

# Therapieprogramm für Kinder mit aggressivem Verhalten (THAV)

Anja Görtz-Dorten  
Manfred Döpfner

2., überarbeitete und erweiterte Auflage

AUTHARK-App  
verfügbar



## **Therapieprogramm für Kinder mit aggressivem Verhalten (THAV)**



Anja Görtz-Dorten  
Manfred Döpfner

# Therapieprogramm für Kinder mit aggressivem Verhalten (THAV)

2., überarbeitete und erweiterte Auflage

**PD Dr., Dipl.-Psych., Dipl.-Heilpäd. Anja Görtz-Dorten**, geb. 1968. 1990–1994 Studium der Heilpädagogik in Köln. 1995–2001 Studium der Psychologie in Düsseldorf. 1999 Approbation zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin. 2005 Promotion. 2014 Habilitation. Seit 2000 Institutsleiterin und seit 2014 wissenschaftliche Leiterin des Instituts für Klinische Kinderpsychologie der Christoph-Dornier-Stiftung an der Universität Köln und seit 2010 Leiterin des Bereiches Evaluation des Ausbildungsinstituts für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (AKiP) an der Universitätsklinik Köln.

**Prof. Dr. Manfred Döpfner**, geb. 1955. 1974–1981 Studium der Psychologie in Mannheim. 1990 Promotion. 1998 Habilitation. Seit 1989 Leitender Psychologe an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln und dort seit 1999 Professor für Psychotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Seit 1999 Leiter des Ausbildungsinstituts für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (AKiP) an der Universitätsklinik Köln und seit 2000 Wissenschaftlicher Leiter des Instituts Köln der Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie.

**Wichtiger Hinweis:** Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

*Zusätzlich zu diesem Buch ist eine Kiste mit Materialien und Handpuppen zur Durchführung des THAV-Programmes erhältlich. Die Materialienkiste mit der Bestellnummer 01 361 01 kann über die Testzentrale ([www.testzentrale.de](http://www.testzentrale.de)) bezogen werden.*

*Zusätzlich zu diesem Buch ist die App-unterstützte Therapie-Arbeit für Kinder (AUTHARK) (zu beziehen über den Google Playstore oder den App Store von Apple), siehe [authark-app.de](http://authark-app.de), verfügbar.*

### **Copyright-Hinweis:**

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG  
Merkelstraße 3  
37085 Göttingen  
Deutschland  
Tel. +49 551 999 50 0  
Fax +49 551 999 50 111  
[verlag@hogrefe.de](mailto:verlag@hogrefe.de)  
[www.hogrefe.de](http://www.hogrefe.de)

Till Taff-Illustrationen: Klaus Gehrman, Freiburg; [www.klausgehrman.net](http://www.klausgehrman.net)  
Satz: ARThür Grafik-Design & Kunst, Weimar  
Format: PDF

2., überarbeitete und erweiterte Auflage 2019  
© 2010, 2019 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen  
(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2891-8; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-2891-9)  
ISBN 978-3-8017-2891-5  
<http://doi.org/10.1026/02891-000>

**Nutzungsbedingungen:**

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

**Anmerkung:**

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b>	<b>9</b>
<b>Kapitel 1: Grundlagen</b>	<b>11</b>
1.1 Aggressives Verhalten: Symptomatik und Häufigkeit	11
1.2 Komorbidität und Verlauf	14
1.3 Ursachen von aggressivem Verhalten und therapeutische Ansatzpunkte	16
1.4 Das Konzept der multimodalen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	24
1.5 Übersicht über Problemlöse- und soziale Kompetenztrainings für aggressives Verhalten und ihre Wirksamkeit	27
1.6 Zur Wirksamkeit von THAV	32
1.6.1 Zielsetzung, Methoden und Ergebnisse der Eigenkontrollgruppenstudie im Einzelsetting	32
1.6.2 Zielsetzung, Methoden und Ergebnisse der randomisierten Kontrollgruppenstudie im Einzelsetting	34
1.6.3 Zielsetzung, Methoden und Ergebnisse der Eigenkontrollgruppenstudie im Gruppensetting im Schulkontext	42
<b>Kapitel 2: Das THAV-Programm</b>	<b>44</b>
2.1 Übersicht über die Indikation und Struktur von THAV	44
2.2 THAV in Kombination mit dem Sozialen computerunterstützten Training für Kinder mit aggressivem Verhalten (ScouT)	63
2.3 THAV in Kombination mit der App-unterstützten Therapie-Arbeit für Kinder (AUTHARK)	66
2.4 E-Training für Therapeuten	70
2.5 Modul I: Vorbereitung, Diagnostik und Verlaufskontrolle	71
2.5.1 Baustein 1: Beziehungsaufbau, Therapiemotivation, Ressourcenaktivierung	71
1. Sitzung: Kennenlernen (Kind)	72
2. Sitzung: Ressourcen (Eltern)	73
3. Sitzung: Was gefällt mir gut (Kind/Eltern)	75
2.5.2 Baustein 2: Diagnostik und Problemdefinition	78
1. Sitzung: Einführung Till Taff (Kind)	80
2. Sitzung: Exploration (Eltern)	84
3. Sitzung: Ich zeig dir meine Welt (Kind)	86
4. Sitzung: Basisinformation zur Therapie und Problemliste (Eltern)	90
2.5.3 Baustein 3: Störungskonzept	93
1. Sitzung: Gemeinsames Störungskonzept und Teufelskreis (Eltern)	97
2. Sitzung: Gemeinsames Entstehungsmodell (Kind)	100
3. Sitzung: Aufforderungen und Regeln (Eltern)	102
4. Sitzung: Thermometer und Tagebuch (Kind/Eltern)	106
5. Sitzung: Exploration zum Tagebuch und Selbstbelohnung (Kind)	110
2.6 Modul II: Modifikation sozialer Kognitionen	113

2.6.1	Baustein 4: Ärger-Gedanken und Ärgerkiller-Gedanken .....	113
	1. Sitzung: Wutbrille (Kind) .....	115
	2. Sitzung: Ärger-Gedanken und Ärgerkiller-Gedanken (Eltern) .....	118
	3. Sitzung: Coolbrille (Kind/Eltern) .....	120
	4. Sitzung: Exploration zur Selbstbeobachtung von Gedanken (Kind/Eltern) .....	123
2.6.2	Baustein 5: Eis-Gedanken und Warm-up-Gedanken .....	126
	1. Sitzung: Eisbrille (Kind) .....	128
	2. Sitzung: Eis-Gedanken und Warm-up-Gedanken (Eltern) .....	130
	3. Sitzung: Warm-up-Brille (Kind/Eltern) .....	132
	4. Sitzung: Exploration zur Selbstbeobachtung von Gedanken (Kind/Eltern) .....	136
2.6.3	Baustein 6: Denkfallen und was ist stark? .....	138
	1. Sitzung: Superhelden (Kind) .....	140
	2. Sitzung: Denkfallen und Gewalt (Eltern) .....	141
	3. Sitzung: Was ist stark? (Kind/Eltern) .....	144
	4. Sitzung: Exploration zu fairem Verhalten (Kind/Eltern) .....	147
2.7	Modul III: Modifikation der Emotionsverarbeitung .....	149
2.7.1	Baustein 7: Erkennung und Regulation eigener Emotionen .....	149
	1. Sitzung: Eigene Emotionen erkennen (Kind/Eltern) .....	150
	2. Sitzung: Emotionserkennung und -regulation (Eltern) .....	154
	3. Sitzung: Eigene Emotionen auslösen und regulieren (Kind/Eltern) .....	157
2.7.2	Baustein 8: Kognitive und affektive Empathie .....	162
	1. Sitzung: Gefühle anderer erkennen (Kind) .....	164
	2. Sitzung: Gefühle erkennen und mitfühlen (Eltern) .....	167
	3. Sitzung: Auf Gefühle anderer achten (Kind/Eltern) .....	169
2.7.3	Baustein 9: Impulskontrolle .....	172
	1. Sitzung: Das Biest und Frühwarnsystem (Kind) .....	175
	2. Sitzung: Wut und Impulskontrolle (Eltern) .....	179
	3. Sitzung: Wut-Buster (Kind/Eltern) .....	182
	4. Sitzung: Marterpfahlspiel (Kind/Eltern) .....	187
	5. Sitzung: Verstärkersysteme (Eltern/Kind) .....	190
2.7.4	Baustein 10: Prosoziale Emotionalität .....	195
	1. Sitzung: Der Freezer und Freundschaften (Kind/Eltern) .....	198
	2. Sitzung: Gefühlskälte und ihre Begrenzung (Eltern) .....	203
	3. Sitzung: Reportage über mich selbst (Kind/Eltern/Lehrkräfte/anderes Kind) .....	206
	4. Sitzung: Opferkonfrontation und Entschuldigung (Kind/anderes Kind) .....	209
	5. Sitzung: Gerichtsverhandlung und Frühwarnsystem (Kind/Eltern) .....	211
2.8	Modul IV: Soziales Problemlöse- und Verhaltensfertigkeitentraining .....	214
2.8.1	Baustein 11: Kontakte aufnehmen und Freunde finden .....	217
	1. Sitzung: Wenige Kontakte und wenige richtige Freunde (Kind) .....	219
	2. Sitzung: Kontakte und Freundschaften des Kindes (Eltern) .....	221
	3. Sitzung: Kontaktaufnahme zu Gleichaltrigen und Freundschaften gestalten (Kind/Eltern) .....	223
	4. Sitzung: Einrichtung einer Patenschaft zur Kontaktaufnahme und Freundschaftsgestaltung (Kind/Eltern) .....	226
2.8.2	Baustein 12: Nicht immer der Erste sein müssen .....	229
	1. Sitzung: Immer der Erste sein müssen (Kind) .....	231
	2. Sitzung: Dominanzverhalten (Eltern) .....	232
	3. Sitzung: Selbstbeobachtung zum Dominanzverhalten (Kind/Eltern) .....	235
	4. Sitzung: Einrichtung einer Patenschaft zur Verminderung von Dominanzverhalten (Kind/Eltern) ..	238
2.8.3	Baustein 13: Konflikte lösen und Rechte durchsetzen .....	240
	1. Sitzung: Mit wem gibt es viel Streit? (Kind) .....	242
	2. Sitzung: Konflikte und Gewalt (Eltern) .....	243
	3. Sitzung: Streit friedlich beenden (Kind/Eltern) .....	246
	4. Sitzung: Einrichtung einer Patenschaft zur Konfliktlösung (Kind/Eltern) .....	249
2.8.4	Baustein 14: Proaktiv aggressives Verhalten reduzieren und prosoziales oder sozialakzeptables Verhalten einüben .....	251
	1. Sitzung: Anderen absichtlich schaden (Kind) .....	253
	2. Sitzung: Prosoziales Verhalten (Eltern) .....	254
	3. Sitzung: Selbstbeobachtung von proaktiv aggressivem Verhalten (Kind/Eltern) .....	257



4. Sitzung: Einrichtung einer Patenschaft zur Verminderung von proaktiv aggressivem Verhalten (Kind/Eltern) .....	260
2.9 Modul V: Abschluss .....	262
2.9.1 Baustein 15: Bilanzierung, Rückfallprävention und Ablösung .....	262
1. Sitzung: Talkshow und Abschied (Kind) .....	263
2. Sitzung: Bilanz ziehen und zukünftige Probleme (Eltern) .....	265
2.10 Modulübergreifende Intervention .....	268
2.10.1 Baustein 16: Das Zauberwaldspiel .....	268
<b>Literatur</b> .....	<b>271</b>
<b>Anhang</b>	
Übersicht über Diagnostik- und Therapiematerialien auf der CD .....	276

### CD-ROM

Die CD-ROM enthält PDF-Dateien aller Info- und Arbeitsblätter, die zur Durchführung des Therapieprogrammes verwendet werden können.

Die PDF-Dateien können mit dem Programm Acrobat® Reader (eine kostenlose Version ist unter [www.adobe.com/products/acrobat](http://www.adobe.com/products/acrobat) erhältlich) gelesen und ausgedruckt werden.



# Vorwort

Das *Therapieprogramm für Kinder mit aggressivem Verhalten* (THAV) stellt ein umfassendes Behandlungspaket zur multimodalen Behandlung von Kindern im Alter von 6 bis 12 Jahren mit aggressivem Verhalten besonders gegenüber Gleichaltrigen dar und wurde am Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an der Uniklinik Köln (AKiP) in Kooperation mit der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universitätsklinik Köln und dem Institut für Klinische Kinderpsychologie der Christoph-Dornier-Stiftung an der Universität Köln entwickelt und in einer randomisierten Kontrollgruppenstudie in den letzten Jahren evaluiert. In dieser randomisierten Kontrollgruppenstudie konnten deutliche Effekte der Behandlung mit THAV im Vergleich zur Diagnostikphase als auch zu einer alternativen Intervention mit pädagogischen Spielgruppen nachgewiesen werden (Görtz-Dorten et al., 2016, 2017, Lindenschmidt, 2016). THAV wurde in seiner ersten Fassung vor acht Jahren publiziert (Görtz-Dorten & Döpfner, 2010) und hat sich mittlerweile zum Standard in der Therapie von Kindern mit Störungen des Sozialverhaltens entwickelt und in der Praxis einen sehr großen Anklang gefunden. Mit dieser Neuauflage liegt nun eine umfassende Überarbeitung und Erweiterung des Therapieprogrammes vor.

Da das THAV auch zunehmend bei Kindern mit begrenzter prosozialen zwischenmenschlichen Beziehungs- und emotionalen Reaktionsmustern und Störungen der Affektregulation zur Anwendung kommt, wurde THAV um Bausteine zu diesen Bereichen erweitert. Die bestehenden Module wurden teilweise neu aufgebaut und umbenannt, um Kindern, die ein reaktiv aggressives Verhalten zeigen oder die Schwierigkeiten haben, eigene Emotionen zu erkennen und Affekte zu regulieren oder sich in die Gedanken, Gefühle oder Motive eines anderen hineinzusetzen sowie Kindern mit proaktiv aggressivem Verhalten und reduzierter prosozialer Emotionalität (Mangel an

Reue oder Schuldbewusstsein, Gefühlskälte, oberflächlichem Affekt) zu helfen.

Zudem werden neu, in den einzelnen Modulen, Verweise zur zusätzlichen Einsatzmöglichkeit des *Sozialen computerunterstützten Trainings* (ScouT, Görtz-Dorten & Döpfner, 2016) als optionaler Bestandteil gegeben. Beispielsweise können Fertigkeiten, die zur Bewältigung sozialer Situationen notwendig, aber nicht hinreichend ausgebildet sind, mithilfe von ScouT durch die Nutzung von konkreten Filmsituationen und spielerischen Elementen verbessert werden. Zur Unterstützung der Therapieaufgaben wird zusätzlich die *App-unterstützte Therapie-Arbeit für Kinder* (AUTHARK) vorgestellt. Sie kann den Transfer in den Alltag der Kinder erleichtern und die Motivation der Kinder zur Durchführung der Therapieaufgaben erhöhen. Des Weiteren wird eine Webseite zu THAV, ScouT und AUTHARK zur Optimierung der Therapeutenausbildung/-weiterbildung durch e-training Optionen vorgestellt, die u. a. Lehrvideos zu verschiedenen Therapieinhalten/Interventionen und möglichen schwierigen Therapiesituationen anbietet.

Ziel dieser Weiterentwicklungen ist es, in der Praxis anwendbare und erprobte Interventionen für Kinder mit aggressiven Verhaltensweisen besonders gegenüber Gleichaltrigen zur Verfügung zu stellen. THAV ist der multimodalen Psychotherapie (Döpfner, 2013) verpflichtet, die patienten- und umfeldzentrierte Interventionen miteinander verbindet und damit den Leitlinien zur Therapie von Kindern mit aggressivem Verhalten entspricht. Patientenzentrierte Interventionen als Einzel- und Gruppentherapie bilden den Kern der Behandlung.

THAV verfolgt das Konzept der individualisierten Therapie, indem es modular aufgebaut ist und die individuellen Problemsituationen, in denen das Kind ein aggressives Verhalten gegenüber Gleichaltrigen zeigt, in den Mittelpunkt stellt. Die Bewältigung die-

ser Konfliktsituationen setzt auf verschiedenen Ebenen soziale Kompetenzen voraus. Manchen Kindern fällt es schwer, soziale Situation angemessen wahrzunehmen, zu interpretieren und diese Informationen in einem sozialen Problemlöseprozess effektiv zu verarbeiten. Manchen Kindern fällt es schwer, sich in die Gedanken und Gefühle von anderen zu versetzen oder sie verfügen nur über eine begrenzte prosoziale Emotionalität. Bei anderen Kindern lösen die jeweiligen sozialen Situationen aber auch Kognitionen aus, die in der Regel Wut und Ärger erzeugen und schließlich aggressiven Impulsen zum Durchbruch verhelfen.

Wieder andere Kinder haben Defizite in den sozialen Fertigkeiten, d.h. sie verhalten sich sozial ungeschickt und es fehlt ihnen an Kompetenzen bei der Handlungsausführung. Aggressives Verhalten kann schließlich durch die soziale Umgebung verstärkt und dadurch aufrechterhalten werden.

Diese beschriebenen Ansatzpunkte lassen sich einzelnen grundlegenden kognitiven und behavioralen Interventionsmethoden zuordnen, die in dem modular aufgebauten Therapieprogramm THAV in einzelnen Behandlungsbausteinen zum Einsatz kommen. Die Schwerpunkte liegen hierbei auf der Modifikation sozialer Kognitionen, der Modifikation der Emotionsverarbeitung, dem sozialen Problemlöse- und Verhaltensfertigkeitentraining sowie der Modifikation sozialer Interaktionen.

Die Modifikation sozialer Kognitionen soll dazu dienen, die soziale Problemlösefähigkeit des Kindes zu verbessern und Ärger und Wut sowie Gefühlskälte erzeugende Kognitionen sowie dysfunktionale grundlegende Überzeugungen zu identifizieren und zu vermindern.

Die Modifikation der Emotionsverarbeitung soll Kindern helfen eigene Emotionen besser zu erkennen und zu regulieren, sich besser in die Gedanken, Gefühle oder Motive eines anderen hineinzuversetzen, Prinzipien der Fairness und Verhältnismäßigkeit der Mittel zu erkennen und zu beachten, prosoziale zwischenmenschliche Beziehungs- und emotionale Reaktionsmuster zu entwickeln und aggressive Impulse zu kontrollieren. Falls Verhaltensfertigkeiten, die zur Bewältigung dieser Situationen notwendig sind, nicht hinreichend ausgebildet sind, können diese Fertigkeiten mithilfe des sozialen Problemlöse- und Verhaltensfertigkeitentrainings verbessert werden.

Durch positive Konsequenzen für die erfolgreiche Bewältigung der Konfliktsituation und durch die Vermin-

derung von möglichen positiven oder negativen Verstärkungen bei aggressivem Verhalten lässt sich die Aggressionssymptomatik ebenfalls vermindern. Daher bezieht THAV auch familien- und schulzentrierte Interventionen mit ein. Diese Verfahren nutzen im Wesentlichen kognitive und behaviorale Interventionen, die darauf abzielen, dysfunktionale Kognitionen und Erwartungen bei den Eltern oder anderer Bezugspersonen zu verändern und Bedingungen zu schaffen, die dem Kind helfen, bisher destruktiv gelöste soziale Situationen mit Gleichaltrigen sozial erfolgreich bewältigen zu können. Dazu gehören der Abbau von aggressionsverstärkendem Erziehungsverhalten der Eltern und anderer Bezugspersonen sowie die Einführung von Belohnung in Bezug auf sozial kompetentes Verhalten des Kindes.

Das Therapieprogramm THAV beschreibt in einzelnen Behandlungsbausteinen mit umfangreichen Materialien differenziert die verschiedenen symptomorientierten Interventionen. Die schriftlichen Materialien lassen sich anhand der beiliegenden CD-ROM (farbig) ausdrucken. In einer zusätzlichen Materialienbox werden Puppen, Brillen, Emotionskarten, ein Ärger-Thermometer, Soziogrammtafeln und das Zauberwaldspiel zur Verfügung gestellt, die einen kindgemäßen Zugang erleichtern (zu beziehen über [www.testzentrale.de](http://www.testzentrale.de), Bestellnummer 01 361 01). Mit dieser Hilfe lassen sich die einzelnen Bausteine von THAV zu einer individuell angepassten Therapie zusammensetzen, welche auf die spezifischen Konfliktsituationen, aber auch Kontaktaufnahmesituationen abzielen. Als optionaler Bestandteil kann, wie bereits erwähnt, auch das *Soziale computerunterstützte Training* (ScouT) (zu beziehen über den Buchhandel, ISBN 978-3-8017-2574-7), die *App-unterstützte Therapie-Arbeit für Kinder* (AUTHARK) (zu beziehen über den Google Playstore oder den App Store von Apple) und die Webseite zu THAV, ScouT und AUTHARK zur Optimierung der Therapiedurchführung durch e-training Optionen integriert werden. THAV allein zeigt bereits ausgeprägte und spezifische Therapieeffekte. Durch den zusätzlichen Einsatz von ScouT, durch die Nutzung von konkreten Filmsituationen und der App-unterstützten Therapie-Arbeit für Kinder (AUTHARK), kann die Effektivität der THAV-Interventionen möglicherweise sogar noch verbessert werden. Wir hoffen, damit optimale Voraussetzungen für eine individualisierte multimodale Therapie und für einen guten Behandlungserfolg zu schaffen.

Köln, im November 2018 *Anja Görtz-Dorten und  
Manfred Döpfner*

# Kapitel 1

## Grundlagen

### 1.1 Aggressives Verhalten: Symptomatik und Häufigkeit

Aggressives Verhalten von Kindern tritt häufig im Kontext aggressiv-dissozialer Verhaltensweisen auf. Die Therapie dieser Probleme stellt eine besondere Herausforderung dar, weil diese Störungen häufig auftreten, oft einen chronischen Verlauf haben und insgesamt schwer zu behandeln sind (Petermann, Döpfner & Görtz-Dorten, 2016). Kadzin betonte bereits 1997 zu Recht, dass es sich bei den aggressiv-dissozialen Verhaltensweisen um einen der häufigsten Vorstellungsanlässe in der kinder- und jugendpsychotherapeutischen und der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis handelt, was sich bis heute nicht verändert hat. Da im Allgemeinen eine schlechte Langzeitprognose und eine unzureichende Therapiemotivation vorliegen (vgl. Döpfner et al., accepted for publication), handelt es sich damit um eine der kostenträchtigsten psychischen Störungen überhaupt (Ewest, Reinhold, Vloet, Wenning, & Bachmann, 2013).

Es gibt verschiedene Klassifikationsmöglichkeiten von aggressiv-dissozialen Verhaltensauffälligkeiten. Neben der Klassifikation von DSM-5 und ICD-10 hat sich die von Frick et al. bereits 1993 vorgeschlagene Einteilung durchgesetzt (siehe Abb. 1). Danach lassen sich aggressiv-dissoziale Verhaltensweisen entlang zweier Dimensionen beschreiben, die durch folgende Endpole charakterisiert werden: Aggressiv-dissoziales Verhalten kann offen oder verdeckt erfolgen und es kann destruktiv versus nicht destruktiv sein. Entlang dieser Dimensionen lassen sich die vier in Abbildung 1 aufgezeigten Klassen bilden. Dieses Manual fokussiert auf aggressives Verhalten von Kindern, wenngleich diese häufig auch oppositionelles Verhalten gegenüber Erwachsenen zeigen und auch schon verdeckte dissoziale Verhaltensweisen

aufweisen können. Aggressives Verhalten gegenüber Personen kann sich auf Gleichaltrige oder auch auf Erwachsene beziehen, wobei aggressive Attacken gegenüber Erwachsenen eher die Ausnahme darstellen und sich dann eher in oppositionell verweigerndem Verhalten äußern.

Nach Vitiello und Stoff (1997) kann man verschiedene Ausdrucksformen aggressiven Verhaltens unterscheiden (siehe Tab. 1): feindselig versus instrumentell, offen (direkt) versus verdeckt (indirekt), reaktiv versus proaktiv, affektiv versus „räuberisch“. Aktuell kommt dieser Gegenüberstellung in der Forschung zu *callous unemotional traits* eine besondere Bedeutung zu. Während Kinder mit reaktiv aggressivem Verhalten eher unkontrolliert, ungeplant und impulsiv als Reaktion auf eine wahrgenommene Bedrohung oder Provokation handeln, handeln Kinder mit überwiegend proaktiv aggressivem Verhalten versteckt, instrumentell und eher kontrolliert und zielgerichtet, um etwas Bestimmtes zu erreichen. Schwerpunktmäßig richtet sich dieses Manual eher an Kinder, die überwiegend reaktiv aggressive Verhaltensweisen gegenüber Gleichaltrigen zeigen, verfügt aber auch über einzelne Bausteine, die sich speziell an Kinder mit proaktiv aggressivem Verhalten richten.

In den Diagnosesystemen wird der Terminus der *Störung des Sozialverhaltens* benutzt, um diese Gruppe aggressiv-dissozialer Auffälligkeiten zu bezeichnen. Kennzeichnend ist ein sich wiederholendes Verhaltensmuster, das die Verletzung grundlegender Rechte anderer sowie wichtiger altersrelevanter Normen und Regeln umfasst und das typischerweise in der Kindheit oder im frühen Jugendalter beginnt. Nach DSM-5 (APA/Falkai et al., 2015) muss eine bestimmte Anzahl an Verhaltensweisen vorliegen, um eine Diagnose zu rechtfertigen. Darüber hinaus müssen klinisch bedeutsame psychosoziale Beeinträchtigungen auftreten.



**Abbildung 1:** Zweidimensionales Modell für aggressiv-dissoziales Verhalten nach Frick et al. (1993)

**Tabelle 1:** Verschiedene Ausdrucksformen aggressiven Verhaltens (nach Vitiello & Stoff, 1997)

Ausdrucksform aggressiven Verhaltens	Erläuterung
feindselig vs. instrumentell	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mit dem Ziel, einer Person direkt Schaden zuzufügen</li> <li>• mit dem Ziel, indirekt etwas Bestimmtes zu erreichen</li> </ul>
offen vs. verdeckt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• feindselig und trotzig, eher impulsiv und unkontrolliert</li> <li>• versteckt, instrumentell und eher kontrolliert</li> </ul>
reaktiv vs. proaktiv	<ul style="list-style-type: none"> <li>• als Reaktion auf eine wahrgenommene Bedrohung oder Provokation</li> <li>• zielgerichtet ausgeführt, um etwas Bestimmtes zu erreichen</li> </ul>
direkt vs. indirekt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• in direkter Konfrontation mit dem Opfer</li> <li>• die sozialen Beziehungen einer Person betreffend und manipulierend</li> </ul>
affektiv vs. „räuberisch“	<ul style="list-style-type: none"> <li>• unkontrolliert, ungeplant und impulsiv</li> <li>• kontrolliert, zielgerichtet, geplant und versteckt</li> </ul>

Sowohl DSM-5 als auch ICD-10 unterscheiden zwischen den oppositionellen Verhaltensstörungen (ICD-10: Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten; DSM-5: Störung mit oppositionellem Trotzerhalten) und den Störungen des Sozialverhaltens im engeren Sinn, bei denen auch dissoziale Verhaltensauffälligkeiten vorliegen müssen. Im DSM-5 kann des Weiteren auch noch die Diagnose Disruptive Affektregulationsstörung gestellt werden, bei der schwere, wiederkehrende Wutausbrüche vorliegen müssen mit dazwischen anhaltender reizbarer oder ärgerlicher Stimmung.

Mehrere Symptomkriterien für oppositionelles Trotzverhalten beziehen auch gleichaltrigenbezogene Ag-

gression mit ein (Formulierung nach DISYPS III: DCL-SSV; Döpfner & Görtz-Dorten, 2017):

- Ärgert andere häufig absichtlich.
- Schiebt häufig die Schuld für eigene Fehler oder eigenes Fehlverhalten auf andere.
- Ist häufig reizbar oder lässt sich von anderen leicht ärgern.
- Ist häufig zornig und ärgert sich schnell.
- Ist häufig boshaft oder rachsüchtig.

Allerdings wird bei einigen Symptomkriterien für die Störungen des Sozialverhaltens im engeren Sinn ebenfalls gleichaltrigenbezogene Aggression angesprochen (Formulierung nach DISYPS III: DCL-SSV; Döpfner & Görtz-Dorten., 2017), vor allem bei:



- Bedroht, schikaniert oder schüchtert andere häufig ein.
- Beginnt häufig körperliche Auseinandersetzungen.

Das gleiche gilt für die disruptive Affektregulationsstörung (Formulierung nach DISYPS III: DCL-SSV; Döpfner & Görtz-Dorten, 2017):

- Hat durchschnittlich mindestens dreimal pro Woche schwere, immer wiederkehrende Wutausbrüche, die sich verbal (z. B. verbales Toben) oder im Verhalten (z. B. körperliche Aggression gegenüber Personen oder Gegenständen) manifestieren und die in ihrer Intensität oder Dauer der Situation oder dem Anlass und auch dem Entwicklungsstand unangemessen sind.
- Hat zwischen den Wutausbrüchen eine anhaltend reizbare oder ärgerliche Stimmung, die fast an jedem Tag über die meiste Zeit des Tages anhält und von anderen (z. B. Eltern, Lehrkräfte oder Gleichaltrigen) wahrgenommen werden kann.

Kinder mit ausgeprägter Gleichaltrigenaggression können daher sowohl die Kriterien für die Diagnose einer oppositionellen Verhaltensstörung sowie für eine disruptive Affektregulationsstörung als auch die für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllen, wobei letztere eher bei stärker dissozialen Verhaltensweisen vergeben wird. Die Aufteilung der Symptomkriterien für oppositionelles und aggressives Verhalten in der ICD-10 und im DSM-5 lässt sich auch faktorenanalytisch nicht nachvollziehen. Hier laden Kriterien, die sich auf Gleichaltrigenaggression beziehen, hauptsächlich auf dem Faktor für oppositionelles Verhalten (Görtz-Dorten, Ise, Hautmann, Walter, & Döpfner, 2014).

Der Begriff der gleichaltrigenbezogene Aggression bezieht sich nicht nur auf Kinder mit exakt gleichem Alter, sondern umfasst eine größere Altersspanne und damit auch jüngere und ältere Kinder. Gleichaltrigenbezogene Aggression kann sich daher auch auf Geschwister beziehen, wird dann jedoch eher im Rahmen von Geschwisterrivalität thematisiert, für die in der ICD-10 eine eigene Diagnosekategorie (F93.3, Emotionale Störung mit Geschwisterrivalität) geschaffen wurde, die allerdings nur die Rivalität gegenüber einem jüngeren Geschwisterkind umfasst. Das hier entwickelte Therapieprogramm kann auch in modifizierter Form auf Geschwisterrivalität angewendet werden, wobei dann noch die spezifische Familien- und Geschwisterdynamik beachtet werden muss.

Ein kleiner Teil der Kinder mit einer Störung des Sozialverhaltens weist Merkmale auf, aufgrund derer für sie nach DSM-5 die Zusatzcodierung „mit reduzierter prosozialer Emotionalität“ in Frage kommt. Die Indikatoren für diese Zusatzcodierung werden als Gefühlskälte oder Emotionslosigkeit bezeichnet.

Auch Sensationshunger, Furchtlosigkeit und fehlende Bestrafungssensitivität können für diese Kinder charakteristisch sein. Bei Betroffenen, welche die Merkmale dieses klinischen Erscheinungsbildes aufweisen, kann im Vergleich zu anderen Kindern mit einer Störung des Sozialverhaltens die Wahrscheinlichkeit für den Einsatz instrumenteller Aggression zum Erreichen von Zielen erhöht sein (APA/Falkai et al., 2015).

Viele Symptomkriterien für die Zusatzcodierung „mit reduzierter prosozialer Emotionalität“ beziehen sich auch auf gleichaltrigenbezogene Beziehungs- und emotionale Reaktionsmuster (Formulierung nach DISYPS III: DCL-SSV; Döpfner & Görtz-Dorten, 2017):

- Fühlt sich nicht schlecht oder schuldig, wenn er/sie etwas Falsches tut, z. B. bereut es nicht, wenn er/sie jemanden verletzt hat. (Ausgenommen ist Reue, die die Person nur zeigt, wenn sie ertappt wird und/oder ihr eine Strafe droht.)
- Zeigt nur wenig Skrupel bezüglich der negativen Konsequenzen eigener Handlungen (z. B. sorgt sich nicht um die Konsequenzen von Regelverletzungen).
- Beachtet nicht oder interessiert sich nicht für die Gefühle anderer. Wirkt gefühllos oder gleichgültig bzw. gefühllos.
- Ist auf den eigenen Vorteil bedacht und sorgt sich mehr über die Folgen der eigenen Handlungen für sich selbst als für andere, selbst wenn die Handlungen andere schädigen können.
- Drückt keine Gefühle aus oder zeigt anderen gegenüber keine Gefühle oder zeigt nur Gefühle, die flach, oberflächlich, künstlich, unecht oder unaufrecht wirken.
- Macht den Eindruck als könnte er/sie Gefühle schnell an- und ausschalten.
- Benutzt Gefühlsäußerungen, um andere zu manipulieren oder einzuschüchtern oder wenn der Ausdruck von Gefühlen dem eigenen Vorteil dient.
- Die eigenen Handlungen widersprechen seinen/ihren Gefühlsäußerungen.

Viele Kinder mit gleichaltrigenbezogener Aggression zeigen weitere komorbide Störungen, auch aus dem Spektrum der emotionalen Störungen (siehe unten); daher kann auch die Diagnose der Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92) gestellt werden. Darüber hinaus können gleichaltrigenbezogene Aggressionen im Rahmen von Anpassungsstörungen (vor allem F43.24 Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens; F43.25 Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten) auftreten, beispielsweise nach Trennung der Eltern. Diese Diagnosen werden jedoch nur dann gestellt, wenn die Kriterien einer Störung des

Sozialverhaltens oder einer oppositionellen Verhaltensstörung nicht voll erfüllt sind.

Legt man die diagnostischen Standards von ICD-10 und DSM-5 zugrunde, dann liegen die Prävalenzraten in deutschen und internationalen Studien für Störungen des Sozialverhaltens bei 2 bis 10% und für Störungen mit oppositionellem Trotzverhalten bei 1 bis 11% je nach Art der Stichprobenpopulation und der Erhebungsmethoden, wobei die Diagnosen öfter bei Jungen als bei Mädchen gestellt werden (APA/Falkai et al., 2015; Ravens-Sieberer, Wille, Bettge & Erhart, 2007).

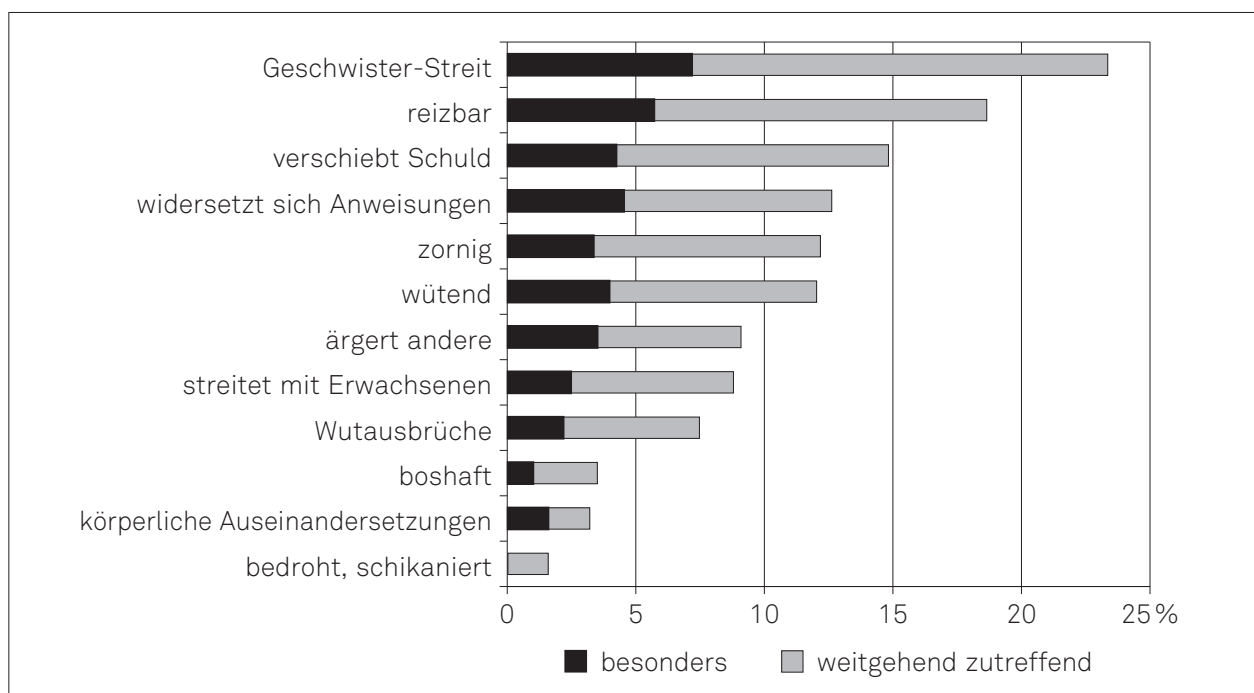
Abbildung 2 zeigt die Häufigkeit, mit der Symptome von oppositionell-aggressivem Verhalten nach ICD-10/DSM-IV nach der Einschätzung von Eltern im *Fremdbeurteilungsbogen für Störungen des Sozialverhaltens* (FBB-SSV) in einer Feldstichprobe auftreten (Görtz-Dorten et al., 2014; Görtz-Dorten, 2005). Allerdings sind diese Angaben nicht auf gleichaltrigenbezogene Aggressivität begrenzt. Danach tritt Geschwisterrivalität am häufigsten auf – in 7% in besonderer Ausprägung und in weiteren 16% trifft dies nach Aussagen der Eltern weitgehend zu. Legt man die Angaben der Eltern im FBB-SSV zugrunde, dann erfüllen 4,3% aller Kinder und Jugendlichen die Symptomkriterien für eine oppositionelle Verhaltensstörung und weitere 1,9% erfüllen die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens.

## 1.2 Komorbidität und Verlauf

Aggressives Verhalten geht oftmals mit einer Reihe weiterer psychischer Störungen einher, wie der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung oder auch depressiven Störungen. Im Jugendalter treten komorbid häufig Störungen durch Substanzkonsum hinzu. Liegt eine psychische Mehrfachbelastung vor, so sind schwerwiegendere und weitreichendere psychosoziale Belastungen (z. B. Ablehnung durch Gleichaltrige, Defizite in der Impulskontrolle oder sozial-kognitive Defizite) festzustellen. Hyperkinetische Störungen im frühen Kindesalter sind oft mit dem frühen Beginn einer Störung des Sozialverhaltens assoziiert (Döpfner, Frölich & Lehmkuhl, 2010); der frühe Störungsbeginn einer Störung des Sozialverhaltens ist wiederum mit dem frühen und anhaltenden Auftreten krimineller Delikte und dissozialer Verhaltensweisen verknüpft (Moffitt, 1993).

Abbildung 3 gibt das von Patterson, DeBaryshe und Ramsey et al. (1989) entwickelte Modell zum Verlauf aggressiv-dissozialer Verhaltensauffälligkeiten in modifizierter Form wieder, das wesentliche empirische Befunde zusammenfasst (vgl. Döpfner, Adrian & Hanisch, 2007).

Hauptursache für die Entwicklung oppositioneller und aggressiver Verhaltensweisen in der frühen Kindheit sind, wie eine Vielzahl von Studien zeigt, inkonsistente



**Abbildung 2:** Häufigkeit aggressiven Verhaltens nach Einschätzung der Eltern im FBB-SSV (nach Görtz-Dorten, Ise, Hautmann, Walter & Döpfner, 2014; Görtz-Dorten, 2005)



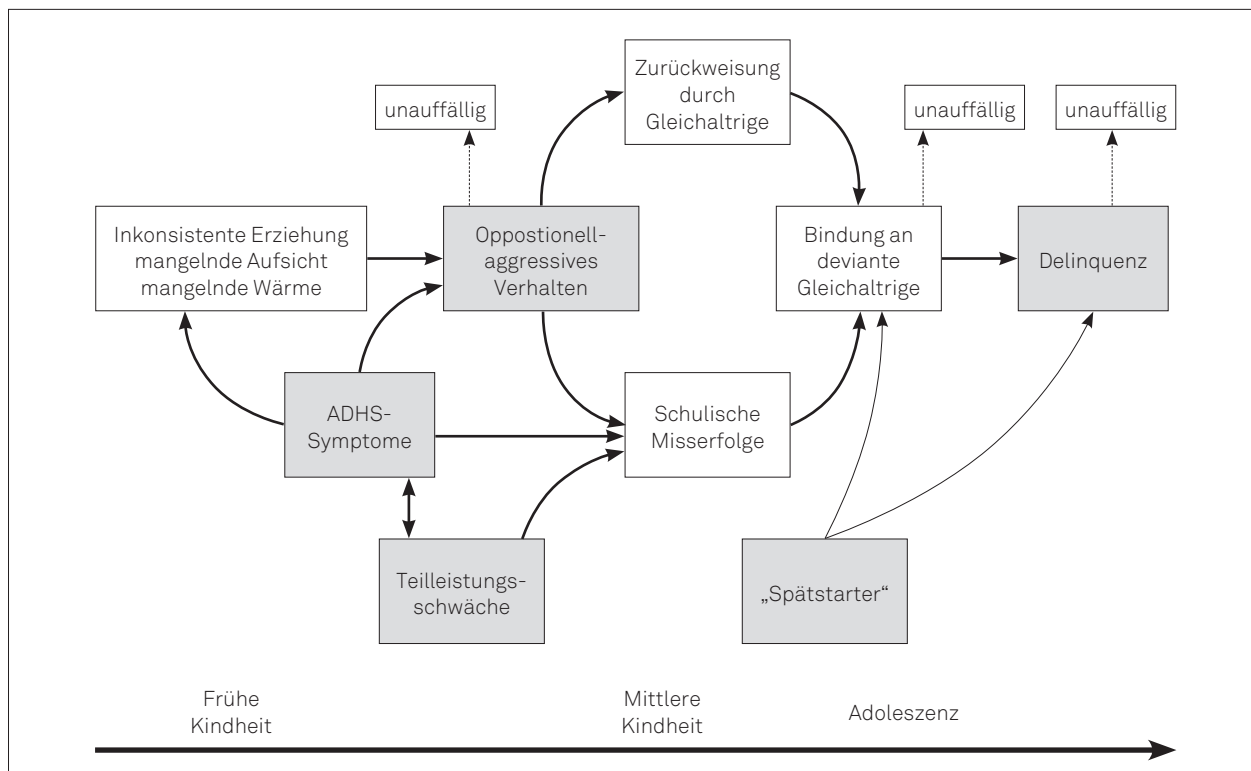
Erziehung und mangelnde Kontrolle, verbunden mit mangelnder Wärme und verminderter Aufmerksamkeit für angemessene prosoziale Verhaltensansätze der Kinder. Patterson et al. (1989) sprechen von einem regelrechten Training zur Aggressivität, das in den Familien stattfindet und sich durch ganz besondere Interaktionsprozesse auszeichnet, die täglich mehrere dutzendmal auftreten. Allerdings machen es manche Kinder den Eltern nicht leicht, sich in der Erziehung konsequent und zugewandt zu verhalten. Dazu gehören erstens Kinder mit ADHS-Symptomen und zweitens Kinder mit generell eher ungünstigen Temperamentsmerkmalen.

Die Kinder lernen in der weiteren Entwicklung aufgrund der beschriebenen Erziehungsprozesse, andere Familienmitglieder durch oppositionell-aggressives Verhalten zu kontrollieren. Sie lernen nicht, wie man in sozial kompetenter Weise mit Konflikten und Frustrationen umgeht. Sie zeigen solche Verhaltensweisen schließlich auch im Kindergarten und in der Schule. Im Grundschulalter oder etwas später gibt es zwei zentrale Ereignisse, welche die weitere Entwicklung wesentlich beeinflussen. Aggressive Kinder werden erstens von den Gleichaltrigen abgelehnt und sie haben zweitens ein hohes Risiko zu schulischem Misserfolg aufgrund ihres oppositionellen und verweigernden Verhaltens gegenüber

den Leistungsanforderungen der Schule und aufgrund der ADHS-Symptomatik (falls vorhanden).

Aggressiv auffällige Jugendliche, deren schulische Karriere durch Misserfolge gekennzeichnet ist und die von Gleichaltrigen abgelehnt werden (vgl. Loeber & Hay, 1997), tendieren dazu, sich Gleichgesinnten, ebenfalls devianten Jugendlichen anzuschließen, wodurch langfristig ihr gestörtes Sozialverhalten zusätzlich stabilisiert wird (vgl. Cairns et al., 1997). Denn hier bekommen diese Jugendlichen das, was sie weder in der Familie, noch in der Gleichaltrigengruppe oder in der Schule erhalten haben, nämlich Anerkennung. Deviante Gruppen sind der zentrale Trainingsort für delinquente Aktionen und für Drogenmissbrauch.

Ein besonders hohes Risiko für delinquentes Verhalten weisen die Kinder und Jugendlichen auf, die durch häufige aggressiv-dissoziale Handlungen auffallen, verschiedene Formen von aggressiv-dissozialem Verhalten aufweisen, diese Handlungen in verschiedenen Lebensbereichen durchführen (Familie, Schule, Freizeit) und die früh durch aggressives Verhalten auffallen (Loeber, 1990). Diese „Frühstarter“, die die gesamte Entwicklung durchlaufen haben, sind auch jene, die von einem günstigen Trend, der im späten Jugendalter einsetzt, am wenigsten profitieren. Nicht



**Abbildung 3:** Entwicklung aggressiv-dissozialen Verhaltens nach Patterson et al. (1989; modifiziert nach Döpfner et al., 2007)

alle, sondern etwa die Hälfte bis drei Viertel der delinquenten Jugendlichen werden auch im frühen Erwachsenenalter zu Straftäterinnen/Straftätern. Fast bis zum 30. Lebensjahr sinkt die Delinquenzrate weiter. Die „Frühstarter“ haben jedoch das größte Risiko, dass sich die dissoziale und delinquente Entwicklung fortsetzt (Patterson et al., 1989).

Die wichtigsten psychosozialen Bedingungen, die aggressives Verhalten begünstigen, sind bekannt. Es gibt eine erschreckend hohe Stabilität von dissozialem Verhalten über die Generationen hinweg. Die Verbindungen werden vermutlich zu einem großen Teil durch Erziehungspraktiken, besonders durch impulsives, wenig kontrolliertes Erziehungsverhalten hergestellt. Möglicherweise spielen jedoch auch genetische Einflüsse eine Rolle. Aggressives Verhalten der Kinder hängt darüber hinaus mit bestimmten Familienmerkmalen, wie geringem Familieneinkommen, geringem Bildungsstand der Eltern und fehlender sozialer Unterstützung in der Nachbarschaft zusammen sowie mit Belastungen der Familie durch Arbeitslosigkeit, Partnerkonflikte oder Trennung der Eltern. Diese Faktoren führen zu einem gestörten Erziehungsverhalten bei den Eltern, vor allem dann, wenn die Eltern diesen Stress schlecht bewältigen können. Inkonsistente Erziehung ist also nicht nur eine Folge von generell fehlenden Erziehungs Kompetenzen, sie wird in erheblichem Maße durch Belastungen gefördert, die auf die Familien einwirken.

### 1.3 Ursachen von aggressivem Verhalten und therapeutische Ansatzpunkte

Die Ursachen von aggressivem Verhalten und die möglichen biopsychosozialen Einflussfaktoren können vielfältig sein, wie Tabelle 2 zeigt.

Die in Tabelle 2 gelisteten Faktoren sind eine Zusammenstellung der Ergebnisse empirischer Studien. Schwerpunktmäßig soll in diesem Kapitel nicht weiter auf diese einzelnen empirischen Befunde eingegangen, sondern anhand eines theoretischen Konzeptes die Grundlage von THAV erläutert werden.

Abbildung 4 fasst noch einmal die Problembereiche zusammen, die in Familien von aggressiv auffälligen Kindern, beim Kind selbst, im Kindergarten oder in der Schule und in der Gleichaltrigengruppe zu beobachten sind.

Abbildung 5 gibt eine Übersicht über das dem THAV zugrunde liegende Störungs- und Interventionsmodell. Danach kann gleichaltrigenbezogene Aggression

durch folgende Prozesse ausgelöst und aufrechterhalten werden, wobei diese Prozesse im Einzelfall unterschiedlich stark beteiligt sind:

- Störungen sozialer Kognitionen (Prä- und Post-Event Processing),
- Störungen der Emotionsverarbeitung (Prä- und Post-Event Processing),
- Störung sozialer Problemlöse- und Verhaltensfertigkeiten,
- Störungen sozialer Interaktionen.

Wie in Abbildung 5 gezeigt, können dementsprechend folgende Module und Interventionsbereiche zur Verminderung von gleichaltrigenbezogener Aggression eingesetzt werden:

- *Modifikation sozialer Kognitionen* (Modul 2) durch Identifizieren, Hinterfragen, Verstehen, Prüfen und schließlich Modifizieren von aggressionsauslösenden Kognitionen und Schemata (z. B. mithilfe eines sokratischen Dialoges, von Modelldarbietung, Exposition oder durch Einüben).
- *Modifikation der Emotionsverarbeitung* (Modul 3), d. h. Stärkung der Emotionsregulation sowie von prosozialen Emotionen und der Ärgerkontrolle durch Identifizieren, Hinterfragen, Verstehen, Prüfen und Modifizieren emotionaler Reaktionen (z. B. mithilfe von Opfer-Konfrontation, Ärger-Exposition, kognitiven Methoden, Entspannung oder durch Imaginationsübungen).
- *Soziales Problemlöse- und Verhaltensfertigkeitentraining* (Modul 4) durch die Verbesserung der Wahrnehmung und Interpretation sozialer Situationen, der Entwicklung und Bewertung von Lösungsalternativen, des Kompetenzvertrauens, der Erfolgserwartung (Problemlösetraining) sowie des verbalen und non-verbalen Verhaltens (Verhaltenstraining) (z. B. mithilfe eines sokratischen Dialoges, Modelldarbietung, Rollenspiel oder durch Feedback).
- *Modifikation sozialer Interaktionen* mit Eltern, Lehrerinnen/Lehrern, Gleichaltrigen (Interventionsbereich) durch Veränderung problemauslösender Situationen und nachfolgender Konsequenzen (z. B. mithilfe von Elternt raining, Interventionen in Schule, Integration in prosoziale Gleichaltrigengruppen). Dieser Interventionsbereich wird in den Therapie-Modulen 2 bis 4 umgesetzt und ist nicht als eigenständiges Modul geplant, weil durch die Modifikation sozialer Interaktionen der Transfer von Veränderungen auf der kognitiven, der emotionalen und der Verhaltensebene, die durch die Module 2 bis 4 eigeleitet wurden, unterstützt wird.

Im Folgenden werden die einzelnen aggressionsauslösenden und -aufrechterhaltenden Prozesse genauer beschrieben:

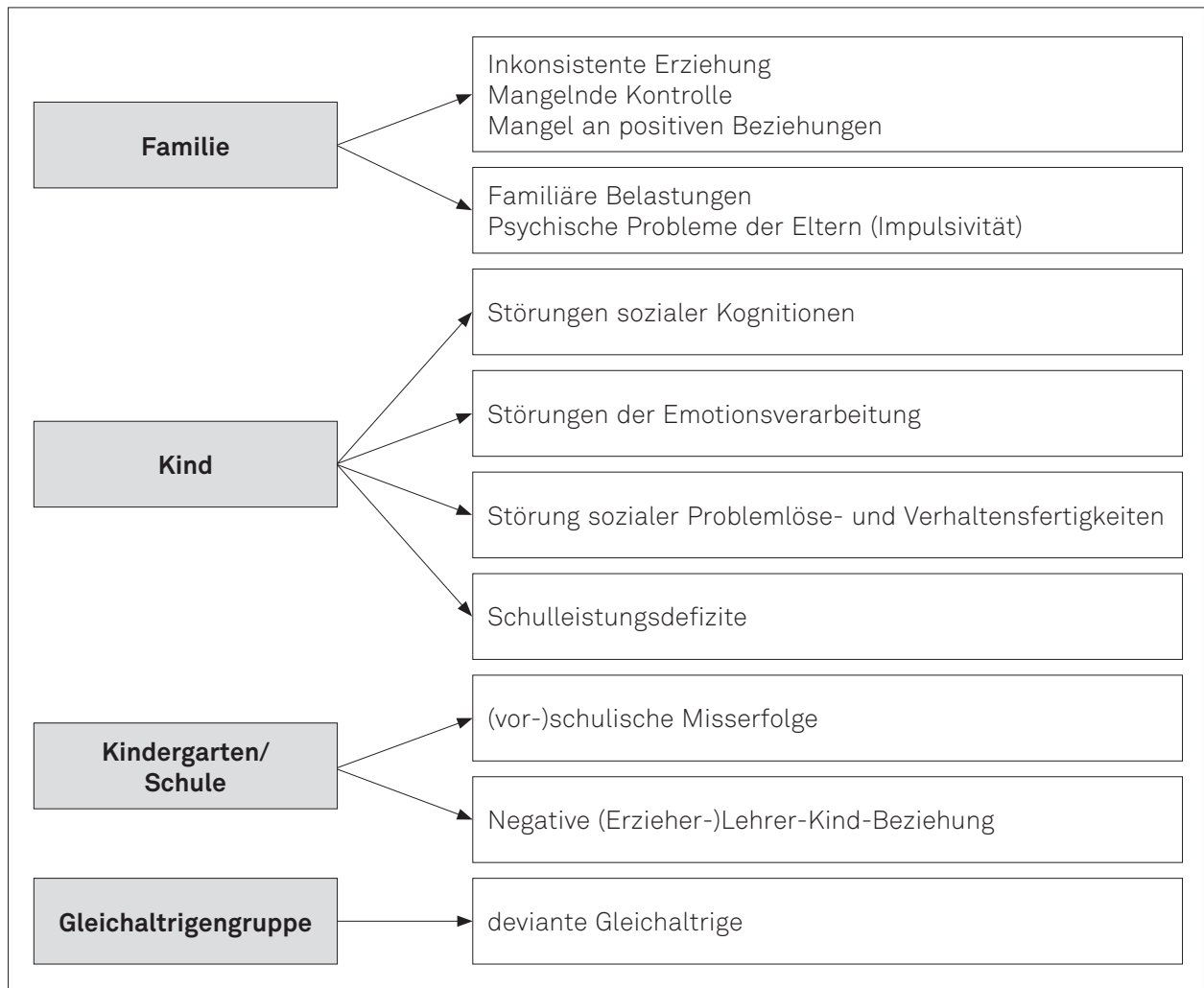
**Tabelle 2:** Biopsychosoziale Einflussfaktoren im Rahmen der Aggressionsentwicklung (modifiziert nach Petermann et al., 2016)

<b>Biologische Einflüsse</b>	<p><i>Biologische Merkmale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• männliches Geschlecht</li> <li>• neurologisch mitbedingte Erregbarkeit, Irritabilität und Reagibilität</li> <li>• niedrige Kortisolwerte</li> <li>• niedriges Aktivitätsniveau (z.B. niedrige Herzfrequenzrate)</li> <li>• reduzierte Serotoninaktivität</li> </ul> <p><i>Körperliche Faktoren, die die Entwicklung des Kindes beeinflussen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Belastungen in der Schwangerschaft (z.B. Infektionen, intrauterine Mangelernährung, Unfälle, Schockerlebnisse)</li> <li>• Einnahme von Alkohol, Drogen, Nikotin und Medikamente während der Schwangerschaft</li> <li>• Geburtkomplikationen</li> <li>• niedriges Geburtsgewicht</li> </ul>
<b>Psychische Einflüsse</b>	<p><i>Psychische Merkmale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• schwieriges Temperament des Kleinkindes</li> <li>• niedrige Intelligenz</li> <li>• unzureichende Impulskontrolle und Emotionsregulation</li> <li>• überzogene Selbsteinschätzung</li> <li>• verzerrte sozial-kognitive Informationsverarbeitung</li> <li>• unzureichendes Einfühlungsvermögen</li> <li>• begrenzte prosoziale Emotionalität</li> </ul>
<b>Soziale Einflüsse</b>	<p><i>(Psycho-)Soziale Merkmale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• unsichere Bindung (im Kleinkindalter)</li> <li>• erpresserisch-escalierende Bindung (im Vorschulalter)</li> <li>• mangelnde Aufsicht durch die Eltern</li> <li>• unzureichende Erziehungskompetenz der Eltern</li> <li>• negative Erziehungspraktiken (vor allem strafendes und misshandelndes Disziplinierungsverhalten)</li> <li>• unzureichende emotionale Unterstützung und Akzeptanz gegenüber dem Kind</li> <li>• erpresserische Eltern-Kind-Interaktion</li> <li>• Charakteristiken der Eltern (z.B. mangelnde gegenseitige soziale Unterstützung, Ehekonflikte, Depression der Mutter, kriminelles Verhalten, Alkoholismus)</li> <li>• familiäre Stressbelastetheit (z.B. alleinerziehendes Elternteil, beengte Wohnverhältnisse, geringes Familieneinkommen)</li> <li>• erfahrene körperliche Misshandlung (z.B. durch die Eltern)</li> <li>• soziale Ablehnung durch Gleichaltrige</li> <li>• negative Einflüsse Gleichaltriger</li> </ul>

### Störungen sozialer Kognitionen

Störungen sozialer Kognitionen können sich sowohl auf konkrete Kognitionen vor der aggressiven Handlung (Prä-Event-Processing; z. B.: „das hat x absichtlich gemacht“) als auch auf Kognitionen nach der aggressiven Handlung (Post-Event-Processing; z. B.: „das hat x verdient; das geschieht ihm Recht“) beziehen. Hierbei spielen auch generelle Überzeugungen, Einstellungen und Schemata eine Rolle (z. B.: „ich muss immer der Beste sein; man darf sich nichts gefallen lassen“). Diese so beschriebenen Störungen sozialer Kognitionen hängen eng zusammen mit Störungen der Problemlösefähigkeit (s. u.). Übergreifend können diese kognitiven Störungen als Störungen der sozial-kognitiven Informationsverarbeitung bezeichnet werden.

Abbildung 6 zeigt die Häufigkeit von Störungen sozialer Kognitionen/sozial-kognitiver Informationsverarbeitung bei Gleichaltrigenkonflikten nach Einschätzung von Eltern, erfasst im *Fragebogen zum aggressiven Verhalten von Kindern* (FAVK; Görtz-Dorten & Döpfner, 2010a). Danach schieben Kinder bei Streitigkeiten häufig die Schuld und eigene Fehler auf andere und mehr als 10 % fühlen sich außerdem schnell provoziert oder ungerecht behandelt. Diese Phänomene können als Störung der sozialen Wahrnehmung interpretiert werden. Kinder mit aggressiv-dissozialem Verhalten zeigen sowohl nach dem Urteil der Eltern als auch im Selbsturteil deutlich stärkere Störungen sozial-kognitiver Informationsverarbeitung bei Gleichaltrigenkonflikten als Kinder einer repräsentativen Stichprobe (Görtz-Dorten & Döpfner, 2010a).



**Abbildung 4:** Problembereiche bei aggressiv auffälligen Kindern

Nach Dodge und Schwartz (1997) fokussieren aggressiv auffällige Kinder bevorzugt auf provozierende Reize und sie unterstellen Interaktionspartnern *Feindseligkeit*. Für aggressive Kinder sind *Dominanz* und *Kontrolle* wichtiger als prosoziale Ziele. Sie glauben, dass Aggression zu Anerkennung, einem höheren Selbstwertgefühl sowie positiven Gefühlen führt und die unangenehmen Konsequenzen in Konflikten reduziert.

#### Störungen der Emotionsverarbeitung

Die *Emotionsverarbeitung* ist mit der sozial-kognitiven Informationsverarbeitung eng verbunden. Sie beinhaltet sowohl die Fähigkeit zur Erkennung eigener Emotionen und ihrer Regulation als auch zur Rollenübernahme, d.h. das Erkennen der Gedanken, Motive und Emotionen des Interaktionspartners sowie die Entwicklung von Empathie. Schließlich umfasst Emotionsverarbeitung auch die Fähigkeit zur prosozialen Emotionalität inklusive prosozialer Einstellungen.

Störungen der Emotionsverarbeitung können sowohl Ursache für impulsiv-aggressive Verhaltenstendenzen als auch von reduzierten prosozialen Beziehungs- und emotionalen Reaktionsmustern sein. Letztere erhöhen die Wahrscheinlichkeit für den Einsatz instrumenteller Aggression zum Erreichen von Zielen. Manche Kinder entwickeln in solchen Fällen aggressives Verhalten, weil sie nicht in der Lage sind, sich in die Gedanken und Gefühle eines anderen zu versetzen und aus diesem Grund nicht vermuten, dass das Opfer unter seinem Verhalten leidet. Studien legen nahe, dass aggressiv auffällige Kinder große Probleme besitzen, sich in die Lage ihrer Opfer einzufühlen und die Konsequenzen ihres Handelns abzuschätzen (Dodge & Schwartz, 1997). Die Tatsache, dass aggressiv auffällige Kinder schlecht Emotionen von anderen erkennen und benennen können, kann durch eine unzureichende Empathie erklärt werden (Garner & Waajid, 2008). Teilt man Einfühlungsvermögen in eine kognitive und affektive Komponente, so zeigt die Studie von Schwenck et al. (2012), dass bei aggressiven Kin-