

7 Aggression

von Herbert Scheithauer und Franz Petermann

Inhaltsübersicht	
1 Beschreibung der Störung	188
1.1 Symptomatik	188
1.2 Klassifikation	188
2 Epidemiologie, Komorbidität und Verlauf	191
2.1 Epidemiologie	191
2.2 Komorbidität	192
2.3 Verlauf	194
3 Erklärungsansätze	197
3.1 Genetische und lerntheoretische Ansätze	197
3.2 Risikoerhöhende Faktoren	198
3.3 Risikomildernde Faktoren	205
4 Interventionsverfahren	206
4.1 Präventionsansätze	206
4.2 Interventionsvoraussetzungen	207
4.3 Entwicklungsorientierte Interventionen	209
4.4 Interventionsebenen	209
4.4.1 Soziale und kognitive Fertigungs- und Problemlösetrainings	209
4.4.2 Elterntrainings	210
4.4.3 Systemisch-verhaltenstherapeutische Ansätze	212
4.4.4 Multimodale und multimethodale Verhaltenstrainings	213
Zusammenfassung	217
Verständnisfragen	218
Weiterführende Literatur	218
Literatur	218

1 Beschreibung der Störung

1.1 Symptomatik

Aggressive Verhaltensweisen sind darauf ausgerichtet, jemanden indirekt oder direkt zu schädigen (vgl. Eron, 1997). In Abgrenzung dazu kann es sich bei störenden, impulsiven und unter Umständen schädigenden aber unbeabsichtigten Verhaltensweisen um *Hyperaktivität* handeln (Kazdin, 1995a). Aggressives Verhalten kann sich sehr unterschiedlich äußern und reicht bis hin zu Raubüberfällen, Zerstörung fremden Eigentums, Brandstiftung und körperlicher Gewalt. Aggressives Verhalten umfaßt somit auch die Verletzung gesellschaftlicher bzw. sozialer Regeln sowie die Verletzung der Rechte anderer Personen und steht in einem engen Zusammenhang zu *delinquentem Verhalten* (Stattin & Magnusson, 1996). Zwar begehen insbesondere aggressive Jugendliche häufig kriminelle Delikte, aber die Mehrzahl aller Jugendlichen, die kriminelles Verhalten zeigen, erfüllen nicht automatisch die Kriterien aggressiven Verhaltens (Hinshaw, Lahey & Hart, 1993).

Nach Vitiello und Stoff (1997) sind bestimmte *Ausprägungen aggressiver Verhaltensweisen* gegenüberzustellen (s. Tab. 1), denen teilweise unterschiedliche Konstellationen von Risikofaktoren und psychischen Korrelaten (z.B. Unterschiede in der sozial-kognitiven Informationsverarbeitung oder begleitende biologische Korrelate) sowie Entwicklungsverläufe zuzuordnen sind (vgl. Blanz, 1998; Dodge et al., 1997; Vitaro, Gendreau, Tremblay & Oligny, 1998). Die Art und Weise, in der aggressives Verhalten gezeigt wird, erweist sich als alters- und geschlechtsabhängig: Jungen scheinen beispielsweise eher physische, direkte, Mädchen eher indirekte, verdeckte und verbale Formen aggressiven Verhaltens zu wählen (Österman et al., 1998). Bestimmte Verhaltensweisen werden typischerweise eher im Kindesalter (z.B. oppositionelles oder trotziges Verhalten), andere im Schul- und Jugendalter gezeigt (z.B. andere bedrohen oder schlagen sowie Vergehen gegen gesetzlich festgelegte Normen; vgl. Hinshaw et al., 1993; Rutter, 1997). Insbesondere im Jugendalter sind häufig Vergehen gegen gesetzliche oder gesellschaftliche Normen zu ermitteln (z.B. kleinere Diebstähle, Alkohol- sowie Drogenkonsum), die zumeist auf das Jugendalter beschränkt bleiben (vgl.

Moffitt, 1990; 1993a). Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß sich ein sehr *heterogenes* Bild aggressiven Verhaltens im Kindes- und Jugendalter ergibt (vgl. Rutter, 1997).

1.2 Klassifikation

Ob Problemverhaltensweisen als *klinisch-relevante Verhaltensmuster* zu bewerten sind, hängt insbesondere von der Intensität sowie Stabilität des Verhaltens ab (vgl. Kazdin, 1995a). Ebenso besteht die Notwendig-

Tabelle 1:

Verschiedene Ausdrucksformen aggressiven Verhaltens (nach Vitiello & Stoff, 1997).

Ausdrucksform aggressiven Verhaltens (Dichotomien)	Erläuterung
feindselig vs. instrumentell	<ul style="list-style-type: none"> mit dem Ziel, einer Person direkt Schaden zuzufügen mit dem Ziel, indirekt etwas Bestimmtes zu erreichen
offen vs. verdeckt	<ul style="list-style-type: none"> feindselig und trotzig, eher impulsiv und unkontrolliert (z.B. Kämpfen) versteckt, instrumentell und eher kontrolliert (z.B. Stehlen oder Feuerlegen)
reaktiv vs. aktiv	<ul style="list-style-type: none"> als Reaktion auf eine wahrgenommene Bedrohung oder Provokation zielgerichtet ausgeführt oder impulsiv
affektiv vs. „räuberisch“	<ul style="list-style-type: none"> unkontrolliert, ungeplant und impulsiv kontrolliert, zielorientiert, geplant und versteckt

keit, Problemverhaltensweisen als ein klinisch-relevantes Problem von „normalen“, zeitlich-begrenzten und entwicklungsbedingten Phänomenen abzugrenzen (vgl. Petermann & Petermann, 1996b; Richters & Cicchetti, 1993). Eine klinisch-diagnostische Einschätzung kann auf zwei Ebenen erfolgen: Auf einer kategorialen Ebene werden Diagnosen anhand der Kriterien (Störungssymptome, Dauer der Symptomatik sowie psychosoziale Beeinträchtigung) aus diagnostischen Klassifikationssystemen, wie dem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-IV; APA, 1996) bzw. der Internationalen Klassifikation Psychischer Störungen (ICD-10; WHO, 1993), vergeben. Auf einer *empirischen (dimensionalen) Ebene* wird das Verhalten von Personen mit Hilfe von in Fragebogenverfahren ermittelten Verhaltensdimensionen eingeschätzt (s. Petermann, Döpfner, Lehmkuhl & Scheithauer in diesem Buch).

Kasten 1:

Symptomlisten für die Störung des Sozialverhaltens und für die Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten nach DSM-IV (1996, S. 129f. und S. 133).

Symptomliste der Störung des Sozialverhaltens
<p>Aggressives Verhalten gegenüber Menschen und Tieren</p> <ul style="list-style-type: none"> • bedroht oder schüchtert andere häufig ein, • beginnt häufig Schlägereien, • hat schon Waffen benutzt, die anderen schweren körperlichen Schaden zufügen können (z.B. Schlagstöcke, Ziegelsteine, zerbrochene Flaschen, Messer, Gewehre), • war körperlich grausam zu Menschen, • quälte Tiere, • hat in Konfrontation mit dem Opfer gestohlen (z.B. Überfall, Taschendiebstahl, Erpressung, bewaffneter Raubüberfall), • zwang andere zu sexuellen Handlungen; <p style="text-align: center;">Zerstörung von Eigentum</p> <ul style="list-style-type: none"> • beging vorsätzliche Brandstiftung mit der Absicht, schweren Schaden zu verursachen, • zerstörte vorsätzlich fremdes Eigentum (jedoch nicht durch Brandstiftung); <p style="text-align: center;">Betrug oder Diebstahl</p> <ul style="list-style-type: none"> • brach in fremde Wohnungen, Gebäude oder Autos ein, • lügt häufig, um sich Güter oder Vorteile zu verschaffen oder um Verpflichtungen zu entgehen d.h. „legt andere herein“), • stahl Gegenstände von erheblichem Wert ohne Konfrontation mit dem Opfer (z.B. Ladendiebstahl, jedoch ohne Einbruch, sowie Fälschungen); <p style="text-align: center;">Schwere Regelverstöße</p> <ul style="list-style-type: none"> • bleibt schon vor dem 13. Lebensjahr trotz elterlicher Verbote häufig über Nacht weg, • lief mindestens zweimal über Nacht von zu Hause weg, während er/sie noch bei den Eltern oder bei einer anderen Bezugsperson wohnte (oder nur einmal mit Rückkehr erst nach längerer Zeit), • schwänzt schon vor dem 13. Lebensjahr häufig die Schule.
Symptomliste der Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten
<ul style="list-style-type: none"> • wird schnell ärgerlich, • streitet sich häufig mit Erwachsenen, • widersetzt sich häufig aktiv den Anweisungen oder Regeln von Erwachsenen oder weigert sich, diese zu befolgen, • verärgert andere häufig absichtlich, • schiebt häufig die Schuld für eigene Fehler oder eigenes Fehlverhalten auf andere, • ist häufig empfindlich oder läßt sich von anderen leicht verärgern, • ist häufig wütend und beleidigt, • ist häufig boshaft und nachtragend.

Im *DSM-IV* (APA, 1996) werden für das Kindes- und Jugendalter zwei aggressive Störungen unterschieden, die *Störung des Sozialverhaltens* und die *Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten* (vgl. Petermann, Lehmkuhl, Petermann & Döpfner, 1995). Als Hauptmerkmal liegt bei der *Störung des Sozialverhaltens* ein sich wiederholendes Verhaltensmuster vor, das die Verletzung grundlegender Rechte anderer sowie wichtiger, altersrelevanter Normen und Regeln umfaßt. Bei diesem Verhalten handelt es sich nicht lediglich um eine Reaktion auf das unmittelbare soziale Umfeld. Über einen Zeitraum von zwölf Monaten müssen mindestens drei, und während der letzten sechs Monate muß mindestens eines der Symptome aus der Kriterienliste im Kasten 1 aufgetreten sein. Darüber hinaus müssen klinisch bedeutsame, psychosoziale Beeinträchtigungen (im schulischen, beruflichen oder sozialen Bereich) vorliegen. In Abhängigkeit von der Art und Anzahl sowie der Intensität der Problemverhaltensweisen und ihrer Auswirkungen auf das soziale Umfeld, wird zwischen einem leichten, mittleren und schweren Störungsgrad unterschieden. Abhängig vom Alter bei Störungsbeginn werden im *DSM-IV* zwei Subtypen unterschieden (s. Kasten 2).

Bei der *Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten* liegt als Hauptmerkmal ein Muster wiederkehrender, trotziger, ungehorsamer und feindseliger Verhaltensweisen gegenüber Autoritätspersonen (z.B. gegenüber den Eltern) vor. Die Verhaltensweisen müssen über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten andauern, und es müssen mindestens vier Symptome aus der Kriterienliste im Kasten 1 vorliegen. Die Problemverhaltensweisen müssen häufiger auftreten als typischerweise bei Kindern in einem vergleichbaren Alter. Die Symptome treten häufiger oder fast ausschließlich im häuslichen Bereich auf und zeigen sich deutlicher im Umgang mit vertrauten Erwachsenen. Darüber hinaus müssen bedeutende psychosoziale Beeinträchtigungen (im schulischen oder sozialen Bereich) vorliegen.

Unterschiede zwischen der Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten und der Störung des Sozialverhaltens liegen in der Schwere und Art der gezeigten Verhaltensmuster: Bei der Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten liegen weniger schwerwiegende Symptome, keine körperlich-aggressiven Handlungen gegenüber Menschen oder Tieren sowie keine delinquenten Verhaltens-

Kasten 2:

Subtypen der Störung des Sozialverhaltens nach DSM-IV (APA, 1996).

1. Typus mit Beginn in der Kindheit
Mindestens eine der charakteristischen Verhaltensweisen tritt vor dem zehnten Lebensjahr auf. Das Verhalten erweist sich als stabil, und Jungen sind häufiger betroffen. Kinder mit einem frühen Beginn bilden mit höherer Wahrscheinlichkeit eine <i>Antisoziale Persönlichkeitsstörung</i> im Erwachsenenalter aus.
2. Typus mit Beginn in der Adoleszenz
Die Verhaltensweisen treten nach dem zehnten Lebensjahr auf. Der Verlauf ist insgesamt günstiger, wobei es häufiger zu Remissionen bis zum Erwachsenenalter kommt. Die Jugendlichen weisen in geringerem Umfang aggressive Verhaltensweisen und gestörte Beziehungen zu Gleichaltrigen auf.

weisen vor. Werden die Kriterien für beide Störungen erfüllt, so wird ausschließlich die Störung des Sozialverhaltens diagnostiziert.

In der *ICD-10* (WHO, 1993) wird aggressives Verhalten unter *Störungen des Sozialverhaltens* bei den Ver-

haltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend klassifiziert. Störungen des Sozialverhaltens umfassen ein andauerndes Verhaltensmuster dissozialen, aggressiven oder aber aufsässigen Verhaltens. In der *ICD-10* werden verschiedene Typen unterschieden (s. Kasten 3).

Kasten 3:

Typen der Störungen des Sozialverhaltens nach *ICD-10* (WHO, 1993, S. 279ff.).

1. Auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens
Aggressives Verhalten, das fast völlig auf den häuslichen Rahmen oder die Interaktion mit Familienmitgliedern beschränkt ist und oppositionelles oder trotziges Verhalten übersteigt.
2. Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen
Aggressives Verhalten, das oppositionelles oder trotziges Verhalten übersteigt und mit einer andauernden Beeinträchtigung der Beziehungen des Kindes zu anderen Personen einhergeht (insbesondere zur Gruppe der Gleichaltrigen).
3. Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen
Aggressives Verhalten, das oppositionelles oder trotziges Verhalten übersteigt, bzw. ein andauerndes delinquentes Verhalten, aber mit guter sozialer Einbindung in die Altersgruppe.
4. Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigen Verhalten
Ungehorsames und trotziges Verhalten bei Fehlen schwerer delinquenten oder aggressiver Verhaltensweisen, das typischerweise vor dem neunten Lebensjahr auftritt.
5. Andere bzw. nicht näher bezeichnete Störung des Sozialverhaltens
Störungstyp, bei dem die Kriterien einer Störung des Sozialverhaltens erfüllt werden, eine Zuordnung zu einer Subgruppe aber nicht möglich ist.
6. Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen
Störung des Sozialverhaltens, die in Kombination mit einer emotionalen Störung (z.B. Depression oder Zwangsgedanken) auftritt.

2 Epidemiologie, Komorbidität und Verlauf

2.1 Epidemiologie

Die Prävalenz aggressiven Verhaltens in der Allgemeinbevölkerung variiert in epidemiologischen Studien sehr. In Studien auf der Basis der Störungskriterien nach DSM-III (APA, 1984) sowie DSM-III-R (APA, 1989) wurde eine Punkt-, Sechs-Monats- oder Ein-Jahres-Prävalenz der Störung des Sozialverhaltens zwischen 0,4 und 8,7% und der Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten zwischen 0,7 und 8,6% ermittelt (jeweils ohne Extremwerte; Boyle et al., 1993; Costello et al., 1988; Fergusson, Horwood & Lynskey, 1993; Kashani et al., 1987; Kashani, Orvaschel, Rosenberg & Reid, 1989; McGee et al., 1990; Verhulst, van der Ende, Ferdinand & Kasius, 1997). In der Bremer Jugendstudie lag die Prävalenzrate der Störung des Sozialverhaltens auf der Basis der Kriterien des DSM-IV (APA, 1996) für Jugendliche im Alter von zwölf bis 18 Jahren bei 4,7% und die Prävalenz der Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten bei 2,5% (Petermann et al., 1999a). Zusammenfassend lassen sich in den epidemiologischen Studien folgende Trends anführen:

- **Geschlechtsunterschiede:** Jungen berichten wesentlich häufiger von aggressivem Verhalten als Mädchen.

- **Altersunterschiede:** Grundsätzlich ist ein Ansteigen im Auftreten aggressiven Verhaltens vom Kindes- bis ins Jugendalter zu verzeichnen.

- **Informanteneffekte:** Eltern berichten häufiger von einer Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten bei ihren Kindern als die Kinder selbst, jedoch in geringerem Umfang von einer Störung des Sozialverhaltens. Dieses Ergebnis ist auf die verdeckten Symptome der Störung des Sozialverhaltens zurückzuführen; die Symptome der Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten hingegen scheinen Eltern häufiger als störend aufzufallen.

- **Methodische Unterschiede:** Insgesamt variiert die (unbereinigte) Auftretensrate aggressiven Verhaltens in den angeführten Studien zwischen 0% und 21,4%. Diese Schwankungen sind aufgrund wesentlicher methodischer Unterschiede in epidemiologischen Studien zu erklären (vgl. Groen, Scheithauer, Essau & Petermann, 1997; Petermann, Kusch & Niebank, 1998), wie zum Beispiel durch unterschiedliche Erfassungszeiträume (Punkt-, Ein-Jahres- oder Lebenszeitprävalenz) oder durch eine Falldefinition auf der Basis unterschiedlicher Diagnosekriterien (z. B. DSM-III oder DSM-III-R; s. Petermann, Döpfner, Lehmkuhl & Scheithauer in diesem Buch).

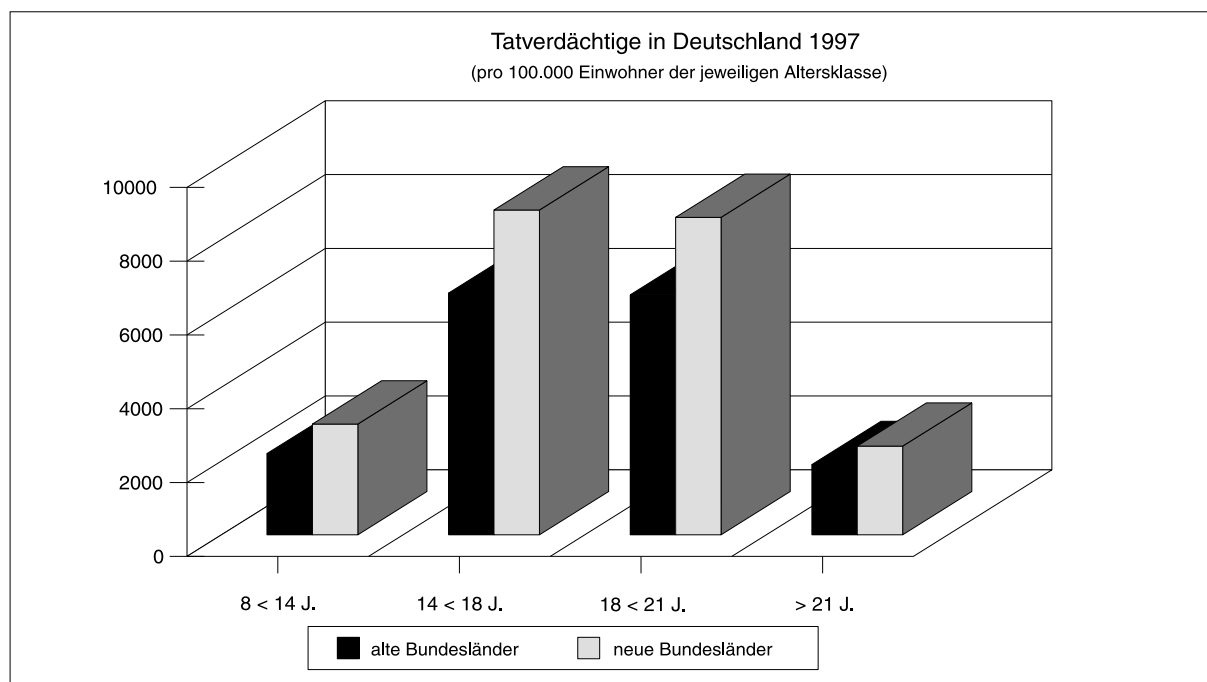


Abbildung 1:

Tatverdächtige in Deutschland 1997 nach Altersgruppen, in Relation der Altersgruppe zur Gesamtbevölkerung (Angaben aus dem Entwurf zur Polizeilichen Kriminalstatistik – Berichtsjahr 1997; vgl. Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, 1998).

In allen Studien zählte aggressives Verhalten zu den am häufigsten ermittelten Störungen. Diese hohe Auftretenshäufigkeit zeigt sich insbesondere in klinischen Studien (vgl. Kasius, Ferdinand, van den Berg & Verhulst, 1997), da Kinder und Jugendliche mit externalisierenden Störungen häufig über ihre Eltern aufgrund der im allgemeinen als störend wahrgenommenen Symptomatik in Kontakt mit Hilfseinrichtungen treten.

Anhand offizieller Kriminalstatistiken kann die *Auftretensrate delinquenten Verhaltens*, das oftmals ein Bestandteil aggressiven Verhaltens darstellt (Stattin & Magnusson, 1996), belegt werden. Abbildung 1 gibt die Anzahl ermittelter Tatverdächtiger in Deutschland für das Jahr 1997 wieder. Im Verhältnis zum Anteil der Altersgruppe an der gesamten Wohnbevölkerung sind insbesondere Jugendliche und Heranwachsende unter den Tatverdächtigen überrepräsentiert. Jungen wurden wesentlich häufiger (doppelt bis dreimal so häufig) als Tatverdächtige erfaßt als Mädchen. Weiterhin belegt die Kriminalstatistik das stetige Ansteigen delinquenten Verhaltens unter Kindern und Jugendlichen (in Relation zum Anteil an der Wohnbevölkerung) innerhalb der letzten 14 Jahre.

Die Häufung delinquenten Verhaltens im Jugend- und Heranwachsendenalter spricht zunächst für ein *entwicklungsbedingtes Phänomen* der Delinquenz (vgl. Moffitt, 1990, 1993a; Stattin & Magnusson, 1996); mit Eintritt ins Erwachsenenalter legen die meisten Jugendlichen ihr delinquentes Verhalten wieder ab. Allerdings werden auch bestimmte Verhaltensweisen, die sich gegen gesellschaftliche Normen richten als delinquent eingestuft (z.B. Graffiti als „Sachbeschädigung“) und führen zu einem Anstieg in der Auftretenshäufigkeit delinquenten Verhaltens. Abgesehen davon ist aber beispielsweise in den USA ein generelles Ansteigen bei Tötungsdelikten zu verzeichnen, die von Jugendlichen begangen wurden (vgl. Reid & Eddy, 1997). Dies wiederum spricht für gesellschaftlich bedingte (säkulare) Trends und Kohorteneffekte in der Kriminalitätsentwicklung (vgl. Stanger, Achenbach & Verhulst, 1997).

2.2 Komorbidität

Aussagen zur Komorbidität sind von Bedeutung für die Betrachtung der Entstehung (Ätiologie), Abgrenzung und damit Klassifikation (Nosologie) aggressiven Verhaltens. Komorbide Störungen beeinflussen maßgeblich den Störungs- und Behandlungsverlauf; diese Aspekte müssen bei einer effektiven Therapieplanung berücksichtigt werden (Clarkin & Kendall, 1992; Newman, Moffitt, Caspi & Silva, 1998).

Tabelle 2 enthält ausgewählte Ergebnisse zum komorbiden Auftreten der aggressiven, depressiven sowie Aufmerksamkeitsstörungen (für eine ausführlichere Darstellung s. Kusch & Petermann, 1997; Petermann & Scheithauer, 1998). Bei der Interpretation der Ergebnisse gilt es zu berücksichtigen, daß die Höhe der Komorbidität aufgrund unterschiedlicher Klassifikationssysteme oder methodischer Unterschiede zwischen den jeweiligen Studien variiert (vgl. Maser & Cloninger, 1990; Petermann et al., 1998). Zusammenfassend liegen folgende Trends vor:

1. Aggressive und Aufmerksamkeitsstörungen treten häufig komorbid auf.

- Häufig weisen Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen komorbid aggressives Verhalten auf. Dies läßt sich durch das *typische Auftretensalter bei Störungsbeginn* (vgl. Keller et al., 1992; s. Abb. 2) erklären: Aufmerksamkeitsstörungen treten typischerweise früher als aggressive Störungen auf; die Periode des Störungsrisikos bei der Störung des Sozialverhaltens reicht bis ins späte Jugendalter, so daß die Wahrscheinlichkeit für eine komorbide Aufmerksamkeitsstörung geringer ist. Dies erklärt, warum diese Störungen besonders häufig bei jungen Kindern komorbid auftreten (Loeber & Keenan, 1994).
- Eine frühe Aufmerksamkeitsstörung scheint das Risiko für eine Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten und in Folge für eine Störung des Sozialverhaltens zu erhöhen (Kuhne, Schachar & Tanock, 1997; Lahey & Loeber, 1997).
- Aufmerksamkeitsstörungen stellen in der frühen Kindheit zwar einen Prädiktor für aggressive Störungen dar.

Tabelle 2:

Ausgewählte Ergebnisse zur Komorbidität von Aggression.

Aggressive und Aufmerksamkeitsstörungen	
• aggressive + Aufmerksamkeitsstörungen:	ca. 5 - 45 %
• Aufmerksamkeits- + aggressive Störungen:	ca. 20 - 50 %
Störung des Sozialverhaltens (SSV) und Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten (SOT)	
• SSV + SOT (bei Jungen):	96 %
• SOT + SSV:	84 %
Aggressive und depressive Störungen	
• aggressive + depressive Störungen:	ca. 8 - 45 %
• depressive + aggressive Störungen:	ca. 20 - 80 %
nach: Anderson, Williams, McGee & Silva (1987); Angold & Costello (1993); Bird et al. (1988); Dishion, French & Patterson (1995); Faraone, Biederman, Keenan & Tsuang (1991); McGee et al. (1990); Spitzer, Davies & Barkley (1990); Walker et al. (1991)	

rungen, aggressive Störungen jedoch nicht einen Prädiktor für Aufmerksamkeitsstörungen dar. Somit handelt es sich bei den Aufmerksamkeitsstörungen entweder um den primären Störungstyp, oder aber Aufmerksamkeits- und aggressive Störungen stellen im Falle des komorbiden Auftretens einen eigenen Störungstyp dar (z. B. aufgrund gemeinsamer Dysfunktionen, wie Impulsivität; Eiraldi, Power & Nezu, 1997; Faraone, Biederman, Jetton & Tsuang, 1997).

2. Die Störung des Sozialverhaltens und Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten treten häufig komorbid auf.

- Im Kindesalter treten zunächst Verhaltensweisen auf, die der Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten (z.B. „schnell ärgerlich“ oder „trotzig“), mit steigendem Alter in zunehmendem Maße Symptome, die der Störung des Sozialverhaltens zuzuordnen sind (z.B. „bedroht andere“, oder „Vandalismus“; vgl. Frick et al., 1993; Hinshaw et al., 1993).
- Das hohe komorbide Auftreten deutet daraufhin, daß es sich nicht um zwei eigenständige Störungsbilder handelt (Achenbach, 1993). Dennoch, nicht alle Kinder mit einer Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten weisen auch eine Störung des Sozialverhaltens auf. Entwickelt sich eine Störung des Sozialverhaltens erst während der Adoleszenz, so ist in vielen Fällen keine komorbide Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten zu ermitteln. In diesen beiden Fällen kann man eher von eigenständigen Störungsbildern sprechen. Tritt eine Störung des Sozialverhaltens bereits im Kindesalter auf, so lag zuvor oftmals eine Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten vor. Dieses Ergebnis spricht dafür, daß es sich bei der Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten um eine mildere Störungsform („Vorläufer“) der Störung des Sozialverhaltens handelt (vgl. Lahey et al., 1994; Lahey & Loeber, 1997).

3. Aggressive Störungen und Depression treten häufig komorbid auf.

- Depressive Störungen (die Major Depression oder die Dysthyme Störung) treten häufig komorbid zu aggressiven Störungen auf, ein Zusammenhang, der sich mit Hilfe eines zeitlichen Verlaufsmusters erklären läßt (vgl. Kusch & Petermann, 1997).
- Häufig treten aggressive Störungen nach dem Beginn einer Depression auf (Kovacs, Paulauskas, Gatsonis & Richards, 1988). Darüber hinaus können im Kindesalter aggressive an die Stelle depressiver Symptome treten (vgl. Kusch & Petermann, 1997). Aggression würde somit eine Folgeerscheinung der Depression darstellen.
- Aggression kann der Depression vorausgehen bzw. eine Depression ist in Folge der aggressiven Störung, zum Beispiel aufgrund vermehrter Zurückweisungen durch Gleichaltrige oder Ablehnung durch die Eltern, zu ermitteln (Garber, Quiggle, Panak & Dodge, 1991; Kusch & Petermann, 1997). In diesem Fall ist die Aggression als primär anzusehen (vgl. Gjone & Stevenson, 1997; Renouf, Kovacs & Mukerji, 1997).

Kinder, die komorbid aggressive und Aufmerksamkeitsstörungen aufweisen, berichten in einem stärkeren Maße von psychosozialen Beeinträchtigungen (z. B. Zurückweisung durch Gleichaltrige, schulische Schwierigkeiten) sowie von stärkeren Funktionsdefiziten, etwa in der Impulskontrolle oder in der sozial-kognitiven Informationsverarbeitung. Diese Kinder weisen einen stabileren Störungsverlauf sowie eine größere Variation und Stabilität aggressiven und dissozialen Verhaltens auf (Carlson, Tamm & Gaub, 1997; Hinshaw et al., 1993; Lahey & Loeber, 1997). Darüber hinaus liegt ein höheres Risiko für weitere, psychische Störungen (z. B. Depression) vor (z. B. Eiraldi et al., 1997). Ein ähnliches Bild ergibt sich im Falle des ko-

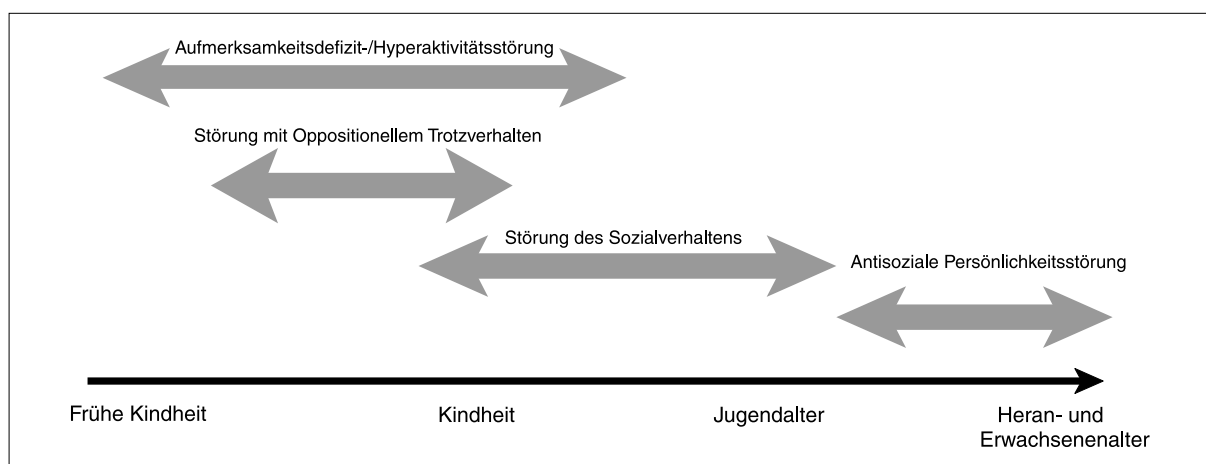


Abbildung 2:

Typisches Alter beim Auftreten der externalisierenden Störungen sowie typische Phasen komorbiden Auftretens.

morbiden Auftretens aggressiver und depressiver Störungen; so ist mit schwerwiegenderen psychosozialen Folgen (z. B. verminderte soziale Kompetenzen), größeren Schulschwierigkeiten, einer höheren Suizidgefahr und einem erhöhten Risiko für weitere psychische Störungen zu rechnen (Angold & Costello, 1993; Renouf et al., 1997).

2.3 Verlauf

Der Verlauf aggressiven Verhaltens erweist sich *im wesentlichen als stabil* (Fergusson, Horwood & Lynskey, 1995; Fergusson, Lynskey & Horwood, 1996; vgl. Fergusson, 1998). Aggressives Verhalten während der Kindheit oder Adoleszenz kann sich bis ins Erwachsenenalter in verschiedenen psychosozialen Bereichen (z. B. im Bereich sozialer Interaktionen oder in der Beziehung zum Lebenspartner) auswirken (Zoccolillo, Pickles, Quinton & Rutter, 1992). Aggressives Verhalten im Kindes- oder Jugendalter geht darüber hinaus mit Symptomen einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung oder Angststörungen (z. B. Bardone et al., 1996) sowie der Häufigkeit und Stärke des Konsums von Alkohol und Drogen, kriminellen Delikten oder mit einer Gewaltbereitschaft (z. B. Kratzer & Hodgins, 1997; Stattin & Magnusson, 1996) im Erwachsenenalter einher. Aggressives Verhalten erweist sich besonders stabil und ist mit einem erhöhten Risiko für eine Reihe psychosozialer Dysfunktionen sowie psychischer Auffälligkeiten bis ins Erwachsenenalter verknüpft, wenn (vgl. Farrington, 1995; Fergusson, 1998; Fergusson et al., 1996; Kratzer & Hodgins, 1997; Lahey & Loeber, 1997; Stattin & Magnusson, 1996):

- es bereits früh (in der frühen Kindheit) zu ermitteln ist,
- es komorbid zu Aufmerksamkeitsstörungen auftritt,
- bereits früh dissoziale, delinquente Verhaltensweisen auftreten und
- eine Vielzahl risikoe erhöhender Faktoren (s. Abschnitt 3) vorliegt.

Das frühe Auftreten aggressiven und delinquenten Verhaltens im Zusammenhang mit komorbiden Aufmerksamkeitsstörungen sowie weiteren psychosozialen Risikofaktoren (z. B. niedriger sozioökonomischer Status, Wohngegend mit hohem Gewaltanteil) stellen Faktoren dar, die insbesondere im Zusammenhang mit einer bestimmten *Hoch-Risiko-Gruppe* diskutiert werden: Jugendliche und Heranwachsende, die (wiederholt) ernsthafte und/oder gewalttätige Straftaten begehen (s. Kasten 4).

Epidemiologische Studien belegen zwar ein Ansteigen der Störung des Sozialverhaltens vom Kindes- bis zum Jugendalter (s. Abschnitt 2.1); ein Ansteigen in der Auftretenshäufigkeit scheint jedoch vorwiegend auf eine Zunahme delinquenten, dissozialen Verhaltens zurückzuführen sein (s. Kasten 5).

Neben einem kontinuierlichen weisen einige Kinder oder Jugendliche einen *zeitlich begrenzten Verlauf* aggressiven Verhaltens auf. Faßt man die Ergebnisse einer Reihe Studien zum Verlauf aggressiven Verhaltens zusammen, ergibt sich folgendes Bild (Egerland,

Kasten 4:

Jugendliche und Heranwachsende, die anhaltend ernsthafte und/oder gewalttätige Straftaten begehen.

Einige Jugendliche und Heranwachsende fallen durch ihr wiederholt delinquentes bzw. gewalttätiges Verhalten auf. Insbesondere Jungen scheinen einem hohen Risiko ausgesetzt zu sein, auch in späteren Jahren anhaltend kriminelle Delikte zu begehen, wenn sie bereits früh in ihrer Entwicklung delinquentes und/oder dissoziales Verhalten aufgewiesen haben (Hämäläinen & Pulkkinen, 1996; Kratzer & Hodgins, 1997; Stattin & Magnusson, 1996). Ein Großteil krimineller Delikte wird oftmals von einer kleinen Gruppe Wiederholungstäter begangen (Stattin & Magnusson, 1991): Lediglich eine kleine Gruppe Männer (ca. 5%) weist kontinuierlich vom Kindes- bis zum Erwachsenenalter (30. Lebensjahr) delinquente Verhaltensweisen auf, ist jedoch für über 40% aller ermittelten Straftaten verantwortlich. Diese Jugendlichen oder Heranwachsenden stellen eine besondere Hoch-Risiko-Gruppe dar (vgl. Loeber & Farrington, 1998):

- Sie weisen einen frühen Beginn und einen anhaltenden Verlauf delinquenten Verhaltens auf;
- im Entwicklungsverlauf weisen sie früh verschiedene Problemverhaltensweisen (z.B. Aggression, Alkoholkonsum, Fernbleiben von der Schule) in unterschiedlichen Bereichen sowie eine Vielzahl risikoe erhöhender Faktoren (z.B. delinquente Eltern, Wohngegend mit hohem Gewaltanteil) und weitere psychische Probleme auf, beispielsweise in Folge selbst erfahrener Gewalt;
- sie weisen im geringsten Maße risikomildernde Faktoren auf (z.B. eine unterstützende Beziehung zu den Eltern);
- typischerweise verschlimmert sich die Art der Problemverhaltensweisen im Entwicklungsverlauf (z.B. von kleineren Diebstählen über Zerstörung fremden Eigentums bis hin zu gewalttätigen Raubüberfällen), wobei weiterhin leichte und minderschwere Delikte begangen werden.

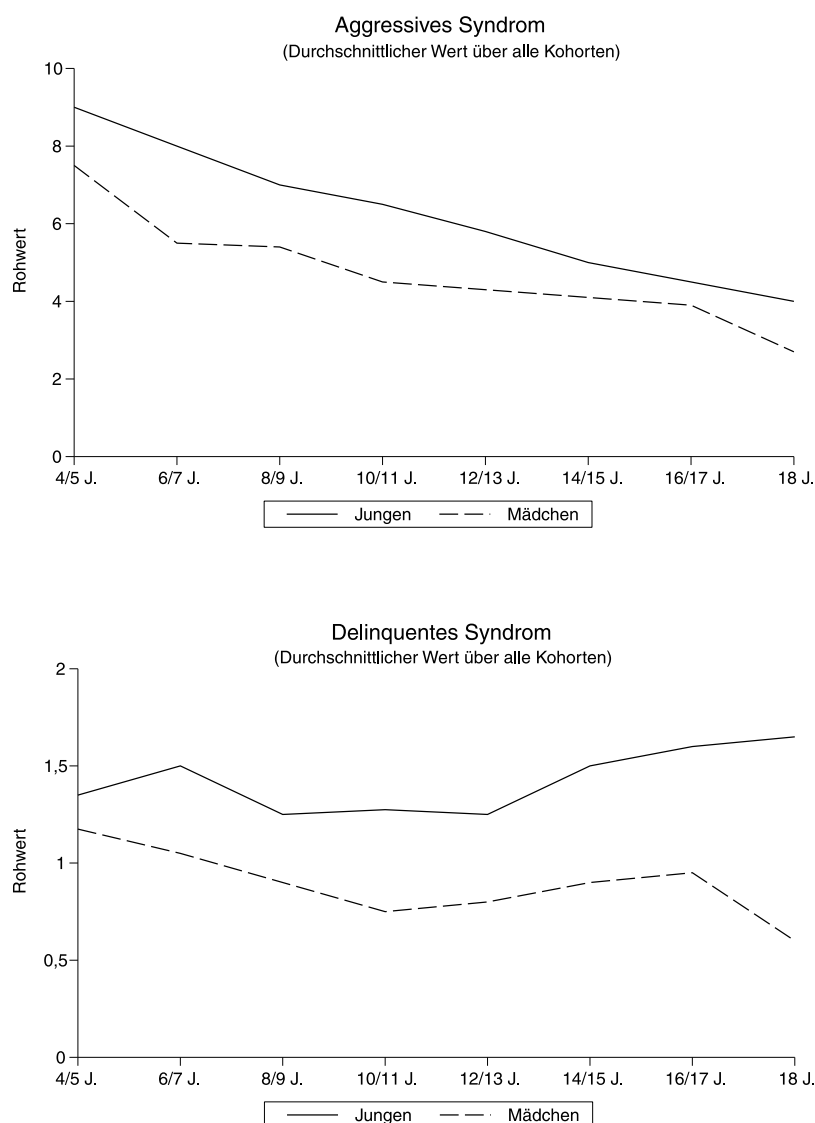
Kasten 5:

Der Verlauf aggressiven und delinquenten Verhaltens auf der Syndromebene.

Sowohl Achenbach (zusammenfassend 1993) als auch Quay (1986; vgl. Döpfner & Lehmkuhl, 1997) konnten mit Hilfe von Fragebogenverfahren *zwei Dimensionen aggressiven Verhaltens* isolieren:

- **aggressives Syndrom:** zum Beispiel körperliche Aggression, Bedrohung anderer, Trotzreaktionen, provokatives Verhalten oder Ruhelosigkeit;
- **delinquentes oder dissoziales Syndrom:** zum Beispiel Lügen, Diebstahl, Schuleschwänzen oder Regelverstöße.

Stanger et al. (1997) ermittelten in einer zusammenfassenden Arbeit für sieben Geburtskohorten (Kinder und Jugendliche im Alter von vier bis 18 Jahren) aus der Allgemeinbevölkerung, daß mit zunehmendem Alter die Symptome des aggressiven Syndroms abnahmen, dafür Symptome des delinquenten Syndroms ab ca. dem zehnten Lebensjahr zunahmen (s. Abb. 3 und 4).

**Abbildung 3 und 4:**

Durchschnittliche Werte des delinquenten und aggressiven Syndroms auf der CBCL (Achenbach, 1991) über sieben Geburtskohorten, getrennt nach Jungen und Mädchen (nach Stanger et al., 1997, S. 51).

Pianta & Ogawa, 1996; Kingston & Prior, 1995; Kratzer & Hodgins, 1997; Lahey et al., 1995; Moffitt et al., 1996; Nagin, Farrington & Moffitt, 1995; Pajer, 1998; Stanger et al., 1997; Tremblay et al., 1996; Windle & Windle, 1995; vgl. Loeber & Stouthamer-Loeber, 1998):

- Aggressives Verhalten tritt oft auch episodisch in Erscheinung.
- Ein Rückgang aggressiven Verhaltens ist während der Grundschulzeit sowie während des Zeitraums vom Jugend- zum Erwachsenenalter festzustellen.
- Einige Personen mit einem späten Beginn aggressiven oder delinquenten Verhaltens zeigen dieses auch noch im Heran- und Erwachsenenalter.
- Personen mit einem späten Beginn aggressiven oder delinquenten Verhaltens weisen zwar eine bessere, aber dennoch oftmals beeinträchtigte psychosoziale Anpassung sowie aggressives bzw. delinquentes Verhalten oder einen verstärkten Alkohol- oder Drogenkonsum im Erwachsenenalter auf.
- Eine kleine Minderheit aggressiver, gewalttätiger Erwachsener berichtet von einem späten Beginn und nicht von aggressiven Verhaltensweisen bereits im Kindesalter.
- Jungen weisen häufiger einen Entwicklungsverlauf mit offen-aggressiven, Mädchen häufig mit nicht-aggressiven, verdeckten Verhaltensweisen auf, die einen kontinuierlichen Verlauf bis ins Erwachsenenalter nehmen können.
- Sowohl für Jungen *als auch* für Mädchen mit aggressivem Verhalten (unter Berücksichtigung der Auftretensraten delinquenten Verhaltens bei Männern und Frauen in der Allgemeinbevölkerung) besteht ein hohes Risiko für delinquentes Verhalten im weiteren Entwicklungsverlauf sowie für ein beeinträchtigtes, psychosoziales Funktionsniveau im Erwachsenenalter.

Auf der Basis der unterschiedlichen Ergebnisse zum Verlauf aggressiven Verhaltens sind Modellvorstellungen über *Entwicklungspfade von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter* (s. Niebank & Petermann in diesem Buch), mit jeweils unterschiedlichen risikoerhöhenden Bedingungen, entwickelt worden (vgl. Tolan, Guerra & Kendall, 1995). Im wesentlichen werden zwei unterschiedliche Entwicklungspfade abgegrenzt (Caspi & Moffitt, 1995; Loeber, 1990; Loeber & Stouthamer-Loeber, 1998; Lynam, 1996; Moffitt, 1993a):

- **Über den Lebenslauf stabiler Entwicklungspfad:** Bereits früh treten vielfältige, im weiteren Entwicklungsverlauf stabile Problemverhaltensweisen (z.B. Aggression, delinquentes Verhalten) sowie zusätzliche psychische Störungen (z.B. Aufmerksamkeitsstörungen) auf. Es lassen sich komplexe Interaktionseffekte zwischen genetischen, neuropsychologischen sowie einer Vielzahl an Umweltfaktoren anführen (z.B. geringe elterliche Aufsicht, Ablehnung durch Gleichaltrige, aber Kontakt zu anderen delinquenten Gleichaltrigen).
- **Auf das Jugendalter begrenzter Entwicklungspfad:** Erst ab der Pubertät zeigen sich erste Anzeichen nicht-aggressiven Trotz- und/oder delinquenten Verhaltens, das sich allerdings eher als vorübergehend erweist und zumeist spätestens im Übergang zum Heran- und Erwachsenenalter abgelegt wird. Es treten gar nicht oder nur in geringem Maße zusätzliche psychische Störungen auf.

Aggressives Verhalten kann sich vom *frühen Kindes- bis ins Erwachsenenalter* als sehr *heterogen* erweisen: Ein schwieriges Temperament im Kleinkindalter, oppositionelles Verhalten im Vorschul- und Schulalter, Regelverstöße und minderschwere Delikte im späten Kindes- und frühen Jugendalter, eine Störung des Sozialverhaltens im Schul- und Jugendalter, ernstere kriminelle Vergehen und gewalttätiges Verhalten im Jugend- und Heranwachsenalter sowie eine Antisoziale Persönlichkeitsstörung oder gewalttätiges Verhalten gegenüber Personen im engsten Umfeld im Heran- und Erwachsenenalter (vgl. Farrington, 1997; Kratzer & Hodgins, 1997; Lahey & Loeber, 1997; Stattin & Magnusson, 1996; Tolan & Thomas, 1995). Dieser *kontinuierliche Verlauf aggressiven Verhaltens vom Kindes- bis ins Erwachsenenalter*, mit sich unterschiedlich manifestierenden Verhaltensweisen, wird als *heterotypische Kontinuität* bezeichnet (vgl. Petermann & Scheithauer, 1998; Plomin & Rutter, 1998; Rutter, 1997).

Loeber (1990) stellt den *Entwicklungspfad des über den Lebenslauf stabilen Typen* als Stufenfolge dar (s. Abb. 5; vgl. Petermann & Scheithauer, 1998): Von der Schwangerschaft bis ins Jugendalter werden bestimmte Schritte durchlaufen, wobei in jeder Altersstufe entweder Vorläufer für weitere ungünstige Entwicklungen oder bereits massive Formen eines gestörten Sozialverhaltens auftreten. Ein „Einstieg“ in diesen Entwicklungsverlauf ist auf verschiedenen Stufen möglich, wobei auf jeder Stufe dieses *Entwicklungsmodells* ein Stillstand bzw. ein Ausstieg aus der negativen Stufenfolge möglich ist. In diesem Modell lassen sich die verschiedenen altersspezifischen, risikoerhöhenden Bedingungen aggressiven Verhaltens in ihren Auswirkungen für einen weiterhin negativen Entwicklungsverlauf wiederfinden (s. Abschnitt 3).

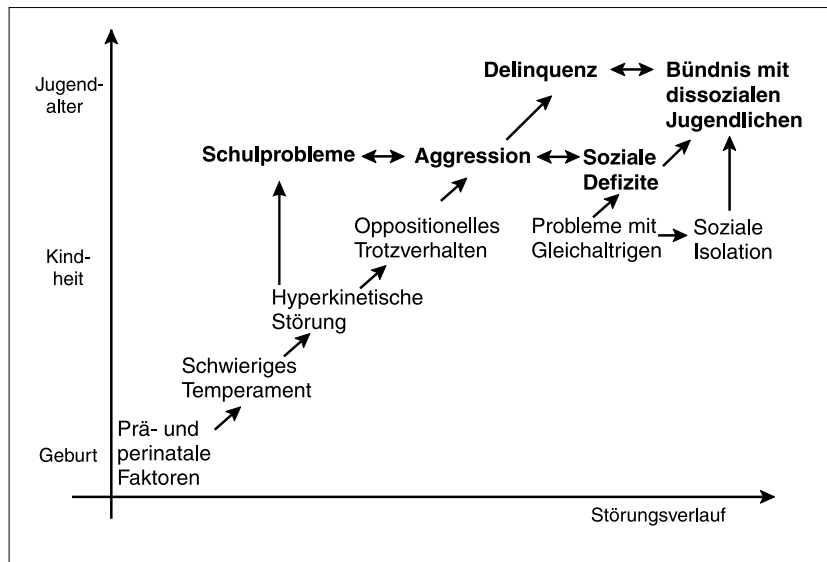


Abbildung 5:

Entwicklungsmodell aggressiven und delinquenten Verhaltens (modifiziert nach Loeber, 1990).

Mit jeder Stufe werden die Probleme schwerwiegender und damit änderungsresistenter. Das Entwicklungsrisiko wird erhöht durch die Häufigkeit und Vielfalt der Probleme und ihr Auftreten in unterschiedlichen Bereichen und Umgebungen (*Generalisierung*). Durch ein neues Problemverhalten verschwinden nicht

zwangsläufig bisherige Probleme: Mit zunehmendem Alter kann somit eine steigende Anzahl von Problemverhaltensweisen auftreten (*Diversifikation*).

In Anlehnung an dieses Entwicklungsmodell isolierten Loeber und Mitarbeiter (Loeber et al., 1993; vgl. Loeber & Hay, 1997) für eine große Anzahl anhaltend aggressiver und gewalttätiger Jungen einen offenen gegenüber zwei weiteren *Entwicklungspfaden*, die eher zu einem delinquenten sowie oppositionellen Verhalten führen (s. Modell bei Niebank & Petermann in diesem Buch). Die jeweiligen Verhaltensweisen zeigten sich in einer *zeitlichen Abfolge*: Zu Beginn wiesen die Jungen eher ein vermindert-aggressives Verhalten,

im weiteren Entwicklungsverlauf jedoch in stärkerem Maße gewalttätiges und/oder ein massives delinquentes Verhalten auf. Lediglich eine kleine Gruppe der Jungen durchlief die Entwicklung von leichten zu massiven aggressiven und antisozialen Verhaltensweisen bis zum Ende.

3 Erklärungsansätze

3.1 Genetische und lerntheoretische Ansätze

Kontrovers wird diskutiert, ob aggressives Verhalten vorwiegend erlernt wird und durch Umweltfaktoren bedingt ist oder aber, ob genetische Faktoren eine wesentliche Rolle bei der Entstehung von Aggression einnehmen. *Lerntheoretische Ansätze* gehen davon aus, daß aggressives Verhalten über verschiedene Lernmechanismen oftmals bereits früh im Kindesalter erlernt und aufrechterhalten wird (zusammenfassend Eron, 1997). Im wesentlichen lassen sich vier Mechanismen anführen, durch die die soziale Umwelt (z. B. durch die Eltern, Lehrer oder Gleichaltrigen) zum Erlernen und zur Aufrechterhaltung aggressiven Verhaltens beiträgt (zusammenfassend Eron, 1997; Petermann & Petermann, 1997a; b):

- **Positive Verstärkung:** Das Kind erreicht durch sein aggressives Verhalten ein bestimmtes Ziel (z.B. durch Toben und Schreien einen erwünschten Gegenstand).

- **Negative Verstärkung:** Es gelingt dem Kind durch sein aggressives Verhalten, unangenehme Situationen oder bedrohliche Ereignisse zu vermeiden (z.B. trauen sich Gleichaltrige nicht mehr zu, es anzugreifen).
- **Duldung:** Dem Verhalten des Kindes wird tatenlos zugesehen, wobei dies vom Kind als stillschweigende Zustimmung aufgefaßt wird.
- **Lernen am Modell:** Stellvertretende Erfahrung durch das Beobachten von Modellen (z.B. die Eltern oder Darstellungen gewaltvoller Medieninhalte).

Fast alle psychischen Störungen weisen Anzeichen für *genetische Einflüsse* auf. In *molekulargenetischen Studien* (zusammenfassend Carey & Goldman, 1997; Petermann et al., 1998; s. Niebank & Petermann in diesem Buch) wird beispielsweise versucht, bestimmte Genabschnitte zu isolieren, die in einem Zusammenhang zu aggressivem oder delinquentem Verhalten stehen. Aufgrund der Heterogenität aggressiven Verhaltens ist man jedoch bisher zu keinen eindeutigen Befunden gelangt. Vielmehr ist davon auszugehen, daß

eine Vielzahl neuromolekularer Mechanismen sowie Genabschnitte indirekt, beispielsweise über eine Disposition zu impulsivem Verhalten, bei der Entwicklung aggressiven Verhaltens von Bedeutung sind (vgl. Comings, 1997; Plomin, Owen & McGuffin, 1994). Ergebnisse aus *Zwillings- und Adoptionsstudien* weisen sowohl auf genetische als auch umweltbedingte Effekte bei der Entstehung antisozialen Verhaltens hin (vgl. Carey & Goldman, 1997), wobei der jeweilige Anteil bei ca. 40 bis 50 % liegt.

Insgesamt betrachtet kann man davon ausgehen, daß *genetische und Umweltfaktoren in einer wechselseitigen Beziehung zu stehen scheinen* (Blanz, 1998; Cadoret et al., 1995; Carey & Goldman, 1997; Plomin et al., 1994). Insbesondere bei komplexen und heterogenen Verhaltensmustern wie Aggression werden verschiedene genetische Verknüpfungen vorliegen, die die Wahrscheinlichkeit für aggressives Verhalten in unterschiedlichem Ausmaß erhöhen, wenn weitere risikoerhöhende Faktoren hinzukommen (Blanz, 1998; Plomin & Rutter, 1998). Aufgrund der variierenden Befunde zum Verlauf und zur Komorbidität aggressiven Verhaltens (s. Abschnitt 2) ist davon auszugehen, daß genetisch-biologische Vulnerabilitäten in einem unterschiedlichen Ausmaß verknüpft sein können mit verschiedenen risikoerhöhenden Faktoren.

3.2 Risikoerhöhende Faktoren

Risikoerhöhende Faktoren stellen keine hinreichenden oder notwendigen Bedingungen (Ursachen) für psychische Störungen dar, vielmehr tragen sie in unterschiedlichem Ausmaß zur Entstehung und Aufrechterhaltung aggressiven Verhaltens bei. Folgende *risikoerhöhende Faktoren* lassen sich unterscheiden (vgl. Scheithauer & Petermann, 1999):

- **Kindbezogene Faktoren (Vulnerabilitätsfaktoren):** Diese Faktoren beziehen sich sowohl auf genetische und biologische Dispositionen als auch auf Merkmale wie zum Beispiel ein schwieriges Temperament.
- **Umgebungsbezogene Faktoren (Risikofaktoren):** Risikofaktoren in der Umgebung des Kindes umfassen beispielsweise das Erziehungsverhalten der Eltern oder den Einfluß durch Gleichaltrige.
- **Phasen erhöhter Vulnerabilität:** Kritische Perioden (z.B. Entwicklungsübergänge, wie die Einschulung oder der Eintritt in die Pubertät), in denen risikoerhöhende Faktoren eine stärkere Wirkung auf das psychosoziale Funktionsniveau haben können.

Eine Vielzahl unterschiedlicher Faktoren werden in Studien zur Entstehung und Aufrechterhaltung aggressiven Verhaltens angeführt (s. Tab. 3), wobei kontrovers diskutiert wird, ob einige dieser Faktoren (insbesondere die kognitiven) dem aggressiven Verhalten vorausgehen oder aber, ob es sich um Begleitumstände aggressiven Verhaltens handelt.

Bestimmte Faktoren (z. B. psychische Störungen und Erkrankungen der Eltern) werden auch im Zusammenhang mit anderen psychischen Störungen (z. B. Depression) diskutiert. Einzelne Faktoren für sich können zu meist nicht das Auftreten aggressiven Verhaltens bei Kindern und Jugendlichen erklären. Eindeutigere Zu-

Tabelle 3:

Wesentliche risikoerhöhende Faktoren aggressiven Verhaltens im Kindes- und Jugendalter.

Biologische Faktoren
<ul style="list-style-type: none"> • Neuropsychologische Defizite • Prä-, peri- und postnatale Faktoren (z.B. Geburtskomplikationen, niedriges Geburtsgewicht) • Psychophysiologische Faktoren (z.B. ein niedriges Aktivationsniveau) • Biochemische Faktoren (z.B. niedriger Serotoninspiegel)
Frühe Verhaltensfaktoren
<ul style="list-style-type: none"> • Schwieriges Temperament • Frühes impulsives Verhalten
Familiäre Faktoren sowie Eltern-Kind-Interaktion
<ul style="list-style-type: none"> • Verschiedene Formen der Eltern-Kind-Bindung • Frühe Eltern-Kind-Konflikte • Erziehungsverhalten der Eltern (z.B. inkonsequentes Verhalten oder körperliche Bestrafungen) • Vernachlässigung und sexueller Mißbrauch • Konflikte der Eltern sowie Scheidung der Eltern • Psychische Störungen und Erkrankungen der Eltern
Kognitive Faktoren
<ul style="list-style-type: none"> • Niedriger IQ sowie geringe kognitive Fertigkeiten • Schlechte Schulleistungen • Defizite in der sozial-kognitiven Informationsverarbeitung
Soziale Faktoren
<ul style="list-style-type: none"> • Ablehnung durch Gleichaltrige • Einfluß devianter Gleichaltriger

sammenhänge zwischen risikoerhöhenden Faktoren und aggressivem Verhalten ergeben sich, wenn man *spezifische Wirkmechanismen* betrachtet (vgl. zusammenfassend Scheithauer & Petermann, 1999):

- **Kumulation risikoerhöhender Faktoren:** Anhaltend aggressives Verhalten tritt mit hoher Wahrscheinlichkeit am häufigsten bei Kindern und Jugendlichen auf, die vielfältigen Risiken ausgesetzt sind. Hochbelastete Kinder und Jugendliche weisen mit höherer Wahrscheinlichkeit eine größere Bandbreite aggressiver sowie weiterer Problemverhaltensweisen (z.B. Drogenmißbrauch) auf.
- **Abfolgen im Auftreten und Wechselwirkungen risikoerhöhender Bedingungen:** Risikoerhöhende Bedingungen zu einem früheren Zeitpunkt (z.B. neuropsychologische Schädigungen des Nervensystems) erhöhen die Wahrscheinlichkeit für weitere risikoerhöhende Bedingungen zu einem späteren Zeitpunkt in der Entwicklung des Kindes (z.B. schlechte Schulleistungen), die in Folge mit einem aggressiven Verhalten verknüpft sein können.
- **Verknüpfung bestimmter Faktoren:** Treten bestimmte Faktoren gemeinsam auf, so erhöht sich das Risiko für aggressives Verhalten. Beispiele hierfür wären kinderreiche Familien mit einem niedrigen Einkommen, die in Gegenden mit hohem Gewaltanteil wohnen und Eltern mit inkonsequentem Erziehungsverhalten.
- **Alters- und geschlechtsspezifische Muster:** Mit steigendem Alter des Kindes verlieren risikoerhöhende Faktoren im familiären Bereich an Bedeutung, wohingegen die Bedeutung widriger Umgebungsfaktoren zunimmt (z.B. im Zusammenhang mit den Gleichaltrigenbeziehungen). Darüber hinaus zeigen sich geschlechtsspezifische Wirkzusammenhänge.
- **Phasen erhöhter Vulnerabilität:** Bestimmte Phasen in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen gehen mit einem höheren Risiko für aggressives oder delinquentes Verhalten einher. Kurz vor und nach der Einschulung beispielsweise treten häufiger aggressive Verhaltensweisen auf.

Biologische Faktoren

Eine Reihe *psychophysiologischer Faktoren* ist verknüpft mit aggressivem und delinquentem Verhalten. Raine (1997) stellt zusammenfassend fest, daß dissoziales Verhalten bei Kindern und Jugendlichen mit einem niedrigeren Aktivationsniveau (z. B. verminderte Herzfrequenzrate und niedrigeres Hautleitfähigkeitsniveau) unter Ruhebedingungen verbunden ist. Unterscheidet man zwischen *verschiedenen Formen aggress-*

siven Verhaltens ergibt sich ein differenzierteres Bild: Insbesondere ein unkontrolliertes, impulsiv-aggressives Verhalten geht mit einer Reihe vegetativer Erregungszeichen (z. B. erhöhte Herzfrequenzrate und Hautleitfähigkeit) einher, während instrumentelle Aggressivität (die oft mit Delinquenz auftritt) mit einer niedrigen Erregung und wenigen vegetativen Begleitmerkmalen verbunden ist (vgl. Blanz, 1998). Eine Trennung dieser beiden Formen aggressiven Verhaltens erweist sich jedoch im klinischen Alltag als schwierig; häufig treten Mischformen auf.

Auf *biochemischer Ebene* wird vor allem die Rolle des serotonergen Systems, das an der Regulation einer Reihe physiologischer und affektiver Funktionen beteiligt ist, im Kontext mit aggressivem (insbesondere impulsiv-aggressivem) Verhalten diskutiert (vgl. Plutchik & Van Praag, 1997; Stein, Hollander & Liebowitz, 1993). Dabei liegen Befunde vor, die in einer reduzierten zentralen Serotoninaktivität eine Verknüpfung zu einer herabgesetzten Hemmschwelle sehen, auf aversive Stimuli (z.B. negative, dargebotene Reize) aggressiv zu reagieren (vgl. Blanz, 1998). Geschlechtsunterschiede im Auftreten aggressiven Verhaltens werden insbesondere in Verbindung mit dem männlichen Sexualhormon Testosteron diskutiert. So weisen aggressive, dissoziale Jugendliche (insbesondere jene mit in der Kindheit beginnendem, anhaltend aggressivem Verhalten) einen höheren Testosteronspiegel auf (vgl. Brain & Susman, 1997). Andere Befunde sprechen dafür, daß Testosteron eher mit sozialem Erfolg oder sozialer Dominanz verknüpft zu sein scheint als grundsätzlich mit aggressivem Verhalten (Schaal, Tremblay, Soussignan & Susman, 1996). Einige Autoren (z.B. Costantino et al., 1993) betonen, daß, neben einer Reihe weiterer, methodischer Schwierigkeiten (z.B. sehr unterschiedliche Definitionen aggressiven Verhaltens), viele Befunde mit Hilfe von Querschnittsstudien ermittelt wurden. Ein erhöhter Testosteronspiegel beispielsweise könnte auch eine Folge, weniger eine Ursache oder risikoerhöhende Bedingung, aggressiven Verhaltens darstellen.

Frühe Entwicklungsrisiken

Genetisch-bedingte (z.B. bestimmte Erkrankungen), *pränatale* (teratogene; z.B. die Beeinträchtigung der fetalen Entwicklung während bestimmter sensibler Perioden durch Schadstoffe oder Tabak-, bzw. Alkoholkonsum), *perinatale* (z.B. Komplikationen beim Geburtsvorgang) oder *postnatale Faktoren* (z.B. traumatische Kopfverletzungen, Ernährungsdefizite) können zu *neuropsychologischen Defekten* im kindlichen Nervensystem führen, die sich in einem schwierigen Temperament, impulsivem Verhalten, Defiziten in kognitiven Fertigkeiten sowie motorischen Entwicklungsverzögerungen äußern (Brennan & Mednick, 1997; Moffitt, 1993a; b). Diese Faktoren wiederum stellen risikoerhöhende Bedingungen aggressiven Verhaltens dar. Kinder aus sozial-hochbelasteten Familien (z.B. niedriger sozio-

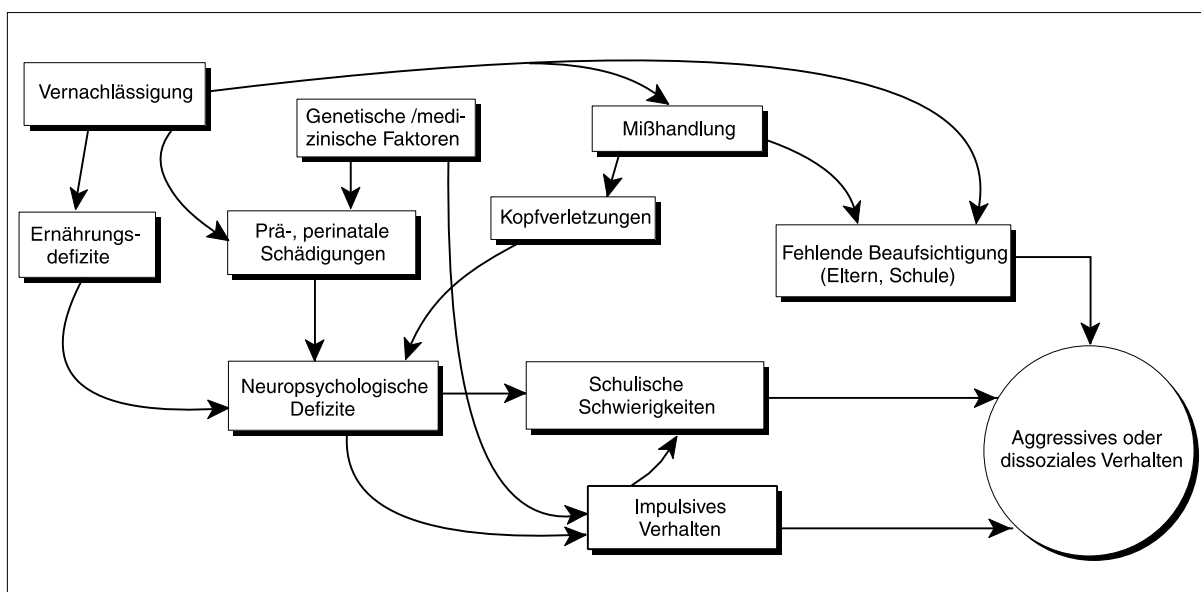


Abbildung 6:

Biologische Risikomechanismen aggressiven Verhaltens im Kindes- und Jugendalter (modifiziert nach Brennan & Mednick, 1997).

ökonomischer Status, viele Kinder, Arbeitslosigkeit) sind einem besonders hohem Risiko für perinatale Komplikationen, eine schlechte Ernährung sowie Kindesmißhandlung ausgesetzt. Geburtskomplikationen, insbesondere in Kombination mit einem ablehnenden mütterlichen Verhalten dem Kind gegenüber (z.B. ungewollte Schwangerschaft), waren in verschiedenen Studien verknüpft mit gewalttätigem und delinquentem Verhalten im Jugend- und Heranwachsendenalter (Kandel & Mednick, 1991; Raine, Brennan & Mednick, 1994). Andere Studien (z.B. Tessier, Nadeau, Bovin & Tremblay, 1997) konnten diese Zusammenhänge nicht bestätigen. Zusammenhänge zu einem späteren aggressivem Verhalten scheinen demnach eher über weitere, familiäre risikoe erhöhende Faktoren vorzuliegen.

Abbildung 6 faßt mögliche biologische Risikomechanismen aggressiven Verhaltens im Kindes- und Jugendalter zusammen.

Frühe Verhaltensfaktoren

Säuglinge mit einem unregelmäßigen Schlaf-Wach-Rhythmus, die sich zudem sehr unruhig verhalten und oft gereizt sind, werden als Kinder mit einem „*schwierigen Temperament*“ bezeichnet. Temperamentsunterschiede stellen individuelle, konstitutionell-bedingte Unterschiede in der Selbstregulation und Aufmerksamkeitssteuerung sowie in der emotionalen Reaktivität und motorischen Aktivität dar (vgl. Rothbart & Bates, 1998). Das Temperamentskonzept ist somit eng verknüpft mit biologischen und physiologischen Faktoren.

Basierend auf Thomas und Chess' (1977) neun Temperamentsdimensionen werden drei Kategorien unter-

schieden: das „einfache“, das „langsam auftauende“ und das „schwierige Kind“ (vgl. Zentner, 1998). Etwa ab dem zweiten Lebensjahr scheinen Vorhersagen anhand der Temperamentsdimensionen möglich zu sein (Kagan, 1998; Rothbart & Bates, 1998; Schwartz, Snidman & Kagan, 1996), wenn auch die Verhaltensmerkmale mit dem Alter variieren: In der Adoleszenz beispielsweise wird ein schwieriges Temperament durch ein enthemmtes, sensationssuchendes Verhalten charakterisiert. Temperamentsmerkmale (z.B. ein „enthemmtes“ oder „gehemmtes Verhalten“) erweisen sich über die Zeit und in der weiteren Entwicklung als relativ stabil (vgl. Campbell, 1997; Rothbart & Bates, 1998; Scerbo, Raine, Venables & Mednick, 1995).

Ein schwieriges Temperament erhöht für Kinder das Risiko, Problem- und aggressive Verhaltensweisen zu entwickeln (Kingston & Prior, 1995; Schwartz et al., 1996), wobei entweder eine direkte Verknüpfung mit oppositionellem oder aggressivem Verhalten oder aber indirekte Verbindungen über den Einfluß auf das Verhalten der Eltern und Personen im näheren Umfeld oder über riskante Verhaltensweisen des Kindes postuliert werden (vgl. Rothbart & Bates, 1998; Shaw & Winslow, 1997). Ebenso bestehen Verknüpfungen zwischen einem impulsiven, unkontrollierten Verhalten in der Kindheit und späterer Delinquenz (Tremblay, Pihl, Vitaro & Dobkin, 1994; White et al., 1994). Etwa die Hälfte aller betroffenen Kinder mit Problem- sowie aggressiven oder impulsiven Verhaltensweisen in der Vorschulzeit weist diese ebenso in der Schulzeit auf (Campbell, 1997; Fagot & Leve, 1998).

Problematisch erweist sich die Tatsache, daß in vielen Studien zu frühen Verhaltensauffälligkeiten zumeist lediglich die Einschätzung der Eltern eingeholt wurde.

Doch auch, wenn es sich bei der Beurteilung der Eltern um sehr subjektive Bewertungen des Verhaltens ihres Kindes handelt, reflektiert diese doch eine grundsätzliche Einstellung ihrem Kind gegenüber und beeinflusst die frühe Eltern-Kind-Interaktion (vgl. Shaw & Winslow, 1997).

Bindung und frühe Mutter-Kind-Interaktion

Eine sichere Eltern-Kind-Bindung während der ersten beiden Lebensjahre ist verknüpft mit einer effektiveren Emotionsregulation sowie positiveren Beziehungen zu den Eltern, zu Gleichaltrigen und anderen Erwachsenen (Perrig-Chiello, 1997; Thompson, 1998; Zimmermann, Suess, Scheuerer-Englisch & Grossmann, 1999). Ebenso trägt eine sichere Bindung zur Entwicklung sozialer Kompetenzen sowie einem sicheren Selbstwertgefühl bei (vgl. Greenberg, Speltz & DeKlyen, 1993; Thompson, 1998).

Bestimmte *Bindungsmuster* stehen in einem Zusammenhang zu aggressivem Verhalten: unsicher-vermeidende, unsicher-ambivalente sowie desorganisierte Bindungserfahrungen (vgl. Van Ijzendoorn, 1997). Unsichere und desorganisierte Bindungserfahrungen können verknüpft sein mit aggressivem Verhalten im Schulalter, negativeren Beziehungen gegenüber Gleichaltrigen und Problemen in der Emotionsregulation (vgl. Shaw & Winslow, 1997; Thompson, 1998; Van Ijzendoorn, 1997) sowie kriminell Verhalten im Heran- und Erwachsenenalter (Van Ijzendoorn et al., 1997). Dieser Zusammenhang zeigt sich insbesondere dann, wenn weitere risikoe erhöhende Faktoren vorliegen (wie z.B. negatives, elterliches Erziehungsverhalten oder Mißbrauchserfahrungen). Die Einstellung der Eltern, insbesondere der Mutter, zu ihrem Kind stellt dabei einen wesentlichen Faktor dar: Weisen die Eltern eher Unverständnis für ihr Kind auf, so ist das Risiko für aggressives Verhalten größer (Greenberg et al., 1993; Shaw, Keenan & Vondra, 1994). Kinder können darüber hinaus aggressives Verhalten einsetzen, um Aufmerksamkeit bei ihren ansonsten uninteressierten Eltern zu erregen.

Die Qualität der frühen Bindungen ist verknüpft mit der *Moralentwicklung* des Kindes, die sich beispielsweise darin äußert, anderen Menschen gegenüber empathisch zu reagieren oder elterlichen Anweisungen zu folgen (vgl. Turiel, 1998). Eine solche Entwicklung wird durch einen elterlichen Erziehungsstil begünstigt, der durch emotionale Wärme, Verantwortlichkeit aber auch konsequentem Verhalten gekennzeichnet ist (De Wolff & Van Ijzendoorn, 1997; Van Ijzendoorn, 1997). Doch auch das Temperament des Kindes kann das Verhalten seiner Eltern und damit die Entwicklung der Eltern-Kind-Bindung bedeutend beeinflussen (vgl. Rothbart & Bates, 1998). Andere Studien, die das elterliche Erziehungsverhalten, das Temperament des Kindes und die Bindungsqualität berücksichtigen, konnten jedoch lediglich eine Verknüpfung zwischen familiären Faktoren

(Erziehungsverhalten etc.), dem frühen Verhalten des Kindes in der Spielgruppe und einem aggressiven Verhalten während der Schulzeit ermitteln (z.B. Fagot & Leve, 1998). Differenzen zwischen den Ergebnissen können zumeist auf methodische Unterschiede zurückgeführt werden (z.B. unterschiedliche oder die gleichen Informationsquellen für die Beurteilung des Temperaments des Kindes und seines Verhaltens).

Geschlecht

Jungen sind wesentlich häufiger von aggressivem Verhalten betroffen als Mädchen (zusammenfassend Hartung & Widiger, 1998). Dieser Geschlechtsunterschied ist etwa ab dem vierten bis fünften Lebensjahr zu beobachten (Keenan & Shaw, 1997). Aggressives Verhalten bei Mädchen unterscheidet sich von dem der Jungen: Mädchen weisen eher indirekte, dissoziale Verhaltensweisen auf, wie zum Beispiel soziale Manipulation, frühe sexuelle Aktivitäten und häufig wechselnde Sexualpartner, Verletzung von Regeln etc., Jungen hingegen in stärkerer Intensität und mit größerer Häufigkeit ein direktes, gewalttätiges sowie ernsthafteres, delinquentes Verhalten (Giordano & Cernkovich, 1997; Hartung & Widiger, 1998; Österman et al., 1998; Zoccolillo, 1993). Berücksichtigt man die Auftretensraten aggressiven Verhaltens in der Allgemeinbevölkerung, so weisen Mädchen jedoch sogar ein größeres Risiko auf, komorbide Störungen zu entwickeln (Loeber & Keenan, 1994).

Eine Reihe unterschiedlicher Hypothesen zur Erklärung der höheren Auftretensrate aggressiven Verhaltens bei Jungen werden angeführt (Davies & Windle, 1997; Giordano & Cernkovich, 1997; Hartung & Widiger, 1998; Hoyt & Scherer, 1998; Keenan & Shaw, 1997; Shaw & Winslow, 1997; Zoccolillo, Tremblay & Vitaro, 1996):

- **Unterschiedliche Sozialisations- und Erziehungserfahrungen:** Mädchen werden dazu erzogen, sich anderen gegenüber prosozial zu verhalten, werden „strenger“ erzogen und ihre Aktivitäten stärker kontrolliert; Jungen hingegen sind motorisch expansiver, werden für ihr Rollenverhalten oft verstärkt und erfahren weniger Kontrolle. Diese Erziehungserfahrungen entsprechen den allgemeinen, gesellschaftlichen Rollenerwartungen.
- **Unterschiede in der biologischen, kognitiven, sozialen und emotionalen Entwicklung:** Mädchen durchlaufen ihre kognitive, soziale, Sprach- und emotionale Entwicklung schneller und sind somit früher in der Lage, beispielsweise prosoziale statt aggressive Problemlösestrategien zu generieren. Die früher einsetzende biologische Reifung ist verknüpft mit einer geringeren Anfälligkeit gegenüber belastenden Umgebungsfaktoren.

- **Unterschiedliche Phasen erhöhter Vulnerabilität:** Jungen scheinen beispielsweise während der Kindheit vulnerabler auf familiäre Risikofaktoren zu reagieren, Mädchen hingegen während der Adoleszenz.
- **Unterschiede aufgrund methodischer Aspekte:** Ein Geschlechtsunterschied könnte auch die Folge von Stichprobenverzerrungen sein: So werden in vielen Studien oftmals lediglich Jungen berücksichtigt. Darüber hinaus scheinen die diagnostischen Kriterien des DSM, die vorrangig in Studien an Jungen überprüft wurden, maßgeblich zu den Geschlechtsunterschieden in der Prävalenz aggressiven Verhaltens beizutragen. Werden beispielsweise für Mädchen modifizierte Diagnosekriterien zugrunde gelegt, so weisen fast genausoviele Mädchen wie Jungen eine aggressive Verhaltensstörung auf.

Eltern-Kind-Interaktion und Erziehungsverhalten der Eltern

Neben einem elterlichen Erziehungsstil, der durch Verständnis, Wärme und Autonomie gekennzeichnet ist, müssen die Eltern ihr Kind im Übergang vom Kleinkind- zum Kindesalter zunehmend in seinem Verhalten leiten und oft auch beschränken. Bestimmte Formen der *Eltern-Kind-Interaktion*, aber auch der Interaktion zwischen Geschwisterkindern, tragen in Verbindung mit bestimmten *Erziehungspraktiken* zu einer Förderung oppositionellen und aggressiven Verhaltens beim Kind bei, die in sogenannten *Erpresserspielen* zwischen den Eltern und ihrem Kind münden können (vgl. Petermann & Petermann, 1997a; b). Dieser Kreislauf beginnt zunächst damit, daß die Eltern ihr Kind positiv (das Kind erhält z. B. durch Schreien einen erwünschten Gegenstand) oder negativ verstärken (das Kind macht die Erfahrung, daß es z.B. durch aggressives Verhalten einen unangenehmen Zustand beenden kann). Die Duldung von Verhaltensweisen durch die Eltern führt dazu, daß das Kind eine stillschweigende Zustimmung ableitet. Das Kind verhält sich zunehmend aggressiver und herausfordernder, ebenso die Eltern, so daß es zu regelrechten Familienkonflikten kommt. Diese Form der Interaktion läßt sich bei aggressiven Kindern für die gesamte Familie, inklusive Geschwisterkinder, ermitteln (z.B. Dumas, 1996; Dumas, LaFreniere & Serketich, 1995; Snyder, Schrepferman & St. Peter, 1997). Ein solches Interaktionsverhalten unterstützt das Erlernen und Anwenden aggressiven oder oppositionellen Verhaltens und verhindert die Entwicklung prosozialen Verhaltens beim Kind. Darüber hinaus ist ein solches Interaktionsverhalten verknüpft mit der Entwicklung und Aufrechterhaltung aggressiven Verhalten außerhalb der Familie und gegenüber Gleichaltrigen (z.B. Dumas et al., 1995; Fagot & Leve, 1998).

Das *Erziehungsverhalten* der Eltern trägt in mehrfacher Hinsicht dazu bei, daß sich das aggressive oder oppositionelle Verhalten ihres Kindes herausbildet und verfestigt (Dumas et al., 1995; Frick, 1994; Rothbaum & Weisz, 1994; Stein & Perrin, 1998; Widom, 1997):

- zu viele oder widersprüchliche Anweisungen,
- ein überkontrollierendes Verhalten,
- immer strengere Erziehungsmaßnahmen,
- inkonsequentes Erziehungsverhalten und
- sehr strenge und viele strafende Erziehungsmaßnahmen bis hin zu körperlichen Züchtigungen.

Kinder lernen auf diese Weise nicht, Grenzen zu akzeptieren, Konflikte zu lösen oder sich anderen Menschen gegenüber empathisch zu verhalten; aggressives oder bestrafendes Verhalten wird von den Kindern als mögliche Bewältigungsstrategie wahrgenommen. Das Erlernen sozialer Kompetenzen im Umgang mit anderen wird auf diese Weise gefährdet, insbesondere durch die Vorbild- und Modellfunktion, die die Eltern ihren Kindern gegenüber einnehmen. Doch, ebenso kann ein zu geringes Beaufsichtigungsverhalten, insbesondere im Jugendalter, sowie ein Desinteresse dem Freizeitverhalten des Kindes gegenüber verknüpft sein mit Jugenddelinquenz (Forehand, Miller, Dutra & Chance, 1997; Frick, 1994). In vielen Studien konnte nachgewiesen werden, daß im Gegensatz dazu ein *autoritativer Erziehungsstil*, der durch emotionale Wärme, angemessene Beaufsichtigung und Lenkung sowie Interesse an den Aktivitäten des Kindes gekennzeichnet ist, zur Entwicklung angemessener Problemlösestrategien, einem stärkeren Selbstwertgefühl, guten Schulleistungen, einem angepaßten psychosozialen Funktionsniveau und somit zur Entwicklung prosozialen Verhaltens beiträgt (Dumas et al., 1995; vgl. Campbell, 1997; McIntyre & Dusek, 1995).

Familiäre Faktoren

Eine Reihe weiterer familiärer Faktoren wird im Zusammenhang mit der Entstehung und Aufrechterhaltung aggressiven Verhaltens diskutiert:

- **Psychische Störungen, körperliche Erkrankungen und delinquentes Verhalten der Eltern:** Psychische Störungen und Erkrankungen der Eltern sind verknüpft mit *beeinträchtigten elterlichen Erziehungs Kompetenzen* und einer Reihe weiterer negativer Faktoren (z.B. finanziellen Schwierigkeiten aufgrund einer begleitenden Arbeitsunfähigkeit; Capaldi & Patterson, 1994; Frick, 1994). Eltern, die sich aggressiv oder dissozial verhalten, stellen negative Modelle dar, an denen sich ihre Kinder orientieren. Insbesondere die Schwere der psychischen Störung oder Erkrankung und die damit einhergehenden psychosozialen Beeinträchtigungen scheinen die *Mutter-Kind-* oder *Vater-Kind-Interaktion* zu beeinträchtigen (Frick, 1994; Herpertz-Dahlmann & Remschmidt, 1995; Phares, 1996).

- **Vernachlässigung, sexueller Mißbrauch und körperliche Mißhandlung:** Vernachlässigung und Mißbrauchserfahrungen sind verknüpft mit einer *unsicheren Bindung* und können die Entwicklung aggressiven Verhaltens beim Kind begünstigen (Flisher et al., 1997; Widom, 1997).
- **Ehekonflikte und Scheidung der Eltern:** Ehekonflikte und die Trennung der Eltern sind über eine *Beeinflussung der Eltern-Kind-Interaktion*, der *Bindungs-* sowie der *elterlichen Erziehungskompetenzen* verknüpft mit aggressivem Verhalten des Kindes (Frick, 1994; Harold, Fincham, Osborne & Conger, 1997; Katz & Gottman, 1993). Insbesondere für Kinder, die jünger als sechs Jahre alt sind, scheint die Scheidung der Eltern das Risiko für Problemverhaltensweisen zu erhöhen (Pagani, Boulterice, Tremblay & Vitaro, 1997).
- **Sozioökonomischer Status:** Ein niedriger sozioökonomischer Status steht nicht per se in einem Zusammenhang zu aggressiven und dissozialen Verhaltensweisen, vielmehr erhöht sich das Risiko beim Vorliegen *weiterer negativer Bedingungen*, wie zum Beispiel Arbeitslosigkeit eines Elternteils oder dem Wohnen in Gegenden mit hohem Gewaltanteil (Cappaldi & Patterson, 1994; Guerra et al., 1995; Seidman et al., 1998).
- **Problemlösungsverhalten:** In Bewältigungssituationen kommt aggressiven Kindern weniger *familiäre Unterstützung* zu (Donenberg & Weisz, 1997; Pakaslahti, Spoo, Asplund-Peltola & Keltinkangas-Järvinen, 1998), was im Zusammenhang mit einem bereits beschriebenen negativen Eltern-Kind-Interaktionsverhalten verknüpft ist mit der Entwicklung beeinträchtigter *Problemlösefertigkeiten*.

Obwohl in den meisten Studien zu familiären Faktoren und zum familiären Interaktionsverhalten lediglich die Mütter berücksichtigt wurden, belegen jedoch neuere Studien, daß *Väter* bei der Herausbildung und Aufrechterhaltung aggressiven Verhaltens ihrer Kinder ebenso eine bedeutende Rolle einnehmen, auch wenn die Beziehungen zwischen mütterlichen Faktoren und dem Verhalten des Kindes insgesamt betrachtet stärker ausfallen (zusammenfassend DeKlyen, Biernbaum, Speltz & Greenberg, 1998; Phares, 1996). Insbesondere negative Lebensereignisse und chronische Belastungen scheinen über ein beeinträchtigtes Erziehungsverhalten der Väter verknüpft zu sein mit aggressivem Verhalten ihrer Kinder (DeKlyen et al., 1998).

Kognitive und sozial-kognitive Faktoren

Geringe kognitive Fertigkeiten stehen in einem deutlichen Zusammenhang insbesondere zu einem bereits früh auftretenden aggressiven Verhalten (vgl. Giancola, Mezzich & Tarter, 1998; Hinshaw, 1992; Loeber & Hay, 1997). Ein niedriger Intelligenzquotient (IQ) und Aufmerksamkeitsprobleme erhöhen das Risiko für delinquentes Verhalten (Maguin & Loeber, 1996 dargestellt in Loeber & Hay, 1997). Kognitive Defizite und *schlechte schulische Leistungen* lassen sich insbesondere bei Kindern ermitteln, die bereits früh aggressives oder dissoziales Verhalten oder komorbide Aufmerksamkeitsstörungen aufweisen (Hinshaw, 1992; Moffitt & Lynam, 1994; Sonuga-Barke et al., 1994). Vor allem der *verbale IQ* fällt bei aggressiven oder delinquenten Jugendlichen deutlich geringer aus. Somit könnte ein Zusammenhang über neuropsychologische Schädigungen mit Defiziten in der Sprachentwicklung und Beeinträchtigungen des schulischen Lern- und Leistungsverhaltens gegeben sein. Delinquente Jugendliche, die Aufmerksamkeitsstörungen während der Kindheit aufgewiesen haben, erlangen besonders schlechte verbale IQ-Werte (vgl. Heubrock & Petermann, 1998; Hinshaw, 1992; Moffitt, 1990; 1993b). Negative schulische Leistungen wiederum können über negative Leistungsrückmeldungen und einem negativen Selbstwertgefühl mit einem aggressiven oder dissozialen Verhalten verknüpft sein.

Die Arbeitsgruppe um Dodge (Crick & Dodge, 1994; Dodge & Schwartz, 1997) konnte bei aggressiven bzw. dissozialen Kindern oder Jugendlichen auf allen Stufen ihres Modells der *sozial-kognitiven Informationsverarbeitung* (s. Abb. 7) Defizite ermitteln:

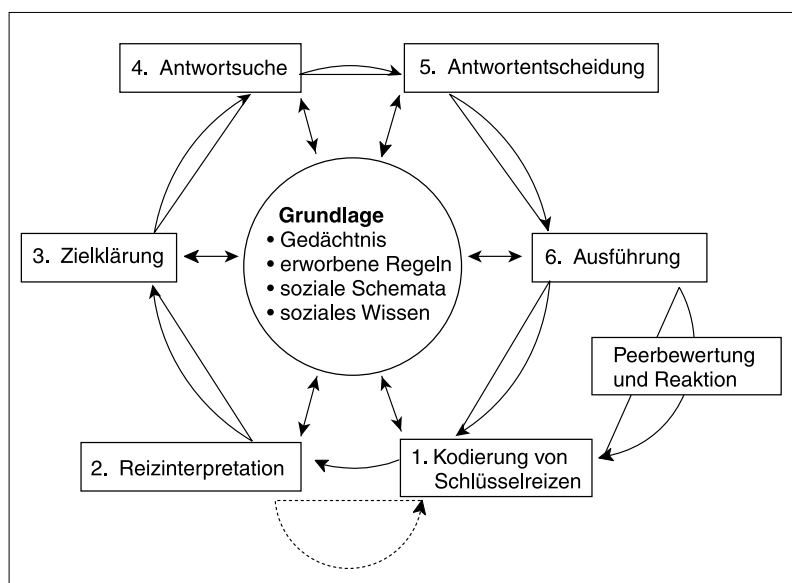


Abbildung 7:

Das sozial-kognitive Informationsverarbeitungsmodell (nach Crick & Dodge, 1994; aus Petermann et al., 1998, S. 169).

- **Kodierung von Schlüsselreizen:** Aggressive Kinder erkennen weniger soziale Schlüsselreize oder reagieren selektiver auf solche, die als bedrohlich oder feindselig interpretiert werden.
- **Reizinterpretation:** Aggressive Kinder neigen verstärkt dazu, soziale Schlüsselreize als bedrohlich oder provokativ zu interpretieren.
- **Zielklärung:** Aggressive Kinder beurteilen Handlungsziele, wie zum Beispiel dominante oder aggressive Verhaltensweisen, positiver.
- **Antwortsuche:** Aggressive Kinder verfügen in Konfliktsituationen über weniger positive oder effektive Problemlösestrategien.
- **Antwortentscheidung, Ausführung und Peerbewertung:** Aggressive Kinder wählen feindseligere und aggressivere Reaktionsformen aus, beispielsweise, da sie der Ansicht sind, daß diese Form der Reaktion ihnen mehr Bestätigung in der Gleichaltrigengruppe einbringt.

Die Prozesse der sozial-kognitiven Informationsverarbeitung verlaufen sehr schnell und sind durch eine Reihe internaler und externaler Faktoren, wie zum Beispiel eigene Erfahrungen, kognitive Schemata oder das Selbstwertgefühl, beeinflusst. Mit der Zeit verfestigen sich diese Wahrnehmungs- und Reaktionsmuster aufgrund neuer Erfahrungen und erweisen sich als stabil

(vgl. Dodge & Schwartz, 1997). Defizite in der sozial-kognitiven Informationsverarbeitung werden beispielsweise als Mediator („Bindeglied“) zwischen den familiären Erfahrungen, den Erfahrungen in der Gleichaltrigengruppe und einem aggressiven Verhalten angesehen (Pettit, 1997).

Gleichaltrigenbeziehungen

Mit zunehmendem Alter der Kinder wird der Einfluß der Eltern geringer, der Einfluß der Gleichaltrigen allerdings umso größer. Das beeinträchtigte Sozialverhalten aggressiver Kinder führt dazu, daß sie, soziometrischen Messungen zufolge, vermehrt von Gleichaltrigen *abgelehnt* werden (vgl. Loeber & Hay, 1997). Cairns, Cadwallader, Estell und Neckerman (1997) hingegen argumentieren zusammenfassend, daß aggressive Kinder von Gleichaltrigen zumeist als unbeliebt eingestuft werden, sie aber dennoch intime Freundschaften und ein soziales Netzwerk zu zumeist ebenso aggressiven oder dissozialen Kindern aufweisen; dieser Zusammenhang zeigt sich sowohl im Kindes- als auch im Jugendalter. Soziale Beziehungen können sowohl risikoe erhöhend als auch risikomildernd sein: Die Zugehörigkeit zu einer Jugendbande war bei dissozialen Jugendlichen verknüpft mit einem Andauern des Verhaltens; das Fehlen sozialer Zugehörigkeit zur Gruppe der Gleichaltrigen hatte einen risikoe erhöhenden Effekt für angepaßte und einen risikomildernden für deviante Jugendliche (Bender & Lösel, 1997).

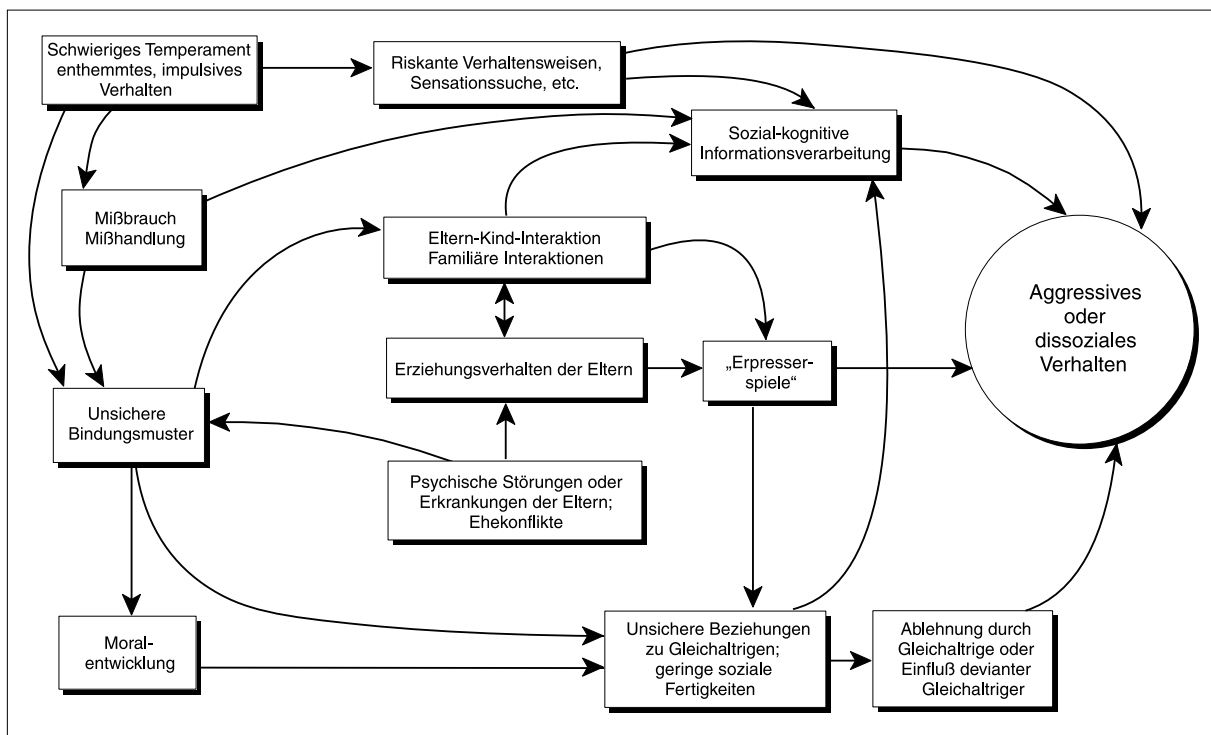


Abbildung 8: Psychosoziale risikoerhöhende Faktoren aggressiven und dissozialen Verhaltens.

Ein starker Zusammenhang zeigt sich insbesondere zwischen der Intensität der *Kontakte zu devianten Gleichaltrigen*, fehlender elterlicher Aufsicht und Interesse an den Freizeitaktivitäten ihres Kindes sowie dissozialem oder delinquentem Verhalten der Jugendlichen (vgl. Stoolmiller & Eddy, 1994 dargestellt in Reid & Eddy, 1997). Einer Studie von Vitaro und Mitarbeitern (1997) zufolge weisen insbesondere Jungen mit ersten Anzeichen (leichten aggressiven Verhaltensweisen) und einem aggressiven oder dissozialem Freundeskreis ein hohes Risiko auf, delinquentes Verhalten zu entwickeln.

Abbildung 8 verdeutlicht die wesentlichen Zusammenhänge zwischen den hier angeführten psychosozialen, risikoe erhöhenden Bedingungen und der Entwicklung aggressiven oder dissozialen Verhaltens.

3.3 Risikomildernde Faktoren

Nicht alle Kinder und Jugendlichen mit einem erhöhten Risiko für aggressives Verhalten bilden dieses auch aus. Vielmehr können bestimmte Faktoren innerhalb der Familie oder des sozialen Umfeldes die Wirkung risikoe erhöhender Faktoren abpuffern (*Schutzfaktoren*).

Andere Personen besitzen die Fähigkeit, auf unterschiedliche risikoe erhöhende Bedingungen widerstandsfähig (*resilient*) zu reagieren. Weiterhin scheinen bestimmte demographische Faktoren oder *Eigenschaften des Kindes* einen protektiven Effekt auszuüben (vgl. Scheithauer & Petermann, 1999). Bisher liegen im Vergleich zur Untersuchung risikoe erhöhender Faktoren nur wenige Studien zu risikomildernden Faktoren aggressiven Verhaltens vor, dennoch lassen sich zusammenfassend eine Reihe von Faktoren anführen, die mit positiven Entwicklungsverläufen im Kindes- und Jugendalter verknüpft sind (s. Tab. 4). Auffallend ist, daß einige der angeführten Faktoren in ihrer negativen Ausprägung risikoe erhöhend wirken (vgl. Stouthamer-Loeber et al., 1993).

Erst durch eine Gegenüberstellung von risikoe erhöhenden und -mildernden Faktoren kann eine Aussage über die Belastung des Kindes, seiner Familie und eine Prognose über den möglichen Entwicklungsverlauf getroffen werden (vgl. Scheithauer & Petermann, 1999). Interventionen sollten stets darauf ausgerichtet sein, risikomildernde Faktoren als wichtige Ressource im therapeutischen Prozeß miteinzubeziehen oder zu fördern (vgl. Yoshikawa, 1994).

Tabelle 4:

Risikomildernde Faktoren im Kindes- und Jugendalter (aus Scheithauer & Petermann, 1999, S. 10; nach Laucht, Esser & Schmidt, 1997).

Kindbezogene sowie Resilienzfaktoren	Schutzfaktoren bzw. umgebungsbezogene Faktoren
<p>Kindbezogene Faktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • weibliches Geschlecht • erstgeborenes Kind • positives Temperament (flexibel, aktiv, offen) • überdurchschnittliche Intelligenz <p>Resilienzfaktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • positives Sozialverhalten • positives Selbstwertgefühl und positive Selbstwirksamkeitsüberzeugung • aktives Bewältigungsverhalten 	<p>Schutzfaktoren innerhalb der Familie</p> <ul style="list-style-type: none"> • stabile, emotionale Beziehung zu einer Bezugsperson • offenes, unterstützendes Erziehungsklima • familiärer Zusammenhalt • Modelle positiven Bewältigungsverhaltens <p>Schutzfaktoren innerhalb des sozialen Umfeldes</p> <ul style="list-style-type: none"> • soziale Unterstützung • positive Freundschaftsbeziehungen • positive Schulerfahrungen

4 Interventionsverfahren

Das Wissen über Entwicklungsrisiken ermöglicht eine exakte Interventionsplanung. Mit zunehmendem Andauern aggressiven oder dissozialen Verhaltens kommt es, wie dargestellt, zu einer Generalisierung, Diversifikation und damit Stabilität des Verhaltens. Je *früher* ein ungünstiger Entwicklungsverlauf durch eine Intervention unterbrochen wird, umso *effektiver* werden langfristige und positive Veränderungen bewirkt und negative Entwicklungsverläufe verhindert (vgl. Loeber & Farrington, 1998). Positive Therapieeffekte sind insbesondere dann zu erwarten, wenn die betroffenen Kinder noch jung sind und erst wenige differenzierte Verhaltensweisen vorliegen. Somit stellen das Vorschulalter und die ersten Schuljahre wichtige Interventionszeitpunkte dar (vgl. Eyberg, Boggs & Algina, 1995; Loeber & Farrington, 1998; Reid & Eddy, 1997; Tolan et al., 1995; Webster-Stratton, 1996).

Bei der Auswahl geeigneter Behandlungsmaßnahmen sind jene Verfahren zu bevorzugen, mit denen bisher gute Therapieeffekte erzielt wurden und die als empirisch abgesichert gelten (vgl. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Practice Parameters [AACAPPP], 1997; Brestan & Eyberg, 1998; Chambless & Hollon, 1998; Kazdin, 1997; Kazdin & Weisz, 1998). Neben präventiven Ansätzen zählen *verhaltens-therapeutische Interventionen* zu den wirksamsten und am besten evaluierten Verfahren (Döpfner, 1997; Kazdin, 1997).

4.1 Präventionsansätze

Präventionsmaßnahmen sollen generell das Risiko für aggressives und dissoziales Verhalten vermindern oder verhindern. Insbesondere Kinder, die multiplen Risiken ausgesetzt sind, sollten das Ziel von Präventionen darstellen (Hawkins, Arthur & Olson, 1997). Viele *primär-präventive Maßnahmen* richten sich bereits in breit angelegten Kampagnen an werdende Mütter mit vielfältigen Risiken (z.B. alleinstehend und sehr junges Alter) und beinhalten unter anderem folgende Aspekte (vgl. Reid & Eddy, 1997; Ziegler, Taussig & Black, 1992):

- Die Versorgung des Kindes durch die Mutter (Ernährung und Pflege) soll verbessert und ein sicherer Umgang mit ihrem Säugling gefördert werden.
- Die Gesundheit der Mutter soll verbessert und ihr Konsumverhalten (z.B. Tabak- oder Alkoholkonsum) positiv beeinflusst werden, insbesondere während kritischer Entwicklungsphasen.
- Die Familie soll in ein soziales Netzwerk eingebunden sowie positive, familiäre Interaktionen gefördert werden.

- Der Mutter sollen effektive Problemlöse- und Bewältigungsstrategien vermittelt werden, die ein positives Erziehungsverhalten fördern.
- Diese Maßnahmen sollen langfristig den allgemeinen Gesundheitszustand, die Entwicklung sowie verschiedene soziale Kompetenzen des Kindes unterstützen.

Ziegler et al. (1992) konnten in einer Meta-Analyse nachweisen, daß Präventionsprogramme, die diese Elemente beinhalteten, effektiv und nachhaltig das Auftreten aggressiven oder dissozialen Verhaltens verhindern oder vermindern konnten. Einerseits unterstützen solche Maßnahmen langfristig die Entwicklung von Handlungsstrategien und die Entwicklung prosozialen Verhaltens beim Kind; andererseits wird über das Konsumverhalten der Mutter, ihrem gesundheitlichen Zustand während der Schwangerschaft sowie ihrem Pflegeverhalten beispielsweise das Auftreten neuropsychologischer Schädigungen beim Kind verhindert (vgl. Brennan & Raine, 1997). Besonders effektiv erweisen sich Präventionsprogramme, die *mehrere risikoerhöhende Bedingungen gleichzeitig* betreffen (Oford, 1997; Tremblay & Craig, 1995).

Olds und Mitarbeiter (Olds, Henderson, Chamberlin & Tatelbaum, 1986; Olds, Henderson, Tatelbaum & Chamberlin, 1986 dargestellt in Reid & Eddy, 1997) entwickelten ein *primär-präventives Programm für werdende Mütter* mit multiplen Risiken. Bereits von der 30. Schwangerschaftswoche an bis zwei Jahre nach der Geburt wurden die Mütter in unterschiedlich großen Abständen von Krankenschwestern des öffentlichen Gesundheitswesens betreut. Das Präventionsprogramm umfaßte viele der oben angeführten Aspekte, vor allem betraf es die mütterliche Versorgung des Kindes. Die Krankenschwestern vermittelten den zumeist sehr jungen Müttern Handlungsstrategien im Umgang mit ihrem Säugling (z. B. „Wie erkenne ich, daß mein Kind hungrig ist oder es sich nicht wohl fühlt?“ und „Was tue ich, wenn mein Kind schreit?“). Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, bestehend aus Müttern mit multiplen Risiken, die nicht das Programm durchliefen, zeigten sich Jahre später weniger risikoerhöhende Bedingungen (z. B. nur in geringem Maße Kindesmißhandlungen oder Substanzmißbrauch durch die Mütter). In einer Nachuntersuchung nach 15 Jahren wiesen die Kinder der Mütter, die das Programm durchlaufen haben, in bedeutend geringerem Umfang aggressives oder dissoziales Verhalten auf als Kinder aus der Kontrollgruppe (Olds et al., 1998).

Eine weitere Möglichkeit, aggressives Verhalten zu verhindern oder zu vermindern, bietet der Einsatz schulischer Präventionsprogramme. Zu den primär-präventiven Programmen im deutschen Sprachraum zählt das *Sozialtraining in der Schule* (Petermann, Jugert, Reh-

der, Tänzer & Verbeek, 1999b), das von den Lehrern im Klassenverband umgesetzt werden soll. Das Training fördert grundlegende kognitive Fertigkeiten und soziale Kompetenzen bei Schülern der dritten bis zur sechsten Klasse und vermindert somit das Auftreten aggressiven und sozial-unsicheren Verhaltens. Das Training beinhaltet

- die Entwicklung einer differenzierten Wahrnehmung,
- das Erkennen und Ausdrücken von Gefühlen,
- die Entwicklung einer angemessenen Selbstbehauptung,
- die Entwicklung kooperativen Verhaltens sowie
- die Entwicklung von Einfühlungsvermögen.

Das Training sollte nach Möglichkeit in schulweite Maßnahmen eingebettet werden, wie zum Beispiel die Bildung von Arbeitsgruppen oder Durchführung von Projektwochen zur Entwicklung eines guten Schulklimas. Darüber hinaus sollen die Eltern in Form von Informationsabenden und Einzelgesprächen eingebunden werden. Die Maßnahme umfaßt insgesamt zehn Sitzungen, mit jeweils einer 90minütigen Sitzung pro Woche. Die Sitzungen sind jeweils gleich strukturiert und umfassen sechs Phasen (s. Tab. 5). Innerhalb des

Trainings kommt themenspezifischen Rollen- und Interaktionsspielen eine wesentliche Rolle zu.

Erste Studien zur Wirksamkeit belegen, daß eine erhöhte Aggressionsbereitschaft bei Schülern mit Hilfe des Sozialtrainings reduziert werden konnte (vgl. Verbeek & Petermann, 2000). Andere schulische Präventionsprogramme, zum Beispiel das *Gewaltpräventionsprogramm* von Olweus (1995), das *PATHS Curriculum* (Greenberg, Kusche, Cook & Quamme, 1995) oder das *Second Step* (Committee for Children, 1992) reduzieren ebenfalls aggressives und fördern prosoziales Verhalten (z. B. Dusenbury et al., 1997; Grossman et al., 1997; Reynolds & Kelley, 1997). Insbesondere mit Hilfe multimodaler Präventionsprogramme, wie dem *FAST Track Program* (Conduct Problems Prevention Research Group, 1992), können dabei gute Erfolge erzielt werden.

4.2 Interventionsvoraussetzungen

Man kann nicht davon ausgehen, daß Kinder und Jugendliche, die sich bereits seit einem längeren Zeitraum aggressiv oder dissozial verhalten, innerhalb kürzester Zeiträume ihr Problemverhalten ablegen oder

Tabelle 5:

Sechs Phasen einer Sitzung des Sozialtrainings in der Schule (nach Petermann et al., 1999b).

Phasen der Sitzung	Inhalte / Themen
Einleitungsphase	Beginn der Sitzung mit einem kurzen Spiel zum Aufwärmen, das im Zusammenhang zum Thema der Sitzung steht. Der Lehrer gibt dann eine kurze Einleitung in die Trainingssitzung.
Regelphase	Im Klassenverband werden pro Sitzung zwei Regeln besprochen und vereinbart, die der Problematik in der Klasse angepaßt sein sollten. Eine der Regeln richtet sich an die eher aktiven, die zweite Regel an die eher ruhigen Schüler (z.B. „jeder darf ausreden“ vs. „jeder darf etwas sagen“).
Entspannungsphase	Durchführung einer Entspannungsübung zur Vorbereitung auf die Arbeitsphase, beispielsweise mit den für Kinder geeigneten <i>Kapitän-Nemo-Geschichten</i> (Petermann, 1994; s.u. Kasten 8), die bildgetragene, imaginative Verfahren und Entspannungsanweisungen kombinieren.
Arbeitsphase	Die Arbeitsphase stellt die wichtigste Phase des Trainings dar. Über Rollen- oder Interaktionsspiele, Bildmaterialien oder Geschichten wird das Leitthema der Stunde (z.B. „Einfühlungsvermögen“) erarbeitet. Die Auswahl des Materials sollte sich an den Problemen und Bedürfnissen der Klasse orientieren.
Abschlußphase	Die Klasse gibt mit Hilfe von Signalkarten Rückmeldung darüber, inwiefern die Klassenregel von der Klasse während der Sitzung beachtet wurde. Die Kinder werden somit angeleitet, sich selbst und andere zu beobachten und ihr Verhalten einzuschätzen. Der Trainer kann aufgrund der Rückmeldung abschätzen, wie die Stunde bei den Schülern angekommen ist.
Ausklang	Beendigung der Sitzung mit einem kurzen Spiel.

prosoziales Verhalten erlernen werden. Das Ziel der Behandlung aggressiven Verhaltens ist zunächst nicht im Erreichen einer absoluten Symptombefreiheit, sondern vielmehr in einer *Symptomreduktion* und *Zunahme prosozialen Verhaltens* beim Kind sowie einer *positiven Veränderung des sozialen Umfeldes* des Kindes (z.B. Modifikation ungünstiger Bedingungen im Elternhaus) zu sehen. Dies gilt insbesondere für Kinder und Jugendliche, die bereits seit mehreren Jahren durch ihr Problemverhalten auffällig geworden sind. Für langfristige Therapieerfolge sind dabei insbesondere *Verhaltensveränderungen im Alltag* bedeutsam. Die Wirksamkeit von Behandlungsmaßnahmen läßt sich durch den Einsatz von Verhaltenstrainings in Form von *Therapiemanualen* erhöhen (Durlak et al., 1991; Hibbs et al., 1997; Wilson, 1996). Durch die Anwendung von Therapiemanualen wird darüber hinaus eine bedeutende *Qualitätssicherung* erreicht (Petermann, 1996; 1997; Wilson, 1996).

Unterschiedliche Faktoren können den therapeutischen Prozeß und damit die Wirksamkeit der Behandlung aggressiven Verhaltens *negativ* beeinflussen:

- **Therapiemitarbeit des Kindes:** Bestimmte Faktoren beeinflussen die Therapiearbeit mit dem Kind negativ; so können die familiären Lebensumstände, sozioökonomische Faktoren oder die generelle Einstellung der Eltern etwa dem Therapeuten gegenüber die Therapiemitarbeit des Kindes blockieren. Somit besteht ein wesentlicher Aspekt darin, mögliche äußere Einflußgrößen und somit auch den familiären Rahmen im therapeutischen Prozeß zu berücksichtigen (vgl. zusammenfassend Kazdin & Weisz, 1998).
- **Therapiemitarbeit der Eltern:** Die Mitarbeit der Eltern beeinflusst maßgeblich die Wirksamkeit von Verhaltenstrainings. Eltern aggressiver Kinder weisen oft eine mangelnde Kooperationsbereitschaft auf oder beenden die Behandlung frühzeitig (Döpfner, 1997; Reid, 1993). Insbesondere Eltern aus schlechten sozioökonomischen Verhältnissen mit Eheproblemen, psychischen oder körperlichen Erkrankungen sowie alleinerziehende Eltern brechen eine Behandlung vorzeitig ab (Kazdin, Mazurick & Siegel, 1994; Serketich & Dumas, 1996). Diese Faktoren sind darüber hinaus verknüpft mit geringeren Therapieeffekten (Kazdin, 1995b). Ergänzend können den Eltern spezielle Angebote (z.B. eine Paartherapie) gemacht werden, um die Wirksamkeit des Trainings und die Therapiemitarbeit zu steigern.
- **Krankheitseinsicht und Inanspruchnahmeverhalten:** Aggressive Kinder sehen sich selbst oftmals nicht als behandlungsbedürftig an und treten typischerweise nicht selbst, sondern über ihre Eltern mit psychosozialen Versorgungseinrichtungen in den Kontakt (Dumas, 1996; Kazdin, 1995 a).
- **Psychosoziale Einflußfaktoren:** Eltern mit aggressiven Kindern suchen insbesondere dann Versorgungseinrichtungen auf, wenn weitere Beeinträchtigungen vorliegen (z.B. Depression oder Angststörungen der Mutter sowie elterliche Auseinandersetzungen und Scheidung). Diese Familien weisen massivere Probleme sowie ein aggressiveres Interaktionsverhalten auf (vermehrt verbale und körperliche Aggression und in geringerem Umfang positive Interaktionen). Sie berichten in geringerem Maße von Sozialkontakten und sozialer Unterstützung (Dumas, 1996; Kazdin & Weisz, 1998; Serketich & Dumas, 1996). Somit besteht die Notwendigkeit, mögliche Auswirkungen familiärer Probleme oder elterlicher Belastungen auf den Behandlungserfolg im therapeutischen Prozeß zu berücksichtigen (Kazdin & Weisz, 1998).
- **Therapieabbruch:** Aggressive Kinder oder Jugendliche brechen häufig die Therapie ab. Diese Kinder weisen typischerweise eine größere Variation aggressiver oder dissozialer Verhaltensweisen und viele risikoerhöhende Bedingungen auf (z.B. eine schlechte Beziehung zu den Eltern). Somit besteht die Gefahr, daß gerade die Personengruppe mit dem größten Risiko für einen stabilen Verlauf aggressiven Verhaltens durch Interventionsangebote am wenigsten erreicht wird (Kazdin, 1995b; Kazdin et al., 1994). Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß ein wesentlicher Aspekt bei der Behandlung aggressiven Verhaltens in der Beziehungsarbeit und Therapiemotivation liegt (vgl. Schulte, 1998).
- **Komorbidität.** Komorbide Störungen können nachhaltig den Behandlungsverlauf und die Effektivität der Behandlung beeinflussen: Aggressive Kinder oder Jugendliche mit komorbiden Störungen (z.B. Aufmerksamkeits- oder depressive Störungen) weisen einen negativeren Therapieverlauf und schlechtere Therapieeffekte auf (vgl. Newman et al., 1998). Dabei wirken sich Begleitumstände, wie vermehrte negative Lebensereignisse, Schwierigkeiten im Beruf sowie in der Schule oder Arbeitslosigkeit negativ aus. Trotz der hohen Mehrfachbelastung bei aggressivem Verhalten durch weitere psychische Störungen liegen bis heute keine eindeutigen Richtlinien für die Behandlung vor (Abikoff & Klein, 1992; Kazdin, 1997). Dennoch lassen sich einige *Strategien für eine effektive Therapieplanung* anführen (AACAPPP, 1997; Abikoff & Klein, 1992; Clarkin & Kendall, 1992; Newman et al., 1998):
 - Aufgrund der stärkeren Belastung sind zunächst *multimodale und multimethodale Interventionen* besonders günstig, mit denen auch beispielsweise schulische Leistungsdefizite oder die beeinträchtigten Gleichaltrigenbeziehungen modifiziert werden können.
 - In der Therapieplanung sollte berücksichtigt werden, daß Personen mit komorbiden Störungen in

einem *geringeren Umfang risikomildernde Faktoren* (z.B. soziale Unterstützung und Beziehungen) aufweisen, die in die Behandlungsmaßnahmen integriert werden könnten. Die psychosozialen Bereiche, in denen sich die *größten Defizite* und Auswirkungen zeigen, sollten vorrangig behandelt werden.

4.3 Entwicklungsorientierte Interventionen

Während bestimmte therapeutische Methoden und Verfahren altersunabhängig angewandt werden können, variieren andere in Abhängigkeit vom Alter und Entwicklungsstand des Patienten. Die Verwendung von Behandlungsmaßnahmen, die ursprünglich für Erwachsene konzipiert wurden, erweist sich aufgrund der Unterschiede in der kognitiven, sozialen und emotionalen Entwicklung für Kinder oftmals als unangebracht. Diese Verfahren können nicht ohne weiteres im Kindesalter eingesetzt werden (vgl. Ammerman & Hersen, 1993; Eyberg, Schuhmann & Rey, 1998). Entwicklungsorientierte Interventionen berücksichtigen in der Auswahl geeigneter Methoden den *kognitiven und sozial-emotionalen Entwicklungsstand des Kindes*: Der Einsatz kognitiver Verfahren beispielsweise setzt ein entsprechendes Entwicklungsniveau beim Kind voraus. Es müssen differenzierte, *altersgruppenspezifisch gestaltete Therapiemanuale* eingesetzt werden, die kind- und zeitgemäß gestaltete Therapiematerialien (z. B. Comics) enthalten. Darüber hinaus berücksichtigen entwicklungsorientierte Interventionen den *bisherigen Entwicklungsverlauf aggressiven Verhaltens* sowie die vom aggressiven Verhalten betroffenen Umgebungen und Personen (vgl. Niebank & Petermann in diesem Buch). Stellt im Kleinkind- und Kindergartenalter die Familie Hauptziel der Interventionen dar, müssen nach dem Schuleintritt weitere Einflußfaktoren berücksichtigt werden. Zunehmend richten sich die Interventionen auf die aggressiven Kinder und Jugendlichen selbst und auf ihr Umfeld (Schule und Gleichaltrigenbeziehungen; Reid, 1993).

Bestimmte *Entwicklungsübergänge* im Leben des Kindes (z.B. der Übergang vom Kindergarten in die Schule) können besonders geeignet sein für eine Intervention (Webster-Stratton, 1996). Solche Entwicklungsübergänge gehen oftmals mit einer erhöhten Belastung der gesamten Familie einher, so daß Familien zu einem solchen Zeitpunkt besonders empfänglich für unterstützende Maßnahmen sein können (vgl. Conduct Problems Prevention Research Group, 1992).

Entwicklungsorientierte Interventionen greifen zusammenfassend auf *empirisch fundierte Entwicklungsmodelle* zurück, die auf den Einzelfall spezifizierbar sind. Dabei gilt es nach Petermann (1997; vgl. Scheithauer & Petermann, 1999) neben einer genauen *entwicklungsorientierten Diagnostik* und einer *funktionalen*

Verhaltensanalyse des kindlichen Verhaltens, folgende Aspekte für eine *Therapieplanung* zu berücksichtigen:

- risikoerhöhende Faktoren beim Kind und seiner Familie,
- risikomildernde Faktoren, die gefördert werden können,
- der Entwicklungsstand des Kindes,
- ein günstiger Zeitpunkt für eine Intervention,
- mögliche komorbide Störungen,
- Umgebungs- und Einflußfaktoren des weiteren sozialen Umfeldes und
- die Einschätzung der Entwicklungsprognose.

4.4 Interventionsebenen

4.4.1 Soziale und kognitive Fertigungs- und Problemlösetrainings

Kognitive Fertigungs- und Problemlösetrainings sollen dazu beitragen, kognitive Fertigkeiten aggressiver Kinder zu modifizieren und interpersonale Fertigkeiten zu entwickeln (Kazdin, 1997; Kazdin & Weisz, 1998; Southam-Gerow & Kendall, 1997). Obwohl unterschiedliche Trainings mit jeweils variierenden Maßnahmen angeführt werden können, lassen sich doch bestimmte Aspekte in allen Verfahren wiederfinden:

- Die Art und Weise, in der sich Kinder sozialen Situationen nähern und die kognitiven Prozesse, die ihre Interaktionen in sozialen Situationen begleiten, stehen im Mittelpunkt der Intervention. Schrittweise sollen die Kinder lernen, sich sozialen Situationen angemessen zu nähern und interpersonale Probleme zu lösen.
- Ausgewählte, prosoziale Verhaltensweisen sollen beim Kind in sozialen Situationen verstärkt werden (z.B. durch Tokensysteme).
- Der Therapeut übernimmt stets eine aktive Rolle, indem er die kognitiven Prozesse und die sozialen Verhaltensweisen beim Kind mit Hilfe verbaler Anweisungen und Verstärkungsmaßnahmen fördert und leitet.
- Es werden unterschiedliche therapeutische Methoden (z.B. strukturierte Rollenspiele, Übungen und Geschichten) sowie Techniken (z.B. Verstärkungsmaßnahmen, Response-Cost-Systeme [aversive Konsequenzen, wie Belohnungsentzug] und Lernen am Modell) eingesetzt. Selbstinstruktion, Selbstmanagement, Perspektivenübernahme, das Lösen sozialer Probleme aber auch -Entspannungsverfahren werden miteinander kombiniert.

- Problemlöseaufgaben sollen im Verlauf der Intervention in zunehmendem Maße auf reale Alltagssituationen übertragen werden.

Die Arbeitsgruppe um Lochman (Lochman, 1992; Lochman, Dunn & Klimes-Dougan, 1993) entwickelte ein Gruppentraining für aggressive Kinder in der Schule, das *Anger Coping Program*. Dieses Programm bezieht nicht nur kognitive, sondern auch emotionale Prozesse sowie physiologische Hinweisreize für Ärger mit ein. Das Programm besteht aus 18 wöchentlich durchgeführten Gruppensitzungen von jeweils einer Stunde Dauer. Die Gruppe besteht aus vier bis sechs Kinder, die von ihren Lehrern als aggressiv und/oder dissozial eingestuft wurden. Das Training umfaßt folgende Ziele (Lochman, 1992):

- Die Entwicklung von Gruppenregeln und Maßnahmen beim Nicht-Einhalten der Regeln.
- Den Kindern werden Techniken beigebracht, mit deren Hilfe sie ihren Ärger und ihre emotionale Erregung zu kontrollieren lernen. Diese Techniken sollen durch Selbstinstruktions- und Selbstmanagementübungen unterstützt werden, um auf diese Weise aggressives Verhalten zu blockieren.
- Die spezifischen Situationen, in denen die Kinder Probleme haben, ihre Wahrnehmung sozialer Problemsituationen und ihrer Handlungsintentionen sollen mit Hilfe von bildgetragenen Situationen oder in Rollenspielen ermittelt werden.
- Es werden Handlungsstrategien entwickelt, mit sozialen Problemsituationen umzugehen.
- Es werden Videofilme eingesetzt, in denen Kinder ihre physiologische Erregung und ihren Ärger in sozialen Situationen rechtzeitig wahrnehmen und mit Hilfe von Selbstinstruktionen (z.B. „Halt! Denke nach! Was sollte ich jetzt tun?“) und positiven Handlungsstrategien ihren Ärger kontrollieren.
- Unterstützend sollen die Gruppenmitglieder selbst einen Videofilm über Möglichkeiten der Kontrolle ihres Ärgers und ihrer Erregung drehen.
- In Gruppendiskussionen und Rollenspielen sollen die sozialen und kognitiven Fertigkeiten der Kinder und der Umgang mit ihrer Erregung und ihrem Ärger weiter entwickelt werden.

In den Gruppensitzungen können die Jugendlichen mit Gleichaltrigen interagieren und von Gleichaltrigen Feedback erhalten. Somit besteht die Möglichkeit, in realen sozialen Austauschprozessen soziale Fertigkeiten

einzuüben (z.B. Perspektivenwechsel, Empathie). Hierzu zählt auch, Problemsituationen rechtzeitig zu erkennen und sich verschiedene Lösungswege vorzustellen.

Mit Hilfe des Anger Coping Program konnte aggressives Verhalten sowohl kurz- als auch längerfristig reduziert werden, insbesondere dann, wenn die Kinder im nächsten Schuljahr einen Auffrischkurs erhielten und zusätzlich die Eltern miteinbezogen wurden (Lochman, 1992). Generell kann mit Hilfe kognitiver Fertigkeitstrainings aggressives und dissoziales Verhalten sowohl im häuslichen Rahmen und in der Schule als auch in der Gemeinde erfolgreich reduziert werden.

Der Einsatz kognitiver Verfahren führt, je nach *kognitivem Entwicklungsstand des Kindes*, zu unterschiedlichen Resultaten. Insbesondere ältere Kinder, ab etwa dem elften Lebensjahr, scheinen auf kognitiv-behaviorale Maßnahmen anzusprechen (Durlak, Fuhrman & Lampman, 1991; vgl. Brestan & Eyberg, 1998). Diese Effekte können auch noch bis zu einem Jahr nach Abschluß des Trainings ermittelt werden. Ebenso erweisen sich kognitive Fertigkeitstrainings sowohl bei einer ambulanten als auch stationären Behandlung als wirksam (vgl. zusammenfassend Kazdin & Weisz, 1998).

4.4.2 Elterntrainings

Elterntrainingsprogramme zielen darauf ab, Eltern zu vermitteln, wie sie das aggressive Verhalten ihrer Kinder beeinflussen und verändern können; diese Maßnahmen umfassen eine direkte Modifikation des elterlichen Erziehungsverhaltens und der Eltern-Kind-Interaktion. Zudem soll den Eltern mit Hilfe behavioraler Techniken vermittelt werden, wie sie das negative Verhalten ihrer Kinder lenken und prosoziales Verhalten fördern können. Alle Elterntrainings weisen grundlegende Gemeinsamkeiten auf (Kazdin, 1997; Kazdin & Weisz, 1998; Southam-Gerow & Kendall, 1997):

- Die Eltern – nicht das Kind – stehen im Mittelpunkt der Intervention.
- Die Eltern werden angeleitet, das negative Verhalten ihres Kindes genau zu erkennen und zu benennen. Spezifische Verhaltensweisen werden täglich protokolliert.
- Zusammen mit den Eltern werden die auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen des kindlichen Verhaltens (z.B. in der Interaktion zwischen der Mutter und dem Kind die „Erpresserspiele“) in einer Verhaltensanalyse ermittelt.
- Die Eltern sollen lernen, positive Verhaltensweisen des Kindes zu fördern und negative nicht zu beachten. Sie sollen effektiver mit dem Kind

kommunizieren (z.B. klares und eindeutiges Lob aussprechen) und sich in ihrem (Erziehungs-) Verhalten dem Kind gegenüber konsequent und von dem Kind deutlich einschätzbar erweisen.

- Der Therapeut leitet die Eltern im Erlernen bestimmter Techniken an, mit deren Hilfe sie das Verhalten ihres Kindes positiv beeinflussen sollen, statt negative Erziehungsmethoden und körperliche Bestrafungen anzuwenden. Zu diesen Techniken zählt der Einsatz von materiellen und sozialen Verstärkern (Lob und Tokensysteme, also positive Verstärker), Time-Out- oder Response-Cost-Systemen.
- Die Therapiesitzungen bieten den Eltern die Möglichkeit, die erlernten Techniken einzuüben (z.B. durch Rollenspiele) und zu verbessern. Somit besteht auch die Möglichkeit, neue Probleme zu antizipieren und zu lösen.
- Ergänzend werden, möglichst unter Berücksichtigung der Lehrer des Kindes, Verstärkungsmaßnahmen beispielsweise für das Erledigen von Hausaufgaben oder positive Freizeit- und Unterrichtspausenaktivitäten vermittelt.

Viele Elterntrainings basieren auf Patterson und Gullions (1968) Trainingsmanual *Living with Children*, welches auf *operante Prinzipien der Verhaltensmodifikation* aufbaut. Ähnlich funktioniert ein *Kontingenzmanagement* (vgl. Brack, 1997). In einem solchen Training beobachten von Psychologen geschulte Mediatoren das Problemverhalten des Kindes in realen Situationen (zu Hause, in der Schule etc.). Dabei wird nicht nur das Auftreten aggressiven, sondern auch prosozialen Verhaltens protokolliert. Die Eltern des Kindes wiederum werden auf der Basis dieser Beobachtungen angeleitet, ihr Interaktionsverhalten dem Kind gegenüber zu modifizieren und die von den Mediatoren ausgearbeiteten schriftlichen Vorschläge im Alltag des Kindes umzusetzen. Hierbei handelt es sich um Verhaltensweisen, wie zum Beispiel das Kind bei aggressivem Verhalten augenblicklich schweigend für einige Zeit auf sein Zimmer zu bringen oder sich dem Kind intensiv zuzuwenden, wenn es beim Tischdecken hilft. Bei der Umsetzung dieser Modifikationen sollen die Mediatoren den Eltern beispielsweise bei Fragen zur Strukturierung des Tagesablaufs beratend zur Seite stehen.

Das Elterntraining der Arbeitsgruppe um Webster-Stratton (1996) legt verschiedene *videogestützte Materialien* für Eltern junger,

aggressiver Kinder vor, mit deren Hilfe die Eltern das Training durchlaufen und in weiteren Gruppensitzungen angeleitet und geschult werden. Diese Videos beinhalten modellhaft szenische Darstellungen, in denen Eltern mit ihren Kindern positiv interagieren, so daß es zu einer Förderung prosozialen und Vermeidung aggressiven, dissozialen Verhaltens kommt. Das *BASIC Parent Training Program* umfaßt zehn Videocassetten, die über einen Zeitraum von bis zu 14 Wochen in insgesamt 26 Therapiesitzungen (mit acht bis zwölf Eltern) durchlaufen werden. In den Videos werden Verhaltenssequenzen gezeigt, die zur Diskussion, Modifikation des eigenen Verhaltens dem Kind gegenüber aber auch zum Erkennen und Beurteilen „normaler“ Reaktionen des Kindes dienen sollen. Unter Anleitung des Therapeuten werden die verschiedenen Situationen diskutiert und Verhaltensalternativen in Rollenspielen erarbeitet. Ziel ist es, die Eltern zu einer Selbstkontrolle in problematischen Situationen mit ihrem Kind zu verhelfen. Das Programm ist in vier Schritte unterteilt, in denen es um effektives Belohnen, Spielen mit dem Kind, das effektive Setzen von Grenzen und um den Umgang mit Problemverhalten geht; Kasten 6 gibt beispielhaft die Ziele des Programmschritts „effektiv Grenzen setzen“ wieder.

Kasten 6:

Ziele (Verhaltenssequenzen) des Programmschritts „effektiv Grenzen setzen“ aus dem videogestützten BASIC Parent Training Program (Webster-Stratton, 1996).

Wie man Grenzen setzt: Dem Kind vermitteln, Grenzen zu akzeptieren

- Die Eltern dabei unterstützen, Regeln im Haushalt aufzustellen.
- Möglichkeiten erarbeiten, dem Kind effektiver Anweisungen zu geben.
- Die Eltern sollen unnötige Anweisungen vermeiden.
- Die Eltern sollen uneindeutige, zweideutige und negative Anweisungen vermeiden.
- Dem Kind positive Handlungsalternativen vermitteln.
- Situationen erkennen, in denen die „Wenn-Dann“-Anweisung einzusetzen ist.
- Die Bedeutung und Notwendigkeit von Warnungen begreifen.
- Situationen erkennen, in denen problemlösend vorzugehen ist.
- Den effektiven Umgang mit dem Kind, das seine Grenzen austestet, lernen.
- Situationen erkennen, in denen das Kind abgelenkt oder beschäftigt werden muß.
- Streitigkeiten und „Warum?“-Spiele vermeiden.
- Fallen, die das Kind seinen Eltern möglicherweise stellt, erkennen.
- Unangemessenes Verhalten des Kindes ignorieren lernen.
- Anweisungen konsequent durchsetzen.
- Die Kinder darin unterstützen, angepaßter zu reagieren.

Der Einsatz von Behandlungsmaßnahmen bei aggressivem Verhalten kann unterschiedlich intensiv ausfallen: Im Rahmen des *Positive Parenting of Preschoolers Program* schlägt die Arbeitsgruppe um Sanders (zusammenfassend Connell, Sanders & Markie-Dadds, 1997) ein *mehrstufiges Interventionsprogramm* für Familien mit risikoerhöhenden Bedingungen aggressiven Verhaltens vor. Je nach Stärke des Problemverhaltens des Kindes werden unterschiedlich intensive therapeutische Strategien vorgeschlagen, wobei der Therapeut, je nach Stufe der Intervention, selbst gar nicht (ausschließlich video- oder manualgestützt) oder aber intensiv beteiligt ist. Bei anhaltenden Geschwisterrivalitäten (Interventionsgrad 2) beispielsweise reicht zunächst ein minimaler Kontakt des Therapeuten zu den Eltern (evtl. telefonisch) sowie umfassendes Informationsmaterial (Arbeitsbücher und Videotraining) aus. Auf dem Interventionsgrad 4 (Störung des Sozialverhaltens oder Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten) sind ebenfalls eine Vielzahl an Materialien für die Eltern vorgesehen (Interventionsmanual, Videotraining etc.), darüber hinaus aber auch ein individuelles oder Gruppentraining, mit dem Fokus auf der Eltern-Kind-Interaktion und den elterlichen Erziehungspraktiken (Connell et al., 1997).

Elterntrainings zählen bei der Behandlung aggressiven Verhaltens sowohl im Kindes- als auch Jugendalter zu den effektivsten Verfahren (Kazdin, 1997; Kazdin & Weisz, 1998; Serketic & Dumas, 1996; Webster-Stratton, 1998). Sowohl zu Hause als auch in der Schule konnte aggressives Verhalten wesentlich reduziert werden. Bei jüngeren, aggressiven Kindern hat sich insbesondere der Einsatz behavioraler Verfahren bewährt (vgl. Brack, 1997; Patterson, Reid & Dishion, 1992). Ebenso scheinen Trainings, die Response-Cost-Systeme (aversive Konsequenzen) verwenden, effektiv aggressives Verhalten zu reduzieren (Reynolds & Kelley, 1997). Video- oder manual- bzw. über Arbeitsbücher vermittelte Elterntrainings können das Verhalten des Kindes positiv beeinflussen und das Erziehungsverhalten der Eltern verbessern (Connell et al., 1997; Webster-Stratton, 1996; vgl. Kazdin & Weisz, 1998). Insbesondere Eltern mit geringeren verbalen Fertigkeiten profitieren von videogestützten Materialien. Da Elterntrainings zu anhaltenden Verhaltensveränderungen bei den Eltern führen (auch beispielsweise den Geschwistern des betroffenen Kindes gegenüber), sind langfristige und anhaltende Therapieeffekte zu erwarten. Elterntrainings helfen auch, Auswirkungen psychischer Störungen oder körperlicher Erkrankungen der Eltern abzufedern (zusammenfassend Kazdin & Weisz, 1998).

4.4.3 Systemisch-verhaltenstherapeutische Ansätze

Auf der Basis eines systemisch-verhaltenstherapeutischen Ansatzes (wie z. B. der *Funktionalen Familientherapie*; vgl. Heekerens, 1993) entwickelte die Ar-

beitsgruppe um Henggeler (Henggeler, 1994) eine *multisystemische Intervention*, die vor allem für *dissoziale und delinquente Jugendliche* eingesetzt werden kann. Folgende grundlegende Aspekte dieser Intervention lassen sich anführen (vgl. Kazdin, 1997; Kazdin & Weisz, 1998):

- Die gesamte Familie, die als ein funktionierendes System in der Entwicklung und Aufrechterhaltung der Verhaltensprobleme des Kindes angesehen wird, steht dabei ebenso im Fokus der Betrachtung, wie die Wechselwirkungsprozesse mit weiteren Subsystemen (z.B. der Schule oder den Gleichaltrigenbeziehungen), in denen der Jugendliche eingebettet ist.
- Um „multiple“ Systeme zu berücksichtigen, werden unterschiedliche Behandlungsmethoden (z.B. Elterntrainings, kognitive oder soziale Fertigkeitstrainings sowie Paartherapien für die Eltern), systemische und kognitiv-behaviorale Behandlungstechniken (z. B. paradoxe Interventionen, operante Techniken) verwendet. Diese sollen zur Problemidentifikation eingesetzt werden, die Kommunikation zwischen den Familienmitgliedern verbessern, die familiären Interaktionen beschreiben und den familiären Zusammenhalt erhöhen.
- Den Eltern soll geholfen werden, das Verhalten ihrer Kinder positiv zu beeinflussen. Eigene Beeinträchtigungen (z.B. Ehekonflikte) sollen bewältigt, und negativen familiären Interaktionen soll vorgebeugt werden.
- Die emotionalen Beziehungen unter den Familienmitgliedern sollen gefördert werden.

In der *Funktionalen Familientherapie* wird davon ausgegangen, daß innerhalb der Familie das Verhalten des Kindes (z. B. Aggression) eine bestimmte *Funktion* hat, nämlich zum Beispiel Nähe und Abstand zwischen den Familienmitgliedern zu regeln. Weiterhin kann das Verhalten eine bestimmte *Bedeutung* haben: So erlaubt das vermeintlich unerwünschte Problemverhalten des Kindes beispielsweise den Eltern in ihrer monoton gewordenen Zweierbeziehung plötzlich „emotionalen Zündstoff“ zu haben (Heekerens, 1993). Das Verhalten hat somit nicht nur in einer Zweierbeziehung eine bestimmte Funktion (z. B. zwischen der Mutter und ihrem Kind), vielmehr gilt es zu analysieren, welche Funktion diesem Verhalten gegenüber anderen Personen zukommt. Ist die grundlegende Funktion des Verhaltens erkannt (z. B. im Falle des aggressiven Kindes die Funktion, den Abstand zu seinen Eltern zu vergrößern), so sollte in der Behandlung versucht werden, nicht die Funktion des Verhaltens, sondern seine Form zu verändern; ein unerwünschtes Verhalten wird also durch ein erwünschtes Verhalten ersetzt. Vereinfacht ausgedrückt: Der Abstand von den Eltern, den ein Ju-

gendlicher beispielsweise durch sein unerwünschtes delinquentes Verhalten erreichen will, wird ihm in einer anderen Form (z. B. nach der Schule in eine Tagesfreizeitstätte gehen oder einer anderen Freizeitaktivität nachgehen) gewährt (Heckerens, 1993).

Insbesondere für Jugendliche mit einem delinquenten oder dissozialem Verhalten liegen verschiedene Studien vor, die die Wirksamkeit der multisystemischen und der Funktionalen Familientherapie belegen: Delinquentes Verhalten und emotionale sowie Verhaltensprobleme gingen zurück, und die familiären Interaktionen verbesserten sich (zusammenfassend Heckerens, 1993; Kazdin & Weisz, 1998). Im Vergleich zu anderen Maßnahmen (z.B. strafrechtliche Resozialisierungsmaßnahmen) erwiesen sich die erzielten Effekte als längerandauernd (Borduin et al., 1995; Henggeler et al., 1996). Lipsey (1992) konnte in einer Meta-Analyse von über 500 Interventionen bei Delinquenz im Jugendalter zu dem Ergebnis, daß statt Sanktionen insbesondere strukturierte *Behandlungsmaßnahmen*, auf der Basis kognitiv-behavioraler Techniken und der Vermittlung sozialer Fertigkeiten, zu guten Erfolgen kommen. Diese Maßnahmen schließen auch das Erziehungsverhalten der Eltern sowie die Gleichaltrigenbeziehungen des Jugendlichen mit ein.

Andere Verfahren, die vornehmlich bei delinquentem oder dissozialem Verhalten im Jugendalter eingesetzt werden, fassen Catalano et al. (1998), Tolan und Gorman-Smith (1997), Wasserman und Miller (1998) sowie Lipsey und Wilson (1998) zusammen.

4.4.4 Multimodale und multimethodale Verhaltenstrainings

Aufgrund der Vielfältigkeit aggressiven Verhaltens und der zumeist unterschiedlichen Umgebungen, in denen sich das Verhalten äußert, ist es sinnvoll, Interventionen auf *mehreren Ebenen* (kind- und eltern- bzw. schulzentriert) zu kombinieren (vgl. Moretti et al., 1997). Der Einfluß weiterer risikoerhöhender Faktoren und Bedingungen, die aggressives Verhalten aufrechterhalten (z. B. Ehekonflikte der Eltern, psychische Störungen oder körperliche Erkrankungen der Eltern), werden somit ebenfalls bei der Behandlung berücksichtigt. Interventionen, die mehrere risikoerhöhende Bedingungen gleichzeitig positiv beeinflussen, versprechen größere Erfolgsaussichten als Interventionen, die lediglich Einzelrisiken betrachten (Wasserman & Miller, 1998; Yoshikawa, 1994). Insbesondere bei schwerwiegenden Formen aggressiven Verhaltens sollten multimodale Interventionen eingesetzt werden (AACAPPP, 1997).

Multimodale Verhaltenstrainings kombinieren darüber hinaus *verschiedene therapeutische Methoden und Ansätze*: kognitiv-behaviorale Verfahren mit sozialen Fertigkeitstrainings, die in Einzel- oder Gruppensitzun-

gen durchgeführt werden. Die Kombination beispielsweise von Elternverhaltenstrainings mit sozialen Fertigkeitstrainings für das betroffene Kind ist mit stärkeren und länger anhaltenden Therapieeffekten verbunden (vgl. Matthys, 1997; Webster-Stratton & Hammond, 1997). Ebenso kann durch den Einsatz multimodaler Verhaltenstrainings das Risiko für delinquentes Verhalten oder für einen negativen Entwicklungsverlauf langfristig wesentlich verringert werden (z. B. Tremblay et al., 1995).

Multimodale Verhaltenstrainings sollten folgenden Standards entsprechen (Petermann, 1997):

- Im Rahmen der Therapieplanung sollte eine gründliche *Verhaltensanalyse* durchgeführt werden, um die auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen des aggressiven Verhaltens zu ermitteln.
- Nach einem *Baukastensystem* sollten die Trainingseinheiten ausgewählt werden und auf den *verschiedenen Interventionsebenen* (Kind, Eltern, Familie) abgestimmt werden.
- Die Trainingseinheiten sollen *systematisch und gleichbleibend* aufgebaut werden.
- *Einstiegs- und Sitzungsrituale* sollen eine Orientierungs- und Strukturierungshilfe geben.
- Die einzelnen Trainingseinheiten sollen gemäß einer *Therapiezielhierarchie* angeordnet werden, die sich aus der *empirisch abgeleiteten Prognose* des Behandlungserfolgs ergibt.

Als Beispiel multimodaler und -methodaler Verhaltenstrainings im Kindes- und Jugendalter sollen das *Training mit aggressiven Kindern* (Petermann & Petermann, 1997a) und das *Training mit Jugendlichen* (Petermann & Petermann, 1996a) vorgestellt werden.

Training mit aggressiven Kindern

Das Training mit aggressiven Kindern von Petermann und Petermann (1997a) umfaßt folgende Elemente:

- Das *Einzeltraining mit dem Kind* umfaßt sechs bis acht Sitzungen mit einer Dauer von jeweils 60 Minuten.
- Das *Gruppentraining mit den Kindern* umfaßt sechs bis zehn Stunden mit einer Dauer von jeweils 60 Minuten.
- Die *Beratung der Eltern* (trainingsbegleitend) umfaßt mindestens vier Kontakte mit einer Dauer von jeweils zwei Stunden.

Kasten 7:

Erhebungsverfahren zur Verhaltensanalyse, Indikationsstellung und therapiebegleitenden Diagnostik (nach Petermann & Petermann, 1997a).

Vor Therapiebeginn:
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Systematische Elternexploration:</i> Erhebung von Daten zur Person, den sozialen Beziehungen des Kindes und der sozioökonomischen Situation. Es werden Daten für eine Verhaltens- und Problemanalyse sowie trainings-spezifische Daten erhoben. • <i>Beobachtungsbogen für das Eltern-Interaktionsverhalten:</i> Bezieht sich auf das Interaktionsverhalten zwischen den Eltern, den Eltern und dem Kind sowie auf das der Geschwister untereinander und ist im Anschluß an das Elterngespräch zu bearbeiten.
Befragung des Kindes:
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Erfassungsbogen für aggressives Verhalten in konkreten Situationen:</i> (EAS; Petermann & Petermann, 1996b) zur Ermittlung aggressiven Verhaltens in unterschiedlichen Kontexten bei Jungen und Mädchen im Alter von neun bis 13 Jahren.
Beobachtung des Kindes:
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Beobachtungsbogen für aggressives Verhalten (BAV):</i> Beurteilung des Auftretens bestimmter Aktivitäten auf einer Fünf-Punkte-Skala. Dabei werden verschiedene Dimensionen aggressiven Verhaltens berücksichtigt. • <i>Beobachtungsbogen zur Therapiemitarbeit des Kindes (TMK):</i> Beurteilung des Auftretens bestimmter Aktivitäten auf einer Fünf-Punkte-Skala. Die Beurteilung beschränkt sich auf die konkrete Therapiesituation.

Vor Therapiebeginn wird mit Hilfe verschiedenen Verfahren eine genaue Verhaltensanalyse zur Indikationsstellung durchgeführt (s. Kasten 7).

Der *Erfassungsbogen für aggressives Verhalten in konkreten Situationen* (EAS; Petermann & Petermann, 1996b) verfolgt das Ziel einer *situations-spezifischen Diagnostik* aggressiven Verhaltens. Der EAS umfaßt 22 Konfliktsituationen (s. Abb. 9), die aus unterschiedlichen Alltagsbereichen von Kindern (Schule, Freizeit und zu Hause) stammen. Es liegen unterschiedliche Versionen für Mädchen (EAS-M) und Jungen (EAS-J) vor. Durch Bild- und Textinformationen soll eine Identifikation mit der beschriebenen Situation erleichtert und die Befragung motivierender gestaltet werden. Das Kind soll zwischen drei formulierten Reaktionsmöglichkeiten, wie es sich in der konkreten Situation verhalten würde, entscheiden. Die Reaktionsformen sind den Kategorien „sozial erwünscht“, „leicht aggressiv“ und „aggressiv“ zugeordnet. Hierbei wird auf eine Klassifikation aggressiven Verhaltens, wie sie bereits in Tabelle 1 dargestellt ist, zurückgegriffen. Alters- und geschlechtsspezifische Normwerte erlauben eine Beurteilung, ob es sich um klinisch relevantes Verhalten handelt.

Somit besteht die Möglichkeit einer *situations- und verhaltensbezogenen Klassifikation* des aggressiven Verhaltens und die Möglichkeit, eine auf den konkreten Fall zugeschnittene Therapieplanung vorzunehmen.

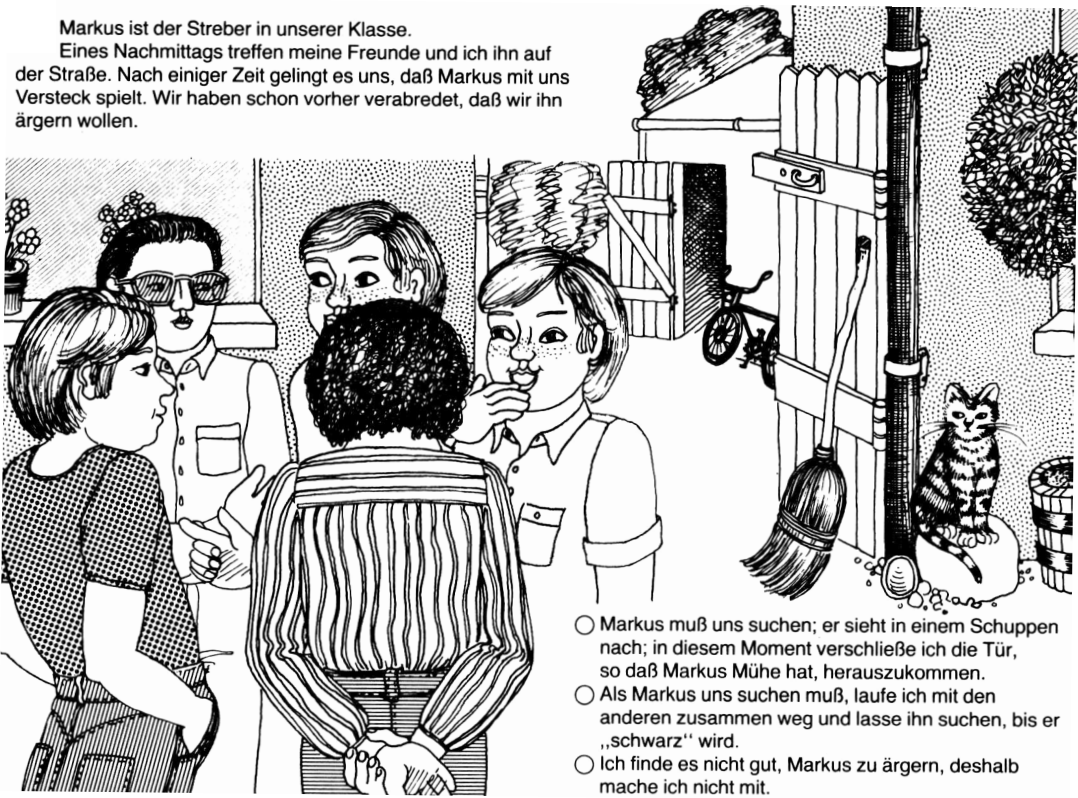
Verschiedene Techniken werden im Umgang mit dem aggressiven Verhalten der Kinder in Einzel- und Gruppensitzungen eingesetzt (s. Tab. 6). Im Kasten 8 ist beispielhaft für eine Entspannungsübung ein Auszug aus der *Kapitän-Nemo-Geschichte* (Ruheinstruktion; Petermann, 1994) angeführt. Ein wesentlicher Aspekt besteht in der Übertragung der erlernten Inhalte auf den Alltag (z. B. mit Hilfe von Verhaltensaufgaben).

Tabelle 6:

Techniken und Ziele des Trainings mit aggressiven Kindern (nach Petermann & Petermann, 1997a).

Ziele	Techniken
<ul style="list-style-type: none"> • Entspannung und motorische Ruhe 	<ul style="list-style-type: none"> • bildgetragene Entspannungsgeschichten
<ul style="list-style-type: none"> • differenzierte Wahrnehmung 	<ul style="list-style-type: none"> • Videofilme mit Konfliktsituationen • Wahrnehmungsspiele • Problemlösespiele
<ul style="list-style-type: none"> • Selbstkontrolle 	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstbeobachtungsbogen • Selbstinstruktionskarten
<ul style="list-style-type: none"> • angemessene Selbstbehauptung • Einfühlungsvermögen • Kooperation, Hilfeverhalten und prosoziales Verhalten 	<ul style="list-style-type: none"> • strukturierte Rollenspiele

Markus ist der Streber in unserer Klasse.
Eines Nachmittags treffen meine Freunde und ich ihn auf der Straße. Nach einiger Zeit gelingt es uns, daß Markus mit uns Versteck spielt. Wir haben schon vorher verabredet, daß wir ihn ärgern wollen.



Markus muß uns suchen; er sieht in einem Schuppen nach; in diesem Moment verschließe ich die Tür, so daß Markus Mühe hat, herauszukommen.
 Als Markus uns suchen muß, laufe ich mit den anderen zusammen weg und lasse ihn suchen, bis er „schwarz“ wird.
 Ich finde es nicht gut, Markus zu ärgern, deshalb mache ich nicht mit.

Abbildung 9:

Beispielsituation aus dem Erfassungsbogen für aggressives Verhalten in konkreten Situationen (hier aus der Version für Jungen, EAS-J, Situation 19; Petermann & Petermann, 1996b).

Die Kinder sollen mit Hilfe der in Tabelle 6 angeführten Materialien und Techniken

- zu einer genaueren Wahrnehmung sozialer Konfliktsituationen und von Handlungsabläufen kommen,
- angemessene Formen der Selbstbehauptung erproben,

- prosoziales Verhalten erlernen,
- aggressive Impulse kontrollieren lernen (z. B. mit Hilfe des Detektivbogens zur Selbstbeobachtung; s. Döpfner, Lehmkuhl, Petermann & Scheithauer in diesem Buch) und
- Empathie und die Fähigkeit der Rollenübernahme erlernen.

Kasten 8:

Auszug aus der Kapitän-Nemo-Geschichte (Ruheinstruktion; Petermann, 1994, S. 319).

„Stelle Dir vor, Du bist von Kapitän Nemo in sein Unterwasserboot Nautilus eingeladen worden. Ihr fahrt gemeinsam durch alle Weltmeere und seht wunderschöne Dinge unter Wasser. Die schönsten Stunden sind immer die, wenn Kapitän Nemo Dich auf seine Unterwasserausflüge mitnimmt. Dazu ziehst Du einen speziellen Taucheranzug an. Er hat eine besondere Wirkung auf Dich; Du merkst nämlich schon beim Anziehen, daß Du vollkommen ruhig wirst. Zuerst steigst Du mit dem rechten Bein in den Taucheranzug. Du merkst und denkst: Mein rechtes Bein ist ganz ruhig. Dann kommt das linke Bein dran. Auch das linke Bein wird ganz ruhig. Du denkst: Meine Beine sind schon vollkommen ruhig. Du ziehst den Taucheranzug über den Po und den Rücken hoch. Dann schlüpfst Du mit dem rechten Arm in den Taucheranzug, und Du denkst: Mein rechter Arm ist ganz ruhig. Du ziehst den linken Arm an, und er wird auch vollkommen ruhig. Du denkst: Meine beiden Arme sind vollkommen ruhig. Du ziehst noch die Kapuze über den Kopf und machst den Reißverschluß vorne zu. Jetzt bist Du vom Taucheranzug rundum eingehüllt und geschützt. Du fühlst Dich im Taucheranzug wohl, sicher und vollkommen ruhig. Zum Schluß ziehst Du noch die Schwimfflossen an, nimmst das Sauerstoffgerät auf den Rücken und setzt die Taucherbrille auf. Jetzt bist Du für den Unterwasserausflug mit Kapitän Nemo bereit.“

Kasten 9:

Instruktion zum Igelspiel (aus Petermann & Petermann, 1997a, S. 119).

„Ich werde Euch zuerst kurz eine Geschichte erzählen, die ich gehört habe und Ihr vielleicht auch schon. Hört gut zu. Vor einigen Tagen ging ich im Wald spazieren. Es war schon etwas dämmrig. Plötzlich raschelt etwas im Laub, und ich sah einen Igel vor mir auf dem Boden. Er suchte vermutlich Futter. Ich wollte mir den Igel 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, pieksen sie einen auch so, wie der Igel mit seinen Stacheln das kann? – Was haben Menschen wohl für Gründe, sich 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.“

Ein Beispiel für ein Rollenspiel, das das Einfühlungsvermögen des Kindes und den Aufbau von Empathie fördern soll, stellt das „Igelspiel“ dar (s. Kasten 9).

Im Rahmen der begleitenden Familien- und Elternarbeit wird im Elterntaining versucht, ein angemessenes Erziehungs- und Interaktionsverhalten im Umgang mit dem Kind aufzubauen. Die verfolgten Ziele gleichen den bereits beschriebenen Aspekten von Elterntainingsprogrammen. Zur Umsetzung dieser Ziele werden die Eltern in der systematischen Verhaltensbeobachtung und -verstärkung geschult (z. B. konsequentes und eindeutiges Loben, Techniken des Ignorierens und des sozialen Ausschlusses). Typische Konfliktsituationen werden besprochen und analysiert. Die Eltern sollen lernen, ihr Kind für gewünschte Verhaltensweisen konsequent zu loben, ungewünschte Verhaltensweisen hingegen konsequent zu bestrafen oder zu ignorieren. Dabei stehen Arbeitsmaterialien zur Verfügung, mit deren Hilfe die Eltern neue Verhaltensweisen einüben können. Das erworbene Wissen soll zunehmend auf den familiären Alltag übertragen werden.

In einer Meta-Analyse konnten Petermann und Bochmann (1993) bei Kindern, die mit dem Training behandelt wurden, bedeutende Verhaltensänderungen ermitteln; insbesondere positives, prosoziales Verhalten nahm zu. Besonders stabile Erfolge konnten erzielt werden, wenn es gelang, Alltagserfahrungen des Kindes in das Training miteinzubeziehen.

Training mit Jugendlichen

Das Training mit Jugendlichen zur Förderung des Arbeits- und Sozialverhaltens (Petermann & Petermann, 1996a) stellt ein Behandlungspaket für Jugendliche zum Aufbau sozial-kompetenten Verhaltens dar, das Grundprinzipien der bereits beschriebenen sozialen und kognitiven Fertigkeiten- und Problemlösetrainings enthält. Mit Hilfe des Trainings sollen Jugendliche ler-

nen, Probleme aus verschiedenen Lebensbereichen (z. B. Ausbildung und Beruf, Freizeitverhalten, Umgang mit dem Partner oder Gleichaltrigenbeziehungen) konstruktiv und effektiv anzugehen, statt aggressiv oder apathisch zu reagieren. In Einzel- und Gruppensitzungen sollen die Jugendlichen

- zu einer verbesserten Selbstwahrnehmung und Selbstkontrolle sowie
- zu einem verbesserten Einfühlungsvermögen gegenüber anderen Personen und Situationen gelangen,
- einen angemessenen Umgang mit den eigenen Gefühlen sowie
- ein stabiles Selbstbild aufbauen und
- zu einem angemessenen Umgang mit Selbstkritik, Kritik, Mißerfolgen aber auch Lob und Bestätigung durch andere gelangen.

Ein wesentlicher Aspekt des Trainings liegt somit in der Vermittlung der Erfahrung von Selbstwirksamkeit. Vor den Gruppensitzungen sind zunächst mindestens fünf Einzelsitzungen zu folgenden Themenbereichen zu durchlaufen:

- Beruf und Zukunft,
- Freizeit und Familie,
- Lebensschicksale und Eigenverantwortung,
- schwierigen und verlockenden Situationen Widerstehen lernen und
- eigenständiges Problemlösen.

Diese Themenblöcke, ebenso wie eine ungünstige Selbstwahrnehmung oder Problemverhaltensweisen der Jugendlichen, werden mit Hilfe von Bildmaterialien (Photos oder Cartoons), Tagebüchern etc. thematisiert. Abbildung 10 gibt als Beispiel ein ausgefülltes Tagebuch eines Jugendlichen wieder.


In den weiteren, mindestens zwölf Gruppensitzungen werden unter anderem folgende Ziele verfolgt:

- Der Umgang mit eigenen Gefühlen und den Gefühlen anderer (z. B. anhand von Bildmaterialien, die in der Gruppe diskutiert werden),
- das Üben von Einfühlungsvermögen und der Selbstsicherheit im Umgang mit anderen (z. B. soll in einem Partnerspiel ein Jugendlicher einen anderen mit verbundenen Augen führen),
- das Akzeptieren von Außenseitern,
- Ausdruck von Lob und Anerkennung,
- Argumentieren lernen und
- das Üben von Vorstellungsgesprächen und dem Umgehen mit Kritik im Beruf sowie mit Mißerfolgen.

Diese Ziele sollen in den für das Sozialtraining entscheidenden Gruppensitzungen umgesetzt werden: Anhand von Diskussionen und Rollenspielen sollen einerseits Problemsituationen bewußt gemacht und andererseits konkrete Verhaltensweisen eingeübt werden. Darüber hinaus werden konkrete Verhaltensübungen im Alltag der Jugendlichen angestrebt.

Tagebuch

Blatt: 2
Zeitraum: 3.-10.9.92



Regel 1: Heute habe ich Alkohol getrunken

eingehalten:

	1.Tag	2.Tag	3.Tag	4.Tag	5.Tag	6.Tag	7.Tag
Ja	X				X	X	X
Nein		X	X	X			

Regel 2: Wenn ja, wieviel und was?

eingehalten:

	1.Tag	2.Tag	3.Tag	4.Tag	5.Tag	6.Tag	7.Tag
Bier	2				4	4	2
Whisky	-				1	4	1

Ausgefülltes Tagebuch eines 15jährigen männlichen Jugendlichen.

Abbildung 10:

Ausgefülltes Tagebuch eines Jugendlichen zur Selbstbeobachtung und Selbstkontrolle (aus Petermann & Petermann, 1996a, S. 91).

Zusammenfassung

Aggressives Verhalten ist darauf ausgerichtet, jemanden indirekt oder direkt zu schädigen und kann auch dissoziales oder delinquentes Verhalten umfassen. Aggressives Verhalten zählt zu den häufigsten Störungen im Kindes- und Jugendalter, bis zu 9% der Kinder und Jugendlichen weisen diese Störung auf. Ältere Kinder und Jugendliche sowie Jungen sind häufiger betroffen. Im DSM-IV werden die Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten und die Störung des Sozialverhaltens, die ernstere aggressive und delinquente Symptome umfaßt, unterschieden. Häufig treten komorbid weitere externalisierende Störungen, wie Aufmerksamkeitsstörungen, aber auch beispielsweise Depression oder andere psychische Störungen auf, die den weiteren Verlauf ungünstig beeinflussen. Der Verlauf aggressiven Verhaltens erweist sich insbesondere dann als stabil, wenn das Verhalten bereits früh auftritt und mit Aufmerksamkeitsstörungen verbunden ist.

Es werden unterschiedliche Entwicklungspfade abgegrenzt: Ein früh beginnender, über den Lebenslauf stabiler sowie ein auf das Jugendalter begrenzter Entwicklungspfad. Bei einem stabilen Verlauf aggressiven Verhaltens, der nur eine kleine Risikogruppe, fast ausschließlich Jungen, betrifft, ist die Wahrscheinlichkeit wiederholten delinquenten Verhaltens sowie einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung im Erwachsenenalter sehr hoch. Eine Vielzahl risikohörender Faktoren, die eine Entwicklung aggressiven Verhaltens begünstigen, können angeführt werden, wobei insbesondere die Risikomechanismen (also die Wechselwirkungen und Abfolgen im Auftreten) von Bedeutung sind. Die Entstehung aggressiven Verhaltens kann dabei als eine Wechselwirkung zwischen genetischen Einflüssen (Vulnerabilitäten, biologischen Faktoren etc.), sozialen risikohörenden Bedingungen (Gleichaltrigenbeziehungen, Erziehungsverhalten der Eltern, etc.) sowie Lernerfahrungen des

Kindes (z.B. innerhalb der Eltern-Kind-Interaktion) angesehen werden, die seine weitere Wahrnehmung und sein weiteres Verhalten in sozialen Situationen beeinflusst.

Als wirksam in der Behandlung aggressiven Verhaltens erweisen sich, je nach Alter des Kindes, soziale oder kognitive Fertigungs- und Problemlösetrainings, die darauf ausgerichtet sind, kognitive und soziale Fertigkeiten der Kinder zu verbessern, sowie Elterntrainings, die den Eltern der Kinder vermitteln sollen,

wie sie das Problemverhalten ihres Kindes systematisch beeinflussen können. Besonders erfolgreich sind dabei multimodale und multimethodale Trainings, die unterschiedliche Umgebungen (Schule und zu Hause) und Personen (Eltern und das Kind selbst) in der Behandlung berücksichtigen, verschiedene therapeutische Techniken und Trainings (z.B. Elterntraining und soziales Fertigkeitstraining für das Kind) kombinieren und die in Form von Therapiemanualen vorliegen.

Verständnisfragen

1. Wie gestaltet sich der Verlauf aggressiven Verhaltens, und wodurch lassen sich die unterschiedlichen Entwicklungspfade kennzeichnen?
2. Welche risikoe erhöhenden Bedingungen lassen sich anführen? Warum ist es dabei sinnvoll, Risikomechanismen zu betrachten, und welche Risikomechanismen lassen sich anführen?
3. Welche Interventionen erweisen sich bei aggressivem Verhalten im frühen Kindesalter und im Kindes- und Jugendalter als besonders sinnvoll und warum?
4. Welche Faktoren sind bei der Interventionsplanung im einzelnen zu beachten?

Weiterführende Literatur

- Damon, W. & Eisenberg, N. (Eds.). (1998). *Handbook of child psychology. Vol. 3. Social, emotional, and personality development (5th edition)*. New York: Wiley.
- Loeber, R. & Farrington, D. P. (Eds.). (1998). *Serious and violent juvenile offenders. Risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks: Sage.

- Petermann, F., Kusch, M. & Niebank, K. (1998). *Entwicklungspsychopathologie. Ein Lehrbuch*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Petermann, F. & Petermann, U. (1997). *Training mit aggressiven Kindern. Einzeltraining, Kindergruppe, Elternberatung (8., veränd. Auflage)*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Stoff, D. M., Breiling, J. & Maser, J. D. (Eds.). (1997). *Handbook of antisocial behavior*. New York: Wiley.

Literatur

- Abikoff, H. & Klein, R. G. (1992). Attention-deficit hyperactivity and conduct disorder: Comorbidity and implications for treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 881–892.
- Achenbach, T. M. (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1993). Taxonomy and comorbidity of conduct problems: Evidence from empirically based approaches. *Development and Psychopathology, 5*, 51–64.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Practice Parameters (AACAPPP) (1997). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36 (Supplement)*, 122–139.
- American Psychiatric Association (1984). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-III)*. Weinheim: Beltz.
- American Psychiatric Association (1989). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-III-R)*. Weinheim: Beltz.
- American Psychiatric Association (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV)*. Göttingen: Hogrefe.
- Ammerman, R.T. & Hersen, M. (Eds.). (1993). *Handbook of behavior therapy with children and adults*. Boston: Allyn & Bacon.
- Anderson, J.C., Williams, S., McGee, R. & Silva, P. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children. Prevalence in a large sample from the general population. *Archives of General Psychiatry, 44*, 69–76.
- Angold, A. & Costello, E. J. (1993). Depressive comorbidity in children and adolescents: Empirical, theoretical, and

- methodological issues. *American Journal of Psychiatry*, *150*, 1779–1791.
- Bardone, A. M., Moffitt, T. E., Caspi, A., Dickson, N. & Silva, P. A. (1996). Adult mental health and social outcome of adolescent girls with depression and conduct disorder. *Development and Psychopathology*, *8*, 811–829.
- Bender, D. & Lösel, F. (1997). Protective and risk effects of peer relations and social support on antisocial behaviour in adolescents from multi-problem milieus. *Journal of Adolescence*, *20*, 661–678.
- Bird, H. R., Canino, G., Rubio-Stipec, M., Gould, M. S., Ribera, J., Sesman, M., Woodbury, M., Huertas-Goldman, S., Pagan, A., Sanchez-Lacay, A. & Moscoso, M. (1988). Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry*, *45*, 1120–1126.
- Blanz, B. (1998). Biologische Korrelate aggressiven Verhaltens. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, *26*, 43–52.
- Borduin, C. M., Mann, B. J., Cone, L. T., Henggeler, S. W., Fucci, B. R., Blaske, D.M. & Williams, R.A. (1995). Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: Long-term prevention of criminality and violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *63*, 569–578.
- Boyle, M. H., Offord, D. R., Racine, Y., Sanford, M., Szatmari, P., Fleming, J. E. & Price-Munn, N. (1993). Evaluation of the Diagnostic Interview for Children and Adolescents for use in general population samples. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *21*, 663–681.
- Brack, U. B. (1997). Kontingenzmanagement in der Kinder-verhaltenstherapie. In F. Petermann (Hrsg.), *Kinderverhaltenstherapie. Grundlagen und Anwendungen* (64–85). Baltmannsweiler: Schneider.
- Brain, P. F. & Susman, E. J. (1997). Hormonal aspects of aggression and violence. In D.M. Stoff, J. Breiling & J. D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (314–323). New York: Wiley.
- Brennan, P. A. & Mednick, S. A. (1997). Medical histories of antisocial individuals. In D.M. Stoff, J. Breiling & J.D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (269–279). New York: Wiley.
- Brennan, P. A. & Raine, A. (1997). Biosocial bases of antisocial behavior: Psychophysiological, neurological, and cognitive factors. *Clinical Psychology Review*, *17*, 589–604.
- Brestan, E. V. & Eyberg, S. M. (1998). Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology*, *27*, 180–189.
- Cadore, R. J., Yates, W. R., Troughton, E., Woodworth, G. & Stewart, M. A. (1995). Genetic-environmental interaction in the genesis of aggressivity and conduct disorders. *Archives of General Psychiatry*, *52*, 916–924.
- Cairns, R. B., Cadwallader, T. W., Estell, D. & Neckerman, H. J. (1997). Groups to gangs: Developmental and criminological perspectives and relevance for prevention. In D.M. Stoff, J. Breiling & J. D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (194–204). New York: Wiley.
- Campbell, S. B. (1997). Behavior problems in preschool children. Developmental and family issues. In T. H. O'Leary & R. J. Prinz (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology, Vol. 19* (1–26). New York: Plenum.
- Capaldi, D. M. & Patterson, G. R. (1994). Interrelated influences of contextual factors on antisocial behavior in childhood and adolescence for males. In D. C. Fowles, P. Sutker & S. H. Goodman (Eds.), *Progress in experimental personality and psychopathology research* (165–198). New York: Springer.
- Carey, G. & Goldman, D. (1997). The genetics of antisocial behavior. In D. M. Stoff, J. Breiling & J. D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (243–254). New York: Wiley.
- Carlson, C. L., Tamm, L. & Gaub, M. (1997). Gender differences in children with ADHD, ODD, and co-occurring ADHD/ODD identified in a school population. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36*, 1706–1714.
- Caspi, A. & Moffitt, T. E. (1995). The continuity of maladaptive behavior: From description to understanding in the study of antisocial behavior. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology. Vol. 2. Risk, disorder, and adaption* (472–511). New York: Wiley.
- Catalano, R. F., Arthur, M. W., Hawkins, J. D., Berglund, L. & Olson, J. J. (1998). Comprehensive community- and school-based interventions to prevent antisocial behavior. In R. Loeber & D. P. Farrington (Eds.), *Serious and violent juvenile offenders. Risk factors and successful interventions* (248–283). Thousand Oaks: Sage.
- Chambless, D. L. & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*, 7–18.
- Clarkin, J. F. & Kendall, P. C. (1992). Comorbidity and treatment planning: Summary and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60*, 904–908.
- Comings, D. E. (1997). Genetic aspects of childhood behavioral disorders. *Child Psychiatry and Human Development*, *27*, 139–150.
- Committee for Children (1992). *Second Step: A violence prevention curriculum (preschool-kindergarten teacher's guide)*. Seattle: Author.
- Conduct Problems Prevention Research Group (1992). A developmental and clinical model for the prevention of conduct disorder: The FAST Track Program. *Development and Psychopathology*, *4*, 509–527.
- Connell, S., Sanders, M. R. & Markie-Dadds, C. (1997). Self-directed behavioral family intervention for parents of oppositional children in rural and remote areas. *Behavior Modification*, *21*, 379–408.
- Constantino, J. N., Grosz, S., Saenger, P., Chandler, D. W., Nandi, R. & Earls, F. J. (1993). Testosterone and aggression in children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *32*, 1217–1222.
- Costello, A. J., Edelbrock, C., Burns, B. J., Dulcan, M. K., Brent, D. & Janiszewski, S. (1988). Psychiatric disorders in pediatric primary care. Prevalence and risk factors. *Archives of General Psychiatry*, *45*, 1107–1116.
- Crick, N. R. & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, *115*, 74–101.

- Davies, P. T. & Windle, M. (1997). Gender-specific pathways between maternal depressive symptoms, family discord, and adolescent adjustment. *Developmental Psychology, 33*, 657–668.
- DeKlyen, M., Biernbaum, M. A., Speltz, M. L. & Greenberg, M. T. (1998). Fathers and preschool behavior problems. *Developmental Psychology, 34*, 264–275.
- De Wolff, M. & Van Ijzendoorn, H. (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development, 68*, 571–591.
- Dishion, T. J., French, D. C. & Patterson, G. R. (1995). The development and ecology of antisocial behavior. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology. Vol. 2. Risk, disorder, and adaption* (421–471). New York: Wiley.
- Dodge, K. A., Lochman, J. E., Harnish, J. D., Bates, J. E. & Pettit, G. S. (1997). Reactive and proactive aggression in school children and psychiatrically impaired chronically assaultive youth. *Journal of Abnormal Psychology, 106*, 37–51.
- Dodge, K. A. & Schwartz, D. (1997). Social information processing mechanisms in aggressive behavior. In D. M. Stoff, J. Breiling & J. D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (171–180). New York: Wiley.
- Donenberg, G. R. & Weisz, J. R. (1998). Experimental task and speaker effects on parent-child interactions of aggressive and depressed/anxious children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 25*, 367–387.
- Döpfner, M. (1997). Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen – Konzepte, Ergebnisse und Perspektiven der Therapieforschung. In F. Petermann (Hrsg.), *Kinderverhaltenstherapie. Grundlagen und Anwendungen* (331–366). Baltmannsweiler: Schneider.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (1997). Von der kategorialen zur dimensional Diagnostik. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 46*, 519–547.
- Dumas, J. E. (1996). Why was this child referred? Interactional correlates of referral status in families of children with disruptive behavior problems. *Journal of Clinical Child Psychology, 25*, 106–115.
- Dumas, J. E., LaFreniere, P. J. & Serketich, W.J. (1995). "Balance of power": A transactional analysis of control in mother-child dyads involving socially competent, aggressive, and anxious children. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 104–113.
- Durlak, J. A., Fuhrman, T. & Lampman, C. (1991). Effectiveness of cognitive behavior therapy for maladapting children: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 110*, 204–214.
- Dusenbury, L., Falco, M., Lake, A., Brannigan, R. & Bosworth, K. (1997). Nine critical elements of promising violence prevention programs. *Journal of School Health, 67*, 409–414.
- Egeland, B., Pianta, R. & Ogawa, J. (1996). Early behavior problems: Pathways to mental disorders in adolescence. *Development and Psychopathology, 8*, 735–749.
- Eiraldi, R. B., Power, T. J. & Nezu, C. M. (1997). Patterns of comorbidity associated with subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder among 6- to 12-year-old children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 503–514.
- Eron, L. D. (1997). The development of antisocial behavior from a learning perspective. In D. M. Stoff, J. Breiling & J. D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (140–147). New York: Wiley.
- Eyberg, S. M., Boggs, S. R. & Algina, J. (1995). Parent-child interaction therapy: A psychosocial model for the treatment of young children with conduct problem behavior and their families. *Psychopharmacology Bulletin, 31*, 83–91.
- Eyberg, S. M., Schuhmann, E. M. & Rey, J. (1998). Child and adolescent psychotherapy research: Developmental issues. *Journal of Abnormal Child Psychology, 26*, 71–82.
- Fagot, B. I. & Leve, L. D. (1998). Teacher ratings of externalizing behavior at school entry for boys and girls: Similar early predictors and different correlates. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39*, 555–566.
- Faraone, S. V., Biederman, J., Jetton, J. G. & Tsuang, M. T. (1997). Attention deficit disorder and conduct disorder: Longitudinal evidence for a familial subtype. *Psychological Medicine, 27*, 291–300.
- Faraone, S. V., Biederman, J., Keenan, K. & Tsuang, M. T. (1991). Separation of DSM-III attention deficit disorder and conduct disorder: Evidence from a family genetic study of American child psychiatry patients. *Psychological Medicine, 21*, 109–121.
- Farrington, D. P. (1995). The Twelfth Jack Tizard Memorial Lecture. The development of offending and antisocial behaviour from childhood: Key findings from the Cambridge Study in Delinquent Development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 36*, 929–964.
- Farrington, D. P. (1997). A critical analysis of research on the development of antisocial behavior from birth to adulthood. In D. M. Stoff, J. Breiling & J. D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (234–240). New York: Wiley.
- Fergusson, D. M. (1998). Stability and change in externalizing behaviours. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 248*, 4–13.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J. & Lynskey, M.T. (1993). Prevalence and comorbidity of DSM-III-R diagnoses in a birth cohort of 15 year olds. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32*, 1127–1134.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J. & Lynskey, M.T. (1995). The stability of disruptive childhood behaviors. *Journal of Abnormal Child Psychology, 23*, 379–396.
- Fergusson, D. M., Lynskey, M. T. & Horwood, L.J. (1996). Factors associated with continuity and changes in disruptive behavior patterns between childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology, 24*, 533–553.
- Flisher, A. J., Kramer, R. A., Hoven, C. W., Greenwald, S., Alegria, M., Bird, H. R., Canino, G., Connell, R. & Moore, R. E. (1997). Psychosocial characteristics of physically abused children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 123–131.
- Forehand, R., Miller, K. S., Dutra, R. & Chance, M.W.

- (1997). Role of parenting in adolescent deviant behavior: Replication across and within two ethnic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 1036–1041.
- Frick, P. J. (1994). Family dysfunction and the disruptive behavior disorders. A review of recent empirical findings. In R. Ollendick & R.J. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology, Vol. 16* (203–226). New York: Plenum.
- Frick, P. J., Lahey, B. B., Loeber, R., Tannenbaum, L., Van Horn, Y., Christ, M. A. G., Hart, E. A. & Hanson, K. (1993). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: A meta-analytic review of factor analyses and cross-validation in a clinic sample. *Clinical Psychology Review, 13*, 319–340.
- Garber, J., Quiggle, N. L., Panak, W. F. & Dodge, K. A. (1991). Aggression and depression in children: Comorbidity, specificity, and social cognitive processing. In D. Cicchetti & S. Toth (Eds.), *Rochester symposium on developmental psychopathology. Vol. 2. Internalizing and externalizing expressions of dysfunction* (225–264). Hillsdale: Erlbaum.
- Giancola, P. R., Mezzich, A. C. & Tarter, R. E. (1998). Executive cognitive functioning, temperament, and antisocial behavior in conduct-disordered adolescent females. *Journal of Abnormal Psychology, 107*, 629–641.
- Giordano, P. C. & Cernkovich, S. A. (1997). Gender and antisocial behavior. In D. M. Stoff, J. Breiling & J. D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (496–510). New York: Wiley.
- Gjone, H. & Stevenson, J. (1997). The association between internalizing and externalizing behavior in childhood and early adolescence: Genetic or environmental common influences? *Journal of Abnormal Child Psychology, 25*, 277–286.
- Greenberg, M. T., Kusche, C. A., Cook, E. T. & Quamma, J. P. (1995). Promoting emotional competence in school-aged children: The effects of the PATHS curriculum. *Development and Psychopathology, 7*, 117–136.
- Greenberg, M. T., Speltz, M. L. & DeKlyen, M. (1993). The role of attachment in the early development of disruptive behavior problems. *Development and Psychopathology, 5*, 191–213.
- Groen, G., Scheithauer, H., Essau, C. A. & Petermann, F. (1997). Epidemiologie depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter: Eine kritische Übersicht. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 45*, 113–142.
- Grossman, D. C., Neckerman, H. J., Koepsell, T.D., Liu, P. Y., Asher, K. N., Beland, K., Frey, K. & Rivara, F. P. (1997). Effectiveness of a violence prevention curriculum among children in elementary school. A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association, 277*, 1605–1611.
- Guerra, N. G., Huesmann, L. R., Tolan, P. H., Van Acker, R. & Eron, L. D. (1995). Stressful events and individual beliefs as correlates of economic disadvantage and aggression among urban children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 518–528.
- Hämäläinen, M. & Pulkkinen, L. (1996). Problem behavior as a precursor of male criminality. *Development and Psychopathology, 8*, 443–455.
- Harold, G. T., Fincham, F. D., Osborne, L. N. & Conger, R. D. (1997). Mom and Dad are at it again: Adolescent perceptions of marital conflict and adolescent psychological distress. *Developmental Psychology, 33*, 333–350.
- Hartung, C. M. & Widiger, T. A. (1998). Gender differences in the diagnosis of mental disorders: Conclusions and controversies of the DSM-IV. *Psychological Bulletin, 123*, 260–278.
- Hawkins, J. D., Arthur, M. W. & Olson, J. J. (1997). Community interventions to reduce risks and enhance protection against antisocial behavior. In D. M. Stoff, J. Breiling & J. D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (365–374). New York: Wiley.
- Heckerens, H.-P. (1993). Behavioral-systemische Ansätze bei der Behandlung von Verhaltensstörungen. In F. Petermann & U. Petermann (Hrsg.), *Angst und Aggression bei Kindern und Jugendlichen* (77–89). München: Quintessenz.
- Henggeler, S. W. (1994). *Treatment manual for family preservation using multisystemic therapy*. Charleston: Medical University of South Carolina, South Carolina Health and Human Services Finance Commission.
- Henggeler, S. W., Cunningham, P. B., Pickrel, S.G., Schoenwald, S. K. & Brondino, M. J. (1996). Multisystemic therapy: An effective violence prevention approach for serious juvenile offenders. *Journal of Adolescence, 19*, 47–61.
- Herpertz-Dahlmann, B. & Remschmidt, H. (1995). Entwicklungsabweichungen infolge von Störungen der Kind-Umwelt-Interaktion im Säuglingsalter. *Kindheit und Entwicklung, 4*, 15–24.
- Heubrock, D. & Petermann, F. (1998). Neuropsychologische Diagnostik und Therapie bei umschriebenen Teilleistungsstörungen. *Kindheit und Entwicklung, 7*, 50–57.
- Hibbs, E. D., Clarke, G., Hechtman, L., Abikoff, H.B., Greenhill, L. L. & Jensen, P. S. (1997). Manual development for the treatment of child and adolescent disorders. *Psychopharmacology Bulletin, 33*, 619–629.
- 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., Lahey, B. B. & Hart, E. L. (1993). Issues of taxonomy and comorbidity in the development of conduct disorder. *Development and Psychopathology, 5*, 31–49.
- Hoyt, S. & Scherer, D. G. (1998). Female juvenile delinquency: Misunderstood by the juvenile justice system, neglected by social science. *Law and Human Behavior, 22*, 81–107.
- Kagan, J. (1998). Biology and the child. In W. Damon & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology (5th edition). Vol. 3. Social, emotional, and personality development* (177–235). New York: Wiley.
- Kandel, E. & Mednick, S. A. (1991). Perinatal complications predict violent offending. *Criminology, 29*, 519–529.
- Kashani, J. H., Beck, N. C., Hooper, E. W., Fallahi, C., Corcoran, C. M., McAllister, J.A., Rosenberg, T. K. & Reid, J. C. (1987). Psychiatric disorders in a community sample of adolescents. *American Journal of Psychiatry, 144*, 584–589.

- Kashani, J. H., Orvaschel, H., Rosenberg, T. K. & Reid, J. C. (1989). Psychopathology in a community sample of children and adolescents: A developmental perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 701–706.
- Kasius, M. C., Ferdinand, R. F., van den Berg, H. & Verhulst, F. C. (1997). Associations between different diagnostic approaches for child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 625–632.
- Katz, L. F. & Gottman, J. (1993). Patterns of marital conflict predict children's internalizing and externalizing behaviors. *Developmental Psychopathology*, 29, 940–950.
- Kazdin, A. E. (1995a). *Conduct disorders in childhood and adolescence (2nd edition)*. Thousand Oaks: Sage.
- Kazdin, A. E. (1995b). Child, parent and family dysfunction as predictors of outcome in cognitive-behavioral treatment of antisocial children. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 271–281.
- Kazdin, A. E. (1997). Practitioner review: Psychosocial treatments for conduct disorder in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 161–178.
- Kazdin, A. E., Mazurick, J. L. & Siegel, T. C. (1994). Treatment outcome among children with externalizing disorder who terminate prematurely versus those who complete psychotherapy. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 549–557.
- Kazdin, A. E. & Weisz, J. R. (1998). Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 19–36.
- Keenan, K. & Shaw, D. (1997). Developmental and social influences on young girls' early problem behavior. *Psychological Bulletin*, 121, 95–113.
- 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.
- Kingston, L. & Prior, M. (1995). The development of patterns of stable, transient, and school-age onset aggressive behavior in young children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 348–358.
- Kovacs, M., Paulauskas, S., Gatsonis, C. & Richards, C. (1988). Depressive disorders in childhood: III. A longitudinal study of comorbidity with and risk for conduct disorders. *Journal of Affective Disorders*, 15, 205–217.
- Kratzer, L. & Hodgins, S. (1997). Adult outcome of child conduct problems: A cohort study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 65–81.
- Kuhne, M., Schachar, R. & Tannock, R. (1997). Impact of comorbid oppositional or conduct problems on attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1715–1725.
- Kusch, M. & Petermann, F. (1997). Komorbidität von Aggression und Depression. *Kindheit und Entwicklung*, 6, 212–223.
- Lahey, B. B., Applegate, B., Barkley, R. A., Garfinkel, B., McBurnett, K., Kerdyk, L., Greenhill, L., Hynd, G. W., Frick, P. J., Newcorn, J., Biederman, J., Ollendick, T., Hart, E. L., Perez, D., Waldman, I. & Shaffer, D. (1994). DSM-IV field trials for oppositional defiant disorder and conduct disorder in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1163–1171.
- Lahey, B. B. & Loeber, R. (1997). Attention-deficit/hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, conduct disorder, and adult antisocial behavior: A life span perspective. In D. M. Stoff, J. Breiling & J. D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (51–59). New York: Wiley.
- Lahey, B. B., Loeber, R., Hart, E. L., Frick, P. J., Applegate, B., Zhang, Q., Green, S. M. & Russo, M. F. (1995). Four-year longitudinal study of conduct disorder in boys: Patterns and predictors of persistence. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 83–93.
- Laucht, M., Esser, G. & Schmidt, M. H. (1997). Wovor schützen Schutzfaktoren? Anmerkungen zu einem populären Konzept der modernen Gesundheitsforschung. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 29, 260–270.
- Lipsey, M. W. (1992). Juvenile delinquency treatment: A meta-analytic inquiry into the variability of effects. In T. D. Cook, H. Cooper, D. S. Cordray, H. Harman, L. D. Hedges, R. J. Light, T. A. Lewis & F. Mosteller (Eds.), *Meta-analysis for explanation: A casebook* (83–127). New York: Sage.
- Lipsey, M. W. & Wilson, D. B. (1998). Effective intervention for serious juvenile offenders: A synthesis of research. In R. Loeber & D.P. Farrington (Eds.), *Serious and violent juvenile offenders. Risk factors and successful interventions* (313–345). Thousand Oaks: Sage.
- 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., Dunn, S. E. & Klimes-Dougan, B. (1993). An intervention and consultation model from a social cognitive perspective: A description of the Anger Coping Program. *School Psychology Review*, 22, 458–471.
- Loeber, R. (1990). Development and risk factors of juvenile antisocial behavior and delinquency. *Clinical Psychology Review*, 10, 1–41.
- Loeber, R. & Farrington, D. P. (Eds.). (1998). *Serious and violent juvenile offenders. Risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks: Sage.
- Loeber, R. & Hay, D. (1997). Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood. *Annual Review in Psychology*, 48, 371–410.
- Loeber, R. & Keenan, K. (1994). The interaction between conduct disorder and its comorbid conditions: Effects of age and gender. *Clinical Psychology Review*, 14, 497–523.
- Loeber, R. & Stouthamer-Loeber, M. (1998). Development of juvenile aggression and violence. Some common misconceptions and controversies. *American Psychologist*, 53, 242–259.
- Loeber, R., Wung, P., Keenan, K., Giroux, B., Stouthamer-Loeber, M., Van Kammen, W.B. & Maughan, B. (1993). Developmental pathways in disruptive child behavior. *Development and Psychopathology*, 5, 101–131.

- Lynam, D. R. (1996). Early identification of chronic offenders: Who is the fledgling psychopath? *Psychological Bulletin*, *120*, 209–234.
- Maser, J. D. & Cloninger, C. R. (Eds.). (1990). *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. Washington: American Psychiatric Press.
- Matthys, W. (1997). Residential behavior therapy for children with conduct disorders. *Behavior Modification*, *21*, 512–532.
- McGee, R., Feehan, M., Williams, S., Partridge, F., Silva, A. & Kelly, J. (1990). DSM-III disorders in a large sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *29*, 611–619.
- McIntyre, J. G. & Dusek, J. B. (1995). Perceived parental rearing practices and styles of coping. *Journal of Youth and Adolescence*, *24*, 499–509.
- Moffitt, T. E. (1990). Juvenile delinquency and attention-deficit disorder: Developmental trajectories from age 3 to age 15. *Child Development*, *61*, 893–910.
- Moffitt, T. E. (1993a). "Life-course persistent" vs. "adolescent-limited" antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, *100*, 674–701.
- Moffitt, T. E. (1993b). The neuropsychology of conduct disorder. *Development and Psychopathology*, *5*, 135–151.
- Moffitt, T. E. & Lynam, D. (1994). The neuropsychology of conduct disorder and delinquency: Implications for understanding antisocial behavior. In D. C. Fowles, P. Sutker & S. H. Goodman (Eds.), *Progress in experimental personality and psychopathology research* (233–262). New York: Springer.
- Moretti, M. M., Emmrys, C., Grizenko, N., Holland, R., Moore, K., Shamsie, J. & Hamilton, H. (1997). The treatment of conduct disorder: Perspectives from across Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, *42*, 637–648.
- Nagin, D. S., Farrington, D. P. & Moffitt, T. E. (1995). Life-course trajectories of different types of offenders. *Criminology*, *33*, 111–139.
- Newman, D. L., Moffitt, T. E., Caspi, A. & Silva, P. A. (1998). Comorbid mental disorders: Implications for treatment and sample selection. *Journal of Abnormal Psychology*, *107*, 305–311.
- Offord, D. R. (1997). Bridging development, prevention, and policy. In D. M. Stoff, J. Breiling & J. D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (357–364). New York: Wiley.
- Olds, D., Henderson, C. R., jr., Cole, R., Eckenrode, J., Kitzman, H., Luckey, D., Pettit, L., Sidora, K., Morris, P. & Powers, J. (1998). Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, *280*, 1238–1244.
- Olweus, D. (1995). *Gewalt in der Schule. Was Lehrer und Eltern wissen sollten – und tun können*. Bern: Huber.
- Österman, K., Björkvist, K., Lagerspetz, K.M.J., Kaukiainen, A., Landau, S. F., Fraçzek, A. & Caprara, G. V. (1998). Cross-cultural evidence of female indirect aggression. *Aggressive Behavior*, *24*, 1–8.
- Pagani, L., Boulterice, B., Tremblay, R. E. & Viatro, F. (1997). Behavioural development in children of divorce and remarriage. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *38*, 769–781.
- Pajer, K. A. (1998). What happens to "bad" girls? A review of the adult outcomes of antisocial adolescent girls. *American Journal of Psychiatry*, *155*, 862–870.
- Pakaslahti, L., Spoo, I., Asplund-Peltola, R.-L. & Keltikangas-Järvinen, L. (1998). Parents' social problem-solving strategies in families with aggressive and non-aggressive girls. *Aggressive Behavior*, *24*, 37–51.
- Patterson, G. R. & Gullion, M. E. (1968). *Living with children: new methods for parents and teachers*. Champaign, IL: Research Press.
- Patterson, G. R., Reid, J. B. & Dishion, T. J. (1992). *Antisocial boys*. Eugene, OR: Castalia.
- Perrig-Chiello, P. (1997). Über die lebenslange Bedeutung frühkindlicher Bindungserfahrung. *Kindheit und Entwicklung*, *6*, 153–160.
- Petermann, F. (1996). *Einzelfalldiagnostik in der klinischen Praxis* (3., korr. Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Petermann, F. (1997). Methoden und Anwendungsgebiete der Kinderverhaltenstherapie. In F. Petermann (Hrsg.), *Kinderverhaltenstherapie. Grundlagen und Anwendungen* (10–21). Baltmannsweiler: Schneider.
- Petermann, F. & Bochmann, F. (1993). Metaanalyse von Kinderverhaltenstrainings: Eine erste Bilanz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, *22*, 137–152.
- Petermann, F., Essau, C. A., Turbanisch, U., Conrath, J. & Groen, G. (1999a). Komorbidität, Risikofaktoren und Verlauf aggressiven Verhaltens: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Kindheit und Entwicklung*, *8*, 49–58.
- Petermann, F., Jugert, G., Rehder, A., Tänzer, U. & Verbeek, D. (1999b). *Sozialtraining in der Schule* (2., erweit. Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Petermann, F., Kusch, M. & Niebank, K. (1998). *Entwicklungspsychopathologie. Ein Lehrbuch*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Petermann, F., Lehmkuhl, G., Petermann, U. & Döpfner, M. (1995). Klassifikation psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter nach DSM-IV. Ein Vergleich mit DSM-III-R und ICD-10. *Kindheit und Entwicklung*, *4*, 171–182.
- Petermann, F. & Petermann, U. (1996a). *Training mit Jugendlichen. Förderung von Arbeits- und Sozialverhalten* (5., veränd. Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Petermann, F. & Petermann, U. (1996b). *Erfassungsbogen für aggressives Verhalten in konkreten Situationen (EAS-J; EAS-M; 3., korr. Auflage)*. Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F. & Petermann, U. (1997a). *Training mit aggressiven Kindern. Einzeltraining, Kindergruppe, Elternberatung* (8., veränd. Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Petermann, F. & Scheithauer, H. (1998). Aggressives und antisoziales Verhalten im Kindes- und Jugendalter. In F. Petermann, M. Kusch & K. Niebank, *Entwicklungspsychopathologie. Ein Lehrbuch* (243–295). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Petermann, U. & Petermann, F. (1997b). Grundlagen verhaltenstherapeutischer Methoden. In F. Petermann (Hrsg.), *Kinderverhaltenstherapie. Grundlagen und Anwendungen* (22–63). Baltmannsweiler: Schneider.

- Petermann, U. (1994). Materialien zu Imaginationsverfahren für Kinder. In F. Petermann & D. Vaitl (Hrsg.), *Handbuch der Entspannungsverfahren. Band 2. Anwendungen* (305–345). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Pettit, G. S. (1997). The developmental course of violence and aggression. Mechanisms of family and peer influence. *Psychiatric Clinics of North America*, 20, 283–299.
- Phares, V. (1996). *Fathers and developmental psychopathology*. New York: Wiley.
- Plomin, R., Owen, M. J. & McGuffin, P. (1994). The genetic basis of complex human behaviors. *Science*, 264, 1733–1739.
- Plomin, R. & Rutter, M. (1998). Child development, molecular genetics, and what to do with genes once they are found. *Child Development*, 69, 1223–1242.
- Plutchik, R. & Van Praag, H. M. (1997). Suicide, impulsivity, and antisocial behavior. In D. M. Stoff, J. Breiling & J. D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (101–108). New York: Wiley.
- Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (1998). Die Kriminalität in der Bundesrepublik Deutschland. Polizeiliche Kriminalstatistik für das Jahr 1997. *Bulletin*, 37, 425–472.
- Quay, H. C. (1986). Classification. In H. C. Quay & J. S. Werry (Eds.), *Psychopathological disorders of childhood* (3rd edition; 1–34). New York: Wiley.
- Raine, A. (1997). Antisocial behavior and psychophysiology: A biosocial perspective and a prefrontal dysfunction hypothesis. In D.M. Stoff, J. Breiling & J.D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (289–304). New York: Wiley.
- Raine, A., Brennan, P.A. & Mednick, S.A. (1994). Birth complications combined with early maternal rejection at age 1 year predispose to violent crime at age 18 years. *Archives of General Psychiatry*, 51, 984–988.
- Reid, J. B. (1993). Prevention of conduct disorder before and after school entry: Relating interventions to developmental findings. *Development and Psychopathology*, 5, 243–262.
- Reid, J. B. & Eddy, J. M. (1997). The prevention of antisocial behavior: Some considerations in the search for effective interventions. In D.M. Stoff, J. Breiling & J.D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (343–356). New York: Wiley.
- Renouf, A. G., Kovacs, M. & Mukerji, P. (1997). Relationship of depressive, conduct, and comorbid disorders and social functioning in childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 998–1004.
- Reynolds, L. K. & Kelley, M. L. (1997). The efficacy of a response cost-based treatment package for managing aggressive behavior in preschoolers. *Behavior Modification*, 21, 216–230.
- Richters, J. E. & Cicchetti, D. (1993). Mark Twain meets DSM-III-R: Conduct disorder, development, and the concept of harmful dysfunction. *Development and Psychopathology*, 5, 5–29.
- Rothbart, M. K. & Bates, J. E. (1998). Temperament. In W. Damon & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology (5th edition). Vol. 3. Social, emotional, and personality development* (105–176). New York: Wiley.
- Rothbaum, F. & Weisz, J. (1994). Parental caregiving and child externalizing behavior in nonclinical samples: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 116, 55–74.
- Rutter, M. (1997). Antisocial behavior: Developmental psychopathology perspectives. In D.M. Stoff, J. Breiling & J.D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (115–124). New York: Wiley.
- Scerbo, A., Raine, A., Venables, P. H. & Mednick, S. A. (1995). Stability of temperament from ages 3 to 11 years in Mauritian children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 607–618.
- Schaal, B., Tremblay, R. E., Soussignan, R. & Susman, E. J. (1996). Male testosterone linked to high social dominance but low physical aggression in early adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1322–1330.
- Scheithauer, H. & Petermann, F. (1999). Zur Wirkungsweise von Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 8, 3–14.
- Schulte, D. (1998). *Therapieplanung (2., unveränd. Auflage)*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwartz, C. E., Snidman, N. & Kagan, J. (1995). Early childhood temperament as a determinant of externalizing behavior in adolescence. *Development and Psychopathology*, 8, 527–537.
- Seidman, E., Yoshikawa, H., Roberts, A., Chesir-Teran, D., Allen, L., Friedman, J. L. & Aber, J. L. (1998). Structural and experiential neighborhood contexts, developmental stage, and antisocial behavior among urban adolescents in poverty. *Development and Psychopathology*, 10, 259–281.
- Serketich, W. J. & Dumas, J. E. (1996). The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 27, 171–186.
- Shaw, D. S., Keenan, K. & Vondra, J. I. (1994). Developmental precursors of externalizing behavior: Ages 1 to 3. *Developmental Psychology*, 30, 355–364.
- Shaw, D. S. & Winslow, E. B. (1997). Precursors and correlates of antisocial behavior from infancy to preschool. In D. M. Stoff, J. Breiling & J. D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (148–158). New York: Wiley.
- Snyder, J., Schrepferman, L. & St. Peter, C. (1997). Origins of antisocial behavior. Negative reinforcement and affect dysregulation of behavior as socialization mechanisms in family interaction. *Behavior Modification*, 21, 187–215.
- Sonuga-Barke, E. J., Lamparelli, M., Stevenson, J., Thompson, M. & Henry, A. (1994). Behavior problems and preschool intellectual attainment: The associations of hyperactivity and conduct problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 949–960.
- Southam-Gerow, M. A. & Kendall, P. C. (1997). Parent-focused and cognitive-behavioral treatments of antisocial youth. In D. M. Stoff, J. Breiling & J. D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (384–394). New York: Wiley.
- Spitzer, R. L., Davies, M. & Barkley, R. A. (1990). The DSM-III-R field trial of disruptive behavior disorders.

- Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 690–697.
- Stanger, C., Achenbach, T. & Verhulst, F. C. (1997). Accelerated longitudinal comparisons of aggressive versus delinquent syndromes. *Development and Psychopathology*, 9, 43–58.
- Stattin, H. & Magnusson, D. (1991). Stability and change in criminal behavior up to age 30: Findings from a prospective, longitudinal study in Sweden. *British Journal of Criminology*, 31, 327–346.
- Stattin, H. & Magnusson, D. (1996). Antisocial development: A holistic approach. *Development and Psychopathology*, 8, 617–645.
- Stein, D. J., Hollander, E. & Liebowitz, M. R. (1993). Neurobiology of impulsivity and the impulse control disorder. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 5, 9–17.
- Stein, M. T. & Perrin, E. L. (1998). Guidance for effective discipline. American Academy of Pediatrics. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. *Pediatrics*, 101, 723–728.
- Stouthamer-Loeber, M., Loeber, R., Farrington, D. P., Zhang, Q., Van Kammen, W. & Maguin, E. (1993). The double edge of protective and risk factors for delinquency: Interrelations and developmental patterns. *Development and Psychopathology*, 5, 683–701.
- Tessier, R., Nadeau, L., Bovin, M. & Tremblay, R.E. (1997). The social behaviour of 11-to 12-year-old children born as low birthweight and/or premature infants. *International Journal of Behavioral Development*, 21, 795–811.
- Thomas, A. & Chess, S. (1977). *Temperament and development*. New York: Bruner/Mazel.
- Thompson, R. A. (1998). Early sociopersonality development. In W. Damon & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology (5th edition)*. Vol. 3. *Social, emotional, and personality development* (25–104). New York: Wiley.
- Tolan, P. H. & Gorman-Smith, D. (1997). Treatment of juvenile delinquency: Between punishment and therapy. In D. M. Stoff, J. Breiling & J. D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (405–415). New York: Wiley.
- Tolan, P. H., Guerra, N. G. & Kendall, P. C. (1995). A developmental-ecological perspective on antisocial behavior in children and adolescents: Toward a unified risk and intervention framework. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 579–584.
- Tolan, P. H. & Thomas, P. (1995). The implications of age of onset for delinquency risk: II. Longitudinal data. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 157–181.
- Tremblay, R. E., Boulerice, B., Harden, P. W., McDuff, P., Perusse, D., Pihl, R. O. & Zoccolillo, M. (1996). Do children in Canada become more aggressive as they approach adolescence? In Human Resources Development Canada & Statistics Canada (Eds.), *Growing up in Canada: National Longitudinal Survey of Children and Youth* (127–137). Ottawa: Statistics Canada.
- Tremblay, R. E. & Craig, W. M. (1995). Developmental crime prevention. In M. Tonry & D.P. Farrington (Eds.), *Building a safer society: Strategic approaches to crime prevention*, Vol. 19 (151–236). Chicago: University of Chicago Press.
- Tremblay, R. E., Pagani-Kurtz, L., Mâsse, L. C., Vitaro, F. & Pihl, R. O. (1995). A bimodal preventive intervention for disruptive kindergarten boys: Its impact through mid-adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 560–568.
- Tremblay, R. E., Pihl, R. O., Vitaro, F. & Dobkin, P. L. (1994). Predicting early onset of male antisocial behavior from preschool behavior. *Archives of General Psychiatry*, 51, 732–739.
- Turiel, E. (1998). The development of morality. In W. Damon & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology (5th edition)*. Vol. 3. *Social, emotional, and personality development* (863–932). New York: Wiley.
- Van Ijzendoorn, M. H. (1997). Attachment, emergent morality and aggression: Toward a developmental socioemotional model of antisocial behaviour. *International Journal of Behavioral Development*, 21, 703–727.
- Van Ijzendoorn, M. H., Feldbrugge, J. T. T. M., Derks, F. C. H., DeRuiter, C., Verhagen, M.F.M., Philipse, M.W.G., Van der Staak, C.F.M. & Riksen-Walraven, J.M.A. (1997). Attachment representations of personality disordered criminal offenders. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67, 449–459.
- Verbeek, D. & Petermann, F. (2000). Gewaltprävention in der Schule: Ein Überblick. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 8, Heft 1.
- Verhulst, F. C., van der Ende, J., Ferdinand, R.F. & Kasius, M. C. (1997). The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 54, 329–336.
- Vitaro, F., Gendreau, P. L., Tremblay, R. E. & Oligny, P. (1998). Reactive and proactive aggression differentially predict later conduct problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 377–385.
- Vitaro, F., Tremblay, R. E., Kerr, M., Pagani, L. & Bukowski, W. M. (1997). Disruptiveness, friends' characteristics and delinquency in early adolescence: A test of two competing models of development. *Child Development*, 68, 676–689.
- Vitiello, B. & Stoff, D. M. (1997). Subtypes of aggression and their relevance to child psychiatry. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 307–315.
- Walker, J. L., Lahey, B. B., Russo, M. F., 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, 187–191.
- Wasserman, G. A. & Miller, L. S. (1998). The prevention of serious and violent juvenile offending. In R. Loeber & D. P. Farrington (Eds.), *Serious and violent juvenile offenders. Risk factors and successful interventions* (197–247). Thousand Oaks: Sage.
- Webster-Stratton, C. H. (1996). Early intervention with videotape modeling: Programs for families of children with oppositional defiant disorder or conduct disorder. In E.D. Hibbs & P. S. Jensen (Eds.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice* (435–474). Washington: American Psychiatric Association.

- Webster-Stratton, C. H. (1998). Preventing conduct problems in head start children: Strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 715–730.
- Webster-Stratton, C. & Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 93–109.
- White, J., Moffitt, T. E., Caspi, A., Bartusch, D.J., Needles, D.J. & Stouthamer-Loeber, M. (1994). Measuring impulsivity and examining its relation to delinquency. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 192–205.
- Widom, C. S. (1997). Child abuse, neglect, and witnessing violence. In D. M. Stoff, J. Breiling & J. D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (159–170). New York: Wiley.
- Wilson, G. T. (1996). Manual-based treatments: The clinical application of research findings. *Behaviour Research and Therapy, 34*, 295–314.
- Windle, R. C. & Windle, M. (1995). Longitudinal patterns of physical aggression: Associations with adult social, psychiatric, and personality functioning and testosterone levels. *Development and Psychopathology, 7*, 563–585.
- WHO (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (2. Auflage). Bern: Huber.
- Yoshikawa, H. (1994). Prevention as cumulative protection: Effects of early family support and education on chronic delinquency and its risks. *Psychological Bulletin, 115*, 28–54.
- Zentner, M. R. (1998). *Die Wiederentdeckung des Temperaments. Eine Einführung in die Kinder-Temperamentsforschung*. Frankfurt: Fischer.
- Ziegler, E., Taussig, C. & Black, K. (1992). Early childhood intervention: A promising preventative for juvenile delinquency. *American Psychologist, 47*, 997–1006.
- Zimmermann, P., Suess, G. J., Scheuerer-Englisch, H. & Grossmann, K. E. (1999). Bindung und Anpassung von der frühen Kindheit bis zum Jugendalter: Ergebnisse der Bielefelder und Regensburger Längsschnittstudie. *Kindheit und Entwicklung, 8*, 36–48.
- Zoccolillo, M. (1993). Gender and the development of conduct disorder. *Development and Psychopathology, 5*, 65–78.
- Zoccolillo, M., Pickles, A., Quinton, D. & Rutter, M. (1992). The outcome of childhood conduct disorder: Implications for defining adult personality disorder and conduct disorder. *Psychological Medicine, 22*, 971–986.
- Zoccolillo, M., Tremblay, R. & Vitaro, F. (1996). DSM-III-R and DSM-III criteria for conduct disorder in preadolescent girls: Specific but insensitive. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*, 461–470.