



Petermann • Petermann

14. Auflage

Training mit aggressiven Kindern

BELTZ

Petermann • Petermann

Training mit aggressiven Kindern



©privat: Fotograf: Harald Kehling

Prof. Dr. Ulrike Petermann ist emeritierte Lehrstuhlinhaberin für Klinische Kinderpsychologie der Universität Bremen. Ihre Arbeitsschwerpunkte liegen im Bereich Verhaltensmodifikation, Kinderverhaltenstherapie und Klinische Kinderpsychologie.



©privat: Fotograf: Harald Kehling

Prof. Dr. Franz Petermann war Direktor des Zentrums für Klinische Psychologie und Rehabilitation an der Universität Bremen. Seine Arbeitsschwerpunkte waren u.a. die Psychologie in der Kinderheilkunde sowie die Behandlung von Entwicklungs- und Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter.

Ulrike Petermann • Franz Petermann

Training mit aggressiven Kindern

Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial

14., vollständig überarbeitete Auflage

BELTZ

Prof. Dr. Ulrike Petermann
E-Mail: upeterm@uni-bremen.de

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Die Verlagsgruppe Beltz behält sich die Nutzung ihrer Inhalte für Text und Data Mining im Sinne von § 44b UrhG ausdrücklich vor.

Im Buch wird das grammatikalische Geschlecht kapitelweise abwechselnd verwendet, sodass z. B. Patientinnen und Patienten mal auf Therapeuten und mal auf Therapeutinnen treffen. Es sind immer beide gleichermaßen angesprochen.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-28532-2 Print
ISBN 978-3-621-28533-9 E-Book (PDF)

14., vollständig überarbeitete Auflage 2023
© 2023 Programm PVU Psychologie Verlags Union
in der Verlagsgruppe Beltz · Weinheim Basel
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Dagmar Kühnle Zerpa
Illustration: Claudia Styrsky
Umschlagbild: ©getty images/Flashpop
Herstellung: Viktoria Larson
Satz: WMTP Wendt-Media Text-Processing GmbH, Birkenau
Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Beltz Grafische Betriebe ist ein klimaneutrales Unternehmen (ID 15985-2104-100).
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor:innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhaltsübersicht

Vorwort zur 14. Auflage	10
Vorwort zur 1. Auflage	12
I Störungsbild	
1 Ausdrucksformen und Verlauf	15
2 Diagnostik	33
3 Erklärungsansätze	57
II Training	
4 Konzeption des Trainings	70
5 Einzeltraining	107
6 Gruppentraining	178
7 Eltern- und Familienberatung	220
8 Effektkontrolle	265
9 Übertragung des Ansatzes auf andere Gebiete	272
Anhang	
Glossar	284
Literatur	294
Übersicht und Beschreibung der Arbeitsmaterialien	305
Sachwortverzeichnis	311

Inhalt

Vorwort zur 14. Auflage	10
Vorwort zur 1. Auflage	12

I Störungsbild

1	Ausdrucksformen und Verlauf	15
1.1	Erscheinungsbild	15
1.2	Angstmotivierte Aggression	18
1.3	Klassifikation	21
1.4	Auftretenshäufigkeit	28
1.5	Verlauf	28
2	Diagnostik	33
2.1	Diagnostische Zugänge	33
2.2	Befragung der Eltern	36
2.3	Befragung des Kindes	41
2.4	Verhaltensbeobachtung	47
3	Erklärungsansätze	57
3.1	Biologische Faktoren	58
3.2	Psychische Faktoren	60
3.3	Soziale Faktoren	62

II Training

4	Konzeption des Trainings	70
4.1	Vorgehensweise	70
4.2	Aggressives Verhalten: Prozessmodell und Interventionsmöglichkeiten	72
4.2.1	Prozessmodell aggressiven Verhaltens von Kaufmann	72
4.2.2	Ansatzpunkte einer Intervention	77
4.3	Therapieziele	77
4.4	Lerntheoretische Grundlagen therapeutischen Handelns	86
4.4.1	Soziales Lernen	86
4.4.2	Umsetzung des sozialen Lernens	92
4.5	Therapeutisches Basisverhalten	97
4.5.1	Die Rolle der Therapeutin	97

4.5.2	Vertrauensaufbau	98
4.6	Eltern- und Familienberatung	99
4.7	Aufbau des therapeutischen Vorgehens	101
4.8	Indikation für das Aggressionstraining	104
5	Einzeltraining	107
5.1	Beziehungsgestaltung	107
5.1.1	Gesprächsführung	108
5.1.2	Therapiemotivation	110
5.2	Ziele und Aufbau des Einzeltrainings	112
5.3	Erstkontakt	117
5.4	Therapeutische Elemente der Module	121
5.4.1	Tokenprogramm	121
5.4.2	Detektivbogen	124
5.4.3	Ruhe- und Entspannungstraining	128
5.5	Erstes Einzeltrainingsmodul	135
5.6	Zweites Einzeltrainingsmodul	140
5.7	Drittes Einzeltrainingsmodul	145
5.8	Viertes Einzeltrainingsmodul	149
5.9	Fünftes Einzeltrainingsmodul	156
5.10	Kritische Therapiesituationen	163
5.10.1	Ursachen	163
5.10.2	Lösungsvorschläge	164
6	Gruppentraining	178
6.1	Gruppenzusammensetzung	178
6.2	Motivierung	181
6.3	Ziele und Aufbau des Gruppentrainings	184
6.4	Therapeutische Elemente der Module	186
6.4.1	Tokenprogramm	186
6.4.2	Detektivbogen	187
6.4.3	Ruhe- und Entspannungstraining	189
6.4.4	Rollenspiel	189
6.5	Erstes Gruppentrainingsmodul	191
6.6	Zweites Gruppentrainingsmodul	194
6.7	Drittes Gruppentrainingsmodul	197
6.8	Viertes Gruppentrainingsmodul	200
6.9	Fünftes Gruppentrainingsmodul	204
6.10	Sechstes Gruppentrainingsmodul	208
6.11	Siebtes Gruppentrainingsmodul	210
6.12	Kritische Therapiesituationen	214
6.12.1	Ursachen	214
6.12.2	Lösungsvorschläge	218

7	Eltern- und Familienberatung	220
7.1	Rahmenbedingungen	221
7.2	Beziehungsgestaltung	223
7.2.1	Gesprächsführung	223
7.2.2	Motivierung	228
7.3	Ziele und Aufbau der Elternberatung	231
7.4	Erstkontakt	234
7.5	Erstes Elternberatungsmodul	241
7.6	Zweites Elternberatungsmodul	248
7.7	Drittes Elternberatungsmodul	252
7.8	Viertes Elternberatungsmodul	256
7.9	Kritische Beratungssituationen	257
7.9.1	Ursachen	258
7.9.2	Lösungsvorschläge	259
7.10	Nachkontrolle	264
8	Effektkontrolle	265
8.1	Einzelfallstudien	265
8.1.1	Methodisches Vorgehen zur Effektkontrolle	265
8.1.2	Ergebnisse der Effektkontrolle	266
8.2	Gruppenstudien	268
8.3	Detaillierte Trainingseffekte	269
9	Übertragung des Ansatzes auf andere Gebiete	272
9.1	Einsatz im schulischen Bereich	272
9.2	Einsatz im stationären Bereich	274
9.3	Kinder- und Jugendarbeit als Ort der Prävention	275
9.4	Präventive Elternberatung	276
9.5	Kombination mit anderen Trainingsansätzen	276
	Anhang	
	Glossar	284
	Literatur	294
	Übersicht und Beschreibung der Arbeitsmaterialien	305
	Sachwortverzeichnis	311

Vorwort zur 14. Auflage

Das vorliegende Buch existiert schon mehr als ein »Praktikerleben«. In den 44 Jahren seit dem ersten Erscheinen im Jahre 1978 hat kein Thema der Klinischen Kinderpsychologie und Kinderpsychotherapie so stark die Diskussion bestimmt, wie die Suche nach den Ursachen kindlicher Aggression und die Entwicklung optimaler Behandlungsverfahren.

Im Jahre 1978 haben wir mit dem Begriff »Training« eine mutige Vokabel gewählt – in einer Zeit, in der die »freie«, vermeintlich antiautoritäre Erziehung des Kindes gefördert, gesellschaftlich gewünscht und vielfach praktiziert wurde. Mit Ende der 1980er-Jahre wurde offener und ohne einen ideologisch eingefärbten Blick über aggressives Verhalten bei Kindern und Jugendlichen diskutiert; seit diesem Zeitpunkt wurde unser Vorgehen umfassend akzeptiert. In den letzten Jahren verschärfte sich die Diskussion um die Folgen aggressiven Verhaltens, da jetzt die Perspektive der Opfer aggressiver Angriffe im Mittelpunkt des öffentlichen Interesses stand. Die Belastungen und Ängste dieser Opfer bilden heute ein wichtiges Thema der Klinischen Kinderpsychologie. Seit wenigen Jahren werden auch verstärkt extreme Formen der Aggression im Kindes- und Jugendalter diskutiert, die sich in einer besonders kaltblütigen und emotionslosen Aggression äußern. Begriffe wie Psychopathie, die jahrzehntelang wegen der NS-Vergangenheit in Deutschland tabu waren, tauchten über den englischen Sprachraum nun auch wieder bei uns auf.

Über die letzten mehr als 44 Jahre hinweg wollten wir mit unserem Vorgehen eine wirksame Hilfe für aggressive Kinder und ihre Familien anbieten. Wir wollten einige Hinweise geben, wie man der Eskalation entgegen kann, die vielen aggressiven Verhaltensweisen innewohnt.

Als Zugang zur Behandlung aggressiver Kinder und ihrer Familien kombinierten wir die Kinderverhaltenstherapie mit einer besonders strukturierten Form der Eltern- und Familienberatung, wir wählten also von Anfang an ein zweigleisiges Vorgehen, das jedoch eng verzahnt ist. Dieses Vorgehen blieb über die Jahre erhalten, obwohl immer wieder familientherapeutische Konzepte vorgaben, die Probleme aggressiver Kinder viel direkter und einfacher lösen zu können. Leider sieht die therapeutische Realität völlig anders aus: Aggressives Verhalten bildet eine besonders stabile Verhaltensstörung, die auch im Kindesalter nur schwer zu verändern ist, weswegen fast immer auch mit dem Kind gearbeitet werden muss, um die Probleme und Defizite sozialer Kompetenz bei aggressiven Kindern auf der Verhaltensebene anzugehen.

Das vorliegende Buch stellt eine erprobte Methoden- und Materialsammlung dar, die über die 44 Jahre und auch in der vorliegenden Auflage schrittweise aktualisiert wurde. Aktualisiert bedeutet, dass neue wissenschaftliche Ergebnisse zu den Ursachen aggressiven Verhaltens bei der Planung von Therapiebausteinen berücksichtigt wurden. Es bedeutet aber auch, dass Methoden und Materialien für die praktische Arbeit mit Kindern und Familien zeitgemäß weiterentwickelt und umgestaltet wurden.

Zu unserem Vorgehen erstellte das Institut für den wissenschaftlichen Film (IWF (Göttingen), Nonnenstieg 72, D-37075 Göttingen) schon in den 1980er-Jahren verschiedene Filmdokumente, die einzelne Aspekte unserer Arbeitsweise illustrieren. Auf einige dieser Dokumente, die als DVD im TIB AV-Portal unter <https://av.tib.eu/media/16677> bestellt werden können, soll hingewiesen werden:

- ▶ Elterngespräche und Elternberatung (C 1487) (<https://doi.org/10.3203/IWF/C-1487>)
- ▶ Kritische Situationen in der Kinderpsychotherapie (C 1538) (<https://doi.org/10.3203/IWF/C-1538>)
- ▶ Autogenes Training mit Kindern (C 1539) (<https://doi.org/10.3203/IWF/C-1539>)

Die angeführten Filmdokumente – mit den in Klammern angegebenen Bestellnummern – machen in Kombination mit den Materialien dieses Buches unser Vorgehen relativ leicht erlernbar. Seit Mitte der 1990er-Jahre liegt ein Film der FernUniversität Hagen vor, der ausführlich auf verschiedene Entspannungsmethoden für Kinder und Jugendliche eingeht. Interessenten finden den Film mit freundlicher Genehmigung der FernUniversität Hagen inzwischen unter dem Link <https://www.fernuni-hagen.de/videostreaming/zmi/video/1994/94-12-76771/>

Dieses Buch hatte wohlwollende Helfer. Das Lektorat des Beltz Verlages unterstützte in der Vergangenheit uns und nun mich bei der Neubearbeitung des Buches wie all die Jahre vorher in engagierter Weise. Für eine große Verbundenheit mit Frau Ohms bin ich sehr dankbar. Sie und Frau Kühnle Zerpa zeigten mir gegenüber großes Verständnis für meine nicht einfache Situation seit dem Tod meines Mannes und eine nicht zu übertreffende Geduld mit der sich hinziehenden Überarbeitung des Buches. Wir und ich danken den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unserer Kinderambulanzen für Psychotherapie an der Universität Bremen für die Mithilfe bei der Erprobung neuer Konzepte und der Sammlung empirischer Daten zu unserem Vorgehen. Nur auf diese Weise können wir kontinuierlich die Wirksamkeit unserer Arbeitsweise überprüfen. Dr. Pola Ronniger danke ich für Anregungen zur Überarbeitung bei Modul 5 des Einzeltrainings. Dank schulde ich Prof. Dr. Ute Koglin, die mich mit ihrem Team bei der Recherche aktueller Literatur unterstützte. Und last but not least gilt mein ganz besonderer Dank meiner ehemaligen Sekretärin, Frau Angela Friedeberg, die in bewährter Weise mit großer Genauigkeit und Zuverlässigkeit meine Korrekturen und Ergänzungen in die Datei einarbeitete.

Unseren Lesern und Leserinnen danken wir für viele Jahre der Treue. Und die Therapeutinnen und Therapeuten möchte ich ermutigen, beim Erarbeiten des Trainings und seiner Anwendung durchzuhalten. Nachdem man das Training das erste Mal durchführte, bemerkt man, wie leicht alles deshalb ist, weil die Module systematisch aufeinander aufbauen. Dies bestätigen viele aus der Anwendung in der Praxis, bei denen ich mich für diese Rückmeldung sehr bedanke.

Bremen, im Januar 2023

Ulrike und Franz Petermann

Vorwort zur 1. Auflage

Das vorliegende Buch wendet sich sowohl an Praktiker als auch Studenten, die an der Entwicklung und dem Einsatz von Trainingsprogrammen für Kinder im Grundschulalter interessiert sind. Aufgrund der Aktualität des Themas (Aggression, Delinquenz, Hyperaktivität u. a.) kann der Leserkreis als ziemlich heterogen angenommen werden. Genau diese Heterogenität spiegelt sich auch in der Gestaltung des Buches wider. Sie kann jedoch als günstig angesehen werden, da sich eine Reihe von oftmals vernachlässigten Zielsetzungen dadurch verwirklichen lässt. Im Einzelnen handelt es sich um folgende Zielsetzungen:

- (a) Eine Konzeption einer verhaltenstherapeutisch orientierten Interventionsstrategie, die die sozial-kognitive Lerntheorie von Bandura als theoretischen Hintergrund ausweist;
- (b) eine individuumzentrierte Diagnose- und Trainingsstrategie, die zu unterschiedlichen Trainingsprogrammen zum Abbau aggressiver Verhaltensweisen bei Kindern führt;
- (c) eine einzelfallanalytische Auswertung der Daten zur Trainingskontrolle, die eine individuelle Überprüfung des Trainingserfolges gestattet und
- (d) eine minuziöse Dokumentation der Arbeitsschritte und -materialien, die
- (e) einen eigenständigen Einsatz des Trainings in der Praxis gestatten.

Die Evaluation des Trainings ist allein schon von der Gewinnung einer adäquaten Probandenstichprobe schwierig. Diese Schwierigkeiten haben wir zur Genüge kennengelernt; über sie zu berichten ist mühselig. Wir möchten vielmehr allen Beteiligten*, den Eltern, den Kindern, dem Hort, den Schulen, der Beratungsstelle, dem Psychologischen Institut Bonn und der Klinischen Abteilung für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität Heidelberg für die engagierte Unterstützung danken. Wir danken weiterhin dem Verlag Urban & Schwarzenberg, vor allem Prof. Dr. Müller und Dr. Kutscher, für die gute Kooperation und hoffen, dass wir unseren Intentionen gerecht werden. – Sollten Fragen beim Leser offenbleiben, Probleme bei der Durchführung des Trainings auftreten, Vorschläge zu der Optimierung sich in der Praxis noch ergeben, sind wir gerne zu einer Korrespondenz bereit; wir glauben, dass eine solche Diskussion nicht nur wünschenswert, sondern notwendig ist – und dies für alle Beteiligten.

Bonn, im März 1978

Franz und Ulrike Petermann

* Sämtliche Namen, Daten, Ortsangaben und sonstige identifizierbare Details wurden verändert oder nicht explizit ausgeführt.



Störungsbild

- 1 Ausdrucksformen und Verlauf
- 2 Diagnostik
- 3 Erklärungsansätze

Beispiel: Jens

Das Telefon klingelt. Ich bin zuerst am Apparat: »Hier ist Jens Müller. – Ja, ich ruf' sie mal! – Maamaaa, Frau Kreutzer will dich sprechen!« – »Frau Kreutzer? Hast du wieder was angestellt in der Schule?« – »Nö, ich weiß nichts.« – Ich werde mich lieber verdrücken. Was die Kreutzer nur wieder will? Die ruft doch nicht etwa wegen der kleinen Prügelei heute Morgen an? »Jens – kommst du bald, wenn ich dich rufe?« – »Jaa, was ist denn? – Aua!« – Mann, die Ohrfeige hat gegessen. »Du weißt wofür!« – »Nö.« – »Stell' dich nicht so dumm. Und du brauchst auch gar nicht zu heulen. Das hilft dir nichts. Was fällt dir eigentlich ein, der Frau Kreutzer eine zu knallen! – Sag' schon!« – »Ich ... ich ... ich hab' mich doch nur verteidigt. Die hat mich ungerecht behandelt. Immer schiebt sie mir die Schuld zu. Dabei war Niklas schuld.«

»Was musst du dich auch immer mit anderen prügeln? Es vergeht doch kein Tag, wo es nicht Scherereien mit dir gibt.« – »Aber Niklas hat zu mir Penner und Spasti gesagt, und das lass' ich mir nicht gefallen. Da hab ich ihn halt geboxt. Dann kam plötzlich Frau Kreutzer dazu. Die packt mich von hinten und brüllt mich an, obwohl ich gar nicht schuld war.«

»Aber deshalb hast du ihr keine Ohrfeige zu geben; das gehört sich nicht. Mach, dass du in dein Zimmer kommst. Ich will dich heut' nicht mehr seh'n. Wenn dein Vater heut' Abend nach Hause kommt, kannst du noch was erleben.«

So eine Scheiße. Die Kreutzer ist eine doofe Kuh und eine alte Petze. Alle behandeln mich ungerecht. Keiner versteht mich. Was soll ich denn alleine spielen? Es ist so langweilig – allein in meinem Zimmer. Ich geh' noch ein bisschen raus. Ich muss aufpassen, dass mich Mama nicht erwischt; wegen dem Krach heute Morgen in der Schule darf ich nämlich bestimmt nicht gehen. Leise, ganz leise. – Geschafft!

Da vorne sind Kai und Olaf. Mal seh'n, was die vorhaben. »Kai, Olaf, wo geht ihr hin?« – »Wir gehen zum Bolzplatz, ein bisschen Fußball spielen.« – »Ich komm mit!« »Okay!« – Wir spielen eine ganze Zeit prima zusammen. Nur Olaf will nie Torwart sein, und er rempelt mich dauernd an. Ich werde richtig wütend. Ich stelle ihm ein Bein, damit er mal gehörig auf seine große Schnauze fällt. Da geht er auf mich los. Ich merke, wie mir ganz heiß wird und ich noch wütender werde. Na, dem werd' ich's zeigen. Kai schreit immer, wir sollen aufhören. Aber ich muss mich schließlich verteidigen. Und wie soll ich das machen, außer zurückzuschlagen? Denn ein Feigling bin ich nicht – ich laufe nicht weg. Wenn Olafs Nase blutet, höre ich auf. Der hat dann bestimmt genug; der traut sich so schnell nicht mehr, mich anzugreifen.

Mann, es ist inzwischen schon fast dunkel. Jetzt muss ich aber nach Hause. Ich renne durch die Straßen, ins Haus, die Treppe rauf und klinge. Mutter öffnet. »Wo kommst du her? Und wie siehst du denn aus? Hab' ich dir nicht gesagt, du sollst in deinem Zimmer bleiben?« – Sie schreit immer lauter, sodass die Nachbarn bestimmt wieder alles mitkriegen. Da ruft mich Papa. Oh weia! An dem Ton erkenne ich schon, dass eine Tracht Prügel fällig ist. – Ohne Abendbrot muss ich sofort ins Bett. Mann, tut mir mein Hintern weh. Alle sind ungerecht zu mir, keiner versteht mich. Keiner hat mich lieb.

- 1.1 Erscheinungsbild
- 1.2 Angstmotivierte Aggression
- 1.3 Klassifikation
- 1.4 Auftretenshäufigkeit
- 1.5 Verlauf

1.1 Erscheinungsbild

Mit aggressivem Verhalten können Kinder familiäres und schulisches Geschehen ebenso wie die Dynamik von Gleichaltrigengruppen in unterschiedlichen Kontexten (z. B. Freizeit, Sportverein) lenken. Aggressives Verhalten kann dabei eine Form der »ungeschickten Kontaktaufnahme« bedeuten oder einen Appell darstellen, um auf diese Weise vermehrt Zuwendung zu erhalten; des Weiteren kann eine schlichte Provokation dahinter stehen. Aggression kann aber auch die Hilflosigkeit eines Kindes verdeutlichen oder der brutalen Durchsetzung eigener Interessen dienen. Durch aggressives Verhalten wollen Kinder in manchen Fällen eine Identität oder ein Selbstbewusstsein gewinnen. So vielfältig die Gründe der Aggression im Einzelnen sein mögen, so eindeutig sind die Folgen: Aggressives Verhalten bewirkt langfristig bei den betroffenen Kindern eine Verhaltenseinschränkung und führt damit zu einer verringerten Fähigkeit, Probleme konfliktfrei zu lösen.

Oft signalisiert aggressives Verhalten von Kindern eine Krise ihres sozialen Umfeldes. Obwohl man bei bestimmten familiären und sozialen Bedingungen (z. B. Ehekonflikten der Eltern, Vernachlässigung und Misshandlung) vermehrt aggressives Verhalten bei Kindern beobachtet, sind die Ursachen kindlicher Aggression sehr vielfältig. Erzeugen nun aggressive Kinder chaotische Familien oder sind desolate Familienverhältnisse der Nährboden für das aggressive Verhalten von Kindern? Vieles spricht für eine wechselseitige Beeinflussung beider Faktoren (Bodenmann, 2016).

Folgt man einer allgemeinen Aggressionsdefinition (s. etwa Bloomquist & Schnell, 2002), so zielt aggressives Verhalten auf die Schädigung einer oder mehrerer Personen ab. Die Formen aggressiven Verhaltens hängen hierbei entscheidend vom Alter des Kindes oder Jugendlichen ab. Schon im Säuglingsalter beobachtet man Formen des Ärgerausdrucks, die mit aggressiven Verhaltensweisen im weiteren Entwicklungsverlauf verknüpft sein können. So tritt zwar die höchste Frequenz aggressiven Verhaltens bereits im Vorschulalter auf, jedoch werden die schwerwiegendsten Formen erst in der Jugendzeit und im frühen Erwachsenenalter beobachtet.

Altersabhängige Formen des Ärgerausdrucks und des aggressiven Verhaltens (nach Loeber & Hay, 1997)

Säuglingsalter. In der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres gelingt es Säuglingen, nachdem sie Ursache-Wirkungs-Beziehungen verstehen, Ärger gezielt auszudrücken. Der Säugling verfolgt in diesem Fall jedoch noch keine Schädigungsabsicht; beim Ärgerausdruck handelt es sich um eine aggressionsähnliche Emotion. Bereits in dieser Altersgruppe treten Geschlechtsunterschiede auf: Jungen sind emotional labiler und drücken mit größerer Intensität Emotionen aus, Mädchen regulieren ihre emotionale Befindlichkeit besser und zeigen weniger Ärger als Jungen.

Kleinkindalter. Im zweiten und dritten Lebensjahr kommt es zu Wutausbrüchen und Aggression gegen Erwachsene und Gleichaltrige. Gleichgeschlechtliche Zweierbeziehungen geraten leichter in Konflikt als Paare von Jungen und Mädchen.

Vorschulalter und Grundschuljahre. Jungen neigen mehr zur körperlichen Aggression, Mädchen eher zu indirekten Aggressionsformen. Nur bei wenigen Kindern kommt es in der Grundschulzeit zu Grausamkeiten gegenüber anderen Kindern oder Tieren.

Jugendalter und frühes Erwachsenenalter. Mit wachsender körperlicher Kraft und durch Waffeneinsatz wird aggressives Verhalten massiver, bis hin zu schweren Verletzungen und Todesfällen; Gleichaltrige führen kollektive Gewalttaten durch. Ein kleiner Teil der Jugendlichen wird auch gegenüber den eigenen Eltern und Lehrern aggressiv.

Im Weiteren beziehen wir uns auf aggressives Verhalten bei Kindern und klammern aggressiv-dissoziale Jugendliche aus den Betrachtungen aus, da für diese Altersgruppe von uns ein Training mit Jugendlichen vorliegt (Petermann & Petermann, 2017).

Zunächst soll auf die Ausdrucksformen aggressiven Verhaltens eingegangen werden, die sich nach verschiedenen Gesichtspunkten untergliedern lassen (Petermann & Petermann, 2015; Vitiello & Stoff, 1997). Die verschiedenen Ausdrucksformen treten immer kombiniert auf, und sie schließen einander nicht aus. Sie können **instrumentell** bzw. **proaktiv** oder **emotional** bzw. **reaktiv** motiviert sein. Instrumentell aggressives Verhalten verfolgt das Ziel, etwas Bestimmtes zu erreichen. Dabei sind alle Ausdrucksformen denkbar. So nutzen Kinder mit instrumentellem bzw. proaktivem aggressiven Verhalten Gleichaltrige zum eigenen Vorteil aus. Sie tendieren im Jugendalter zu delinquentem und dissozialem Verhalten sowie zu Alkohol- und Substanzmissbrauch. Im Unterschied zu den Kindern mit emotionalem, reaktiv-aggressivem Verhalten können sie soziale Situationen und das Verhalten anderer gut und angemessen beurteilen, was eine Voraussetzung für instrumentelles, proaktiv-aggressives Verhalten ist.

Emotional aggressives Verhalten tritt impulsiv, unkontrolliert und ungeplant auf. Aus diesem Grund zeigen sich nicht alle möglichen Ausdrucksformen, sondern am ehesten reaktives, offenes, direktes und sowohl verbal als auch körperlich aggressives Verhalten. Dieses emotional motivierte aggressive Verhalten stellt oftmals eine Reaktion auf eine vermeintlich aggressive oder provokative Handlung anderer dar. Dem reaktiv-aggressiven Verhalten liegt also eine **Wahrnehmungsverzerrung** zugrunde, bei der an-

deren Feindseligkeit unterstellt wird, und zwar insbesondere in nicht eindeutigen sozialen Situationen (Dodge et al., 1997; Dodge & Schwartz, 1997; Petermann & Petermann, 2013b). Die Tendenz, anderen feindliche Absichten in zweideutigen Situationen zu unterstellen, unterliegt scheinbar nicht generell ökologischen bzw. kulturellen Gruppenunterschieden, wie eine große internationale Studie zeigt (Dodge et al., 2015). Diese Tendenz erklärt teilweise Gruppenunterschiede bezüglich der Häufigkeit, aggressives Verhalten in uneindeutigen Situationen zu zeigen.

Eine Übersicht zu wichtigen Merkmalen reaktiver und proaktiver Aggression findet man bei Petermann und Beckers (2014) sowie Petermann und Petermann (2015a).

Ausdrucksformen aggressiven Verhaltens

Aktiv-ausübend versus passiv-erfahrend. Hiermit ist die Täter-Opfer-Perspektive angesprochen. Der Täter übt aktiv eine aggressive Handlung aus, um zielgerichtet etwas Bestimmtes zu erreichen. Das Opfer wird durch ein aggressives Verhalten geschädigt.

Proaktiv versus reaktiv versus parteiergreifend. Bei diesen Formen der Aggression kann man ein unterschiedliches Ausmaß an Eigenbeteiligung erkennen. Wird mit einem aggressiven Verhalten ein Kontakt bzw. eine Interaktion initiiert, um ein egoistisches Ziel zu verfolgen, dann liegt ein proaktives Verhalten mit hoher Eigenbeteiligung vor (vgl. Kruse & Petermann, 2010). Bei einem reaktiv aggressiven Verhalten handelt es sich um eine Antwort auf eine tatsächliche oder vermeintliche Bedrohung bzw. auf einen Angriff. Parteiergreifend meint, dass eine Person aus der Perspektive eines Beobachters für einen Aggressor Partei ergreift. Die aggressive Handlung eines anderen wird also positiv bewertet und dieser wird offen oder verdeckt, d. h. in der Phantasie, zugestimmt.

Offen-direkt versus hinterhältig-verdeckt. Ein offen aggressives Verhalten ist sowohl für beobachtende Personen als auch für ein Opfer erkennbar. Es richtet sich direkt gegen eine andere Person. Ein hinterhältig aggressives Verhalten ist oftmals nur schwer beobachtbar und nachweisbar, da es verdeckt geäußert bzw. gezeigt wird; es zielt darauf ab, ein Opfer in einer ungünstigen Situation zu treffen. Beispiele hierfür sind »Gerüchte in die Welt setzen« oder »aus einem Hinterhalt angreifen« sowie lügen, stehlen oder zerstören, sei es z. B. durch Feuer legen, Vandalismus oder Graffiti.

Körperlich versus verbal. Körperlich aggressives Verhalten erfolgt in einer offenen Konfrontation mit dem Opfer. Solche Attacken äußern sich bspw. als Schlagen, Boxen oder Treten. Beschimpfen oder Anschreien stehen für verbal aggressives Verhalten.

Die Ausdrucksformen aggressiven Verhaltens unterscheiden sich sowohl nach den Intentionen als auch nach den konkreten Verhaltensmerkmalen sehr deutlich; in der Regel sind ihnen unterschiedliche Risikofaktoren und Entwicklungsverläufe zuzuordnen. Welche Ausdruckform aggressiven Verhaltens auftritt, hängt entscheidend vom Alter

und Geschlecht ab. So wählen Jungen eher offen-direkte sowie körperliche Formen und Mädchen eher hinterhältig-verdeckte und verbale.

Eine hinterhältig-verdeckte (relationale) Aggressionsform liegt vor, wenn eine Person über die sozialen Beziehungen (z. B. durch Lügen und Gerüchte Verbreiten, also Mobbing) versucht, einer anderen Person Schaden zuzufügen. Im Gegensatz zu aggressiven Verhaltensweisen, die sich auf verschiedene Opfer beziehen, richtet sich Mobbing (unter Schülern spricht man von Bullying) wiederholt auf bestimmte Personen. Besonders häufige Formen des Bullings sind Spotten und Beschimpfen, gefolgt von Schlagen und Gerüchte Verbreiten, aber auch andere aus der Gruppe Ausschließen (Scheithauer et al., 2003). Neben dem »traditionellen« Mobbing ist durch das Internet und die digitalen Medien (z. B. Smartphone) eine Erweiterung in Form von Cybermobbing hinzugekommen. Wichtige Unterschiede von Mobbing und Cybermobbing bestehen darin, dass beim Cybermobbing der Täter leichter anonym bleiben kann, und so die ideale Bedingung für hinterhältig-verdeckt aggressives Verhalten gegeben ist. Zudem ist verdeckt-hinterhältig aggressives Verhalten mit direktem Sozialkontakt dann für das Opfer beendet, wenn es diese Situation verlässt oder von vornherein meidet. Hingegen kann Cybermobbing immer, also unabhängig vom direkten sozialen Kontakt, stattfinden. Und schließlich ermöglicht die Technik, auch Bilder und Videos mit beleidigendem sowie beschämendem Inhalt plus entsprechenden Kommentaren dazu zu veröffentlichen, wodurch viele Personen Kenntnis von diesen Diffamierungen erhalten. Diese »Dokumente« im Netz besitzen zudem eine hohe Langlebigkeit (Peter & Petermann, 2018).

Bestimmte Aggressionsformen sind für das Kindesalter typisch (etwa oppositionelles Verhalten), andere für das Schul- und Jugendalter (wie beispielsweise andere bedrohen). Insbesondere im Jugendalter ist aggressiv-dissoziales Verhalten häufig mit dem Übertreten gesetzlicher und gesellschaftlicher Normen (bspw. Diebstahl, Drogenmissbrauch) verbunden; solche Abweichungen bleiben bei dem größten Teil der Jugendlichen auf einen Zeitraum von wenigen Jahren begrenzt (Loeber et al., 1999; Moffitt, 1993; Reid et al., 2002). Insgesamt ergibt sich also für das Kindes- und Jugendalter ein sehr heterogenes Erscheinungsbild aggressiven Verhaltens, wobei seit einigen Jahren besonders extreme Formen intensiv erforscht werden (s. Frick, 2009; Kimonis & Frick, 2010; Vloet & Herpertz-Dahlmann, 2011). Mittlerweile liegen auch für aggressive Mädchen Informationen darüber vor, dass bei extremen Aggressionsformen sich bereits im Jugendalter eine Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickeln kann (vgl. Stepp et al., 2011). Darüber hinaus konnte in einer EU-weiten Studie (Fem NAT-CD; www.femnat-cd.eu) gezeigt werden, dass bei Mädchen mit aggressiv-dissozialem Verhalten komorbid depressive Episoden und posttraumatische Belastungsstörungen häufiger auftreten als bei Jungen, wobei Geschlechtsunterschiede bei aggressiv-dissozialem Verhalten im Jugendalter eher selten untersucht worden sind (Freitag, 2018).

1.2 Angstmotivierte Aggression

Bei einigen Kindern ist die Verhaltensabsicht eindeutig: Aggressive Handlungen dienen der egoistischen Durchsetzung eigener Bedürfnisse. Man findet aber auch **angstmoti-**

viert aggressive Kinder (Drabick et al., 2010; Kusch & Petermann, 1997; Levy et al., 2007). Diese Form der Aggression ist eher emotional begründet; sie äußert sich in expressiven Wutausbrüchen, also affektiv, und man findet manchmal Kennzeichen von Verhaltensunsicherheit (s. ausführlicher dazu Petermann & Petermann, 2017). Solche Kinder haben zu anderen wenig Vertrauen, fühlen sich sehr schnell bedroht und angegriffen (Dodge et al., 1997; Dodge et al., 2015). Sie reagieren aus einer eingeeigelten Abwehrhaltung heraus. Man gewinnt jedoch auch den Eindruck, dass diese Kinder durch vorbeugende Aggression – also durch ein zielgerichtetes instrumentelles Verhalten – ihre Angst zu reduzieren versuchen (s. Abb. 1.1).

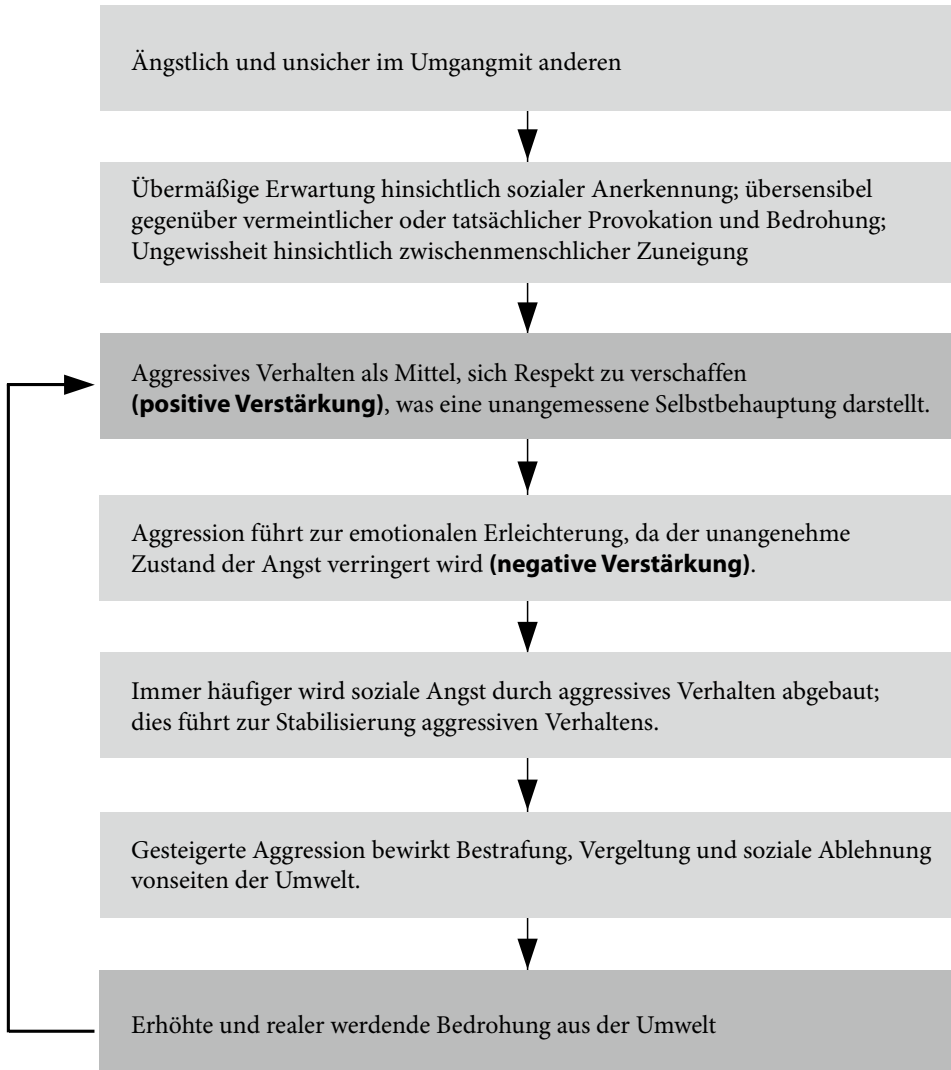


Abbildung 1.1 Der Kreislauf der angstmotivierten Aggression

Obwohl wir bislang keine ausreichenden empirischen Befunde besitzen, scheint bei dieser Gruppe, die zirka ein Drittel der von uns behandelten Grundschul Kinder ausmachte, Folgendes abzulaufen: Aus einem starken Eindruck der Bedrohung heraus erleben diese Kinder Angst sowie Anspannung, und sie versuchen, mithilfe eines »Wutausbruches« beides zu verringern (emotionales, reaktiv-aggressives Verhalten). Vermutlich reagieren sie sehr schnell aggressiv, weil sie im Umgang mit anderen unsicher sind. Sie scheinen sich der Zuneigung ihrer Mitmenschen ungewiss zu sein, übermäßig soziale Anerkennung zu erwarten oder Provokation und Bedrohung übersensibel und deshalb gehäuft wahrzunehmen. Dabei kann es sich um eine tatsächliche wie auch vermeintliche, also auf einer **Wahrnehmungsverzerrung** beruhenden, Provokation und Bedrohung handeln. Durch aggressives Verhalten versuchen diese Kinder, sich Respekt zu verschaffen, ihr Territorium zu sichern usw. Sie erreichen damit, dass sich in ihrem Erleben die Angst verringert. Aus dieser emotionalen Erleichterung wird dann ein sich immer weiter aufschaukelnder Verstärkungsprozess. Aufschaukeln bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Kinder wiederholt darin bestärkt werden, mit aggressivem Verhalten subjektiv empfundene Bedrohungen und die dadurch ausgelöste Angst und Anspannung zu reduzieren. Das aggressive Verhalten ist dann erfolgreich, wenn andere Kinder sich daraufhin bspw. respektvoll, ängstlich oder sogar unterwürfig zeigen. Zugleich erweitert sich der Freiraum eines angstmotiviert aggressiven Kindes, da es bei anderen leichter etwas erreichen bzw. durchsetzen kann. Insgesamt werden positive und negative Verstärkungsprozesse wirksam:

- Die **negative Verstärkung** besteht darin, dass durch den Abbau von Angst emotionale Erleichterung eintritt und gegebenenfalls mit der Angst einhergehende, unangenehme physiologische Begleiterscheinungen (wie erhöhter Puls, Hitzeempfinden und Schwitzen, Schwindelgefühl) verschwinden.
- Die oben beschriebene Reaktion anderer Kinder und der damit gewonnene Handlungsfreiraum für das angstmotiviert aggressive Kind wirken **positiv verstärkend**.

Die anfänglich positiven Effekte aufgrund der aggressiven Problemlösestrategie bekräftigen das Verhalten. Bei ähnlichen Ausgangsbedingungen werden die erwartete Bedrohung und die Konfliktlösung auf andere Situationen übertragen. Erwachsene reagieren jedoch ebenfalls auf das aggressive Verhalten, z. B. in Form von Bestrafung, und das Verhalten von Gleichaltrigen kann sich im Laufe der Zeit zu Vergeltung oder sozialer Ablehnung wandeln. Die anfangs vermeintliche Bedrohung aus der Umwelt wird immer realer und provoziert immer neue Anlässe zu (vergeltendem) aggressivem Verhalten; durch dieses wird wiederum die mit der Bedrohung verbundene Angst abgebaut. Bei den Bezugspersonen bildet sich allmählich die Erwartung heraus, dass sich diese Kinder auch zukünftig aggressiv verhalten werden. Solche ineinander verschachtelten Verstärkungsprozesse einerseits und die beschriebenen Erwartungshaltungen andererseits setzen einen nur schwer zu durchbrechenden Kreislauf in Gang (Dodge & Schwartz, 1997; Helmsen & Petermann, 2010). Damit gehen wir aufgrund unserer Erfahrungen bei angstmotivierter Aggression von einem **Selbstregulationsmodell** aus, das bewirkt, dass

1.3 Klassifikation

Aggressives Verhalten kann unterschiedlich stark ausgeprägt sein; hierfür sehen die Klassifikationssysteme zur Beschreibung psychischer Störungen (DSM-5 und ICD-10) die Begriffe »Störung mit oppositionellem Trotzverhalten« und »Störung des Sozialverhaltens« vor (APA, 2015; AWMF online, 2016; Dilling et al., 2015; Petermann et al., 2007). Im DSM-5 werden beide Störungen in der Störungsgruppe der »Disruptive, Impulskontroll- und Sozialverhaltensstörungen« eingeordnet. In der ICD-10 bildet die »Störung des Sozialverhaltens« die Obergruppe (F91), und eingegliedert als Subtyp ist die »Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten« (F91.3). **Oppositionelles Trotzverhalten.** Die acht Symptome der Störung mit oppositionellem Trotzverhalten sind in beiden Klassifikationssystemen identisch. Dieses Trotzverhalten tritt eher bei jüngeren Kindern im Vor- und Grundschulalter auf. Es kann eine Vorläuferstörung der Störung des Sozialverhaltens darstellen, wobei sich das oppositionelle Trotzverhalten im Störungsverlauf nicht zur Störung des Sozialverhaltens weiterentwickeln muss (APA, 2015). Es könnte vom Erscheinungsbild her betrachtet als »leichte« Form einer Sozialverhaltensstörung dann aufgefasst werden, wenn es im entwicklungspsychopathologischen Verlauf zeitlich vor der Störung des Sozialverhaltens auftritt. Einzelne Symptome der Störung mit oppositionellem Trotzverhalten können dann erhalten bleiben, auch wenn die Symptome der Störung des Sozialverhaltens dominieren.

Symptomliste für Oppositionelles Trotzverhalten nach DSM-5 (APA, 2015; S. 635)

Das betroffene Kind zeigt eine ärgerliche und gereizte Stimmung, streitsüchtiges und trotziges Verhalten sowie Rachsucht. Im Einzelnen können auftreten:

- ▶ schnelles wütend werden,
- ▶ häufig reizbar und leicht verärgert,
- ▶ häufig verärgert und beleidigt,
- ▶ häufiger Streit mit Autoritätspersonen oder generell mit Erwachsenen,
- ▶ häufig sich aktiv den Anweisungen von Autoritätspersonen widersetzen bzw. Regeln nicht befolgen,
- ▶ andere häufig absichtlich verärgern,
- ▶ die Schuld für eigene Fehler oder Fehlverhalten häufig auf andere schieben,
- ▶ boshafes, nachtragendes oder rachsüchtiges Verhalten.

Störung des Sozialverhaltens. Hierbei ist ein sich wiederholendes Verhaltensmuster charakteristisch, das die Verletzung grundlegender Rechte anderer sowie wichtiger, alters-

relevanter Normen und Regeln umfasst. Nach dem DSM-5 (APA, 2015) muss eine bestimmte Anzahl an Verhaltensweisen vorliegen, um diese Diagnose zu rechtfertigen; darüber hinaus müssen klinisch bedeutsame psychosoziale Beeinträchtigungen im Sozialen, in der Schule oder in der Berufsausbildung auftreten. Folgende Aspekte sind bei der Störung des Sozialverhaltens zu berücksichtigen:

- ▶ aggressives Verhalten gegenüber Menschen und Tieren (7 Symptome)
- ▶ Zerstörung von Eigentum (2 Symptome)
- ▶ Betrug oder Diebstahl (3 Symptome)
- ▶ schwere Regelverstöße (3 Symptome)
- ▶ Über einen Zeitraum von zwölf Monaten müssen mindestens drei, über die letzten sechs Monate mindestens eines von 15 Symptomen aufgetreten sein.
- ▶ In Abhängigkeit von Art und Anzahl sowie Intensität der Verhaltensweisen wird zwischen einem leichten, mittleren und schweren Störungsgrad unterschieden.
- ▶ Es können, je nach Alter bei Störungsbeginn, zwei Subtypen mit Beginn in der Kindheit (vor dem 10. Lebensjahr) und Beginn in der Adoleszenz (nach dem 10. Lebensjahr) unterschieden werden. Der erste Typus geht mit einem stabileren Verlauf und weiteren psychischen Störungen einher und betrifft häufiger Jungen. Den zweiten Typus kennzeichnen zumeist auf das Jugendalter beschränkte und weniger aggressive, jedoch häufig auftretende aggressiv-dissoziale Verhaltensweisen.

Symptomliste für die Störung des Sozialverhaltens nach DSM-5 (APA, 2015; S. 645 ff.)

Aggressives Verhalten gegenüber Menschen und Tieren

Das Kind bzw. der Jugendliche

- ▶ 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 anderen Menschen,
- ▶ quält Tiere (z. B. einer Fliege die Flügel ausreißen, einen Hund anbinden und mit schweren Steinen bewerfen),
- ▶ stiehlt in Konfrontation mit dem Opfer (z. B. Überfall, Taschendiebstahl, Erpressen, bewaffneter Raubüberfall),
- ▶ zwingt jemand anderen zu sexuellen Handlungen.

Zerstörung von Eigentum

Das Kind bzw. der Jugendliche

- ▶ legt vorsätzlich Feuer in der Absicht, jemandem schweren Schaden zuzufügen,
- ▶ zerstört vorsätzlich fremdes Eigentum (jedoch nicht durch Brandstiftung).

Betrug oder Diebstahl

Das Kind bzw. der Jugendliche

- ▶ bricht in fremde Wohnungen, Gebäude, Garagen oder Autos ein,
- ▶ lügt andere häufig an, um Vorteile zu erschwindeln, um einen Wertgegenstand (z. B. Geld) zu bekommen oder um Verpflichtungen auszuweichen und auf andere abzuwälzen,
- ▶ stiehlt Gegenstände von erheblichem Wert ohne mit dem Opfer in direkten Kontakt zu kommen (z. B. Ladendiebstahl, jedoch ohne Einbruch, oder Fälschungen, z. B. von Unterschriften).

Schwere Regelverstöße

Das Kind bzw. der Jugendliche

- ▶ kommt schon vor dem 13. Lebensjahr häufig über Nacht nicht nach Hause, trotz elterlicher Verbote,
- ▶ reißt mindestens zweimal nachts von zu Hause aus, obwohl es noch bei den Eltern oder bei einer anderen Bezugsperson wohnt (oder einmal mit Rückkehr erst nach längerer Zeit),
- ▶ schwänzt schon vor dem 13. Lebensjahr häufig die Schule.

Die Störung des Sozialverhaltens ist von dem weniger schwerwiegenden oppositionellen Trotzverhalten abzugrenzen, bei dem zwar vermehrt und wiederkehrend trotzig, ungehorsame und feindselige, jedoch keine körperlich-aggressiven oder dissozialen Verhaltensweisen gezeigt werden. Die Störung des Sozialverhaltens vom Subtyp mit Beginn in der Kindheit weist nicht nur häufig die Vorläuferstörung oppositionelles Trotzverhalten auf, sondern tritt auch mit der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) komorbide auf. Die frühe Störung des Sozialverhaltens, also vor dem 10. Lebensjahr beginnend, ist prognostisch der ungünstigere Subtyp und kann, im Unterschied zum Typ mit Beginn im Jugendalter, bis ins Erwachsenenalter hinein andauern.

Jugendliche vom späten Subtyp, also Beginn der Störung des Sozialverhaltens nach dem 10. Lebensjahr, weisen wahrscheinlicher auch Kontakte zu unauffälligen Gleichaltrigen auf; sie verfügen also über sozial ausgeglichene Beziehungen, wenngleich sie in den Gleichaltrigengruppen häufig Verhaltensprobleme zeigen. Die Auftretenshäufigkeit ist bei diesem Subtyp bezüglich Jungen versus Mädchen ausgeglichener im Unterschied zum frühen Subtyp. Bei diesem dominieren nämlich die Jungen.

Ein dritter Subtyp ist für Kinder und Jugendliche vorgesehen, bei denen es aufgrund mangelnder und/oder unpräziser Informationen unmöglich ist, einen frühen (also vor dem 10. Lebensjahr) oder späteren Beginn (d. h. nach dem 10. Lebensjahr) zuverlässig zu bestimmen (APA, 2015).

In der ICD-10 (Dilling et al., 2015) werden zudem, je nach Symptomatik, Umgebung, betroffenen sozialen Bereichen und einhergehenden zusätzlichen Störungen, sechs Typen der Störungen des Sozialverhaltens unterschieden.

Typen der Störungen des Sozialverhaltens nach ICD-10 (Dilling et al., 2015)

(1) Auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens

Verhalten, das 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) sowie mit Isolation, Unbeliebtheit und Ablehnung verbunden ist.

(3) Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen

Aggressives Verhalten, das oppositionelles oder trotziges Verhalten übersteigt, oder ein andauerndes delinquentes Verhalten, wie Lügen, Diebstahl; sowohl aggressives als auch delinquentes Verhalten tritt auch außerhalb der Familie auf, und in beiden Fällen liegt eine gute soziale Einbindung in die Altersgruppe vor.

(4) Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten

Ärgerliche sowie gereizte Stimmung und ungehorsames, streitsüchtiges sowie trotziges Verhalten bei Fehlen schwerer delinquenter oder aggressiver Verhaltensweisen, das typischerweise vor dem zehnten Lebensjahr auftritt.

(5) Sonstige Störungen und nicht näher bezeichnete Störung des Sozialverhaltens

Störungstyp, bei dem die allgemeinen Kriterien einer Störung des Sozialverhaltens erfüllt werden, eine Zuordnung zu einer Subgruppe jedoch 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 Angst) auftritt.

Eine häufige Kombination der Störung des Sozialverhaltens mit der Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) wird in der ICD-10 als hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens bezeichnet, aber nicht als Kombinationsdiagnose bei der Störung des Sozialverhaltens, sondern bei den hyperkinetischen Störungen eingeordnet.

Forschungen zu extremen aggressiven Verhaltensweisen betrachten sogenannte »Calmous-unemotional Traits« und schlagen sich in dem englischsprachigen Begriff »Psychopathy« nieder (Koglin & Petermann, 2012; Petermann & Petermann, 2013b; Rutter, 2012). Mit »Calmous-unemotional Traits« sind Persönlichkeitsmerkmale gemeint, die positive Gefühle anderen gegenüber, Mitgefühl sowie Schamgefühl vermissen lassen. Aus diesen Haltungen resultieren instrumentell-aggressive Verhaltensweisen, die als egoistisch, ausbeuterisch, manipulierend und verantwortungslos bezeichnet werden können. Solches Verhalten kann bereits bei Kindergartenkindern festgestellt werden (Koglin & Petermann, 2012), und Calmous-unemotional Traits prägen die moralische

Identität im Jugendalter und spielen auch beispielsweise bei Bullying im Jugendalter eine Rolle (Schipper & Koglin, 2021).

Das DSM-5 (APA, 2015) wird diesen Forschungsergebnissen dadurch gerecht, indem es eine Zusatzkodierung mit der Bezeichnung »Störung des Sozialverhaltens mit reduzierter prosozialer Emotionalität« einführt. Die Diagnose ist dann gerechtfertigt, wenn zwei von vier Eigenschaften mindestens zwölf Monate feststellbar sind; diese müssen zudem personen- und situationsübergreifend aus unterschiedlichen Informationsquellen (Eltern, Lehrer, Gleichaltrige, sonstige Familienangehörige) hervorgehen. Bei den vier Merkmalen handelt es sich um:

- (1) **Mangel an Reue oder Schuldbewusstsein.** Bei Fehlern fühlt sich das Kind nicht schlecht oder schuldig, außer es wird ertappt und ihm droht eine Strafe. Skrupellosigkeit ist bezüglich der Handlungsfolgen für andere beobachtbar, z. B. wenn jemand Schaden nimmt oder Nachteile hat.
- (2) **Gleichgültigkeit, Gefühlskälte und mangelnde Empathie.** Es besteht kein Interesse an den Gefühlen anderer, und diese werden sogar missachtet. Dadurch wird das Kind als gefühllos und kalt erlebt.
- (3) **Gleichgültigkeit gegenüber eigenen Leistungen.** Das Kind zeigt keine Leistungsbereitschaft, z. B. in der Schule. Schlechte Leistungen, wie Noten, rufen keine Sorge hervor. Für diese Kinder ist es typisch, dass an den eigenen schlechten Leistungen andere Schuld sind.
- (4) **Oberflächlicher oder mangelnder Affekt.** Emotionen werden anderen gegenüber nicht gezeigt. Wenn Gefühle doch ausgedrückt werden, wirken diese unehrlich oder oberflächlich und stehen manchmal zum Verhalten im Widerspruch. Die Emotionen scheinen schnell und unmittelbar an- und abgestellt werden zu können, als ob einfach ein Schalter umgelegt würde. Gefühle werden auch dazu eingesetzt, andere zu manipulieren, einzuschüchtern und abhängig zu machen, um daraus einen Vorteil zu ziehen.

ICD-11. Seit Jahren wird über die neue ICD-11-Klassifikation spekuliert und diskutiert, besonders intensiv seit der Veröffentlichung der englischen Originalversion des DSM-5 im Jahr 2013, in deutscher Sprache 2015 erschienen (APA, 2015). Am 27. Mai 2019 verabschiedete die Weltgesundheitsversammlung »World Health Assembly (WHA)« die elfte Revision der ICD. Diese Version hat die ICD grundlegend in ihrer Struktur verändert (BfArM, 2021; WHO, 2021). Die Kodiersystematik ist eine andere, wodurch die ICD-11 wesentlich flexibler, aber auch in der Diagnosefindung sicherer, so hofft man, geworden ist (Gaebel, 2021). So wurde das bisherige alphabetische Verzeichnis aufgegeben. An seine Stelle tritt ein Coding Tool, das wenige Primär- bzw. Basiscodes (auch Stammcodes genannt) enthält und durch zusätzliche Codes (auch Erweiterungs codes genannt) ergänzt wird, um individuelle Spezifizierungen vornehmen zu können. Insgesamt gibt es sechs neue Kapitel, wobei vier dadurch zustande kamen, dass bestimmte Bereiche aus bisherigen Kapiteln entfernt wurden und daraus neue Kapitel entstanden sind, wie beispielsweise Kapitel 07 »Schlaf-Wach-Störungen«. Zwei neue Kapitel sind Erweiterungs codes (auch Extension Codes genannt), und zwar Kapitel X »Zusatzschlüs-

selnummern« sowie Kapitel V »Ergänzender Abschnitt für die Einschätzung der Funktionsfähigkeit«. Wenn nun medizinische Suchbegriffe bzw. Begriffe psychischer Störungen, beispielsweise »Conduct-dissocial disorder«, in das ICD-11 Coding Tool eingegeben werden, dann werden Diagnose-Codes oder sogar Code-Kombinationen vom System vorgeschlagen (Gaebel, 2021).

Bis zum Jahr 2020 war das »Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) für die Herausgabe der Klassifikationen in Deutschland zuständig. Nun ist das »Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)« das WHO-Kooperationszentrum für das gesamte System internationaler Klassifikationen, zu dem auch die ICD-11 gehört. Eine Übersetzung der ICD-11 ins Deutsche wurde vom BfArM im Jahr 2018 begonnen und ist Anfang 2022 zu ca. 75 % abgeschlossen. Aktuell befindet sich die ICD-11 noch in einem Reviewprozess, der in Kooperation mit den medizinischen Fachgesellschaften, für die psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter die »Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP), erfolgt.

Seit dem 01. Januar 2022 gilt die ICD-11 Klassifikation auch in Deutschland, und zwar mit einer flexiblen Übergangszeit von fünf Jahren (BfArM, 2021), wobei über den konkreten Zeitpunkt der Implementierung der ICD-11 zurzeit noch keine Aussagen möglich sind. Bis zur Bekanntgabe eines konkreten Einführungszeitpunktes gilt weiterhin die ICD-10 als amtliche Klassifikation für Deutschland.

Dennoch sollen für einen ersten Eindruck die Primär- bzw. Basiscodes mit ihren Erweiterungs-codes der ICD-11 für die Störung mit oppositionellem Trotzverhalten und für die Störung des Sozialverhaltens genannt werden (BfArM, 2021; Görtz-Dorten & Döpfner, 2021; WHO, 2021). Die konkreten Symptombeschreibungen und die Struktur der Subtypen entsprechen denen im DSM-5, aber nicht im Sinne von Zusatzcodierungen wie im DSM-5, sondern in Form eines hierarchischen Clustersystems. Insgesamt kommt es durch die ICD-11 zu einer besseren Übereinstimmung der beiden Klassifikationssysteme ICD und DSM – zumindest was die beiden externalisierenden Störungen mit oppositionellem Trotzverhalten und Sozialverhaltensstörung angeht.

ICD-11 Coding Tool – Mortality and Morbidity Statistics (MMS) (Browser Version 05/2021; WHO, 2021)

Das für psychische Störungen relevante Kapitel ist »**06 Mental, behavioural or neuro-developmental disorders (MBND)**«. In diesem Kapitel 06 sind 26 Störungsgruppen aufgelistet. Für **aggressives Verhalten** ist die Gruppe »**Disruptive behaviour or dis-social disorders**« relevant, also störendes, oppositionelles Verhalten oder dissoziale Verhaltensstörung.

6C90 oppositionelles, aufsässiges Trotzverhalten

6C90.0 **mit** andauernder Reizbarkeit und Verärgerung

6C90.1 **ohne** andauernde Reizbarkeit und Verärgerung

Sowohl für die Gruppe mit als auch für die Gruppe ohne andauernde Reizbarkeit und Verärgerung soll weiter die **prosoziale Emotionalität** beurteilt werden, nämlich ob sie **reduziert** (6C90.00 und 6C90.10) oder in typischer, altersangemessener Weise (6C90.01 und 6C90.11) vorhanden ist.

6C91 Dissoziale Verhaltensstörung

6C91.0 mit Beginn in der **Kindheit**

6C91.1 mit Beginn im **Jugendalter**

Für beide Gruppen soll wie beim oppositionellen, aufsässigen Trotzverhalten die Störung hinsichtlich der **prosozialen Emotionalität** weiter differenziert werden, nämlich ob sie **reduziert** (6C91.00 und 6C91.10) oder in **typischer**, altersangemessener Weise (6C91.01 und 6C91.11) vorliegt.

In allen Gruppenvarianten gibt es Restkategorien, die als »**Z**«-Codierung möglich sind, und zwar dann, wenn die Informationslage eine Subgruppendiagnose nicht erlaubt.

Die ICD-11 trägt also bei der Subgruppenbildung wichtigen Forschungsergebnissen Rechnung: Enorm wichtig ist das Alter bei Störungsbeginn sowie die Psychopathologie bezüglich Callous-unemotional Traits bzw. die prosoziale Emotionalität (Petermann & Petermann, 2015; 2018; Schipper & Koglin, 2021). Positiv ist die hohe Übereinstimmung von ICD-11 und DSM-5 bezüglich der Diagnosesubgruppen. Der möglichst flexiblen Anwendung der ICD-11-Diagnosen fällt die operationale und detaillierte Symptombeschreibung zum Opfer. Ob dies sinnvoll ist oder es sowohl zu falsch positiven als auch zu falsch negativen Diagnosen kommt, wird die Zukunft zeigen (Gaebel, 2021; Görtz-Dorten & Döpfner, 2021). Zu fragen ist auch, ob es ein Vorteil ist, auf Kombinationsdiagnosen zu verzichten, gerade im Kindes- und Jugendalter. Für den Lebensweg eines Kindes kann es einen Unterschied machen, ob es eine oder zwei psychische Störungen diagnostiziert bekommt.

Eine psychische Störung bei sehr kleinen Kindern oder gar Säuglingen zu diagnostizieren, ist eine nicht einfache Aufgabe. Beide Klassifikationssysteme, ICD und DSM, sind für diese Altersgruppe nicht sensibel genug, und darüber hinaus werden die Familie sowie wichtige Bezugspersonen und deren Interaktion und Kommunikation mit dem Kind zu wenig beachtet (Gontard et al., 2020). In dieser Altersgruppe üben jedoch die Qualität der Beziehungen zu und Bindungen an wichtige Bezugspersonen einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die kindliche Entwicklung und Gesundheit aus.

Man kann davon ausgehen, dass psychische Störungen insgesamt bei Säuglingen und Kindern im Kleinkind- und Vorschulalter mit 10 bis 15 % häufig auftreten und die Symptomatik gerade auch unter Entwicklungsaspekten zu betrachten und einzuordnen ist. Dazu müssen Normvarianten von Normabweichungen in der frühen Kindheit unterschieden werden. Diese psychischen Störungen betreffen nicht nur beispielsweise Fütterstörungen oder exzessives Schreiverhalten, sondern auch internalisierende wie externalisierende Störungen, so auch die Störung des Sozialverhaltens. Aus den genannten

Gründen wurde für diese Altersgruppe ein eigenes multiaxiales Klassifikationssystem, das DC: 0-5, für Kinder im Alter von 0 bis 5 Jahre entwickelt (Gontard et al., 2020; Husong et al., 2020; Zero to Three, 2019).

1.4 Auftretenshäufigkeit

In einer Übersicht kommen Kimonis und Frick (2010) zu dem Schluss, dass man ein sehr uneinheitliches Bild bei der Auftretenshäufigkeit (Prävalenz) aggressiven Verhaltens zu beklagen hat. Für die Gruppe der 4- bis 18-Jährigen ergibt sich folgendes Bild:

- ▶ Beim oppositionellen Trotzverhalten geht man von einer Auftretenshäufigkeit von ca. 3 % aus. Die Bremer Jugendstudie berichtet von 2,5 % oppositionellem Trotzverhalten (Petermann et al., 1999), und eine Metaanalyse mit internationalen epidemiologischen Studien bezüglich Kinder im Alter von eins bis sieben Jahren ergab eine Prävalenz von 4,9 % (Vasileva et al., 2021; zur Lebenszeitprävalenz s. a. Nock et al., 2007).
- ▶ Bei der Störung des Sozialverhaltens werden Auftretenshäufigkeiten zwischen ca. 2 % und über 10 % mit einem Median von 4 % berichtet. Nach dem DSM-5 (APA, 2015) variieren die Zahlen in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und Form der Sozialverhaltensstörung (Störung mit oppositionellem Trotzverhalten versus Störung des Sozialverhaltens). Generell kann man sagen, dass Jungen mit ca. 4 % deutlich häufiger betroffen sind als Mädchen mit ca. 1 % bis 2 % und dass die Auftretenshäufigkeit von der Kindheit bis zum Jugendalter zunimmt. Hinsichtlich der Störung des Sozialverhaltens scheint die Prävalenz über verschiedene Länder mit unterschiedlichen ökologischen und ethnischen Hintergründen hinweg relativ konstant zu sein (vgl. Freitag, 2018; Petermann & Petermann, 2010; 2018; Witthöft et al., 2010). Auch für Deutschland gibt es keine Belege, dass die Störung des Sozialverhaltens in epidemiologischen Studien gehäuft in den vergangenen Jahren festgestellt wurde (Hölling et al., 2014; Petermann & Petermann, 2018).
- ▶ In der Bremer Jugendstudie litten über ein Drittel (38,8 %) der Jugendlichen mit einer Störung des Sozialverhaltens auch an einer depressiven Störung.

Diese großen Streuungen in den Angaben resultieren aus methodischen Unterschieden der Studien; so variieren die zugrunde gelegten Störungskriterien, Informationsquellen, Verfahren zur Erfassung der Störung und Prävalenzzeiträume (Petermann & Petermann, 2013b).

1.5 Verlauf

Schon in den 1980er-Jahren wurde immer wieder die Stabilität aggressiven Verhaltens betont, wobei sich vier zentrale Annahmen als Gründe für diese Stabilität formulieren lassen:

- (1) Tritt bei einem Kind ein spezifisches aggressives Verhalten im Vorschulalter häufig auf, dann wird es mit zunehmendem Alter auch sehr viel wahrscheinlicher zu beobachten sein als in der Gruppe der Gleichaltrigen ohne ein spezifisches aggressives Verhalten.
- (2) Beobachtet man ein spezifisches aggressives Verhalten nicht nur in einem bedeutenden Bereich (z. B. im Elternhaus, der Schule, der Spielgruppe), sondern in mehreren Bereichen und damit personen- und situationsübergreifend, dann wird das Verhalten bei diesen Kindern sehr viel stabiler sein als bei denjenigen, bei denen es nur in einem sozialen Umfeld auftritt.
- (3) Weist ein Kind schon sehr früh verschiedenartige Formen von aggressivem Verhalten auf, dann werden sie wahrscheinlich auch später beibehalten, und das Kind läuft Gefahr, delinquent zu werden.
- (4) Beginnt ein Jugendlicher schon sehr früh im Vergleich zur Gruppe der Gleichaltrigen mit delinquentem Verhalten (ca. im Alter von 14 Jahren), dann ist in späteren Jahren ein dauerhaftes kriminelles Verhalten wahrscheinlich.

Diese vier Annahmen lassen sich durch Längsschnittstudien eindeutig belegen. Aggressives Verhalten ist damit ein sehr stabiles Verhalten, das unter bestimmten Bedingungen zur Delinquenz führt (Fergusson, 1998; Kokko & Pulkkinen, 2005; Loeber & Burke, 2011; Petermann et al., 1999; Petermann & Petermann, 2013b); des Weiteren wurden verschiedene Gesundheitsprobleme und massive gesellschaftliche Folgekosten aggressiven Verhaltens – vor allem wenn man dies über die Lebensspanne betrachtet – gut belegt (vgl. Moffitt et al., 2011; Rhiner et al., 2011). Zugleich stellt sich die Frage, ob die Kosten für die Gesundheitsleistungen bei Kindern und Jugendlichen mit einer Störung des Sozialverhaltens vom sozioökonomischen Status dieser Kinder und ihrer Familien abhängt. Zur Klärung dieser Frage wurden in einer Studie Routinedaten einer gesetzlichen Krankenversicherung von 6461 Kindern und Jugendlichen im Alter von fünf bis 18 Jahren, die nach ICD-10 die Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens hatten, analysiert. Das Ergebnis zeigte keinen Zusammenhang zwischen den Gesundheitskosten und der Diagnose Störung des Sozialverhaltens, woraus die Autoren schlussfolgern, dass es keine sozial bedingte Ungleichheit in der Behandlung dieser Kinder und Jugendlichen zu geben scheint (König et al., 2019).

Es lassen sich zwei Entwicklungsverläufe der Aggression unterscheiden, die durch einen frühen oder späten Beginn der Störung charakterisiert sind (Capaldi et al., 2002). **Früher Störungsbeginn.** Diese Kinder erwerben ihre ungünstigen Verhaltensmuster größtenteils während der Vorschulzeit in ihrem familiären Umfeld. Anfangs ist bei den Kindern häufig aufsässiges und trotziges Verhalten zu beobachten, also eine Symptomatik, die auf oppositionelles Trotzverhalten hinweist (Kimonis & Frick, 2010). Nach der Einschulung zeigen sich dann die bestehenden Defizite im Sozialverhalten, die zu Problemen im Umgang mit den Lehrkräften und Mitschülern führen. Dieser Verlauf begünstigt eine mangelnde soziale und schulische Anpassung sowie ein stabiles aggressives Verhalten. Solche Kinder zeigen in der Folge immer neue, vielfältigere und meistens auch schwerwiegendere aggressiv-dissoziale Handlungen; viele von ihnen werden im Jugendalter straffällig (Haller et al., 2016).