

Hobrucker, Bernhard

Die Technik der Nachbefragung in der stationären Behandlung aggressiver Verhaltensstörungen im Kindesalter

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 39 (1990) 2, S. 38-44

urn:nbn:de:bsz-psydok-33885

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Erziehungsberatung

- GERLICHER, K./SCHNEIDER, H./RUDERT, R.: Wartezeiten an bayerischen Erziehungs-, Jugend- und Familienberatungsstellen – Ergebnisse einer Erhebung 1988 (Waiting Times in Bavarian Youth- and Family-Counseling Centers. Results of a Study Completed in 1988) 55

Familientherapie

- HEEKERENS, H.P.: Familiendiagnostik und Evaluationsforschung (Family Diagnostik and Evaluation Research) 2

Forschungsergebnisse

- GOLDBECK, L./GÖBEL, D.: Stationäre Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Analysen an einer Inanspruchnahmepopulation (Stationary Therapy in Child and Adolescent Psychiatry – Analysis of an Inpatients Population) 87
- GREISER, W./BRÖTZ, A.: Über den Zusammenhang von sozialer Unterstützung mit Spannungszuständen und Alkoholkonsum bei Jugendlichen (The Context of Social Support, Stress and Alcohol Consumption by Students) 306
- HOBRÜCKER, B.: Die Technik der Nachbefragung in der stationären Behandlung aggressiver Verhaltensstörungen im Kindesalter (Interviewing as a Therapeutic Technique following Children's Aggressive Acts during Inpatient Treatment) 38
- JANSEN, F./STREIT, U./STREIT, A.: Veränderung der Kreislaufaktivierung in Lern- und Leistungssituationen bei leistungsgestörten Kindern (Changes in Cardiovascular Activity during Learning in Children with Learning Problems) 244
- KLAUER, K.J.: Denktraining für Schulanfänger: Ein neuer Ansatz zur kognitiven Förderung (Training to Think for Preschoolers and First Grade Children: A new Approach to Fostering of Cognitive Development) 150
- KUSCH, M./PETERMANN, F./HARTMANN, H./ROHMANN, U.: Soziale Interaktion mit autistischen Kindern: Ansatz einer störungsspezifischen, therapieorientierten Diagnostik (Social Interaction with Autistic Children: Application of a Disorder-specific and Intervention-orientated Assessment) 114
- LEMP, R./PIETSCH-BREITFELD, B.: Die Intelligenzstruktur hypermotorischer Kinder: Vergleichende Untersuchung an 2229 HAWIK-Profilen (Intelligence Test Profiles of Hyperkinetic Children. Retrospective Evaluation of 2229 HAWIK Profiles) 80
- LÖSER, H./SCHMITT, G. M./GRÄVINGHOFF, K.: Sind Kinder mit Alkoholembryopathie trockene Alkoholiker? – Eine Untersuchung zum Risiko der Suchtentwicklung (Development of Addiction in Children with Fetal Alcohol Syndrome [Alcohol Embryopathy]) 157

- LOTZGESELLE, M.: Schuphobisches Verhalten – Entstehungsbedingungen und Verläufe (Schoolphobic Behaviour – Aetiological Circumstances and Courses) . . . 18
- STEINMÜLLER, A./STEINHAUSEN, H. C.: Der Verlauf der Enkopresis im Kindesalter (The Course of Encopresis in Childhood) 74

Identität

- DIEPOLD, B.: Ich-Identität bei Kindern und Jugendlichen (Ego-Identity during Childhood and Adolescence) . . 214
- LINDNER, W. V.: Begegnung mit Fremden (Encounter with the Alien) 210
- OCKEL, H.: Beziehungen zwischen individueller und kollektiver Identitätssuche (Relations Between Personal and Collective Search for Identity) 203
- REITER, L.: Identität aus systemtheoretischer Sicht (Identity from a System Theoretic Point of View) 222

Praxisberichte

- HUCK, W.: Wiederspiel und Abbild der nationalsozialistischen Vergangenheit in der Psychotherapie jugendlicher Patienten (Repetition of Specific Nazi Patterns in the Psychotherapy of Juvenile Patients) 180
- KILIAN, H.: Psychodiagnostik als Möglichkeit für systemische Intervention? Einige Gedanken zu Tests und systemischem Ansatz (Psychological Tests as a Possibility for Systemic Intervention? Some Considerations on Tests and the Systemic Approach) 300
- DE LORME, I.: Haben psychodynamische Überlegungen bei Hirnabbauprozessen noch ihre Berechtigung? (Are Psychodynamic Considerations Still Appropriate in Cases of Degenerative Brain Process?) 172
- LUDE, W./ADAM, G./ADAM, A.: Integratives pädagogisch-therapeutisches Vorgehen in der stationären gruppentherapeutischen Arbeit mit verhaltensauffälligen Jugendlichen (An Integrated Educational-therapeutic Approach in Inpatient Group Therapy with Behaviourally Disturbed Adolescents) 293
- MANGOLD, B.: Einflüsse der systemischen Familientherapie auf die Organisation und Arbeitsweise einer psychotherapeutischen Kinderabteilung (Influences of Systemic Family Therapy on the Organisation and Working of a Psychotherapeutic Unit) 94

Psychotherapie

- SCHLÖSSER, A. M.: Übergangsobjekt und Objektbeziehung (Transitional Object and Object Relation) 6

Übersichten

- BRANIK, E.: Depressive Syndrome in der Adoleszenz (Depressive Syndromes in Adolescence) 126
- FINGER, P.: Die Sterilisation geistig Behinderter nach § 1905 BGB in der Fassung eines Entwurfs des Betreu-

ungsgesetzes (BtG) (The Sterilization of the Mentally Handicapped According to Para. 1905 BGB [Civil Code] in the Version of the Betreuungsgesetz)	132	SCHMIDT, M. H.: Wichtige kinderpsychiatrische Forschungsfelder – Rückblick und Ausblick (Important Research Topics in Child Psychiatry – Review and Preview	330
FRANKE, U.: Theraplay – eine direkte kommunikative Spieltherapie („Theraplay“ – A Directive Communicative Play Therapy)	12	SCHÖNFELDER, T.: Diagnostische und therapeutische Sichtweisen im Wandel: Integrative Perspektiven (Changes in Diagnostic and Therapeutic Approaches: Integrative Perspectives)	364
HARTKAMP, N.: Einige Befunde der Säuglingsbeobachtung und der neueren Entwicklungspsychologie (Some new Findings in the Area of Infant Observation and Current Developmental Psychology)	120	SPECHT, F.: Die Zusammenarbeit der beteiligten psychosozialen Systeme bei der Versorgung psychisch gestörter Kinder und Jugendlicher (The Care of Mentally Disturbed Children and Juveniles: Cooperation Between the Relevant Psychosocial Systems)	347
REHM, H./PFITZNER, R.: Die Diagnose „Adoleszentenkrise“ im Spiegel der Rorschach-Diagnostik (The Diagnostic Category „Adolescent Crisis“ from the Point of View of Rorschach-Tests)	283	ZAUNER, J.: Diagnostische und therapeutische Sichtweisen im Wandel: Der Beitrag der Psychoanalyse (Changes in Diagnostic and Therapeutic Approaches: The Contribution of Psychoanalysis)	358
REMSCHMIDT, H./SCHMIDT, M. H./STRUNK, P.: Gewalt in Familien und ihre Verhinderung. Zugleich ein Plädoyer für die Abschaffung des elterlichen Züchtigungsrechtes (Violence in Families and the Prevention. Also a Pleading for Abolition of Parental Right to inflict Punishment)	162		
SCHAUENBURG, H.: Zur familiären Bewältigung des Gilles de la Tourette-Syndroms (Coping with Tourette-Syndrome in the Family)	167	Tagungsberichte	
SEIDLER, G. H.: Rumpelstilzchen auf der Couch – ein Ensemble von Scham-, Identitäts- und Vaterthematik (Rumpelstiltsken on the Couch. An Encounter of the Subjects Shame, Identity and Father)	261	Bericht über die Jahrestagung der Vereinigung analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (VAKJP) vom 27.–29. Oktober 1989 in Stuttgart: Körpererleben in der analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie	61
STEINHAUSEN, H. C.: Diagnose und Klassifikation im Spannungsfeld von Beschreibung und Interpretation (Diagnosis and Classification: Suspended Between Description and Interpretation)	255	Bericht über das 3. Forschungssymposium zum Thema „Developmental Psychopathology“ der WHO European Child Psychiatrists Research Group in Marburg vom 1. bis 4. 10. 1989	62
SUESS, G. J.: Arbeit mit Scheidungsfamilien – Überlegungen aus der Sicht der Bindungstheorie und kontextuellen Therapie (Working with Divorcing Families – Considerations from the Perspective of Attachment Theory and Contextual Therapy)	278	Bericht über die letzte Tagung der Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie der DDR in Leipzig vom 7.–9. 2. 1990	229
ULLRICH, G.: Psychosoziale Versorgung in der Medizin: Eine Frage des „management bias“? (Psychosocial Care in Medical Settings: a Question of „Management Bias“?)	249	Bericht über die Fachtagung „Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ vom 2.–3. März 1990 in Heidelberg anlässlich des 65. Geburtstages von Prof. Müller-Küppers	230
VOLL, R.: Neurotische Delinquenz im Jugendalter (Neurotic Delinquency in Adolescence)	52	Gründung einer Gesellschaft für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters der DDR	231
WALTHER, J. U.: Genetik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Genetics in Child Psychiatry)	45	Bericht über die Tagung anlässlich des 40jährigen Bestehens der Erziehungsberatungsstelle des Vereins für Erziehungshilfe e.V., Marburg	232
		2. Europäisches Symposion: Frühe Hilfen für behinderte Kinder in der Europäischen Gemeinschaft	310

Wissenschaftliche Grundlagen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung

LEMP, R.: Die historische Perspektive kinderpsychiatrischer Forschung im Spannungsfeld zwischen Natur- und Geisteswissenschaft (The Historical Perspective in Childpsychiatry Between Sciences and Humanities) . .	325
MARTINIUS, J.: Diagnostische und therapeutische Sichtweisen im Wandel: Biologisch-psychiatrische Aspekte (Changes in Diagnostic and Therapeutic Approaches: The Contribution of Biological Psychiatry)	353
REMSCHMIDT, H.: Grundsätze zur Versorgung psychisch gestörter Kinder und Jugendlicher (Principles of the Care of Psychologically Disturbed Children and Juveniles)	338
ROTHHAUS, W.: Diagnostische und therapeutische Sichtweisen im Wandel: Die systemische Perspektive (Changes in Diagnostic and Therapeutic Approaches: The Systemic Perspective)	361

Buchbesprechungen

ANGERMEYER, M. C./KLUSMANN, D. (Hrsg.): Soziales Netzwerk – Ein neues Konzept für die Psychiatrie . .	313
ANSELMANN-SEYDLER, S.: Die Rolle des Lehrers im Krankenhaus	104
BAUMGARTEN-WEYMAR, S./TEWES, U./WOLFF, G.: Vom Recht am Kind. Leitfaden für familienrechtliche Auseinandersetzungen	379
BETTELHEIM, B.: Der Weg aus dem Labyrinth	100
BOEHNKE, K./MACPHERSON, M. J./SCHMIDT, F. (Hrsg.): Leben unter atomarer Bedrohung. Ergebnisse internationaler psychologischer Forschung	371
BOSCOLO, L./CECCHIN, G./HOFFMANN, L./PENN, P.: Familientherapie – Systemtherapie. Das Mailänder Modell: Theorie, Praxis und Konversation	28
CAPLAN, G.: Bevölkerungsorientierte Familienpsychiatrie .	314
CECI, S. J./ROSS, D. F./TOGILA, M. P. (Eds.): Perspectives on Children's Testimony	238
DOLD, P.: Szeno-Familientherapie	101

EGGERS, C./LEMP, R./NISSEN, G./STRUNK, P.: Kinder- und Jugendpsychiatrie	378	LUKESCH, H./NÖLDER, W./PEEZ, H. (Hrsg.): Beratungsaufgaben in der Schule	105
EICKHOFF, F. W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse Bd. 24 u. 25	312	MAAR, M./BALLHAUS, V.: Papa wohnt jetzt in der Heinrichstraße	65
ELL, E.: Psychologische Kriterien bei der Sorgerechtsregelung und die Diagnostik der emotionalen Beziehungen	315	MEYER, J.: Philipp Henry Lord Stanhope. Der Gegenspieler Kaspar Hausers	64
ELL, E.: Psychologische Kriterien bei der Regelung des persönlichen Umgangs	315	MIETZEL, G.: Wege der Entwicklungspsychologie – Kindheit und Jugend	139
ENZMANN, D./KLEIBER, D.: Helfer-Leiden. Streß und Bournout in psychosozialen Berufen	313	NEUHÄUSER, G./STEINHAUSEN, H. C. (Hrsg.): Geistige Behinderung	380
FEDOR-FREYBERGH, P. G. (Hrsg.): Pränatale und perinatale Psychologie und Medizin. Begegnung mit dem Ungeborenen	64	NIEDERBERGER, J. M./BÜHLER-NIEDERBERGER, O.: Formenvielfalt in der Fremderziehung	193
FEIEREIS, H.: Diagnostik und Therapie der Magersucht und Bulimie	102	NIES-DIERMANN, H./PAUSEWANG, I.: Die subjektive Wertung der leiblichen Herkunft und ihre Bedeutung für die Eltern-Kind-Interaktion. Dargestellt am Beispiel der Adoptionsfamilie	377
FREEDMAN, A. M./KAPLAN, H. I./SADOCK, B. J./PETERS, U. H. (Hrsg.): Psychiatrische Probleme der Gegenwart	382	NISSEN, G. (Hrsg.): Somatogene Psychosyndrome und ihre Therapie im Kindes- und Jugendalter	381
FRIESE, H. J./TROT, G. E. (Hrsg.): Depression in Kindheit und Jugend	194	NITZSCHKE, B. (Hrsg.): Freud und die akademische Psychologie	140
GARZ, D.: Sozialpsychologische Entwicklungstheorien. Von Mead, Piaget und Kohlberg bis zur Gegenwart	271	OLSON, B./RETT, A.: Linkshändigkeit	142
GRISSEMAN, H.: Lernbehinderung heute. Psychologisch-anthropologische Grundlagen einer innovativen Lernbehinderten-Pädagogik	66	PAPP, P.: Die Veränderung des Familiensystems	29
HÄRLE, G.: Männerweiblichkeit. Zur Homosexualität bei Klaus und Thomas Mann	63	PETERMANN, F./PETERMANN, U.: Training mit aggressiven Kindern, 4. Aufl.	142
HEEKERENS, H. P.: Familientherapie und Erziehungsberatung	270	PETERMANN, U./PETERMANN, F.: Probleme im Jugendalter – Psychologische Hilfen	316
HEIGL-EVERS, A./WEIDENHAMMER, B.: Der Körper als Bedeutungslandschaft. Die unbewußte Organisation der weiblichen Geschlechtsidentität	236	PETERMANN, F./BODE, U./SCHLACK, G. (Hrsg.): Chronisch kranke Kinder und Jugendliche: Eine interdisziplinäre Aufgabe	382
HENZE, K. H.: Chronische Krankheit in der Adoleszenz	237	PÖLDINGER, W. (Hrsg.): Angst und Angstbewältigung	64
HIRSCH, M. (Hrsg.): Der eigene Körper als Objekt. Zur Psychodynamik selbstdestruktiven Körperagierens	375	RAUSCHENBACH, B./WEHLAND, G.: Zeitraum Kindheit – Zum Erfahrungsraum von Kindern in unterschiedlichen Wohngebieten	375
HÖRMANN, G./NESTMANN, F. (Hrsg.): Handbuch der psychosozialen Intervention	30	RETZLAFF, I. (Hrsg.): Gewalt gegen Kinder – Mißhandlung und sexueller Mißbrauch Minderjähriger	105
INSTITUT FÜR ANALYTISCHE PSYCHOTHERAPIE ZÜRICH-KREUZLINGEN (Hrsg.): Psychoanalyse im Rahmen der demokratischen Psychiatrie, Bd. III/IV	195	ROUTH, D. K. (Ed.): Handbook of Pediatric Psychology	31
ISKENIUS-EMMLER, H.: Psychologische Aspekte von Tod und Trauer bei Kindern und Jugendlichen	370	SACHSE, R./HOWE, J. (Hrsg.): Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie	102
JUNGE, H.: Heimerziehung im Jugendhilfeverbund. Konzepte und Konsequenzen	272	SALZGEBER, J.: Familienpsychologische Begutachtung	315
KAISER, P.: Familienerinnerungen – Zur Psychologie der Mehrgenerationenfamilie	100	SCHLEIFFER, R.: Elternverluste – Eine explorative Datenanalyse zur Klinik und Familiendynamik	103
KARCH, D./MICHAELIS, R./RENNE-ALLHOFF, B./SCHLACK, H. G.: Normale und gestörte Entwicklung. Kritische Aspekte zu Diagnostik und Therapie	374	SCHNEIDER, W.: Zur Entwicklung des Meta-Gedächtnisses bei Kindern	28
KAST, V.: Wege zur Autonomie	235	SEEHAUSEN, H.: Familien zwischen modernisierter Berufswelt und Kindergarten	272
KELLER, H. (Hrsg.): Handbuch der Kleinkindforschung	314	SOLNIT, A. J. et al. (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child. Vol. 44	107
KERSTING, H. J./KRAPOHL, L./LEUSCHNER, G.: Diagnose und Intervention in Supervisionsprozessen	31	SPECK, O./THURMAIR, H. (Hrsg.): Fortschritte der Frühförderung entwicklungsgefährdeter Kinder	192
KOELLA, W. P.: Die Physiologie des Schlafes. Eine Einführung	33	STAATSLINSTITUT FÜR FRÜHPÄDAGOGIK UND FAMILIENFORSCHUNG (Hrsg.): Handbuch der integrativen Erziehung behinderter und nicht behinderter Kinder	380
KÖNIG, C. (Hrsg.): Gestörte Sexualentwicklung bei Kindern und Jugendlichen. Begutachtung, Straffälligkeit, Therapie	373	STEPHAN, U. (Hrsg.): Langzeittherapie im Kindes- und Jugendalter	33
KOHNSTAMM, R.: Praktische Kinderpsychologie. Die ersten 7 Jahre	379	THIMM, W. et al. (Hrsg.): Ethische Aspekte der Hilfen für Behinderte	237
KÜHLER, T.: Zur Psychologie des männlichen Kinderwunsches. Ein kritischer Literaturbericht	106	THOMÄ, H./KÄCHELE, H. (Hrsg.): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd. 2: Praxis	30
LEBER, A./TRESCHER, H. G./WEISS-ZIMMER, E.: Krisen im Kindergarten. Psychoanalytische Beratung in pädagogischen Institutionen	32	TÖLLE, R.: Psychiatrie, 8. Aufl.	66
		VERBAND KATHOLISCHER EINRICHTUNGEN DER HEIM- UND HEILPÄDAGOGIK (Hrsg.): Verbundsysteme in der Jugendhilfe	272
		VOSS, R. (Hrsg.): Das Recht des Kindes auf Eigensinn	376
		WALTER, J. (Hrsg.): Sexueller Mißbrauch im Kindesalter	194

WEIDEMANN, D.: Leben und Werk von Therese Benedek (1982–1977) – Weibliche Sexualität und Psychologie des Weiblichen	235	ZIELKE, M./STURM, J./MARK, N. (Hrsg.): Die Entzaube- rung des Zauberbergs. Therapeutische Strategien und soziale Wirklichkeit	104
WEISS, H.: Familie und Frühförderung	192	ZUSCHLAG, B./THIELKE, W.: Konfliktsituationen im Alltag	32
WEISS, L./KATZMANN, M./WOLCHIK, S.: Bulimie – Ein Be- handlungsplan	372	Editorial: 202, 324	
ZANK, S.: Zur Entwicklung des Lösungsmittelschnüffels bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen	370	Autoren der Hefte 25, 63, 98, 139, 190, 233, 266, 311, 367	
ZEPF, S./HARTMANN, S.: Psychoanalytische Praxis und Theoriebildung: Verstehen und Begreifen – Eine er- kenntnistheoretische Untersuchung	141	Diskussion/Leserbriefe: 233, 267	
		Zeitschriftenübersicht: 26, 98, 191, 268, 368	
		Tagungskalender: 34, 67, 108, 143, 196, 239, 274, 318, 384	
		Mitteilungen: 35, 68, 109, 144, 196, 240, 275, 318, 384	

Aus der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie im Klinikum der Christian-Albrechts-Universität Kiel
(Direktor: Prof. Dr. med. G. Schütze)

Die Technik der Nachbefragung in der stationären Behandlung aggressiver Verhaltensstörungen im Kindesalter

Von Bernard Hobrucker

Zusammenfassung

Sechzehn stationäre Patienten (Alter 7; 7 bis 13; 3 Jahre) wurden in insgesamt 336 Interviews zu aggressiven Handlungen nachbefragt. Die Begründung der Aggressionen erfolgt zu einem hohen Prozentsatz im Sinne der Eskalation nach vorheriger Provokation oder der Reaktion auf eine erzieherische Maßnahme; andere Begründungen sind dagegen erheblich seltener. Die Analyse der Veränderungen zeigt, daß im Therapieverlauf eine Abnahme der „Eskalations-Aggressionen“ zu verzeichnen ist, darüber hinaus eine Zunahme an aggressionsfreien Lösungsvorschlägen, während weniger konstruktive Antworten seltener werden. Bei einem Vergleich der günstigen mit den weniger günstigen Therapieverläufen läßt sich erkennen, daß Patienten mit günstigen Therapieverläufen zu Anfang der Therapie den Interventionen der Erzieher eher ablehnend gegenüberstehen als Patienten mit ungünstigen Therapieverläufen, während sich dieses Verhältnis zum Therapieende hin umkehrt.

1 Einleitung und Fragestellung

Die vorliegende Studie befaßt sich mit einem Behandlungselement, welches den „Problemlöseansätzen“ (MAHONEY, 1977) zuzurechnen ist. Bei diesen Ansätzen wird der Versuch gemacht, gestörtes Verhalten auf einen Mangel an Fertigkeiten zur Lösung persönlicher und interpersoneller Probleme zurückzuführen und zur Behebung der Störung dann einzelne Stadien eines Problemlöseprozesses einzuüben. Dieses Vorgehen, erstmals von D'ZURILLA und GOLDFRIED 1971 systematisch beschrieben, wurde von SPIVACK und SHURE auf den therapeutischen Umgang mit der kindlichen Aggression angewendet.

Unser Vorgehen, aggressive Eskalationen in der stationären Behandlung mittels standardisierter Einzelinterviews nachzubefragen, war konzipiert als ein Versuch, gemeinsam mit dem Kind die aggressive Handlung als Teil eines Problemlöseprozesses zu analysieren (HOBKRÜCKER, ELLER und KÜHL, 1984) und auf diese Weise re-

trospektiv ein Verständnis für die sequentielle Verknüpfung der einzelnen Handlungsschritte zu wecken. Gleichzeitig wurde ein besonderer Wert darauf gelegt, daß die Kinder zu ihren Aggressionen aggressionsfreie Handlungsalternativen entwickelten, über deren präventive Funktion im Hinblick auf die Genese aggressiver Verhaltensstörungen SHURE und SPIVACK (1981) berichteten. Diesen Befunden folgten aber bald Gegenbefunde, die insbesondere mit der Problematik des „Performanzdefizits“ (EISERT, 1984) beim Einüben von nicht-aggressiven Alternativen einen wichtigen Einwand gegen die therapeutische Effektivität dieser Ansätze lieferten.

Im folgenden sollen die Nachbefragungen aggressiver Handlungen, die wir seit 1982 mit allen kindlichen Patienten durchführten, an einer Stichprobe von 16 eindeutig als aggressiv verhaltensgestört erkannten Patienten in ihren wesentlichen Ergebnissen bezüglich Rechtfertigung der Aggression, Beurteilung und erzieherischer Interventionen sowie Entwicklung aggressionsfreier Alternativen analysiert werden. Dabei sollen Patienten mit therapieinternen Symptombesserungen verglichen werden mit der Gruppe der „Nicht-Verbesserer“. Im einzelnen lauten unsere Fragestellungen wie folgt:

- Welche Häufigkeiten und Häufigkeitsveränderungen finden sich in den Kausalitätszuweisungen für aggressive Handlungen?
- Welche Häufigkeiten zeigt die Entwicklung von nicht-aggressiven Alternativen bei den Befragungen im Therapieverlauf? Aufgrund der unten geschilderten Vorgehensweise ist eine therapiebedingte Zunahme an nicht-aggressiven Alternativen im Vergleich zur Aggression ohne Alternative zu erwarten.
- Welche Unterschiede finden sich beim Vergleich guter und ungünstiger Therapieverläufe im Hinblick auf die Beurteilung erzieherischer Interventionen, auf Kausalitätszuweisungen und Alternativen-Entwicklung?

Eine Reihe weiterer Fragestellungen, die sich aus den Antworten zur Nachbefragung ergeben, sollen zu einem späteren Zeitpunkt an einer vergrößerten Stichprobe unter Zuhilfenahme zusätzlicher Beurteiler näher untersucht werden.

2 Methodischer Teil

2.1 Die Nachbefragung als Behandlungselement

Auf eine ausführlichere Darstellung unseres stationären Behandlungskonzeptes für die aggressive Verhaltensstörung sei an dieser Stelle zugunsten der Ergebnisdarstellung verzichtet. Der Therapieansatz, realisiert in einer kleineren Behandlungseinheit mit maximal sieben Patienten (davon maximal drei im engeren Sinne aggressive Kinder), enthält neben Elementen der Beziehungsförderung gruppentherapeutische Verfahren, die eher kognitiv orientiert sind und auf die Verbesserung der Interaktionsfähigkeit in Kontaktgestaltungs- und Konfliktsituation abzielen. Des weiteren dient die einzeltherapeutische Arbeit der Rückmeldung und Problematisierung des kindlichen Verhaltens, dem Einüben empathischer Reaktionen sowie einer Vertiefung der in den Nachbefragungen ermittelten Zielsetzungen und Ursachen des aggressiven Verhaltens. Die hier zur weiteren Analyse vorgesehenen Fragen aus dem Nachbefragungsgespräch lauten wie folgt:

- Was passierte vorher, wie kam es dazu (zur Aggression)?
- Was tat daraufhin ... (anwesende Erzieher/in)? Wie findest du das, was sie/er tat?
- Wie hätte es besser laufen können, was hätten ihr anders machen sollen? Du selbst: ... Was wäre passiert, wenn du es so gemacht hättest?

In entsprechender Weise wird nach Alternativen für das Verhalten des Gegners/Opfers sowie des intervenierenden Erziehers gefragt. Das aus insgesamt zehn Einzelfragen bestehende Interview wurde als das standardisierte Element eines umfassenderen Dialogs über die Konfliktsituation eingesetzt, die Protokollierung erfolgte während des Gesprächs auf einem Vordruck.

2.2 Untersuchungsstichprobe

Es handelt sich um eine anfallende Stichprobe von 16 Patienten (15 Jungen, 1 Mädchen), die von Mitte 1982 bis Mitte 1988 stationär wegen aggressiver Verhaltensstörungen vollständig behandelt wurden. Ausschluß eines gravierenden konkurrierenden Krankheitsbildes, d.h. Vorherrschen der aggressiven Verhaltensstörung sowie eine abgeschlossene Behandlung im Sinne eines vollständigen Ausschöpfens der therapeutischen Möglichkeiten waren die Kriterien zur Aufnahme in die Stichprobe. Bei den so verbliebenen 16 Kindern mit einem Durchschnittsalter von 125,7 Monaten (Range 91 – 159 Monate) findet sich eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 197,6 Tagen mit erheblicher Streuung (Range 102–316).

2.3 Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte nach der „Methode der kritischen Vorfälle“ derart, daß im Falle einer aggressiven

Auseinandersetzung die anwesende Erzieherin/der anwesende Erzieher auf einem „Erzieherbogen zur Erfassung aggressiven/destruktiven Verhaltens“ die Situation nachträglich protokollierte, wobei zunächst das aggressive Verhalten des Kindes exakt beschrieben werden sollte, anschließend Ursachen hierfür, sofern sie ersichtlich waren, schließlich die Frage beantwortet werden sollte, ob und wie die Erzieherin intervenierte. Kriterien für eine Registrierung sollten vor allem die geschätzte Heftigkeit der intendierten Aggression, aber auch die mit der Aggression erzielten Konsequenzen sein. Da eine solche Protokollierung, die beinahe regelmäßig zu einer abendlichen Nachbefragung des Kindes führte, immer eine gewisse Zeit in Anspruch nahm, war die Beschränkung der Protokollierung auf „einer Nachbefragung würdige“, somit heftige Aggressionen, gewährleistet. Es handelt sich daher bei den registrierten aggressiven Handlungen um eine Auswahl der intensivsten Aggressionen im Stationsalltag der letzten fünf Jahre, sieht man einmal ab von den durch die Therapieabbrüche verursachten Eskalationen. Die von den Erzieherinnen protokollierten Aggressionen wurden anhand eines einfachen Ratingverfahrens von YUDOFSKI ET AL. (1986) eingeschätzt und den drei größeren Bereichen „Verbale Aggression“, „Physische Aggression gegen Personen“ sowie „Physische Aggression gegen Objekte“ zugeordnet. Über die hier vorgefundenen Häufigkeitsverteilungen in den einzelnen Therapieabschnitten wird an anderer Stelle ausführlicher berichtet.

2.4 Auswertung

2.4.1 Kategorisierung der angegebenen Kausalitätszuweisungen

Die von den Patienten angegebenen Antezedenten der aggressiven Handlungen wurden auf eine Weise kategorisiert, daß das Kriteriumsverhalten Aggression durch die Kategorisierung in einen situativen Kontext gestellt wurde. Schilderte ein Kind beispielsweise eine Provokation durch ein anderes Kind, die eine schwächere Aggression als die eigene Aggression darstellte, so wurde die Antwort kategorisiert als „Eskalationsaggression“. Diese Form der Kategorisierung macht in der Ergebnisdarstellung den Zweck der Untersuchung, nämlich die Ermittlung von Veränderungen in der Aggressivität unter verschiedenen situativen Bedingungen, deutlicher, ohne daß die Zuordnung zu den Kategorien dadurch schwieriger würde. Im einzelnen wurden sieben Kategorien wie folgt definiert:

- a) *Eskalations-Aggression*: Die Handlung erfolgt als Reaktion auf eine schwächere Aggression (z.B. verbale Provokation) eines anderen Kindes.
- b) *Gegenwehr/Wettbewerb*: Die Darstellung des Kindes läßt auf eine entsprechend intensive Aggression eines anderen Kindes als Antezedenz schließen.
- c) *Erzwingungs-Aggression*: Die Handlung erfolgt als Reaktion des Kindes auf ein Nicht-Befolgen einer Aufforderung durch ein anderes Kind. Die Äußerung beginnt oft mit: „Ich wollte ...“.

- d) *Spontane Aggression*: Die Handlung wird als ohne äußeren Anlaß „aus Spaß“, „nur so“, „schlechte Laune“ hingestellt.
- e) *Abreaktion oder Aggressionsverschiebung*: Die Handlung erfolgte nach Frustration durch dritte Personen oder andere Ereignisse, die zum Opfer bzw. Objekt der Aggression lediglich einen Situationszusammenhang aufweisen.
- f) *Protest-Aggression*: Die Handlung erfolgt als Reaktion auf eine erzieherische Maßnahme.
- g) *Sonstiges*: Keine Angaben, „Mißverständnis“, „Versehen“.

2.4.2 Kategorisierung der Alternativen

Die vom Patienten in der Nachbefragung geforderten Alternativen zu der aggressiven Handlung lassen sich zunächst drei Oberkategorien derart zuordnen, daß unterschieden werden kann zwischen Alternativen, die einen bloßen Verzicht auf die Aggression beinhalten („Angebot von Selbstkontrolle“), Alternativen, die ein frühzeitiges Erkennen und Vermeiden des Konfliktes bereits bei seiner Entstehung oder aber eine aggressionsfreie Lösung des bereits entstandenen Konfliktes beinhalten („Aggressionsfreie Alternative“) sowie Antworten, die die Notwendigkeit der Aggression betonen, keine Möglichkeit der aggressionsfreien Alternative postulieren oder schlichtweg Ratlosigkeit bekunden („Fehlende Alternativen“), dies auch trotz längeren Nachfragens. Die operationalen Definitionen lauten wie folgt:

- a) *Aggressionsfreie Alternative*:
 - aa) *Aktive Konfliktvermeidung*: Das Kind sieht Korrektur- und Einflußmöglichkeiten bereits im auslösenden Ereignis für die aggressive Situation und benennt diese.
 - ab) *Nicht-aggressive Konfliktlösung*: Das Kind entwickelt Vorstellungen von einer (meist verbalen) Interaktion, die den Konflikt entschärft.
- b) *Angebot von Selbstkontrolle*:
 - ba) *Handlungsverzicht*: Das Kind schlägt als Alternative eine Unterbrechung der aggressiven Handlung vor oder äußert in verschiedener Form Verzicht auf die Aggression.
 - bb) *Wenig konkrete Alternative*: Das Kind bringt zum Ausdruck, daß die Aggression durch eine nicht-aggressive Reaktion hätte ersetzt werden sollen, ohne diese Alternative aber konkretisieren zu können (Beispiel: „Ich hätte mit ... reden sollen“).
- c) *Fehlende Alternativen*:
 - ca) *Aggressive Alternative*: Das Kind ist der Meinung, es hätte in anderer Form bzw. stärker oder schwächer aggressiv sein sollen.
 - cb) *Alternativlosigkeit*: Das Kind beharrt darauf, es habe sich nicht anders verhalten können.
 - cc) *Keine Idee*: Das Kind hat trotz längeren Überlegens keine Idee zur alternativen Lösung.

2.4.3 Kategorisierung der Bewertung erzieherischer Interventionen

Hier wurde mit vier Kategorien eine Grobauswertung wie folgt vorgenommen:

- a) *Akzeptierende Bewertung*: Die Antwort des Kindes läßt erkennen, daß es mit der erzieherischen Intervention in die aggressive Handlung einverstanden ist.
- b) *Ablehnende Bewertung*: Hierher gehört jede emotional oder kognitiv negative Form von Bewertung, die erkennen läßt,

daß das Erziehverhalten kritisiert bzw. ein anderes Verhalten als nötig hingestellt wird.

- c) *Bewertung nicht eindeutig feststellbar*
- d) *Keine Antwort*

2.4.4 Veränderungsmessung und statistische Gruppierung der Patienten

Die Überprüfung der Daten auf therapieimmanente Veränderungen erfolgte analog zu einer Analyse des Symptomverlaufs mittels der Erzieherprotokolle: Die Therapiedauer jedes Kindes wurde in zeitgleiche Fünftel aufgeteilt. Hiervon wurden die ersten zwei Fünftel den letzten zwei Fünfteln gegenübergestellt, während die Daten aus dem mittleren Fünftel für die Darstellung der Veränderung entfielen. Entsprechend dem Niveau der vorliegenden Daten erfolgt die Berechnung der Veränderungen parameterfrei.

3 Ergebnisse

Im Laufe der sechzehn Therapien wurden insgesamt 356 aggressive Handlungen protokolliert, davon wurden 336 nachbefragt. In der Vorkommenshäufigkeit findet sich eine starke stichprobeninterne Variation ($s = 17,04$ bei $\bar{x} = 22,25$), die erkennen läßt, daß die an sich symptomatologisch homogene Patientengruppe in der Merkmalsausprägung doch sehr uneinheitlich ist. Untersucht man anhand eines einfachen Ratingverfahrens von YUDOFSKI ET AL. (1986) Art und Schwere der registrierten Aggressionen, so lassen sich 274 körperliche Aggressionen, von denen 51 leichte bis mäßige Körperverletzungen (Hämatome, Schürf- und Kratzwunden, Striemen) und drei schwere Körperverletzungen waren, unterscheiden von 56 destruktiven Handlungen. In 26 Fällen wurden massive verbale Aggressionen bzw. aggressive Drohgebärden oder mißlungene Aggressionen registriert.

Zur Fragestellung 1 gibt Tabelle 1 einen Überblick über die in den Nachbefragungen angegebenen Kausalitäten für die aggressiven Handlungen, und zwar sowohl in den Gesamthäufigkeiten als auch hinsichtlich der Veränderungen im Vergleich der Therapiephasen.

Bei den Kategorienhäufigkeiten in Tabelle 1 zeigen sich mit den Eskalations-Aggressionen sowie den Protest-Aggressionen zwei Schwerpunkte, die darauf hindeuten, daß die Kinder in insgesamt gut 50% der Fälle eine mehr oder weniger aggressive Handlung eines anderen Kindes oder aber eine erzieherische Maßnahme als Anlaß für ihre jeweilige Aggression angaben. Andere Anlässe sind demgegenüber deutlich seltener.

Zur Fragestellung 2 zeigt Tabelle 2 die Häufigkeiten der in den Nachbefragungen angegebenen Handlungsalternativen zur gezeigten Aggression.

Die aggressionsfreien Alternativen nehmen, wie aus Tabelle 2 ersichtlich, im Laufe der Therapien und (hochsignifikant) relativ zu, wozu insbesondere die Einzelkategorie der nicht-aggressiven Konfliktlösung beiträgt.

Tab. 1: Kategorisierung der Aggressionen auf der Basis erfragter Anlässe

Kategorie	f	f%	Anfangs-phase	End-phase	p
a) Eskalations-Aggression	97	28,9	51	28	.05
b) Gegenwehr/Wettbewerb	40	11,9	15	17	–
c) Erzwingungs-Aggression	48	14,3	15	22	–
d) Spontane Aggression	38	11,3	16	13	–
e) Abreaktion/Aggressionsverschiebung	17	5,1	8	6	–
f) Protest-Aggression	73	21,7	33	28	–
g) Sonstiges	16	4,8	7	9	–
Fehlende Angaben	7	2,1	0	7	–
Summe:	336		145	124	

Tab. 2: Häufigkeiten und Häufigkeitsänderungen der angegebenen Alternativen zur Aggression

Kategorie	f	f%	Anfangs-phase	End-phase	p
a) Aggressionsfreie Alternative	125	37,2	41	57	.001
aa) Aktive Konfliktvermeidung	51	15,2	19	22	–
ab) Nicht-aggressive Konfliktlösung	74	22,0	22	35	–
b) Angebot von Selbstkontrolle	114	33,9	52	33	–
ba) Handlungsverzicht	84	25,0	42	22	.05
bb) Wenig konkrete Alternative	30	8,9	10	11	–
c) Fehlende Angaben	91	27,1	50	28	.05
ca) Aggressive Alternative	25	7,4	9	10	–
cb) Alternativlosigkeit	46	13,7	29	10	.01
cd) Keine Idee	20	5,9	12	8	–
d) Sonstiges	6	1,8	2	6	–
Summe a–d:	336		145	124	

Demgegenüber nehmen der bloße Handlungsverzicht als Einzelkategorie im „Angebot von Selbstkontrolle“ sowie die Antworten, die auf fehlende Alternativen hindeuten, signifikant bzw. sehr signifikant ab.

Zur Fragestellung 3: Eine parameterfreie Clusteranalyse der Therapieverläufe auf der Basis der Symptommhäufigkeiten in den je fünf Therapiephasen hatte im vorletzten Gruppierungsschritt die Aufteilung der Stichprobe zu zwei Untergruppen mit je acht Patienten zum Ergebnis, die deutlich unterschiedliche Verläufe zeigten. Die Gruppe der „Verbesserer“ zeigte im Mittel einen geringgradigen Anstieg der Symptomatik von der ersten zur zweiten Therapiephase hin, während die folgenden Werte kontinuierlich abnahmen. Die zweite Gruppe, „Nicht-Verbesserer“ genannt, ist gekennzeichnet durch eine rasche Symptomabnahme zur zweiten Therapiephase hin; hiernach findet ein Anstieg zur vierten Therapiephase bis in ungefähre Höhe des Ausgangsniveaus statt, während zum Therapieende hin wieder eine geringfügige Abnahme erkennbar ist.

Ein Vergleich der beiden Teilstichproben hinsichtlich der angegebenen Kausalitäten für Aggressionen läßt erkennen, daß nur zwölf der vierzig Begründungen im Sinne von „Gegenwehr oder Wettbewerb“ auf der Seite der Verbesserer zu sehen sind, hingegen 28 auf der Seite der Nicht-Verbesserer. Während dieses Ergebnis die Signifikanzgrenze nicht erreicht, finden sich bei der „Erzwingungs-Aggression“ sowie der „Abreaktion bzw. Verschiebung der Aggression“ jeweils signifikante Unterschiede in dem Sinne, daß beide Kategorien deutlich häufiger in der Verbesserer-Gruppe auftreten. Faßt man beide Kategorien aufgrund der relativ geringen Einzelhäufigkeiten zusammen, so stehen Begründungen im Sinne des Kontrollgewinns (siehe unten) bei beiden Aggressionsarten im Vordergrund, und der Unterschied zwischen Verbesserern und Nicht-Verbesserern ist hier hochsignifikant (Chi-Quadrat 14,33). Hinsichtlich der Häufigkeiten und Häufigkeitsänderungen bei den Alternativbildungen unterscheiden sich Verbesserer und Nicht-Verbesserer nicht.

Die nachträgliche Bewertung der erzieherischen Intervention bei der aggressiven Handlung wird annähernd gleich häufig positiv (36,9%) wie negativ (35,1%) vorgenommen, ein Ergebnis, welches sich in der Gesamthäufigkeit über die Therapie nicht verändert. In ca. jedem fünften Fall liegt keine Antwort vor, was überwiegend mit dem Fehlen einer Erzieherperson während der betreffenden Situation zu erklären ist. Unterschiede zwischen Verbesserern und Nicht-Verbesserern lassen sich hier wie folgt in den jeweiligen Anfangsphasen der Therapien erkennen: Die Gruppe der Verbesserer zeigt im Vergleich zu den Nicht-Verbesserern bei Therapieanfang deutlich mehr negative als positive Bewertungen der erzieherischen Intervention bei aggressiven Handlungen. Der Unterschied zwischen beiden Teilstichproben ist bei einem Chi-Quadrat von 4,854 signifikant.

4 Diskussion

Die dargestellten Ergebnisse weisen auf eine Vielzahl von Problemen in der Therapie der kindlichen aggressiven Verhaltensstörung hin. Auf der Basis der kategorisierten Anlässe ist zu erkennen, daß die Patienten ihre aggressiven Handlungen in sehr unterschiedlicher Weise nachträglich motivieren. Die Art und Weise der Begründung läßt Schlußfolgerungen darauf zu, wie angemessen oder unangemessen das eigene Verhalten in der jeweiligen Situation erlebt wird, und in welchem Ausmaß für die jeweilige Handlung Verantwortung übernommen oder abgeschoben wird.

Die vergleichsweise hohen Kategorienhäufigkeiten der „Eskalations-Aggressionen“ sowie der „Protest-Aggressionen“ lassen erkennen, daß die Patienten das Verhalten anderer Kinder oder der Erzieher vermehrt im Sinne einer Provokation zur Aggression auffassen und entsprechend beantworten. Ein solcher Befund wurde bereits 1980 von DODGE dahingehend interpretiert, daß aggressive Kinder dazu neigen, provozierendes Verhalten anderer Kinder eher als eine Feindseligkeit zu interpretieren denn als zufällig oder unbeabsichtigt. Auf diese Weise kommt es zur Rechtfertigung der eigenen Aggression, die ja letztlich um so weniger aggressiv erscheint, je deutlicher der „eigentliche“ Aggressor in einer anderen Person gesehen wird, denn „die Beurteilung einer sozialen Interaktion als aggressiv erfolgt vornehmlich danach, ob Entschuldigungsgründe vorliegen oder nicht“ (BORNEWASSER, 1983, S.19).

Deutlich seltener wird dagegen ein höherer Eigenanteil an der aggressiven Situation konzediert, etwa indem die Aggression als Wettbewerb – quasi in beiderseitigem Einverständnis – hingestellt wird; dies kann allerdings auch mitunter als Rechtfertigung für eine vom Aggressor ganz allein initiierte Handlung dienen. Wesentlich „internal“ (im Sinne der persönlichen Verursachung) erscheint dagegen die Begründung einer Aggression mit dem Zweck, ein anderes Kind zu einer bestimmten Handlung oder zu deren Unterlassung zu zwingen, die Darstellung der Aggression als spontane Handlung

(„einfach so“) oder aber als Abreaktion nach anderweitiger Frustration. Gerade in der letztgenannten Begründung ist die Unangemessenheit der Objektwahl für die Aggression offensichtlich.

Der Stichprobenvergleich zwischen „Verbesserern“ und „Nicht-Verbesserern“ zeigt, daß die Verbesserer insbesondere bei Aggressionen mit internaler Begründung größere Häufigkeiten aufweisen als die Nicht-Verbesserer; eine häufigere Übernahme von Verantwortung für die aggressive Handlung ging in dieser Untersuchung also mit einer Symptombesserung einher. Versucht man – jenseits der Frage der Internalität – den instrumentellen Charakter der einzelnen Aggressionen auf der Basis der angegebenen Begründungen inhaltlich zu erfassen, so lassen sich die Eskalations-Aggressionen und die Protest-Aggressionen als „rückwärts“ argumentierende, auf eine Situation reagierende Tendenzen, Erzwingungs-Aggressionen und Abreaktionen dagegen als eher finale, auf einen Wiedergewinn von Kontrolle (vgl. SELG, 1978) abzielende Handlungen interpretieren; dagegen sind die Aggressionen im Sinne von Gegenwehr oder Wettbewerb aufgrund der oftmals vorgeschoben anmutenden Begründung sowie die „spontanen“, d.h. ohne nähere Begründung gezeigten Aggressionen aufgrund der fehlenden Ursachenzusammenhänge keiner der genannten Tendenzen zuzuordnen. Unter diesem Blickwinkel betrachtet zeigt sich, daß die Gruppe der Verbesserer ihre Aggression insgesamt gezielter eingesetzt hat als die Gruppe der Nicht-Verbesserer, während für die Gesamtstichprobe gilt, daß mit der Eskalations-Aggression als der unter dem Häufigkeitsaspekt bedeutsamsten Aggression eine wichtige „rückwärts argumentierende“ Reaktionsweise deutlich abnimmt.

Die Ergebnisse zur Alternativen-Entwicklung zeigen im wesentlichen auf, daß wir uns unseren Therapiezielen im Hinblick auf die kognitive Bewältigung aggressiver Situationen in der Nachbefragungssituation genähert haben: Aggressionsfreie Alternativen nehmen im Laufe der Therapie zu Lasten von fehlenden Alternativen oder dem bloßen Verzicht auf die Aggression erheblich zu. Hiermit ist zunächst einmal nur festgestellt, daß sich die Interviewten zunehmend den Intentionen ihrer Interviewer angenähert haben, sich etwas anderes anstelle der aggressiven Handlung auszudenken. Zusammenhänge, etwa der Art, daß eine frühzeitig gezeigte Fähigkeit zur aggressionsfreien Alternative mit Symptombesserung einherginge, oder daß eine Häufung fehlender Alternativen mit einer Beibehaltung oder Verschlechterung der Symptomatik einherginge, finden sich nicht. Sie wurden allerdings auch deshalb nicht erwartet, weil in der Literatur bereits seit längerem die Problematik des Realisations- oder „Performanzdefizits“ in der Therapie der aggressiven Verhaltensstörung bekannt ist (siehe oben). Eine Untersuchung von DELUTY (1983) bestätigt denn auch, daß aggressive Kinder bei der Wahl zwischen aggressiven, assertiven und submissiven Reaktionen auf provozierende Situationen die jeweils aggressiven Reaktionen eindeutig am positivsten bewerten. Insofern ist das erzielte Ergebnis positiv lediglich in dem Sinne zu werten, daß durch

die Nachbefragungsprozedur dem jeweiligen Patienten deutlich gemacht wurde, welche Reaktionsweisen in Konfliktfällen von ihm erwartet wurden; außerdem konnte in den Fällen, in denen einem Kind die Analyse derartiger Situationen insgesamt schwerfiel, mit Hilfe der Befragung überhaupt die Möglichkeit von nicht-aggressiven Alternativen erarbeitet werden.

Unterschiede zwischen Verbesserern und Nicht-Verbesserern im Hinblick auf die Beurteilung der erzieherischen Intervention werfen die Frage auf, wieso es denn günstiger sein könnte, wenn ein Kind in der Anfangsphase der Therapie das Erzieherverhalten während bzw. kurz nach einer kindlichen Aggression eher negativ bewertet, da eine anfängliche Tendenz zur negativen Bewertung ja häufiger mit einer Symptombesserung einhergeht. Ohne daß hierauf eine schlüssige Antwort gefunden werden könnte, ist der Wert des Ergebnisses möglicherweise eher in einer negativen Interpretationsrichtung zu sehen: daß nämlich Skepsis bezüglich des therapeutischen Erfolges angezeigt ist, wenn ein Kind in der nachträglichen Befragung aggressiver Handlungen überwiegend dazu neigt, die Intervention des Erziehers akzeptierend zu bewerten. Hier wird das Problem des Performanzdefizits vor dem Hintergrund einer Antworttendenz im Sinne der sozialen Erwünschtheit erkennbar: Die Scheinangepaßtheit von Kindern in dissozialen Entwicklungen läßt sie in der Dialogsituation mit einem Erwachsenen durchaus vernünftig und sozial angemessen reagieren, ohne daß hieraus aber eine Prognose bezüglich des Verhaltens außerhalb dieser Dialogsituation abzuleiten wäre.

5 Schlußfolgerung: Überlegungen zum Stellenwert einer Nachbefragung aggressiver Handlungen

Geht man von der einstmals geäußerten Absicht aus (HOBRÜCKER, ELLER und KÜHL 1984), gemeinsam mit dem aggressiven Kind die Situation als Problemlösungsprozeß zu analysieren, so ist zunächst festzustellen, daß ein solches Interview zweifellos Voraussetzungen für derartige Prozeßanalysen bietet. Fraglich ist aber zum einen, ob die Vermittlung dieses Problemlöseprozesses im Sinne eines „strategischen Trainings“ (DÖRNER, 1979) so stattfinden kann. Ein solches müßte zum Ziel haben, „die Organisation des gesamten Ablaufs des Denkens“ (DÖRNER, 1979, S. 138), beginnend beim Erkennen der Situation, einzuüben. Bereits hier kommen Beobachter aggressiver Handlungen oft zu völlig anderen Definitionen als der aggressive Akteur selbst. Betrachten wir ein Problem als „eine Stimulusituation, für welche der Organismus keine Reaktion bereit hat“, so könnte – sofern er sich an der theoretischen Diskussion beteiligen könnte – der kindliche Aggressor sogleich Einspruch erheben: Er konnte die Situation auf Anhieb lösen, denn zumindest kurzfristig wird ein Problem mittels der Aggression auf Anhieb gelöst, zu einem anderen Problem gemacht oder aber als unlösbar angesehen und fortan vernachlässigt.

Ist schon der Problemcharakter der aggressiven Situation zweifelhaft, so stellt sich – da Nachbefrager und Nachbefragter von unterschiedlichen Prämissen über die vergangene Situation ausgehen – auch die methodische Frage, ob es tatsächlich zur Ermittlung handlungsleitender oder auch -begleitender Kognitionen kommt. Eine Technik wie die Nachbefragung, die entfernt an die bei v. CRANACH ET AL. (1980) „Methode der Selbstkonfrontation“ genannte Vorgehensweise erinnert, stößt auf das Problem, daß derart erinnerte Kognitionen in Wahrheit nachträgliche Selbstattributionen seien und daher für ein Umlernen von handlungsbegleitenden Kognitionen nicht in Frage kämen. Es stellt sich hier allerdings die Frage, ob auch zum Erlernen einer Problemanalyse tatsächlich handlungsleitende Kognitionen erfragt werden müssen; vielmehr scheint die – auch oft als Rechtfertigung verwendete – Selbstattribution des Kindes als vorläufige Erklärung und Beschreibung der Ausgangssituation durchaus zu genügen.

Fraglich bleibt letztendlich aber vor allem, ob es aufgrund des beschriebenen Performanzdefizits tatsächlich von Wert sein kann, nicht-aggressive Alternativen einzuüben. Zwar besteht die Nachbefragung aus weit mehr Fragen als der zur aggressionsfreien Alternative; gleichwohl hat diese Frage bei der Entwicklung des Vorgehens eine herausragende Rolle gespielt. Der eigentliche Kern aber scheint, wie bereits diskutiert, nicht das kognitive Entwickeln einer alternativen Problemlösung zu sein. Zu achten wäre eher auf die Entwicklung einer *Intention*, die alternative Problemlösung in der konkreten Situation auch tatsächlich zu realisieren. Dies zeigt, daß es ohne eine übergeordnete Motivation, Aggression durch andere Handlungsweisen zu ersetzen, nicht zu einer Symptomminderung kommen kann. Denn unter dem Aspekt der Intentionalität ist das aggressive Verhalten insbesondere infolge der Flüchtigkeit bzw. extremen zeitlichen Kürze von Intentionsbildung und Realisierung der Intention so änderungsresistent. Es müßte also unter die Kontrolle einer die aktuellen Intentionen leitenden Motivation kommen. Ein weiterer Grund für die Änderungsresistenz sind zweifellos konkurrierende Motive wie z.B. Macht und Einfluß in der jeweiligen Situation.

Schließlich erscheint die Annahme sehr plausibel, daß gerade aggressive Kinder für längerdauernde Intentionsbildungen und -realisierungen nicht über die notwendigen motivationalen und/ oder kognitiven Eigenschaften zu verfügen scheinen, wie es bei der Intentionsbildung zu einer weniger primitiven Handlung vonnöten wäre.

Eine kürzlich in unserer Klinik begonnene Untersuchung dient beispielsweise der Überprüfung der Hypothese, daß Patienten in dissozialen Entwicklungen eine schwache „Handlungskontrolle“ (KÜHL, 1983) im Sinne der Fähigkeit zur Intentions-Realisierung haben, aber vom Gegenteil dessen überzeugt sind, nämlich eine starke Handlungskontrolle zu haben.

Aus diesen Überlegungen heraus erscheint es notwendig, kognitive Beeinflussungsmethoden wie eine Nachbefragung unter modifizierten Bedingungen zur Anwendung kommen zu lassen:

- Es ist nicht so sehr der Schwerpunkt auf die Prozedur des Einübens nicht-aggressiver Alternativen und Problemlösungen zu legen, sondern primär darauf, ein Einverständnis des Kindes mit dem Vorgehen der Nachbefragung anzusteuern, so daß aus der primär bestrafend wirkenden Konsequenz „Nachbefragung“ eine Belehrung wird: Das Kind muß mit der Tatsache der mangelnden sozialen Geschicklichkeit, mehr noch mit der Unfähigkeit, sich für bessere Lösungen tatsächlich anstrengen zu wollen, konfrontiert werden. Hierzu muß anfangs erheblicher kognitiver Widerstand überwunden werden.
- Darüber hinaus ist - unter Zuhilfenahme der Gruppe der Gleichaltrigen im stationären Feld - darauf zu achten, daß die nicht-aggressive Problemlösung und die aggressionsfreie Kontaktaufnahme allgemein als die *richtige* Vorgehensweise für die jeweilige Situation angesehen wird. Hierzu muß der Einfluß vor allem nicht-aggressiv gestörter Kinder mit geltend gemacht werden. Gelingt es nicht, mit Hilfe einer negativen Etikettierung aggressiven Verhaltens eine solche Überzeugung zur dominierenden Haltung in der Gruppe werden zu lassen, so wird allenfalls eine Scheinangemessenheit des kindlichen Verhaltens an die Erwachsenen-Normen erzielt, die nach Beendigung des stationären Aufenthaltes keinerlei Bestand hat.

Gerade an den zwei genannten Prinzipien, der nach ACH (1910) benannten „Valenz des Einverständnisses“ sowie der „Bewußtheit der Richtigkeit“, zeigt sich, welchen Gefährdungen ein derartiges Vorgehen ausgesetzt ist: Die zu leistende Überzeugungsarbeit kann in den einzelnen Lernphasen leicht durch aggressive Vorbilder zunichte gemacht werden. Nur unter den genannten Bedingungen aber kann im Sinne von ACH das „Ich als Ursache der Handlung“ erscheinen und eine nicht-aggressive Alternative anstelle der Aggression „wirklich wollen“.

Summary

Interviewing as a Therapeutic Technique following Children's Aggressive Acts during Inpatient Treatment

336 aggressive acts of 16 children (aged 7;7-13;3) were registered and discussed with the patients during a following interview. At this they were asked for their causal attributions, their evaluations of the interventions by the staff as well as their thinking of non-aggressive al-

ternatives. Results show that the attribution of the own aggression as following another child's provoking behavior is decreasing during therapy, whereas the ability to think in non-aggressive alternatives has increased. A comparison of improving patients with less improving patients points out that during improving therapies in the beginning children criticize the staff's interventions more often than the less improving ones do. At the end of therapy this relation is turning the other way round.

Literatur

- ACH, N. (1910): Über den Willensakt und das Temperament. Leipzig: Quelle u. Meyer. - BORNEWASSER, M. (1983): Das Aggressionsurteil in Abhängigkeit von der Schadenshöhe und Entschuldigungsgründen. Ztschr. f. experimentelle und angewandte Psychologie., Bd. XXX, Heft 1, 19-31. - CRANACH, M. v.; U. KALBERMATTEN; K. INDERMUEHLE; B. GUGLER (1980): Zielgerichtetes Handeln. Bern: Huber. - DELUTY, R. H. (1983): Children's Evaluations of Aggressive, Assertive and Submissive Responses. J. of Clinical Child Psychol. Vol. 12, No. 2, 124-129. - DODGE, K. A. (1980): Social Cognition and Children's Aggressive Behavior. Child Development 51, 162-170. - DÖRNER, D. (1979²): Problemlösen als Informationsverarbeitung. Stuttgart: Kohlhammer. - D'ZURILLA, T. J.; M. GOLDFRIED (1971): Problem Solving and Behavior Modification. J. of Abnormal Psychol. Vol. 78, No. 1, 107-126. - EISERT, H. G. (1984): Neuere Ansätze der Behandlung aggressiver Kinder. In: REMSCHMIDT, H. (Hrsg.): Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Familien. Band 1. Stuttgart: Enke. - HOBRÜCKER, B.; A. ELLER; R. KÜHL (1984): Problemsituationen in der stationären Behandlung von Kindern mit aggressiven Verhaltensstörungen. In: REMSCHMIDT, H. (Hrsg.): Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Familien. Band 1. Stuttgart: Enke. - KÜHL, J. (1983): Handlungs- und Lageorientierung als Vermittler zwischen Intention und Handeln. In: HACKER, W.; W. VOLPERT; M. v. CRANACH: Kognitive und motivationale Aspekte der Handlung. Bern: Huber. - MAHONEY, M. (1977): Kognitive Verhaltenstherapie. München: Pfeiffer. - SELG, H. (Hrsg.) (1978³): Zur Aggression verdammt? Stuttgart: Kohlhammer (Nachwort) - SHURE, M. B.; G. SPIVACK (1981): Probleme lösen im Gespräch - Erziehung als Hilfe zur Selbsthilfe. Stuttgart: Klett-Cotta. - YUDOFSKI, S.; J. M. SILVER; W. JACKSON; J. ENDICOTT; D. WILLIAMS (1986): The Overt Aggression Scale for the Objective Rating of Verbal and Physical Aggression. Am. J. Psychiatry 143: 1, 35-39.

Anschr. d. Verf.: Dr. Bernard Hobrucker, Diplom-Psychologe, Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie im Zentrum Nervenhilfende der Christian-Albrechts-Universität, Niemannsweg 147, 2300 Kiel.