

Redaktion

F. Petermann, Bremen
 D. Reinhardt, München

U. Petermann · F. Petermann

Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen

Aggressives Verhalten

Aggression und gewalttätiges (aggressiv-dissoziales) Verhalten wird im Kontext der klinischen Kinderpsychologie mit den Begriffen „Störung mit oppositionellem Trotzverhalten“ und „Störung des Sozialverhaltens“ umschrieben, wobei vielfach auch eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung vorliegt [4, 6]. In der Regel besteht ein vielfältiges Erscheinungsbild: streitsüchtiges und sich widersetzendes Verhalten, aggressives Verhalten gegenüber Menschen und Tieren sowie dissoziales Verhalten im Sinne von Straffälligkeit (Delinquenz), z. B. Zerstören von Eigentum, Betrug, Diebstahl und Lügen, aber auch im Sinne von schweren Regelverstößen, z. B. vor dem 13. Lebensjahr über Nacht von zu Hause wegbleiben (trotz elterlichem Verbot) oder Schuleschwänzen. Besonders in der Altersgruppe der 8- bis 13-Jährigen nimmt dieses Problemverhalten stark zu; die Rate der Betroffenen steigt bis zu 9% an. Mit ausgehendem Jugendalter (ab etwa 18 Jahre) ist die Prävalenz jedoch stark rückläufig, d. h., mehr als 75% der Betroffenen gelangen wieder in den Bereich der „Normentwicklung“ [7, 15, 26].

Diagnosekriterien

Aggressives Verhalten lässt sich untergliedern in:

- „Störung des Sozialverhaltens“ (also aggressiv-dissoziales Verhalten) und
- „oppositionelles Trotzverhalten“.

Die diagnostischen Kriterien der Störung des Sozialverhaltens nach DSM-IV-TR, die

sich nur geringfügig von jenen des ICD-10 unterscheiden, umfassen eine Vielzahl unterschiedlicher Symptome, die 4 Gruppen zuzuordnen sind (■ Tab. 1).

Die Diagnose „Störung des Sozialverhaltens“ ist nach DSM-IV-TR von der weniger schwerwiegenden „Störung mit oppositionellem Trotzverhalten“ abzugrenzen, bei der zwar vermehrt und wiederkehrend trotzige, ungehorsame und feindselige, jedoch keine ausgeprägten körperlich-aggressiven oder dissozialen Verhaltensweisen gezeigt werden (■ Tab. 2).

Nach der ICD-10 wird diese Störungsform als Subgruppe der Störung des Sozialverhaltens behandelt. Damit wird stärker als beim DSM-IV-TR auf die Übergänge von oppositionellen Verhaltensstörungen zu den massiveren Formen aggressiv-dissozialer Verhaltensstörungen hingewiesen.

➤ Ein früher Beginn der Störung des Sozialverhaltens geht mit einer schlechten Prognose einher

Das DSM-IV-TR erlaubt eine Unterteilung der Störung des Sozialverhaltens nach dem Zeitpunkt des Beginns (vor oder nach dem 10. Lebensjahr) und der Intensität (gering, moderat, hoch). Diese Unterteilung resultiert aus Studien, die ergaben, dass ein früher Beginn mit einer schlechten Prognose verbunden ist und andere Komorbiditäten aufweist als ein später Beginn [13]. Bei einem frühen Beginn treten dissoziale Handlungen, Substanzmissbrauch, Stehlen und vermehrt offene Aggressionen auf; er ist häufig mit Fremderziehung und Unterbringung außerhalb des Elternhauses verbunden; ein

später Beginn führt zu einer geringeren Zahl von Beeinträchtigungen und einer günstigeren Prognose.

Ursachen aggressiven Verhaltens

Für das Kindesalter sind sie gut erforscht. Dies führte zu Entwicklungsmodellen, mit deren Hilfe sowohl für das Kleinkind- als auch das Grundschulalter die Ursachen und Verläufe dieser Verhaltensstörung detailliert beschrieben werden können. In der Regel genügt es, die typischen Probleme einer Entwicklungsstufe mit problematischen Familienkonstellationen oder mangelnden Erziehungskompetenzen der Eltern in Beziehung zu setzen [18, 22].

Mit Hilfe eines Entwicklungsfragebogens wurden die bedeutsamen Verhaltensauffälligkeiten in den ersten beiden Lebensjahren von uns bestimmt [22] und in einem Entwicklungsmodell zusammengetragen (■ Abb. 1). Auf der Seite der Mutter bzw. beim Neugeborenen ließen sich 3 Risikobereiche identifizieren: pränatale Komplikationen, die psychische Belastung der Mutter während der Schwangerschaft sowie peri- und neonatale Komplikationen. Schon im Säuglings- und Kleinkindalter treten Entwicklungsbesonderheiten auf: exzessives Schreien, ein gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus und Fütterprobleme im Säuglingsalter, Reizbarkeit und vermehrte Wutanfälle als Kleinkind sowie ein sprachlicher und motorischer Entwicklungsrückstand des Kindes. Diese ungünstige Ausgangslage wird verstärkt und aufrechterhalten durch psychische Belastungen der Mutter während der Säuglingszeit und eine generelle Überforderung der Eltern in Erziehungsange-

Tab. 1 Symptomliste für die Störung des Sozialverhaltens nach DSM-IV-TR (312.8). (Nach [13])

Aggressives Verhalten gegenüber Menschen und Tieren	Bedroht oder schüchtert andere häufig ein
	Beginnt häufig Schlägereien
	Benutzt Waffen, die anderen schweren körperlichen Schaden zufügen können (z. B. Schlagstöcke, Ziegelsteine, zerbrochene Flaschen, Messer, Gewehre)
	Ist körperlich grausam zu Menschen
	Quält Tiere
	Stiehlt in Konfrontation mit dem Opfer (z. B. Überfall, Taschendiebstahl, Erpressung, bewaffneter Raubüberfall)
	Zwingt andere zu sexuellen Handlungen
Zerstörung von Eigentum	Begeht vorsätzliche Brandstiftung mit der Absicht, schweren Schaden zu verursachen
	Zerstört vorsätzlich fremdes Eigentum (jedoch nicht durch Brandstiftung)
Betrug oder Diebstahl	Bricht 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“)
	Stiehlt Gegenstände von erheblichem Wert ohne Konfrontation mit dem Opfer (z. B. Ladendiebstahl, jedoch ohne Einbruch, sowie Fälschungen)
Schwere Regelverstöße	Bleibt schon vor dem 13. Lebensjahr trotz elterlicher Verbote häufig über Nacht weg
	Läuft mindestens 2-mal über Nacht von zu Hause weg, während er/sie noch bei den Eltern oder bei einer anderen Bezugsperson wohnt (oder nur einmal mit Rückkehr erst nach längerer Zeit)
	Schwänzt schon vor dem 13. Lebensjahr häufig die Schule

Tab. 2 Symptomliste für die Störung mit oppositionellem Trotzverhalten nach DSM-IV-TR (313.81). (Nach [13])

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

legenheiten [18]. Spätestens im 3. Lebensjahr treten beim Kind die folgenden 4 Probleme auf:

- eine verringerte Fähigkeit, anhand von Vorbildern zu lernen,
- hyperaktives Verhalten,
- eine geringe Aufmerksamkeitsspanne und mangelnde Ausdauer sowie
- aggressives Verhalten.

Dieses Risikopotenzial kann sich besonders gut entfalten, wenn die Eltern eine geringe Erziehungskompetenz aufweisen und ungünstiges Erziehungsverhalten zeigen (z. B. häufiges Strafen, geringe

Verstärkung bzw. kaum Lob, wenig konsequentes Verhalten; **Abb. 1**).

Eltern beeinflussen durch ihren Umgang mit Gefühlen die Emotionsregulation ihres Kindes

Es ist gut belegt, dass Eltern durch ihren Umgang mit Gefühlen v. a. die Emotionsregulation ihres Kindes beeinflussen; die Fähigkeit, eigene Gefühle regulieren zu können, wirkt sich auf die soziale Entwicklung eines Kindes aus [27]. Im Kontext einer misslungenen emotionalen Entwicklung kann man sowohl Risikofaktoren auf

Seiten des Kindes als auch auf Seiten der Eltern benennen. Das schwierige Temperament und Verhaltensprobleme in den beiden ersten Lebensjahren wurden bereits in **Abb. 1** hervorgehoben. Diese Kinder äußern vorwiegend negative Emotionen (Ärger, Wut) und ihr Verhalten ist von ihren Bezugspersonen nur schwer beeinflussbar (**Abb. 2**).

Zu den Risikofaktoren der Eltern gehören psychische Krankheiten (z. B. Depression der Mutter) oder vernachlässigendes sowie misshandelndes Elternverhalten. Als weiteres Problem ist v. a. ein unangemessenes Interaktionsverhalten zu nennen, d. h., die Eltern reagieren im Säuglings- und Kleinkindalter wenig auf die Bedürfnisse ihres Kindes (mangelnde Responsivität). Die Eltern zeigen ihrem Kind gegenüber häufig negative Gefühle und unterstützen es selten in seiner Emotionsregulation (**Abb. 2**). Das emotionale Klima dieser Familien zeichnet sich dadurch aus, dass wenig über Gefühle gesprochen wird und die Eltern selbst einen unangemessenen Umgang mit Gefühlen zeigen.

Bestehen die Probleme in der emotionalen Entwicklung des Kindes auch noch im Grundschulalter, begünstigt dies die Herausbildung von aggressivem Verhalten; zugleich kann sich in dieser Phase kein differenziertes Sozialverhalten entwickeln, da das aggressive Verhalten insgesamt das Sozialverhalten des Kindes dominiert (**Abb. 3**).

Von dieser Entwicklung sind besonders Jungen betroffen [7, 14]. Gelingt es Eltern nicht, ihrem Kind mit emotionaler Zuwendung (Unterstützung, Einfühlung, Verständnis) und mit klaren Anforderungen sowie Grenzen zu begegnen, wird sich aggressives Verhalten verfestigen. Da die Kinder in diesem wichtigen Entwicklungsabschnitt (im Grundschulalter) keine hinreichende soziale Kompetenz herausbilden und sie von ihren Eltern immer weniger beeinflussbar sind, wird deren Erziehungsverhalten zunehmend problematischer (**Abb. 3**).

Therapeutisches Vorgehen

Ziele

Die Ergebnisse der Aggressions- und Therapieforschung lassen große Zweifel

aufkommen, ob sich aggressives Verhalten durch Interventionen auf „direktem Weg“ nachhaltig beseitigen lässt [10, 11]. Aus diesem Grund zielt die Kinderverhaltenstherapie darauf ab, das Verhaltensrepertoire und die Ressourcen eines Kindes und seiner Familie zu erweitern und zu differenzieren. Durch eine solche Vorgehensweise kann ein Kind neue Handlungsmöglichkeiten entwickeln, und ein mit Aggression unvereinbares Verhalten (z. B. positives Einfühlungsvermögen [9]) kann schrittweise aufgebaut werden [17].

Motorische Ruhe

Aggressive Kinder sind häufig leicht reizbar, und vielfach tritt bei ihnen impulsives Verhalten auf. Bei solchen Problemlagen ist es in der Regel hilfreich, Fertigkeiten zu vermitteln, mit denen motorische Ruhe aufgebaut werden können. Diese basale Fertigkeit kann man durch bildgetragene (imaginative) Entspannungsverfahren am günstigsten erreichen, als solche haben sich für Kinder seit 25 Jahren die Kapitän-Nemo-Geschichten bewährt. Sie sind als Fortsetzungsgeschichten mit Motiven aus der Unterwasserwelt konzipiert; mit ihnen kann man kindgemäß Schwere- und Wärmeerlebnisse (analog dem Vorgehen des Autogenen Trainings) vermitteln. Sie liegen mittlerweile auch als Kinderbuch vor, sodass sich Eltern und Kinder diese Methoden unter Anleitung eines Experten erarbeiten können [16].

Wahrnehmung und Selbstbehauptung

Als zweites grundlegendes Ziel soll ein Kind soziale Prozesse genau wahrnehmen lernen. Es muss soziale Hinweise unterscheiden und eindeutig interpretieren lernen, um Sozialverhalten im Alltag richtig bewerten zu können. Das aggressive Kind lernt dabei, zwischen unterschiedlich angemessenen Verhaltensweisen zu differenzieren und deren Folgen einzuschätzen bzw. vorherzusagen. In diesem Kontext können Formen der angemessenen Selbstbehauptung eingeübt werden, wodurch das aggressive Kind in die Lage versetzt wird, Kritik oder Ärger angemessen zu äußern (■ Abb. 4).

Kooperation und Hilfeverhalten

Als positiv bewertetes Sozialverhalten, das mit Aggression unvereinbar ist und diese hemmt, bildet ihre Ausbildung ein weiteres Trainingsziel. In Rollenspielen üben aggressive Kinder kooperatives Verhalten und Hilfeverhalten ein. In einem ersten Schritt muss dazu bei den Kindern eine Bereitschaft aufgebaut werden, dieses „neue“ Verhalten im Alltag zu erproben. Durch eine kognitive Umstrukturierung sollen diese Verhaltensweisen allmählich positiv bewertet werden (z. B. „Es ist nicht Schwäche, sondern Stärke, wenn man nachgeben kann!“; „Hilft man anderen, fühlt man sich gut!“). Aggressive Kinder erfahren mit diesen neuen Verhaltensweisen im Alltag dann schnell, dass sie auf diese Weise befriedigende Sozialkontakte schließen und aufrechterhalten können.

Selbstkontrolle

Das Einüben von Selbstkontrolle bildet ein weiteres wichtiges Trainingsziel, um aggressives Verhalten durch das Bemühen des Kindes besser regulieren zu können.

■ Eine besonders gut erprobte Form der Selbstkontrolle stellen Selbstinstruktionsverfahren dar.

Mit ihnen gelingt es, den Ärger und die Wutreaktion zu regulieren [25]. Bei solchen Verfahren lernt das aggressive Kind, zu sich selbst in einer bestimmten Weise zu sprechen. So lernt es z. B., durch Selbstinstruktionen impulsive Reaktionen zu stoppen bzw. umzulenken. Eine solche Handlungssteuerung (Impulssteuerung) ermöglicht es dem aggressiven Kind, sich für nichtaggressives Verhalten zu entscheiden bzw. über andere Handlungsmöglichkeiten nachzudenken und sie in Erwägung zu ziehen. Instruktionkärtchen, Aufgaben und Regeln für die Trainingssitzung sowie Beobachtungslisten (z. B. der Detektivbogen) zur Selbst- und Fremdbeobachtung tragen erheblich dazu bei, diese Ziele zu erreichen.

Positives Einfühlungsvermögen

Seine Einübung ist für ältere Kinder und Jugendliche besonders schwierig [9]. Beim Empathieeinüben wird das Kind im Rahmen vorstrukturierter (thematischer) Rollenspiele (z. B. im Rahmen des Igel-

Monatsschr Kinderheilkd 2007 · 155:928–936
DOI 10.1007/s00112-007-1597-3
© Springer Medizin Verlag 2007

U. Petermann · F. Petermann

Aggressives Verhalten

Zusammenfassung

Es werden die Diagnosekriterien für aggressives Verhalten dargestellt und besonders die familiären Bedingungen für dessen Entwicklung in der frühen Kindheit und im Grundschulalter ausgeführt. Im Detail wird auf die Ziele und das konkrete therapeutische Vorgehen eingegangen; hierbei steht die Verhaltenstherapie mit dem Kind und der Familie im Mittelpunkt der Ausführungen. Abschließend werden die Wirksamkeit des Vorgehens und die Langfristigkeit der Therapieeffekte diskutiert.

Schlüsselwörter

Aggressiv-oppositionelles Verhalten · Aggressives Verhalten · Kinderverhaltenstherapie · Elternberatung · Therapiewirksamkeit

Disruptive behavior

Abstract

Criteria for the diagnoses of disruptive behavior and conduct disorder are presented. Family situations leading to the development of disruptive behavior in infancy and elementary school age are shown. The paper gives a detailed report of the aims and therapeutic steps required. The main focus lies on child behavior therapy with the child and the family. Finally, the effectiveness of the methods and therapy effects on a long-term basis are discussed.

Keywords

Aggressive-oppositional behavior · Disruptive behavior · Child behavior therapy · Parent counseling · Effectiveness



Abb. 1 ▲ Entwicklungsmodell zur Beschreibung von Verhaltensproblemen in den ersten beiden Lebensjahren. (Vereinfacht aus [22], S. 449)

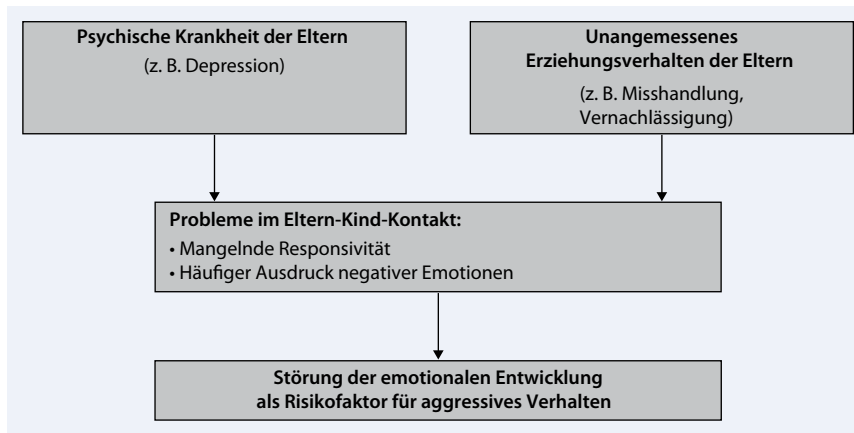


Abb. 2 ▲ Störung der emotionalen Entwicklung als Ursache für aggressives Verhalten. (Stark modifiziert nach [21], S. 97)

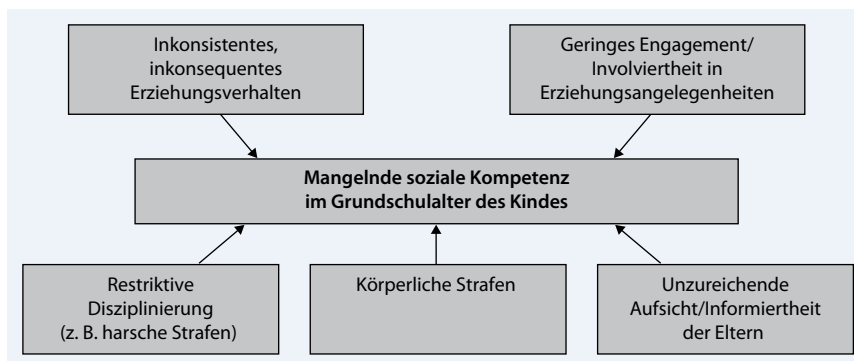


Abb. 3 ▲ Problematisches Erziehungsverhalten der Eltern als Ursache mangelnder sozialer Kompetenz im Grundschulalter

spiels) aufgefordert, sich in die Lage des anderen (z. B. eines Opfers einer aggressiven Handlung) zu versetzen. Im Rahmen des Igelspiels aus dem Training mit aggressiven Kindern lernen die Kinder in einem Rollenspiel, welches jeweils zu zweit durchgeführt wird, wie man auf

die emotionale Lage eines anderen eingehen muss, um ihn aus einer „ungünstigen“ emotionalen Lage (Wut, Trauer, Ärger, Enttäuschung, Angst) „hervorzulocken“. Durch den Rollentausch erfahren die Kinder aus beiden Perspektiven („Igel“ und „Hervorlocker“), wie durch Einfüh-

lungsfähigkeiten Konflikte vermieden werden können.

Übersicht über das therapeutische Vorgehen

Rahmenbedingungen

Ein Training bei aggressiven Verhaltensstörungen lässt sich in verschiedene Therapiemodule untergliedern [17]. Jedes Modul erlaubt es, mehrere Sitzungen mit einem Kind oder einer Familie durchzuführen. Innerhalb eines Moduls wird ein Problemfeld unter Vorgaben eines konkreten Ziels mit vorgefertigten Materialien und Instruktionen bearbeitet. Aufgrund der Anzahl von Themen und Materialien pro Modul kann man gezielt das jeweilige Problem des Kindes bzw. der Familie behandeln. Bei großen Defiziten eines Kindes bzw. der Familie können Module durch die vielfältigen Materialien und Inhalte vertieft bearbeitet werden. Es ist auch denkbar, dass die Materialien und Instruktionen, die für eine Sitzung vorgesehen sind, bei Lernbehinderten oder besonders unkonzentrierten sowie bei jüngeren Kindern auf 2 Sitzungen oder mehr verteilt werden müssen. Durch diese Veränderungen lässt sich das Vorgehen, ähnlich einem Baukastensystem mit vorgefertigten Elementen, ausweiten oder verkürzen.

Das Verhaltenstraining umfasst 3 Interventionsebenen: Kind, Eltern und Lehrer

Der Aufbau des therapeutischen Vorgehens im Einzelnen wird in **Abb. 5** verdeutlicht. Man erkennt 3 Interventionsebenen: das Kind, die Eltern und den Lehrer.

Kind. Die Arbeit mit dem Kind gliedert sich in das Einzeltraining, das Kennenlernen in der Kindergruppe und das Gruppentraining. Im Einzeltraining arbeitet ein Kind – einschließlich des Erstkontakts – 8–13 Sitzungen mit dem Therapeuten alleine. Danach erfolgt eine Kennenlernphase von 2 Sitzungen, in der sich eine Kindergruppe in Anwesenheit, aber ohne Vorgaben des Therapeuten trifft. Im Anschluss daran durchläuft die aus 3–4 Kindern bestehende Kindergruppe das Gruppentraining; dieses be-

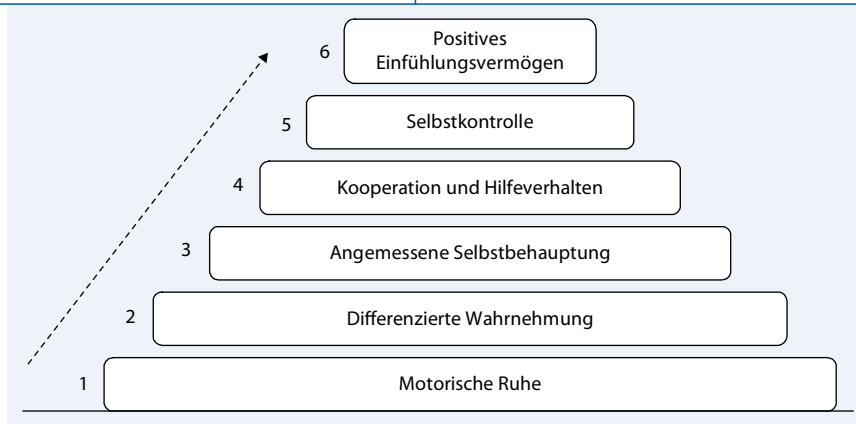


Abb. 4 ▲ Ziele des Trainings mit aggressiven Kindern [17]

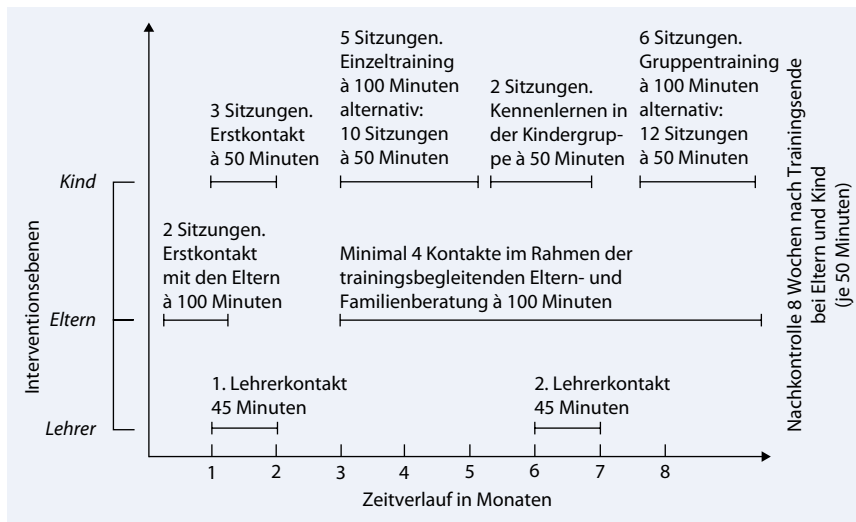


Abb. 5 ▲ Interventionsebenen und minimale Dauer des Trainings. (Aus [17], S. 106)

inhalten etwa 6–12 Sitzungen, in denen über Rollenspiele neues Verhalten eingeübt wird.

Die Anzahl der Sitzungen von Einzel- und Gruppentraining ist von der Sitzungsdauer abhängig (50 oder 100 min). Bei 7- bis 9-jährigen Kindern sowie solchen mit massiver Aufmerksamkeitsstörung, Hyperaktivität oder Lernbehinderung bieten sich eher 50-minütige Sitzungen an. Darüber hinaus hängt es von der Erfahrung eines Therapeuten ab, ob er sich eine Doppelsitzung von 100 min zutraut.

Familie. Die Eltern- bzw. familienbezogene Beratung umfasst minimal 6 Treffen. Die Sitzungen bestehen aus 2 Erstkontakttreffen und minimal 4 Sitzungen der trainingsbegleitenden Eltern- und Familienberatung; ein weiteres Treffen ist sinnvoll, das der Nachkontrolle – 8 Wochen nach Trainingsende – dient.

Lehrer. Die dritte Ebene bezieht sich auf 2 Lehrerkontakte in der Anfangs- und Endphase des Trainings. Im Rahmen derselben wird der Klassenlehrer über unsere Arbeitsweise ausführlich informiert und nach seinen Unterrichtsbeobachtungen befragt.

Dauer. Das Training dauert durchschnittlich 6–8 Monate und kann bei lernbehinderten (oder mehrfach beeinträchtigten) Kindern auch bis zu 10 Monate betragen. Der ausgeführte zeitliche Rahmen bezieht sich auf wöchentliche Treffen mit dem Kind.

Zweigleisigkeit des Vorgehens

Es hat sich in unserem Konzept als besonders geeignet erwiesen. Auf der einen Seite wird das Kind als eigenständige Einheit, auf der anderen Seite die Familie insgesamt betrachtet. Die Argumente für eine solche Vorgehensweise sind vielfältig:

- Die zweigleisige Betrachtung ermöglicht, die unterschiedlichen Einflüsse und Auswirkungen einer Verhaltensstörung offen zu legen. So bringt gerade die getrennte diagnostische Vorgehensweise mit Eltern und Kind wichtige und einigermaßen vollständige Informationen zu Tage.
- Die Zweigleisigkeit unterstützt eine differenzierte Beratung, da sowohl für das Kind als auch für die Familie spezifische und dennoch aufeinander abgestimmte Hilfen entwickelt werden können.
- Wenn Eltern mit ihrem unangemessenen Erziehungsverhalten konfrontiert werden sollen, benötigen sie Schutz vor einem Gesichtverlust gegenüber ihren Kindern. Eine Motivation zur Veränderung des Elternverhaltens oder des Familienklimas kann nur in diesem Schutz entstehen.
- Durch die Zweigleisigkeit ist es erst möglich, die Veränderungen des Kindes und die der gesamten Familie unabhängig voneinander zu erfassen und zu kontrollieren. Wir erwarten auf beiden Seiten Veränderungen.

Verhaltenstherapie mit dem Kind

Im Training mit aggressiven Kindern werden pro Sitzung verschiedene Elemente (Trainingsschritte) miteinander kombiniert und in thematisch geordneten Phasen mit einem Kind durchgeführt. Jeweils 4 Phasen konstituieren eine Trainingssitzung, wobei alle Sitzungen denselben Aufbau aufweisen (■ Tab. 3).

Verhaltenstherapie mit Gruppen

Aggressive Kinder verfügen häufig über geringe oder unzureichend differenzierte soziale Fertigkeiten. Deshalb werden sie oft von Gleichaltrigen abgelehnt, wodurch wiederum soziales Lernen bzw. positive Erfahrungen mit anderen verhindert werden [8]. Ein wesentliches Ziel besteht somit darin, im Kontext einer Therapiegruppe neue Erfahrungen zu vermitteln. Die Gruppen umfassen bei Kindern (bis 12 Jahre) 3–4 [17] und bei Jugendlichen 4–5 Teilnehmer [19].

Bei den Gruppensitzungen handelt es sich um thematisch gut vorstrukturierte Angebote. Dabei wird ein stark ritualisierter Sitzungsablauf gewählt (■ Tab. 4).

Solche Festlegungen helfen aggressiven Kindern, präzise Erwartungen gegenüber den Sitzungsinhalten zu entwickeln, wodurch die Motivation zur Teilnahme in der Regel gefestigt wird. In den Gruppensitzungen werden mit Rollenspielen notwendige soziale Fertigkeiten eingeübt. Bei den ersten Gruppensitzungen werden die Rollenspielinhalte detailliert vom Therapeuten vorgegeben. Im weiteren Verlauf sollen die Kinder verstärkt ihre Alltagsprobleme zu Rollenspielinhalten machen.

Verhaltenstherapie mit Familien

Familien mit aggressiven Kindern lassen sich durch folgende Bemühungen zur Therapiemitarbeit motivieren: Zunächst erscheint es notwendig, ein gemeinsames Beratungsziel und Störungskonzept zu erarbeiten. Zur Motivierung der Eltern werden deren Erziehungsbemühungen anerkannt. Von Anfang an soll ihnen vermittelt werden, dass alle Familienmitglieder etwas zur Problemlösung beitragen können. Für den Erfolg einer verhaltenstherapeutischen Familienberatung ist es zentral, dass ein klares und überschaubares Hilfeangebot formuliert wird. Familien mit aggressiven Kindern erwarten konkrete Hilfen, die im Alltag umsetzbar sind. In der Beratung wird im Detail beschrieben, was kind- und familienbezogen geändert werden kann und sollte.

Im Rahmen der Eltern- und Familienberatung soll zunächst die Mitarbeit der Familie sichergestellt werden.

In einem zweiten Schritt wird den Eltern ein angemessener Umgang mit ihrem Kind vermittelt. Im Blickpunkt stehen u. a. folgende Aspekte:

- Informationen über aggressives Verhalten des Kindes und ungünstige familiäre Interaktionsformen sammeln,
- die ursächlichen und aufrechterhaltenden Bedingungen aggressiven Verhaltens den Eltern verdeutlichen,
- eine Beziehung zwischen aggressiven Verhaltensweisen und dem bisherigen Erziehungsverhalten herstellen,
- angemessene familiäre Interaktionsmuster initiieren sowie

Tab. 3 Aufbau einer Trainingssitzung

Sitzung	Material
1. Auswertung der Aufgaben zur Selbstbeobachtung/ Verhaltensübung	Detektivbogen
2. Entspannungs- und Ruhetraining	Kapitän-Nemo-Geschichten
3. Trainingsphase mit spezifischem Material	
Wahrnehmungsübungen	Fotogeschichten Kurze Videogeschichten Bildkarten Arbeitsblätter
Verhaltensübungen im Rollenspiel anhand vorgegebener Themen und Geschichten	
Selbstinstruktionsübungen	Instruktionskarten
4. Eintausch von erarbeiteten Punkten für selbstbestimmtes Spielen	Tokens und Regellisten

Tab. 4 Rollenspielinhalte des Gruppentrainings

1. Sitzung	Erstellen von Diskussionsregeln
2. Sitzung	Üben von positivem Einfühlungsvermögen (anhand des „Igelspiels“)
3. Sitzung	Mit Wut fertig werden
4. Sitzung	Erfahren von Lob, Nichtbeachtung und Tadel
5. Sitzung	Widerspiegeln des eigenen Verhaltens
6. Sitzung	Stabilisierung und Immunisierung von angemessenem Verhalten

- den Eltern irrationale Erziehungseinstellungen bewusst machen und diese schrittweise mit ihnen revidieren.

So werden z. B. die ursächlichen und aufrechterhaltenden Bedingungen anhand typischer Familienkonflikte herausgearbeitet und Bezüge zum bisherigen Erziehungsverhalten hergestellt. Des Weiteren wird erarbeitet, wie sich das Elternverhalten negativ auf das Kind auswirken kann; mit den Eltern werden dabei neue Verhaltensweisen entwickelt, mit denen sie ihr Kind positiv beeinflussen können [10]. Ein auf diese Weise schrittweise geändertes Elternverhalten erleichtert es zum einen dem aggressiven Kind, die im Training erworbenen Verhaltensweisen im Alltag anzuwenden und zu erproben; auf der anderen Seite wird eine weitere Verstärkung unangemessenen Verhaltens verhindert.

Ergebnisse

Komplexe und verhaltensorientierte kind- und familienbezogene Interventionsverfahren weisen befriedigende und langfristig stabile Erfolge auf [3, 5, 24], wobei soziale Fertigkeitstrainings besonders effektiv sind [25]; die berichteten Effektstärken lagen hierfür bei 0,86. Ang u. Hughes

[2] konnten für mit aggressiven Jugendlichen durchgeführte soziale Fertigkeitstrainings allerdings nur eine Effektstärke von 0,62 belegen. Dieses Ergebnis muss man jedoch dadurch relativieren, dass bei der Behandlung aggressiver Jugendlicher generell nur geringe Erfolge erzielt werden. Die Effekte waren von der Gruppenzusammensetzung während der Therapie und der Tatsache abhängig, ob neben dem Gruppentraining auch ein Einzeltraining durchgeführt wurde. Die besten Ergebnisse erzielten Vorgehensweisen, die ein Einzel- mit einem Gruppentraining kombinierten und bei welchen in den Therapiegruppen auch Jugendliche mit positivem Sozialverhalten integriert waren (vgl. [2]; zum praktischen Vorgehen s. auch [19]).

Fazit für die Praxis

Aggressives Verhalten im Kindesalter stellt eine besonders stabile und prognostisch ungünstig verlaufende Verhaltensstörung dar, wie entwicklungspsychopathologische Ergebnisse immer wieder belegen [26]. Nur komplexe und verhaltensorientierte kind- und familienbezogene Interventionsverfahren weisen befriedigende und langfristig stabile Erfolge auf [3, 5, 24], wobei soziale Fer-

Hier steht eine Anzeige.



tigkeitstrainings besonders effektiv sind [25]. Die besten Ergebnisse wurden dabei bei Kombinationen von Einzel- und Gruppentrainings erzielt. Mit komplexen verhaltenstherapeutischen Interventionen gelingt es nachhaltig, die Ressourcen aggressiver Kinder und ihrer Familien zu aktivieren [20, 23]; auf diese Weise lassen sich die Defizite in verschiedenen Bereichen kompensieren. Um die erzielten Therapieerfolge in den Alltag zu übertragen, ist es wichtig, die vom Kind und der Familie zu erwerbenden Fertigkeiten schrittweise und möglichst realitätsnah einzuüben. Darüber hinaus sind langfristige Maßnahmen zur Qualitätssicherung nötig [12] und vermutlich – v. a. bei neuen Entwicklungsanforderungen und Krisen – die Therapieeffekte unterstützende Nachbehandlungen, die mit den Kindern und Eltern gemeinsam durchgeführt werden sollten.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. U. Petermann



Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation
Universität Bremen
Grazer Straße 2 und 6,
28359 Bremen
upeterm@uni-bremen.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. American Psychiatric Association (APA) (Hrsg) (2003) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision (DSM-IV-TR). Hogrefe, Göttingen
2. Ang RP, Hughes JN (2002) Differential benefits of skills training with antisocial youth based on group composition: a meta-analytic investigation. *School Psychol Rev* 31: 164–185
3. Barkley RA, Edwards GH, Robin AL (1999) Defiant teens. A clinician's manual for assessment and family intervention. Guilford, New York
4. Desman C, Petermann F (2005) Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS): Wie valide sind die Subtypen. *Kindheit Entwicklung* 14: 244–254
5. Fontaine RG (2006) Evaluative behavioural judgements and instrumental antisocial behaviors in children and adolescents. *Clin Psychol Rev* 26: 956–967
6. Jacobs C, Petermann F (2007) Aufmerksamkeitsstörungen bei Kindern. Langzeiteffekte des neuropsychologischen Gruppenprogrammes ATTENTIO-NER. *Kindheit Entwicklung* 16: 40–48
7. Lee KH, Baillargeon RH, Vermunt JK et al. (2007) Age differences in the prevalence of physical aggression among 5–11-year-old Canadian boys and girls. *Aggress Behav* 33: 26–37
8. Loeber R, Farrington DP (eds) (1998) Serious and violent juvenile offenders. Risk factors and successful interventions. Sage, Thousand Oaks
9. Lovett BJ, Sheffield RA (2007) Affective empathy deficits in aggressive children and adolescents: a critical review. *Clin Psychol Rev* 27: 1–13
10. McCart MR, Priester PE, Davies WH et al. (2006) Differential effectiveness of behavioral parent-training and cognitive-behavioral therapy for antisocial youth: a meta-analysis. *J Abnorm Child Psychol* 34: 527–543
11. McMahon RJ, Frick PJ (2005) Evidence-based assessment of conduct problems in children and adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol* 34: 477–505
12. Merod R, Petermann F (2006) Messung der Prozess- und Ergebnisqualität in der Therapie von Kindern und Jugendliche. *Kindheit Entwicklung* 15: 164–169
13. Moffitt TE (1993) „Life-course persistent“ vs. „adolescent-limited“ antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychol Rev* 100: 674–701
14. Nichols TR, Graber JA, Brooks-Gunn J et al. (2006) Sex differences in overt aggression and delinquency among urban minority middle school students. *J Appl Dev Psychol* 27: 78–91
15. Petermann F (2005) Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Eine Bestandsaufnahme. *Kindheit Entwicklung* 14: 48–57
16. Petermann U (2007) Die Kapitän-Nemo-Geschichten, 9. korrigierte Aufl. Herder, Freiburg
17. Petermann F, Petermann U (2005) Training mit aggressiven Kindern, 11. vollst. überarbeitete Aufl. Psychologie Verlagsunion, Weinheim
18. Petermann U, Petermann F (2006) Erziehungskompetenz. *Kindheit Entwicklung* 15: 164–169
19. Petermann F, Petermann U (2007) Training mit Jugendlichen, 8. völlig veränderte Aufl. Hogrefe, Göttingen
20. Petermann F, Schmidt MH (2006) Ressourcen – ein Grundbegriff der Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychopathologie? *Kindheit Entwicklung* 15: 71–75
21. Petermann F, Wiedebusch S (2002) Störung beim Erwerb emotionaler Kompetenz im Kindesalter. *Z Klin Psychol Psychiatr Psychother* 50: 1–28
22. Petermann U, Reinartz H, Petermann F (2002) IDL 0–2: Ein Explorationsbogen zur Identifikation differentieller Lernwege in der Sozialentwicklung. *Z Klin Psychol Psychiatr Psychother* 50: 427–457
23. Petermann F, Natzke H, Gerken N et al. (2006) Verhaltenstraining für Schulanfänger, 2. veränderte Aufl. Hogrefe, Göttingen
24. Petermann U, Nitkowski D, Polchow D et al. (2007) Langfristige Effekte des Trainings mit aggressiven Kindern. *Kindheit Entwicklung* 16: 143–151
25. Sukhodolsky DG, Kassirnov H, Gorman BS (2004) Cognitive-behavioral therapy for anger in children and adolescents: a meta-analysis. *Aggress Violent Behav* 9: 247–249
26. Vitro F, Brendgen M, Barker ED (2006) Subtypes of aggressive behaviors: a developmental perspective. *Int J Behav Dev* 30: 12–19
27. Wiedebusch S, Petermann F (2002) Interventionen zur Förderung emotionaler Kompetenz bei Kindern. *Z Klin Psychol Psychiatr Psychother* 50: 368–386