand über drei bis vier Monate wöchentlich in Gruppen zu zehnt statt; folgende Inhalte wurden behandelt:

- Gruppenregeln aufstellen und deren Einhaltung kontingent verstärken,
- Selbst-Aussagen einsetzen, um impulsives Verhalten zu vermeiden,
- die Probleme, Perspektiven und Absichten anderer erkennen,
  - alternative Lösungswege finden und deren Konsequenzen bewerten,
- Modelle beobachten, die aufkommenden Ärger durch Selbstinstruktionen (z. B. : leise „Stop!“ sagen) kontrollieren und strukturiert an Problemsituationen herangehen,
- selber ein Video mit aggressionshemmenden Selbstinstruktionen aufzeichnen und
- die erlernten Problemlösestrategien festigen (z. B. in Diskussionen oder Rollenspielen).

Nach Ende des fünfmonatigen Trainings störten diese Kinder im Vergleich zu einer unbehandelten Kontrollgruppe weniger den Schulunterricht. Drei Jahre nach Trainingsende mißbrauchten die trainierten Jungen weniger Alkohol und Drogen als die Kontrollgruppe; die trainierten Jungen unterschieden sich in dieser Hinsicht nicht von der unauffälligen Vergleichsgruppe. Präventive Effekte auf delinquentes Verhalten (z. B. Diebstahl) konnten infolge des Trainings leider nicht beobachtet werden.

Generell hat sich dieser Ansatz bei der Behandlung aggressiver Kinder und Jugendlicher bewährt (Kendall, 1993), wenn auch nicht alle von einer solchen Vorgehensweise gleich gut profitieren. Kognitiv-behaviorale Verfahren eignen sich nach einer Übersicht von Durlak, Fuhrman und Lampman (1991) vor allem für Kinder ab dem elften Lebensjahr. Für die erzielten Veränderungen seien in erster Linie die verhaltensbezogenen Elemente verantwortlich, nicht die kognitiven Veränderungen.

Soziale Fertigkeitstrainings basieren auf der Tatsache, daß aggressive Kinder oft Defizite im Umgang mit anderen besitzen; diese Fertigkeiten werden dann schrittweise vermittelt. Während solche Programme bei der Behandlung sozial isolierter Kinder zu einer Verhaltenserweiterung führen (vgl. auch Petermann & Warschburger, 1997), werden sie als alleinige Intervention zum Abbau aggressiven und delinquenten Verhaltens als wenig erfolgversprechend betrachtet (Dumas, 1989); daher werden sie häufig mit kognitiven Ansätzen zu Programmpaketen kombiniert. So trainierten beispielsweise Chalmers und Townsend (1990) verhaltensauffällige Mädchen im Alter von zehn bis 16 Jahren in der Fähigkeit zur sozialen Rollenübernahme. Folgende Inhalte wurden bearbeitet:

- mimisches und nonverbales Ausdrucksverhalten verstehen und deuten,
- uneindeutige Mitteilungen entschlüsseln und „zwischen den Zeilen lesen“,
- die Absichten anderer erkennen, ihre Gefühle und Einstellungen wahrnehmen und verstehen,

- die Bedeutung der physischen Erscheinung wie Rasse oder Alter erkennen,
- um die Wirkung der eigenen Erscheinung und seines Verhaltens wissen,
- sich respektvoll gegenüber anderen verhalten,
- sich klar ausdrücken und dementsprechend nonverbal verhalten sowie
- sich in andere Personen durch Fragen hineinversetzen.

Die Stundeninhalte wurden zuerst vom Trainer vorgestellt und dann in Rollenspielen eingeübt. Auf diese Weise reduzierte sich störendes und erhöhte sich kooperatives und konstruktives Klassenverhalten. Im Vergleich zu einer unbehandelten Kontrollgruppe, konnten die Mädchen sich besser in andere einfühlen und waren eher bereit, individuelle Unterschiede zu akzeptieren. Kolko, Loar und Sturtrick (1990) wandten ein vergleichbares Vorgehen bei zehnjährigen Kindern an, die aufgrund expansiver Verhaltensauffälligkeiten in eine psychiatrische Klinik eingeliefert wurden. Die Kinder wurden per Zufall zwei verschiedenen Gruppen zugeteilt: Sozial-kognitives Training oder Diskussions- und Spielgruppe. Das Training sollte den Kindern helfen, soziale Situationen besser zu verstehen und Konsequenzen besser abzuschätzen, eine angemessenere eigene Reaktion auszuwählen und deren Umsetzung zu bewerten. Hierzu stellten die Trainer die einzelnen Fertigkeiten kurz vor, anschließend übten die Kinder in Rollenspielen die Umsetzung in konkretes Verhalten; für ihr Rollenspielverhalten wurden die Kinder ihren Leistungen entsprechend belohnt. In der Spielgruppe wurden altersgemäße Aktivitäten, wie Poster für die Brandschutz-Woche malen, angeboten. Im Vergleich zur Spielgruppe verbesserten die trainierten Kinder ihre sozialen Fertigkeiten: In freien Spielsituationen konnten ein verbesserter Blickkontakt, die verstärkte Nutzung von Fragen oder Komplimenten zur Einleitung einer Interaktion oder die Einhaltung einer angemessenen physischen Distanz (den anderen nicht „zu nahe kommen“) beobachtet werden. Für die Spielgruppe ergaben sich keinerlei positive Veränderungen.

Für den deutschsprachigen Raum entwickelten Petermann und Petermann (1993b) ein verhaltenstherapeutisches Training zur Verbesserung des Arbeits- und Sozialverhaltens bei Jugendlichen. Innerhalb von Einzel- und Gruppensitzungen sollen die Jugendlichen lernen, Probleme in verschiedenen Lebensbereichen bewußt anzugehen, anstatt apathisch oder gar aggressiv zu reagieren. Folgende Ziele werden angestrebt:

- die Selbstwahrnehmung,
- Selbstkontrolle und Ausdauer der Jugendlichen zu verbessern,
- ihr Einfühlungsvermögen in andere zu stärken,
- ein stabiles Selbstbild aufzubauen,
- mit dem eigenen Körper und Gefühlen angemessen umzugehen,
- auf Kritik sowie Lob angemessen zu reagieren und
- mit Mißerfolgen leben zu lernen.

Diese Fertigkeiten werden in Diskussionen erarbeitet, in anschließenden Rollenspielen eingeübt und mittels Verhaltensübungen im Alltag vertieft. Ausschlaggebend für den Erfolg dieses Programms ist das Gruppentraining, wobei die Jugendlichen in einem vorangestellten Problemlösetraining bereits für neue Sichtweisen sensibilisiert werden.

## 4.3 Programmpakete

Aggressives Verhalten ist multifaktoriell bedingt. Zu den Risikofaktoren, die die Kinder selbst mitbringen (z. B. verzerrte Wahrnehmung ihrer Umwelt), kommen solche aus ihrer näheren Umwelt (z. B. ungünstiges Erziehungsverhalten ihrer Eltern) hinzu. Dementsprechend versuchen Programmpakete, nicht nur die Einstellungen und das Verhalten des Kindes oder der Eltern zu verändern, sondern integrieren kindzentrierte Arbeit und Elternberatung. Kazdin, Esveldt-Dawson, French und Unis (1987) stellten folgendes Programm zusammen: Die Kinder erhielten ein kognitiv-behaviorales Problemlösetraining und den Eltern wurden Erziehungsfertigkeiten vermittelt. Nach der Intervention wurden diese Kinder von ihren Lehrern als weniger aggressiv und besser angepaßt eingeschätzt; vergleichbare Einschätzungen gaben auch die Eltern ab. Die erzielten Veränderungen konnten noch ein Jahr später beobachtet werden; leider waren sie jedoch für die meisten Kinder zu keinem Zeitpunkt ausreichend, um klinisch unauffällig zu werden.

Goldstein und Keller (1987) legten eine ausführliche praktische Anleitung für die therapeutische Arbeit mit aggressiven Kindern vor. Ihr Programm beinhaltet folgende Elemente:

- **Ärgerkontrolltraining**

Hier lernen die Kinder mit Hilfe von Selbstinstruktionen, ihren Ärger zu kontrollieren und sich ruhig zu verhalten (z. B. : „Ich spüre, daß meine Muskeln total verkrampft sind. Es ist Zeit, sich zu entspannen und die Dinge ruhig angehen zu lassen“).

- **Entspannungstraining**

Die Kinder reduzieren ihre affektive Erregung und sind so besser in der Lage, mit kritischen Situationen fertig zu werden.

- **Kommunikationstraining und Aushandeln von Verhaltenskontrakten**

Die Kinder sollen lernen, sich in andere Personen einzufühlen, Kompromißbereitschaft zu zeigen und sich an ausgehandelte Verhaltensregeln zu halten.

- **Verstärkungstraining**

Positives, angemessenes Kindverhalten wird systematisch belohnt, negatives ignoriert oder bestraft.

- **Aufbau prosozialer Fertigkeiten**

In Rollenspielen sollen die Kinder selbstbehauptendes nicht-aggressives Verhalten in kritischen Situationen üben (z.B.: „Wie beschwere ich mich?“ „Wie kann ich mit Gruppendruck umgehen?“).

- **Aufbau prosozialer Werthaltungen**

Die moralische Urteilsfähigkeit der Kinder soll dadurch verbessert werden, daß sie entsprechende Konfliktsituationen diskutieren (z. B. : „Die Ehefrau hat Krebs, ein Apotheker hat ein neues wirksames Medikament entwickelt. Der Ehemann kann sich nicht genügend Geld leihen, um dieses Medikament zu bezahlen; der Apotheker gibt sich aber nicht mit einem niedrigeren Preis zufrieden. Soll der Ehemann in die Apotheke einbrechen, um das Leben seiner Frau zu retten?“) und ihren Standpunkt begründen.

Auch für den deutschsprachigen Raum liegen kognitiv-behaviorale Verhaltenstrainings vor, die kindzentrierte Therapie mit Elternberatung und -Schulung verknüpfen. Das konkrete Vorgehen soll hier anhand des Trainings für aggressive Kinder von Petermann und Petermann (1993a) beschrieben werden. Das Training mit den Kindern setzt sich aus bis zu acht Einzel- und mindestens sechs bis zehn Gruppensitzungen zusammen. Inhaltlich werden folgende Ziele angestrebt:

Die Kinder sollen lernen,

- sich zu entspannen (vgl. auch Petermann & Petermann, 1993c),
- ihre Umwelt differenzierter wahrzunehmen,
- sich angemessen selbst zu behaupten, ohne aggressiv zu reagieren,
- sich kooperativ und hilfsbereit zu verhalten,
- Ärger- und Wutreaktionen zu kontrollieren und
- sich in andere Personen einzufühlen.

Diese Fertigkeiten werden mit den Kindern in den einzelnen Sitzungen systematisch anhand von entsprechenden Materialien (wie beispielsweise Selbstbeobachtungsbögen, Selbstinstruktionskarten oder Videofilmen mit Konfliktsituationen) und in Rollenspielen eingeübt. Um den Alltagstransfer zu erleichtern, werden Verhaltensaufgaben erteilt. Darüberhinaus werden die Eltern im Aufbau angemessenen Verhaltens unterstützt, indem sie Informationen über die Entstehung von Aggression erhalten und lernen, wie sie selbst dazu beitragen können, das Verhalten ihres Kindes zu verändern.

Am Beispiel des Einübens von Einfühlungsvermögen soll das konkrete Vorgehen verdeutlicht werden. Hierzu wird ein Rollenspiel, das sogenannte Igelspiel, durchgeführt; der Therapeut leitet mit folgender Geschichte das Rollenspiel ein (Petermann & Petermann, 1993a, S. 123):

---

**Rollenspiel: Das Igelspiel.** „Ich werde Euch heute zuerst kurz eine Geschichte erzählen, die ich erlebt habe und ihr vielleicht auch schon. Hört gut zu. Vor einigen Tagen ging ich im Wald spazieren. Es war schon etwas dämmrig. Plötzlich raschelte etwas im Laub, und ich sah einen Igel vor mir auf dem Boden. Er suchte vermutlich Futter. Ich wollte mir den Igel etwas genauer betrachten. So nah hatte ich noch keinen gesehen. Als ich näher kam . . . was ist da wohl passiert? - Richtig, der Igel hat sich zusammengerollt. Warum wohl? - Jawohl, weil der Boden durch meine näherkommenden Schritte erschüttert wurde. Glaubt Ihr, daß Menschen sich manchmal auch in sich zurückziehen, so wie ein Igel sich einrollt und dann niemanden an sich heranlassen? - Wie sieht das denn bei Menschen aus? Was machen Menschen dann und was machen sie nicht? - Wenn man dann versucht, an sie heranzukommen, piksen sie einen auch so, wie der Igel das mit seinen Stacheln kann? - Was haben Menschen wohl für Gründe, sich so einzuigeln?“

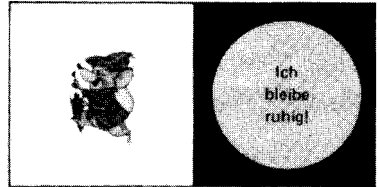
Heute wollen wir das Igelspiel zusammen spielen. Es spielen immer nur zwei Kinder zusammen. Der eine soll sich einrollen wie ein Igel; der andere muß versuchen, ihn hervorzulocken. Derjenige, der sich zusammenrollt, muß sich vorstellen, daß ihn etwas sehr geärgert hat. Jemand hat ihn beleidigt und verletzt. Deshalb zieht er sich wütend und vielleicht auch traurig zurück. Das macht er, indem er sich wie ein Igel einrollt, abkapselt und manchmal seine Stacheln aufstellt.“

---

Als Hilfe für die Übung werden standardisierte Instruktionskarten eingeführt. Derjenige, der den Igel hervorlockt, soll sich eine Instruktionskarte aussuchen, die ihm hilft, keine Gewalt anzuwenden und Geduld zu haben (s. Abb. 2).

1. Instruktionen zur Selbstberuhigung

1 a. Direkte verbale Beeinflussung



1 b. Indirekte verbale Beeinflussung durch künstliche Reaktionsverzögerung

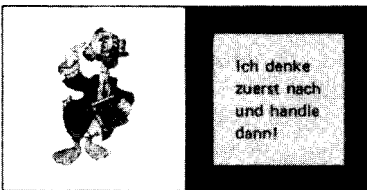


Abbildung 2:

Selbstinstrukionskarten (aus Petermann & Petermann, 1993a, S. 125).

Die Rollenspiele werden nachher ausführlich besprochen; die Kinder sollen erzählen, ob es schwer war, den Igel hervorzulocken, was ihnen dabei geholfen hat, welche Bedeutung es hatte, den Grund für sein Verhalten zu erfahren oder was sich der „Igel“ vom anderen gewünscht hat. Dieses Einfühlungsvermögen sollen die Kinder in Alltagssituationen übertragen und erhalten hierfür dementsprechende Verhaltensaufgaben.

Alle Ergebnisse sprechen dafür, daß die Verhaltensübungen in der Gruppe und die familienbezogene Intervention bei dem beschriebenen Vorgehen für den Therapieerfolg entscheidend sind (vgl. Petermann & Bochmann, 1993).

Aufgrund der enormen Stabilität aggressiven Verhaltens und der Gefahr, daß im weiteren Verlauf sekundäre Probleme entstehen, richtet sich das Augenmerk verstärkt auf sehr junge Kinder. Tremblay et al. (1991) konzipierten eine präventive Intervention für verhaltensauffällige Kinder in den ersten Schuljahren. Die Autoren wählten drei verschiedene Strategien: Elternarbeit, soziales Fertigkeitstraining sowie Selbstkontrollübungen für die Kinder. Die Eltern erhielten schriftliche Informationen zu folgenden Aspekten: genaue Beobachtung und Beschreibung des Kindverhaltens, Einführung in lerntheoretische Grundlagen (positive Verstärkung für prosoziales, Belohnungsentzug für aggressives Verhalten) und Umgang

mit kritischen Familiensituationen. Die Kinder lernten, wie sie Kontakte knüpfen und ihren Ärger durch Selbstinstruktionen kontrollieren können (z. B. wenn andere Kinder sie nicht mitspielen lassen wollen oder sie ärgern). Noch zwei Jahre nach der insgesamt zweijährigen Behandlung berichteten die Kinder über weniger aggressives und delinquentes Verhalten als die unbehandelte Kontrollgruppe. Inwieweit dieser präventive Effekt in bezug auf die Delinquenz stabil bleibt, soll in weiteren Nachuntersuchungen überprüft werden.

## 4.4 Bewertung

Insgesamt konnte mit verhaltenstherapeutischen Verfahren kurzfristig aggressives und delinquentes Verhalten vermindert werden; die langfristigen Erfolge sind aber eher gering. So befinden sich die meisten Kinder nach der Therapie immer noch im klinisch-auffälligen Bereich (Dumas, 1989).

Von welcher Therapieform profitieren welche Kinder am meisten? Als eine relevante Größe hat sich die **kognitive Entwicklung** des Kindes erwiesen: Erst ab der formal-operationalen Stufe profitieren Kinder von einem kognitiven Therapieansatz (Durlak et al., 1991). Unterschiedliche Therapieeffekte ergaben sich auch in Abhängigkeit vom **Störungsbild**: Selbstinstruktionen eignen sich anscheinend besser dafür, delinquentes als impulsives oder aggressives Verhalten abzubauen (Dush, Hirt & Schroeder, 1989). Jüngere Kinder (bis zu 12 Jahren) profitieren generell mehr von einer Intervention als Jugendliche (Kazdin, 1990b). Auf einen ähnlichen **Alterseffekt** deuten die Ergebnisse von Dishion und Patterson (1992) hin: Eltern mit älteren Kindern brachen häufig das Elterstraining vorzeitig ab. Im Rahmen von Elterntrainingsverfahren hat sich generell der Einsatz von „**time-out**“-Verfahren bewährt, besonders wenn sich die Eltern vorher für angemessenes Verhalten dem Kind konsequent zuwandten (Graziano & Diamant, 1992).

Insgesamt lindern sich einige Anzeichen für eine differentielle Therapiezuweisung (vgl. auch Warschburger & Petermann, 1997); weitere Untersuchungen sind jedoch dringend erforderlich.

## 5. Ausblick

Es wurde deutlich, daß eine Vielzahl verschiedener Faktoren die Entstehung und Stabilität aggressiven Verhaltens begünstigen können. Dabei spielen neben störungsspezifischen Aspekten wie früher Beginn in der Kindheit, häufiges Auftreten in zahlreichen situativen Kontexten (Schule, Familie, Clique etc.) und eine große Bandbreite der gezeigten Problemverhaltensweisen (lügen, stehlen, Tierquälerei etc.), Verhaltensmerkmale der Kinder selbst sowie Umweltfaktoren eine wichtige Rolle:

- familiärer Streß (Arbeitslosigkeit, psychische Belastung der Eltern, Schwierigkeiten in der Ehe),
- ungünstige Erziehungspraktiken der Eltern,
- komorbide Störungsbilder,
- Schulleistungsprobleme und geringe Intelligenz,
- Ablehnung von Gleichaltrigen und
- mangelnde kognitive und soziale Kompetenz.

Einem solchen Störungsbild mit einer Vielzahl von Risikobereichen können nur komplexe Interventionsstrategien gerecht werden; eine Veränderung isolierter Problembereiche verspricht wenig Erfolg. Dementsprechend weisen auch komplexe Verhaltenstrainings die besten Therapieerfolge auf. Hier werden die speziellen Defizite aggressiver Kinder in den verschiedensten Bereichen (z. B. Informationsverarbeitungsdefizite oder mangelnde Selbstkontrolle) systematisch bearbeitet. Wichtig für die Übertragung in den Alltag ist es, die zu erwerbenden Fertigkeiten schrittweise und möglichst realitätsnah einzuüben; die Durchführung in Gruppen kann diesen Prozeß noch weiter erleichtern (Petermann & Petermann, 1993a). Zusätzlich zur Arbeit mit dem Kind erfolgt eine Beratung und Schulung der Eltern; sie sollen lernen, wie sie den Veränderungsprozeß ihres Kindes unterstützen und stabilisieren können.

Interventionen weisen kurzfristig Erfolge auf, die langfristig leider nur schwer Bestand haben. Im Vergleich zu anderen Störungsbildern fallen die Behandlungseffekte aggressiver/delinquenter Kinder und Jugendlicher deutlich geringer aus (Kazdin, 1991). Die zukünftige Forschung sollte sich nach Ansicht von Loeber (1990) viel stärker darauf konzentrieren, Risikogruppen ausfindig zu machen und frühzeitig zu behandeln; gerade auch auf dem Hintergrund der steigenden Prävalenzzahlen (Weissberg, Caplan & Harwood, 1991). Primär-präventive Konzepte könnten kostengünstig an Schulen und in Kommunen zahlreiche Kinder und Jugendliche erreichen; sie bieten zudem den Vorteil, daß sie unter Umständen Chronifizierung und Entwicklung sekundärer Problembereiche verhindern können. Laut Boyle und Offord (1990) ist es ausreichend, zwei Risikofaktoren - Fehlen in der Schule und widrige familiäre Umstände - bei der Auswahl von Risikogruppen zu berücksichtigen. Eine intensivere Intervention bliebe den Gruppen vorbehalten, die besonders massive Entwicklungsrisiken aufweisen (Loeber, 1990).

## Weiterführende Literatur

- Dumas, J.E. (1992). Conduct disorder. In S.M. Turner, K.S. Calhoun & H.E. Adams (Eds.), *Handbook of clinical behavior therapy* (285-316). New York: Wiley.
- Loeber, R. (1990). Development and risk factors of juvenile antisocial behavior and delinquency. *Clinical Psychology Review*, 10, 1-41.
- Petermann, F. & Petermann, U. (1997). *Training mit aggressiven Kindern. Einzeltraining, Kindergruppen, Elternberatung*. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 8. veränderte Auflage.

## Literatur

- Abidin, R.R., Jenkins, C.L. & McGaughey, M.C. (1992). The relationship of early family variables to children's subsequent behavioral adjustment. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 60-69.
- Achenbach, T.M. (1993). Taxonomy and comorbidity of conduct problems: Evidence from empirically based approaches. *Development and Psychopathology*, 5, 51-64.
- Achenbach, T.M. & Edelbrock, C.S. (1978). The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, 85, 1275-1301.
- Akhtar, N. & Bradley, E.J. (1991). Social information processing deficits of aggressive children: Present findings and implications for social skills training. *Clinical Psychology Review*, 11, 621-644.
- Andrews, V.C., Garrison, C.Z., Jackson, K.L., Addy, C.L. & McKeown, R.E. (1993). Mother-adolescent agreement on the symptoms and diagnoses of adolescent depression and conduct disorders. *American Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 731-738.
- Baer, R.A. & Nietzel, M.T. (1991). Cognitive and behavioral treatment of impulsivity in children: A meta-analytic review of the outcome literature. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 400-412.
- Björkqvist, K., Lagerspetz, K.M.J. & Kaukiainen, A. (1992). Do girls manipulate and boys fight? Developmental trends in regard to direct and indirect aggression. *Aggressive Behavior*, 18, 117-127.
- Boyle, M.H. & Offord, D.R. (1990). Primary prevention of conduct disorder: Issues and prospects. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 227-233.
- Buhrmester, D., Camparo, L., Christensen, A., Gonzalez, L.S. & Hinshaw, S.P. (1992). Mothers and fathers interacting in dyads and triads with normal and hyperactive sons. *Developmental Psychology*, 28, 500-509.
- Chalmers, J.B. & Townsend, M.A.R. (1990). The effects of training in social perspective taking on socially maladjusted girls. *Child Development*, 61, 178-190.
- Campbell, S.B. (1991). Longitudinal studies of active and aggressive preschoolers: Individual differences in early behavior and outcome. In D. Cicchetti & S.L. Toth (Eds.), *Internalizing and externalizing expression of dysfunction* (57-90). Hillsdale: Erlbaum.
- Campbell, S.B. & Ewing, L.J. (1990). Follow-up of hard to manage preschoolers: Adjustment at age 9 and predictors of continuing symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 871-889.
- Campbell, S.B., March, C.L., Pierce, E.W., Ewing, L.J. & Szumowski, E.K. (1991). Hard-to-manage preschool boys: Family context and the stability of externalizing behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 301-318.
- Chandler, M. & Moran, T. (1990). Psychopathy and moral development: A comparative study of delinquent and nondelinquent youth. *Development and Psychopathology*, 2, 227-246.
- Capaldi, D.M. (1991). Co-occurrence of conduct problems and depressive symptoms in early adolescent boys: I. Familial factors and general adjustment at grade 6. *Development and Psychopathology*, 3, 277-300.

- Capaldi, D.M. (1992). Co-occurrence of conduct problems and depressive symptoms in early adolescent boys: II. A 2-year follow-up at grade 8. *Development and Psychopathology*, 4, 125-144.
- Cicchetti, D., Toth, S. & Bush, M. (1988). Developmental psychopathology and incompetence in childhood. Suggestions for intervention. In B.B. Lahey & A.E. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 11, 1-71). London: Plenum.
- Coie, J.D., Belding, M. & Underwood, M. (1988). Aggression and peer rejection in childhood. In B.B. Lahey & A.E. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 11, 125-158). London: Plenum.
- Costello, E.J. (1990). Child psychiatric epidemiology : Implications for clinical research and practice. In B.B. Lahey & A.E. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 13, 53-90). London: Plenum.
- Dadds, M.R. & McHugh, T.A. (1992). Social support and treatment outcome in behavioral family therapy for child conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 252-259.
- Dadds, M.R., Sanders, M.R., Morrison, M. & Rebgetz, M. (1992). Childhood depression and conduct disorder: II. An analysis of family interaction patterns in the home. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 505-513.
- Dadds, M.R., Schwartz, S. & Sanders, M.R. (1987). Marital discord and treatment outcome in behavioral treatment of child conduct disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 396-403.
- Dilling, H. Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.) (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F)*. Bern: Huber, 2. Auflage.
- Dishion, T.J. (1990). The family ecology of boys' peer relations in middle childhood. *Child Development*, 61, 874-892.
- Dishion, T.J. & Patterson, G.R. (1992). Age effects in parent training outcome. *Behavior Therapy*, 23, 719-729.
- Dishion, T.J., Patterson, G.R., Stoolmiller, M. & Skinner, M.L. (1991). Family, school, and behavioral antecedents to early adolescent involvement with antisocial peers. *Developmental Psychology*, 27, 172-180.
- Dix, T. & Lochman, J.E. (1990). Social cognition and negative reactions to children: A comparison of mothers of aggressive and nonaggressive boys. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9, 418-438.
- Dodge, K.A. (1986). A social information processing model of social competence in children. In N. Perlmutter (Ed.), *Minnesota symposium on child psychology* (Vol. 18, 77-125). Hillsdale: Erlbaum.
- Dodge, K.A., Coie, J.D., Pettit, G.S. & Price, J.M. (1990a). Peer status and aggression in boys' groups: Developmental and contextual analyses. *Child Development*, 61, 1289-1309.
- Dodge, K.A., Price, J.M., Bachorowski, J.A. & Newman, J.P. (1990b). Hostile attributional biases in severely aggressive adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 385-392.
- Dodge, K.A. & Somberg, D.R. (1987). Hostile attributional biases among aggressive boys are exacerbated under conditions of threats to the self. *Child Development*, 58, 213-224.
- Dumas, J.E. (1989). Treating antisocial behavior in children: Child and family approaches. *Clinical Psychology Review*, 9, 197-222.

- Dumas, J.E. (1992). Conduct disorder. In S.M. Turner, K.S. Calhoun & H.E. Adams (Eds.), *Handbook of clinical behavior therapy* (285-316). New York: Wiley.
- Durlak, J.A., Fuhrman, T. & Lampman, C. (1991). Effectiveness of cognitive-behavior therapy for maladapting children: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *110*, 204-214.
- Dush, D.M., Hirt, M.L. & Schroeder, H.E. (1989). Self-statement modification in the treatment of child behavior disorders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *106*, 97-106.
- Eron, L.D. (1987). The development of aggressive behavior from a perspective of a developing behaviorism. *American Psychologist*, *42*, 435-442.
- Esser, G., Schmidt, M.H., Blanz, B., Fätkenheuer, B., Fritz, A., Koppe, T., Laucht, M., Rensch, B. & Rothenberger, B. (1992). Prävalenz und Verlauf psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, *20*, 232-242.
- Esser, G., Schmidt, M.H. & Woerner, W. (1990). Epidemiology and course of psychiatric disorders in school-age children - Results of a longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *31*, 243-263.
- Etscheidt, S. (1991). Reducing aggressive behavior and improving self-control: A cognitive-behavioral training program for behaviorally disordered adolescents. *Behavioral Disorders*, *16*, 107-115.
- Evans, S.W. & Short, E.J. (1991). A qualitative and serial analysis of social problem solving in aggressive boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *19*, 331-340.
- Fondacaro, M.R. & Heller, K. (1990). Attributional style in aggressive adolescent boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *18*, 75-89.
- Forehand, R., Wierson, M., Frame, C., Kempton, T. & Armistead, L. (1991). Juvenile delinquency entry and persistence: DO attention problems contribute to conduct problems? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *22*, 261-264.
- Frick, P.J., Kamphaus, R.W., Lahey, B.B., Loeber, R., Christ, M.A.G., Hart, E.L. & Tannenbaum, L.E. (1991a). Academic underachievement and the disruptive behavior disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *59*, 289-294.
- Frick, P.J., Lahey, B.B., Christ, M.A.G., Loeber, R. & Green, S. (1991b). History of childhood behavior problems in biological relatives of boys with attention-deficit hyperactivity disorder and conduct disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, *20*, 445-451.
- Frick, P.J., Lahey, B.B., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., Green, S., Hart, E. & Christ, M.A.G. (1991c). Oppositional defiant disorder and conduct disorder in boys: Patterns of behavioral covariation. *Journal of Clinical Child Psychology*, *20*, 202-208.
- Frick, P.J., Lahey, B.B., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., Christ, M.A.G. & Hanson, K. (1992). Familial risk factors to oppositional defiant disorder and conduct disorder: Parental psychopathology and maternal parenting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60*, 49-55.
- Fulton, A.M., Murphy, K.R. & Anderson, S.L. (1991). Increasing adolescent mothers' knowledge of child development: An intervention program. *Adolescence*, *26*, 73-81.
- Garber, J., Quiggle, N.L., Panak, W. & Dodge, K.A. (1991). Aggression and depression in children: Comorbidity, specificity, and social cognitive processes. In D. Cicchetti & S.L. Toth (Eds.), *Internalizing and externalizing expression of dysfunction* (225-264). Hillsdale: Erlbaum.

- Goldstein, A.P. & Keller, H. (1987). *Aggressive behavior. Assessment and intervention*. New York: Pergamon.
- Graziano, A.M. & Diament, D.M. (1992). Parent behavioral training. An examination of the paradigm. *Behavior Modification, 16*, 3-38.
- Guerra, N.G., Huesmann, L.R. & Zelli, A. (1990). Attributions for social failure and aggression in incarcerated delinquent youth. *Journal of Abnormal Child Psychology, 18*, 347-355.
- Guerra, N.G. & Slaby, R.G. (1989). Evaluative factors in social problem solving by aggressive boys. *Journal of Abnormal Child Psychology, 17*, 277-289.
- Guerra, N.G. & Slaby, R.G. (1990). Cognitive mediators of aggression in adolescent offenders. 2. Intervention. *Developmental Psychology, 26*, 269-277.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F. & Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin, 112*, 64-105.
- Hinshaw, S.P. (1987). On the distinction between attentional deficits/hyperactivity and conduct problems/aggression in child psychopathology. *Psychological Bulletin, 101*, 443-463.
- Hinshaw, S.P. (1992). Externalizing behavior problems and academic underachievement in childhood and adolescence: Causal relationships and underlying mechanisms. *Psychological Bulletin, 111*, 127-155.
- Hinshaw, S.P., Han, S.S., Erhardt, D. & Huber, A. (1992). Internalizing and externalizing behavior problems in preschool children: Correspondence among parent and teacher ratings and behavior observation. *Journal of Clinical Child Psychology, 21*, 143-150.
- Hurt, J. & Naglieri, J.A. (1992). Performance of delinquent and nondelinquent males on planning, attention, simultaneous, and successive cognitive processing tasks. *Journal of Clinical Psychology, 48*, 120-128.
- Joffe, R.D., Dobson, K.S., Fine, S., Marriage, K. & Haley, G. (1990). Social problem-solving in depressed, conduct-disordered, and normal adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology, 18*, 565-575.
- Jouriles, E.N., Bourg, W.J. & Farris, A.M. (1991). Marital adjustment and child conduct Problems: A comparison of the correlation across subsamples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 354-357.
- Kazdin, A.E. (1990a). Premature termination from treatment among children referred for antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 31*, 415-425.
- Kazdin, A.E. (1990b). Psychotherapy for children and adolescents. *Annual Review for Psychology, 41*, 21-54.
- Kazdin, A.E. (1991). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 785-798.
- Kazdin, A.E., Bass, D., Siegel, T. & Thomas, C. (1989). Cognitive-behavioral therapy and relationship therapy in the treatment of children referred for antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 522-535.
- Kazdin, A.E., Esveldt-Dawson, K., French, N.H. & Unis, A.S. (1987). Effects of parent management training and problem-solving skills training combined in the treatment of antisocial child behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 26*, 416-424.

- Keller, M.B., Lavori, P.W., Beardslee, W.R., Wunder, J., Schwartz, C.E., Roth, J. & Biederman, J. (1992). The disruptive behavioral disorder in children and adolescents: Comorbidity and clinical course. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 204-209.
- Keltikangas-Järvinen, L. (1990). Attributional style of the mother as a predictor of aggressive behavior of the child. *Aggressive Behavior*, 16, 1-7.
- Kendall, P.C. (1993). Cognitive-behavioral therapies with youth: Guiding theory, current status, and emerging developments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 235-247.
- Kendall, P.C., Reber, M., McLeer, S., Epps, J. & Ronan, K.R. (1990). Cognitive-behavioral treatment of conduct-disordered children. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 279-297.
- Kolko, D.J. & Kazdin, A.E. (1991). Aggression and psychopathology in matchplaying and firesetting children: A replication and extension. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 191-201.
- Kolko, D.J., Loar, L.L. & Sturnick, D. (1990). Inpatient social-cognitive skills training groups with conduct disordered and attention deficit disordered children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 737-748.
- Koot, H.M. & Verhulst, F.C. (1991). Prevalence of problem behavior in Dutch children aged 2-3. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 1-37.
- Kusch, M. & Petermann, F. (1993). Entwicklungspsychopathologie von Verhaltensstörungen im Vorschulalter. In F. Petermann & U. Petermann (Hrsg.), *Angst und Aggression bei Kindern und Jugendlichen* (9-30). München: Quintessenz.
- Kupersmidt, J.B. & Patterson, C.J. (1991). Childhood peer rejection, aggression, withdrawal, and perceived competence as predictors of self-reported behavior problems in preadolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 427-449.
- Lee, M. & Prentice, N.M. (1988). Interrelations of empathy, cognition, and moral reasoning with dimensions of juvenile delinquency. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 127-139.
- Lochman, J.E. (1992). Cognitive-behavioral intervention with aggressive boys: Three-year follow-up and preventive effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 426-432.
- Lochman, J.E. & Lampron, L.B. (1986). Situational social problem-solving skills and self-esteem of aggressive and non-aggressive boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14, 605-617.
- Loeber, R. (1988). Natural histories of conduct problems, delinquency, and associated substance abuse. In B.B. Lahey & A.E. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 11, 73-124). London: Plenum.
- Loeber, R. (1990). Development and risk factors of juvenile antisocial behavior and delinquency. *Clinical Psychology Review*, 10, 1-41.
- Loeber, R. & Dishion, T. (1983). Early predictors of male delinquency: A review. *Psychological Bulletin*, 94, 68-99.
- Loeber, R., Green, S.M., Lahey, B.B. & Stouthamer-Loeber, M. (1989). Optimal informants on childhood disruptive disorders. *Development and Psychopathology*, 1, 317-337.
- Luiselli, J.K. (1991). Assessment-derived treatment of children's disruptive behavior disorders. *Behavior Modification*, 15, 294-309.

- McConaughy, S.H., Stanger, C. & Achenbach, T.M. (1992). Three-year course of behavioral/emotional problems in a national sample of 4- to 16-year-olds: I. Agreement among informants. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31*, 932-940.
- McGee, R., Feehan, M., Williams, S. & Anderson, J. (1992). DSM-III disorders from age 11 to age 15 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31*, 50-59.
- Miller, N.B., Cowan, P.A., Cowan, C.P., Hetherington, E.M. & Clingempeel, W.G. (1993). Externalizing in preschoolers and early adolescents: A cross-study replication of a family model. *Developmental Psychology, 29*, 3-18.
- Minde, K. (1992). Aggression in preschoolers: Its relation to socialization. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31*, 853-862.
- Moffit, T.E. (1990). Juvenile delinquency and attention deficit disorder: Boys' developmental trajectories from age 3 to age 15. *Child Development, 61*, 893-910.
- Nelson, J.R., Smith, D.J. & Dodd, J. (1990). The moral reasoning of juvenile delinquents: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology, 18*, 231-239.
- Offord, D.R., Boyle, M.H. & Racine, Y. (1991). Ontario child health study: Correlates of disorder. In S. Chess & M.E. Hertzog (Eds.), *Annual progress in child psychiatry and child development 1990* (194-204). New York: Brunner/Mazel.
- Patterson, G.R. & Bank, L. (1989). Some amplifying mechanisms for pathologic processes in families. In M.R. Gunnar & E. Thelen (Eds.), *Systems and development. The Minnesota symposium on child psychology* (Vol. 22, 167-209). Hillsdale: Erlbaum.
- Patterson, G.R., DeBaryshe, B.D. & Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist, 44*, 329-335.
- Petermann, F. & Boehmann, F. (1993). Metaanalyse von Kinderverhaltenstrainings: Eine erste Bilanz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 22*, 137-152.
- Petermann, F. & Petermann, U. (1993a). *Training mit aggressiven Kindern. Einzeltraining, Kindergruppen, Elternberatung*. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 6. veränderte Auflage.
- Petermann, F. & Petermann, U. (1993b). *Training mit Jugendlichen. Förderung von Arbeits- und Sozialverhalten*. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 4. veränderte Auflage.
- Petermann, F. & Petermann, U. (1992). *Erfassungsbogen für aggressives Verhalten in konkreten Situationen*. Göttingen: Hogrefe, 2. veränderte Auflage.
- Petermann, F. & Warschburger, P. (1997). Verhaltenstherapie mit aggressiven Kindern und Jugendlichen. In F. Petermann (Hrsg.), *Kinderverhaltenstherapie* (127-153). Baltmannsweiler: Schneider.
- Petermann, U. & Petermann, F. (1993c). Entspannungsverfahren bei Kindern und Jugendlichen. In D. Vaitl & F. Petermann (Hrsg.), *Handbuch der Entspannungsverfahren. Band 1: Grundlagen und Methoden* (316-334). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Pfiffner, L.J., Jouriles, E.N., Brown, M.M., Etscheidt, M.A. & Kelly, J.A. (1990). Effects of problem-solving therapy on outcomes of parent training for single-parent families. *Child and Family Behavior Therapy, 12*, 1-11.
- Polizeiliche Kriminalstatistik* (1990). Wiesbaden: Bundeskriminalamt.
- Prior, M., Smart, D., Sanson, A., Pedlow, R. & Oberklaid, F. (1992). Transient versus stable behavior problems in a normative sample: Infancy to school age. *Journal of Pediatric Psychology, 17*, 423-443.

- Reid, W.J. & Crisafulli, A. (1990). Marital discord and child behavior Problems: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *18*, 105-117.
- Robins, L.N. (1991). Conduct disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *32*, 193-212.
- Roff, J.D. (1992). Childhood aggression, peer status, and social class as predictors of delinquency. *Psychological Reports*, *70*, 31-34.
- Rose, S.A., Feldman, J.F., Rose, S.L., Wallace, I.F. & McCarton, C. (1992). Behavior problems at 3 and 6 years: Prevalence and continuity in full-terms and preterms. *Development and Psychopathology*, *4*, 361-374.
- Ross, A.O. & Petermann, F. (1987). *Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Hippokrates.
- Sanders, M.R. & Dadds, M.R. (1992). Children's and parents' cognitions about family interaction: An evaluation of video-mediated recall and thought listing procedures in the assessment of conduct-disordered children. *Journal of Clinical Child Psychology*, *21*, 371-379.
- Sanders, M.R., Dadds, M.R. & Bor, W. (1989). Contextual analysis of child oppositional and maternal aversive behaviors in families of conduct-disordered and nonproblem children. *Journal of Clinical Child Psychology*, *18*, 72-83.
- Sanders, M.R., Dadds, M.R., Johnston, B.M. & Cash, R. (1992). Childhood depression and conduct disorder: I. Behavioral, affective, and cognitive aspects of family problem-solving interactions. *Journal of Abnormal Psychology*, *101*, 495-504.
- Schneider, B.H. (1991). A comparison of skill-building and desensitization strategies for intervention with aggressive children. *Aggressive Behavior*, *17*, 301-311.
- Spetter, D.S., La Greca, A.M., Hogan, A. & Vaughn, S. (1992). Subgroups of rejected boys: Aggressive responses to peer conflict situations. *Journal of Clinical Child Psychology*, *21*, 20-26.
- Stanger, M. & Lewis, M. (1993). Agreement among parents, teachers, and children on internalizing and externalizing behavior problems. *Journal of Clinical Child Psychology*, *22*, 107-115.
- Stattin, H. & Magnusson, D. (1989). The role of early aggressive behavior in the frequency, seriousness, and types of later crime. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *57*, 710-718.
- Sutton, C. (1992). Training parents to manage difficult children: A comparison of methods. *Behavioural Psychotherapy*, *20*, 115-139.
- Tremblay, R.E., Masse, B., Perron, D., Leblanc, M., Schwartzman, A.E. & Ledingham, J.E. (1992). Early disruptive behavior, poor school achievement, delinquent behavior, and delinquent personality : Longitudinal Analyses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60*, 64-72.
- Tremblay, R.E., McCord, J., Boileau, H., Charlebois, P., Gagnon, C., Le Blanc, M. & Larivée, S. (1991). Can disruptive boys be helped to become competent? *Psychiatry*, *54*, 148-161.
- Trevethan, S.D. & Walker, L.J. (1989). Hypothetical versus real-life moral reasoning among psychopathic and delinquent youth. *Development and Psychopathology*, *1*, 91-103.
- Tyron, A.S. & Keane, S.P. (1991). Popular and aggressive boys' initial social interaction patterns in cooperative and competitive settings. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *19*, 395-406.

- Verhulst, F.C., Eussen, M.L.J.M., Berden, G.F.M.G., Sanders-Woudstra, J. & van der Ende, J. (1993). Pathways of problem behaviors from childhood to adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 388-396.
- Verhulst, F.C. & van der Ende, J. (1991). Four-year follow-up of teacher-reported problem behaviours. *Psychological Medicine*, 21, 965-977.
- Verhulst, F.C. & van der Ende, J. (1992). Six-year developmental course of internalizing and externalizing problem behaviors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 924-931.
- Verhulst, F.C. & van Watum, P.J. (1993). Two-year stability of self-reported problems in an epidemiological sample of adolescents. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 322-328.
- Vuchinich, S., Bank, L. & Patterson, G.R. (1992). Parenting, peers, and the stability of antisocial behavior in preadolescent boys. *Developmental Psychology*, 28, 510-521.
- Wahler, R.G. & Dumas, J.E. (1989). Attentional problems in dysfunctional mother-child interactions: An interbehavioral model. *Psychological Bulletin*, 105, 116-130.
- Walker, J.L., Lahey, B.B., Russo, M.F., Frick, P.J., Christ, M.A.G., McBurnett, K., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M. & Green, S.M. (1991). Anxiety, inhibition, and conduct disorder in children: I. Relations to social impairment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 187-192.
- Walsh, A. (1992). Genetic and environmental explanations of juvenile violence in disadvantaged and disadvantaged environments. *Aggressive Behavior*, 18, 187-199.
- Warschburger, P. & Petermann, F. (1994). Kinderverhaltenstherapie: Neue Trends am Beispiel der aggressiven Störungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Kinderverhaltenstherapie* (86-126). Baltmannsweiler: Schneider.
- Webster-Stratton, C. & Hammond, M. (1990). Predictors of treatment outcome in parent training for families with conduct problem children. *Behavior Therapy*, 21, 319-337.
- Weissberg, R.P., Caplan, M. & Harwood, R.L. (1991). Promoting competent young people in competence-enhancing environments: A systems-based perspective on primary prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 830-841.
- Weisz, J.R., Sigman, M., Weiss, B. & Mosk, J. (1993). Parent reports of behavioral and emotional problems among children in Kenya, Thailand, and the United States. *Child Development*, 64, 98-109.
- White, J.L., Moffit, T.E. & Silya, P.A. (1989). A prospective replication of the protective effects of IQ in subjects at high risk for juvenile delinquency. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 719-724.
- Wierson, M., Forehand, R.L. & Frame, C.L. (1992). Epidemiology and treatment of mental health problems in juvenile delinquents. *Advances in Behavior Therapy and Research*, 14, 93-120.
- Willis, L.M. & Foster, S.L. (1990). Differences in children's peer sociometric and attribution ratings due to context and type of aggressive behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 135-154.
- Willner, A.H. (1991). Behavioural deficiencies of aggressive 8-9 year old boys: An observational study. *Aggressive Behavior*, 17, 135-154.
- Wittchen, H.-U., Saß, H., Zaudig, M. & Koehler, K. (Hrsg.) (1991). *DSM-III-R. Diagnostisches und statistisches Manual für psychische Störungen*. Weinheim: Beltz, 3. korrigierte Auflage.