

Zimmermann, Wolfram

Interventionsonorientierte Diagnostik der Aggressivität im Kindesalter

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 38 (1989) 9, S. 335-342

urn:nbn:de:bsz-psydok-33720

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

- Bittner, C./Göres, H. G./Götting, S./Hermann, J.:* Bewältigungsstrategien von Jugendlichen und ihre Bedeutung für die Beratung (Adolescents Problem Solving Strategies and their Significance for Counseling) 126
- Ehrhardt, K. J.:* Sind Erziehungsberatungsstellen mittelschichtorientiert? Konsequenzen für die psychosoziale Planung (Are Child Guidance Clinics orientated along Middle-Class Standards?) 329
- Gerlicher, K.:* Prävention – erfolgversprechendes Ziel oder illusionäre Aufgabe für die institutionelle Erziehungs-, Jugend- und Familienberatung? (Prevention – Promising Goal or Illusory Task for the Child, Youth, and Family Counseling?) 53

Familientherapie

- Buchholz, M. B./Kolle, U.:* Familien in der Moderne – Anti-Familie – Familien? (Families Today – Anti-Family-Families?) 42
- Gehring, T. M./Funk, U./Schneider, M.:* Der Familiensystem-Test (FAST): Eine dreidimensionale Methode zur Analyse sozialer Beziehungsstrukturen (The Family System Test (FAST): A Three Dimensional Method to Analyze Social Relationships) 152

Forschungsergebnisse

- Aba, O./Hendrichs, A.:* Die stationäre Klientel einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hessen (The In-Patients of a Psychiatric Hospital for Children and Adolescents in Hessen) 358
- Brinich, E. B./Drotar, D. D./Brinich, P. M.:* Die Bedeutung der Bindungssicherheit vom Kind zur Mutter für die psychische und physische Entwicklung von gedeihschwachen Kindern (The Relevance of Infant-Mother Attachment Security for the Psychological and Physical Development of Failure-to-thrive Children) 70
- Brumby, A./Steinhausen, H.-C.:* Der Verlauf der Enuresis im Kindes- und Jugendalter (The Course of Enuresis in Childhood and Adolescence) 2
- Ernst, H./Klosinski, G.:* Entwicklung und familiales Umfeld bei zwangsneurotischen Kindern und Jugendlichen: eine Retrospektiv- und Vergleichsstudie (Development of Personality and Family Dynamics of Children and Adolescents Suffering from Compulsive Neurosis) 256
- Hüffner, U./Mayr, T.:* Behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder in bayerischen Regelkindergärten – erste Ergebnisse einer Umfrage (Handicapped Children in Bavarian Preschools/Kindergartens – First Results of a Representative Survey) 34
- Kammerer, E.:* Bewertung stationärer jugendpsychiatrischer Therapie – eine Gegenüberstellung der Urteile von Jugendlichen und Eltern (Parental and Juvenile Satisfaction with Psychiatric Inpatient Treatment – Opinions and Judgements in Contrast) 205
- Mempel, S.:* Therapiemotivation bei Kindern: Ergebnisse einer empirischen Untersuchung (Children's Motivation for Treatment) 146
- Petermann, F./Walter, H. J.:* Wirkungsanalyse eines Verhaltenstrainings mit sozial unsicheren, mehrfach be-

- einträchtigten Kindern (Effects of a Behavior Training with Social Incompetent Children with multiple Systems) 118
- Ruckgaber, K. H.:* Die Einrichtung von externer psychoanalytischer Supervision in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (How to institute External Psychoanalytical Supervision in an Child-Psychiatric-Clinic) 210
- Saile, H.:* Zur Erfassung des Temperaments bei Kindern (To Assess the Temperament of Infants) 6
- Wisniak, U. V./Posch, C./Kitzler, P.:* Erlebtes Erziehungsverhalten bei juvenilen Diabetikern in der Pubertät (Experienced Parental Rearing Behaviour of Juvenile Diabetic Children) 354
- Zimmermann, W.:* Interventionsorientierte Diagnostik der Aggressivität im Kindesalter (Intervention-oriented Diagnosis of Aggressive Social Behaviour in Childhood) 335

Frühförderung

- Artner, K./Barthlen-Weis, M./Offenberg, M.:* Intelligenzbeurteilung mit der Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC): Pilotstudie an einer Stichprobe sprachentwicklungsgestörter Kinder (Assessing Cognitive Development with the Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC): A Pilot Study with Speech- and Language-Disordered Children) 299
- Kilian, H.:* Einige Anmerkungen zu Frühförderung und -theapie aus systematischer Sicht (Some Remarks on Early Education from a Systemic Point of View) . . . 277
- Krause, M. P.:* Die „bessere Elternschaft“ – Erziehungshaltung von Müttern behinderter Kinder und deren Bewertung durch Fachleute (The „Better Parenthood“. Educational Attitudes in Mothers of Handicapped Children and their Evaluation by Experts) . . . 283
- Pfeiffer, E. M.:* Bewältigung kindlicher Behinderung (Coping with a Handicapped Child) 288
- Sarimski, K./Deschler, J.:* Grundlegende soziale Kompetenzen bei retardierten Kindern: Probleme der Förderung und Evaluation (Social Skills Training with Retarded Children: Treatment Issues and Evaluation) . . 293

Praxisberichte

- Hürtner, A./Piske-Keyser, K.:* Das gemeinsame Muster physiologischer und beziehungs-dynamischer Prozesse bei einer langjährigen Enkopresis (The Common Patterns of Physiological and Dynamical Processes of a Chronic Encopresis) 171
- Hummel, P./Biege-Rosenkranz, G.:* Anorexia nervosa in der zweiten Generation? – Eine Fallstudie (Anorexia nervosa in the Second Generation? – A Case Study) . . 372
- Kilian, H.:* Eine systematische Betrachtung zur Hyperaktivität – Überlegungen und Fallbeispiele (Some Considerations about Hyperactivity form a Systemic Point of View) 90
- Räder, K./Specht, F./Reister, M.:* Anorexia nervosa und Down-Syndrom (Anorexia nervosa and Down's Syndrome) 343

Psychosomatik

- Hirsch, M.: Körper und Nahrung als Objekte bei Anorexie und Bulimie (Own Body and Food as Representation of Objects in Anorexia and Bulimia) 78

Psychotherapie

- Günter, M./du Bois, R./Kleefeld, H.: Das Problem rasch wechselnder Ich-Zustände in der stationären Langzeittherapie psychotischer Jugendlicher (The Problem of Rapidly Changing Ego-states in Long Term In-patient Treatment of Psychotic Adolescents) 250
- Herzka, S./Nil, V.: Gemeinsame Strukturen der Psychotherapie und Bewegungstherapie (Analogies of Psychotherapy and Movement Therapy) 216
- Rohse, H.: Zwangsneurose und Adoleszenz (Compulsive Neurosis and Adolescence) 241
- Streeck-Fischer, A.: Zwang, Ichorganisation und Behandlungsvorgehen (Compulsion, Organisation of Ego, and Approaches to Treatment) 236
- Süssenbacher, G.: Die „Hornbärprinzessin“: Anorexie als gelebte Katachrese in der Tochter-Vater-Beziehung – ein Fallbericht (The „Hornbear-Princess“: Anorexia Nervosa as „performed“ Katachresis in Daughter-father Relationship) 164

Übersichten

- Berger, M.: Klinische Erfahrungen mit späten Müttern und ihrem Wunschkind (Clinical Experiences with Late Mothers and their „Wished for“ Children) 16
- Blesken, K. W.: Systemisch orientierte Supervision in der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (Systemically orientated Supervision of Psychotherapy with Children and Adolescents) 322
- Brack, U. B.: Die Diagnose der mentalen Retardierung von Kindern im Spannungsfeld von Medizin, Psychologie und Pädagogik (The Diagnosis of mental Retardation in Children from a Medical, Psychological and Pedagogical Point of View) 83
- Frey, E.: Über-Ich und Gewissen. Zum Unterschied der beiden Begriffe und seiner Bedeutung für die Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (Superego or Conscience. On the Differentiation of both Terms and its Function for the Psychotherapy of Children and Adolescents) 363
- Rothaus, W.: Die Auswirkungen systemischen Denkens auf das Menschenbild des Therapeuten und seine therapeutische Arbeit (The Consequences of Systemic Thinking on the Therapist's Idea of Man and his Therapeutic Work) 10
- Schlaginhausen, F./Felder, W.: Sprachliche Form des Columbustests für Sehbehinderte (Langeveld Columbus Test: Adapted for the Testing of Visually Handicapped Children) 133
- Specht, F.: „Fremdplazierung“ und Selbstbestimmung („Outside Placement“ and Self-Determination) 190
- Steinhausen, H. C.: Zur Klassifikation und Epidemiologie „psychosomatischer“ Störungen im Kindes- und Jugendalter (On Classification and Epidemiology of „Psychosomatic Disorders“) 195

Tagungsberichte

- „Was heißt Aufarbeiten nationalsozialistischer Vergangenheit?“ – Bericht über die XXIII. Wissenschaftliche Jahrestagung der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e. V. 97
- Bericht über das VIII. Internationale Würzburger Symposium für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 100

- Bericht über die 21. wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 8. bis 10. Mai 1989 in München 263

Buchbesprechungen

- Alvin, J.: Musik und Musiktherapie für behinderte und autistische Kinder 308
- Arens, C./Dzikowski, S. (Hrsg.): Autismus heute. Bd. 1: Aktuelle Entwicklungen in der Therapie autistischer Kinder 139
- Balint, M.: Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse 107
- Beland, H. et al. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 22 222.
- Berner Datenbuch der Pädiatrie. 3. vollst. bearb. u. ergänzte Aufl. 179
- Bierhoff, H. w./Montada, L. (Hrsg.): Altruismus. Bedingungen der Hilfsbereitschaft 221
- Bodenheimer, A. R.: Verstehen heißt antworten. Eine Deutungslehre aus Erkenntnissen der Psychotherapie 27
- Brakhoff, J. (Hrsg.): Kinder von Suchtkranken. Situation, Prävention, Beratung und Therapie 102
- Bürgin, D. (Hrsg.): Beziehungskrisen in der Adoleszenz 226
- Chasseguet-Smirgel, J.: Kunst und schöpferische Persönlichkeit – Anwendung der Psychoanalyse auf den außertherapeutischen Bereich 269
- von Cube, F./Storch, V. (Hrsg.): Umweltpädagogik – Ansätze, Analysen, Ausblicke 227
- Daly, R./Sand, E. A. (Eds.): Psychological Treatment of mental illness 60
- Erning, G./Neumann, K./Reyer, J. (Hrsg.): Geschichte des Kindergartens. Bd. 1: Entstehung und Entwicklung der öffentlichen Kleinkindererziehung in Deutschland von den Anfängen bis zur Gegenwart. Bd. 2: Institutionelle Aspekte, systematische Perspektiven, Entwicklungsverläufe 62
- Esser, U.: Rogers und Adler. Überlegungen zur Abgrenzung und zur Integration 110
- Esser, U./Sander, K. (Hrsg.): Personenzentrierte Gruppentherapie – therapeutischer Umgang mit der Person in der Gruppe 223
- Flammer, A.: Entwicklungstheorien. Psychologische Theorien der menschlichen Entwicklung 379
- Flosdorf, P. (Hrsg.): Theorie und Praxis stationärer Erziehungshilfe. Bd. 1: Konzepte in Heimen der Jugendhilfe; Bd. 2: Die Gestaltung des Lebensfeldes Heim 182
- Franke, U. (Hrsg.): Aggressive und hyperaktive Kinder in der Therapie 140
- Freedman, A. M./Kaplan, H. I./Sadock, B. J./Peters, U. H. (Hrsg.): Psychiatrie in Praxis und Klinik. Bd. 3: Neurosen, Bd. 4: Psychosomatische Störungen 179
- Fröhlich, A. D. (Hrsg.): Kommunikation und Sprache körperbehinderter Kinder 380
- Gerlinghoff, M./Backmund, H./Mai, N.: Magersucht. Auseinandersetzung mit einer Krankheit 139
- Graf-Nold, A.: Der Fall Hermine Hug-Hellmuth. Eine Geschichte der frühen Kinder-Psychoanalyse 266
- Gruen, A.: Der frühe Abschied. Eine Deutung des plötzlichen Kindstodes 305
- Haberkorn, R./Hagemann, U./Seehausen, H. (Hrsg.): Kindergarten und soziale Dienste 182
- Heckerens, H. P.: Die zweite Ehe – Wiederheirat nach Scheidung und Verwitwung 312
- Herzog-Bastian, B./Jacobi, V./Moser, P./Scheuring, A.: Straftaten Jugendlicher. Ursachen, Folgen, sozialpädagogische Maßnahmen 377
- Holle, B.: Die motorische und perzeptuelle Entwicklung des Kindes 180
- Hooper, S. R./Willis, G.: Learning Disability Subtyping 379

Iben, G. (Hrsg.): Das Dialogische in der Heilpädagogik	313	der Heimerziehung: Ein empirischer Beitrag zum Problem der Indikation	105
Innerhofer, P./Klicpera, C.: Die Welt des frühkindlichen Autismus. Befunde, Analysen, Anstöße	138	Pothmann, R. (Hrsg.): Chronische Schmerzen im Kindesalter	348
Institut für soziale Arbeit e. V. (Hrsg.): Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Zwischen Konkurrenz und Kooperation	307	van Quekelberghe, R.: Anna – eine Lebenslaufanalyse	228
Jäger, R. S. (Hrsg.): Psychologische Diagnostik – Ein Lehrbuch	109	Quindt, H.: Die Zwangsneurose aus psychoanalytischer Sicht	102
Kammerer, E.: Kinderpsychiatrische Aspekte der schweren Hörschädigung	308	Reinhard, H. G.: Formen der Daseinsbewältigung psychisch gestörter Jugendlicher	380
Kast, V.: Familienkonflikte im Märchen	224	Reiter, L./Brunner, E./Reiter-Theil, S. (Hrsg.): Von der Familientherapie zur systematischen Perspektive	311
Kauter, H./Klein, G./Laupheimer, W./Wiegand, H. S.: Das Kind als Akteur seiner Entwicklung. Idee und Praxis der Selbstgestaltung in der Frühförderung entwicklungsverzögerter und entwicklungsgefährdeter Kinder	346	Reiter-Theil, S.: Autonomie und Gerechtigkeit. Das Beispiel der Familientherapie für die therapeutische Ethik	310
Kisker, K. P./Lauter, H./Meyer, J. E./Müller, C./Strömgen, E. (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart; Bd. 7: Kinder- und Jugendpsychiatrie	306	Remschmidt, H./Schmidt, M. (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis. Bd. 1: Grundprobleme, Pathogenese, Diagnostik, Therapie	105
Klockhaus, R./Trapp-Michel, A.: Vandalistisches Verhalten Jugendlicher	378	Remschmidt, H./Schmidt, M. (Hrsg.): Alternative Behandlungsformen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	220
Klosinski, G. (Hrsg.): Psychotherapeutische Zugänge zum Kind und Jugendlichen	305	Rerrich, M. S.: Balanceakt Familie. Zwischen alten Leitbildern und neuen Lebensformen	184
Kratz, B.: Freuds Ehrgeiz – seine Lehrer und Vorbilder	304	Rijnaarts, J.: Lots Töchter. Über den Vater-Tochter-Inzest	26
Kühler, H. D./Kuntz, S./Melchers, C.: Angst wegspielen. Mitspieltheater in der Medienerziehung	104	Rosenberger, M. (Hrsg.): Ratgeber gegen Aussonderung	183
Kühne, H. H. (Hrsg.): Berufsrecht für Psychologen	28	Rudolf, G.: Therapieschemata für die Psychiatrie	25
Kutter, P.: Moderne Psychoanalyse	270	Schneider-Henn, K.: Die hungrigen Töchter. Essstörungen bei jungen Mädchen	25
Lamnek, S.: Qualitative Sozialforschung. Bd. 1: Methodologie	180	Schuhmacher, D.: Sprechen und Sehen	381
Landenberger, G./Trost, R.: Lebenserfahrungen im Erziehungsheim	313	Schwob, P.: Großeltern und Enkelkinder. Zur Familiendynamik der Generationsbeziehung	311
Lempp, R. (Hrsg.): Reifung und Ablösung. Das Generationenproblem und seine psychopathologischen Randformen	61	Speck, O.: System Heilpädagogik – eine ökologisch-reflexive Grundlegung	26
Liedtke, R.: Familiäre Sozialisation und psychosomatische Krankheit. Eine empirische Studie zum elterlichen Erziehungsstil bei psychosomatisch erkrankten Kindern	220	Spiel, G.: Hemisphärendominanz – Lateralität	347
Lohaus, A.: Datenerhebung in der Entwicklungspsychologie	309	Spiel, W./Spiel, G.: Kompendium der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie	60
McDougall, J.: Theater der Seele – Illusion und Wahrheit auf der Bühne der Psychoanalyse	268	Spring, J.: Zu der Angst kommt die Scham. Die Geschichte einer sexuell mißbrauchten Tochter	225
Merkens, L.: Einführung in die historische Entwicklung der Behindertenpädagogik in Deutschland unter integrativen Aspekten	184	Steiner, G.: Lernen. 20 Szenarien aus dem Alltag	109
Merkens, L.: Aggressivität im Kindes- und Jugendalter	378	Steller, M.: Psychophysiologische Aussagebeurteilung. Wissenschaftliche Grundlagen und Anwendungsmöglichkeiten der „Lügendetektion“	103
Merz, M.: Schwangerschaftsabbruch und Beratung bei Jugendlichen – eine klinisch-tiefenpsychologische Untersuchung	225	Stork, J. (Hrsg.): Das menschliche Schicksal zwischen Individuation und Identifizierung. Ein Psychoanalytischer Versuch	268
Moosmann, H.: Der Kampf um die kindliche Imagination oder Annäherung an das Kind Jesu	61	von Tetzchner, S./Siegel, L./Smith, L. (Eds.): The Social and Cognitive Aspects of Normal and Atypical Language Development	380
Müller-Hohagen, J.: Verleugnet, verdrängt, verschwiegen – Die seelischen Auswirkungen der Nazizeit	228	Thomasius, R.: Lösungsmittelmißbrauch bei Kindern und Jugendlichen. Forschungsstand und praktische Hilfen	349
Mutzek, W./Pallasch, W. (Hrsg.): Integration von Schülern mit Verhaltensstörungen	181	von Trad, P.: Psychosocial Scenarios for Pediatrics	63
Nissen, G. (Hrsg.): Allgemeine Therapie psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter	307	von Uslar, D.: Sein und Deutung. Grundfragen der Psychologie	223
Petermann, F. (Hrsg.): Verhaltensgestörtenpädagogik	28	Volpert, W.: Zauberlehrlinge. Die gefährliche Liebe zum Computer	349
Petermann, U.: Sozialverhalten bei Grundschulern und Jugendlichen	221	Walper, S.: Familiäre Konsequenzen ökonomischer Deprivation	312
Petermann, F./Petermann, U.: Training mit aggressiven Kindern	110	Watzlawick, P.: Münchhausens Zopf oder Psychotherapie und „Wirklichkeit“	311
Petermann, F./Noeker, M./Bochmann, F./Bode, U./Grabisch, B./Herlan-Criado, H.: Beratung mit krebserkrankten Kindern: Konzeption und empirische Ergebnisse	178	Weiss, T.: Familientherapie ohne Familie	108
Petri, H.: Erziehungsgewalt – Zum Verhältnis von persönlicher und gesellschaftlicher Gewaltausübung in der Erziehung	377	Welsch, U./Wiesner, M.: Lou Andreas-Salome. Vom „Lebensurgrund“ zur Psychoanalyse	267
Pikler, E.: Laßt mir Zeit. Die selbständige Bewegungsentwicklung des Kindes bis zum freien Gehen	348	Wendeler, J.: Psychologie des Down Syndroms	140
Planungsgruppe PETRA: Analyse von Leistungsfeldern		Witte, W.: Einführung in die Rehabilitations-Psychologie	108
		Zöller, D.: Wenn ich mit euch reden könnte ... Ein autistischer Junge beschreibt sein Leben	381
		Editorial: 276, 322	
		Autoren der Hefte: 25, 58, 101, 137, 178, 219, 266, 304, 346, 376	
		Diskussion/Leserbriefe: 58	
		Tagungskalender: 30, 64, 111, 141, 185, 229, 271, 315, 350, 382	
		Mitteilungen: 30, 65, 112, 142, 186, 231, 272, 316, 351, 382	

Funktionseinheit Kreiskrankenhaus-Kreispoliklinik Bernau
(Ärztlicher Direktor: MR.Dr.med. U.Bergmann), Fachabteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie

Interventionsorientierte Diagnostik der Aggressivität im Kindesalter¹

Von Wolfram Zimmermann²

Zusammenfassung

Gegen^o und der vorliegenden empirischen Arbeit sind ausgewählte Grundpositionen und empirisch-psychometrisch gesicherte Ergebnisse in der Anwendung eines modifizierten und direkt therapie- wie trainingsorientierten Ansatzes zur Analyse aggressiven sozialen Interaktionsverhaltens im Kindesalter, mit dem eine enge Beziehung zwischen psychometrisch-diagnostischer Analyse der aggressiven Verhaltensausprägungen und -bereitschaft und einer darauf direkt basierenden therapie- bzw. trainingsorientierten Interventionsstrategie auf der Basis sog. Situations-Reaktions-Ziel-Matrizen (Tyler-Matrizen) in der klinischen Praxis des Gesundheitswesens umgesetzt wird. Der Ansatz erweist sich vor allem gut differenzierungsfähig zwischen unauffälligen, sozial-integrierten Normalschülern und deutlich verhaltensgestörten (neurotischen) Kindern mit *starker* aggressiver Verhaltensneigung und/oder sozialer Unsicherheit und aggressiver Gehemmtheit. Für eine solide therapeutische bzw. trainingsorientierte und damit erzieherisch-intendierte Interventionsentscheidung bei dem einzelnen Kind sind entsprechend solide diagnostische Vorentscheidungen notwen-

dig, wofür der Ansatz gute Grundlagen bietet, wie dies empirisch bestätigt werden konnte. Zugleich erlaubt er die Differenzierung von diagnostisch relevanten und therapiebezogenen Haupttypen aggressiver Interaktionsmuster und ermöglicht ebenfalls eine interventionsbegleitende solide diagnostische Analysebasis. Dies wurde unter anderem neben extremgruppenanalytischen Vergleichen vor allem durch Einzelfallanalysen in der klinischen Praxis empirisch bestätigt.

1 Problemstellung

Sozial-unerwünschtes, ausgeprägtes aggressives Verhalten im Kindesalter tritt in verschiedenen, situations- und personenbezogen zu differenzierenden Varianten auf, die sich – wie auch in anderen Altersperioden – auf meist beobachtbares Verhalten gegenüber Personen (Interaktionsaspekt) und/oder Gegenständen (Sachaspekt) beziehen (ausführlich Selg 1988, S. 4 ff.). Solches Verhalten bei Kindern stellt einen häufigen Grund für die Vorstellung eines Kindes beim Klinischen (Medizinischen) Psychologen, Kinderneuropsychiater oder Pädiater bzw. beim Pädagogischen Psychologen dar. Diese Vorstellung des Kindes ist meist verbunden mit der Erwartung einer soliden Psychodiagnostik und gegebenenfalls bei einem kleineren Teil der Kinder mit der Frage der Aufnahme einer spezifischen Intervention (Trainingsmethoden zum Abbau aggressiven Verhaltens, Aufbau kompetenten Interaktionsverhaltens, psychotherapeutische Maßnahmen usw.) sowie natürlich auch mit der Frage nach differenzierter Beratung und Anleitung der Eltern (ggf. auch Familientherapie u. ä. m.).

¹ Diese Arbeit basiert auf einem Vortrag anlässlich der 17. Internationalen Europäischen Konferenz für Psychosomatische Forschung vom 4.–9. September 1988 in Marburg (BRD).

² Sonderdruckanforderungen bitte an die angegebene Dienstanschrift des Autors richten, die erwähnten Materialien sind aus der Literatur zu entnehmen und in einem Fall über die Karl-Marx-Universität Leipzig (DDR), Sektion Psychologie, direkt zugänglich (vgl. Fußnote 3).

Hier existiert jedoch ein erheblicher Widerspruch: Trotz der seit langem bekannten und wiederholt artikulierten Häufigkeit aggressiver und anderer sozial-störender Interaktionsformen (unterschiedlicher Genese) im Kindes- und auch Jugendalter (vgl. auch Schütze 1987, 1988) und trotz der damit für die Kinder selbst wie auch ihre Umwelt gegebenen objektiven und subjektiven Beeinträchtigungen existieren nur sehr wenige psychometrische *und zugleich* auch situations- wie personenbezogene und therapieorientierte (also indikationsbezogene) diagnostische Methoden. Diese Methoden müßten zum einen die Analyse entsprechender Verhaltensbereitschaften, vor allem aber auch zum anderen differenzierte Aussagen zur *Interventions- bzw. Therapieorientierung*, zu gegebenenfalls indizierten trainingsorientierten, erzieherisch-intendierten Maßnahmen gestatten. Aus dieser Problemgesamtsicht haben wir einen theoretisch und empirisch-fundierten Ansatz zur situationskonkreten, personenbezogenen und therapieorientierten Psychodiagnostik aggressiven Verhaltens im Kindesalter von *Petermann und Petermann* (1980) aufgegriffen, ihn für die DDR in erster Näherung modifiziert bzw. umstandardisiert sowie besonders relevante Interventions- und Trainingsaspekte zum gezielten Abbau ausgeprägten aggressiven sozialen Interaktionsverhaltens (*Petermann und Petermann* 1984) in der klinischen Praxis des Gesundheitswesens genutzt (vgl. auch *Zimmermann* 1986 a, 1989 a). Mit diesem Herangehen haben wir vor allem folgende drei Zielstellungen tangiert:

- a) Umstandardisierung und Modifikation des Testverfahrens (EAS) von *Petermann und Petermann* (1980) für den DDR-Einsatz.
- b) Differenzierung spezifischer therapie- und trainingsrelevanter Typen aggressiver sozialer Interaktionsmuster 9-11-jähriger Kinder, die eine überzufällige Häufung unter verhaltensgestörten Kindern im frühen und mittleren Schulalter aufweisen (*Zimmermann* 1987, 1989 a).
- c) Erprobung ausgewählter lern- und gesundheitserzieherisch-orientierter Trainingselemente zum erzieherisch-intendierten Abbau überstarker aggressiver Verhaltenstendenzen im Kindesalter mit sich anschließenden (effektivitätsorientierten) Einzelfallanalysen.

Zu diesen drei Zielstellungen sind anderenorts methodische und viele empirische Grundlagen sowie die Verweise auf die entsprechenden umfangreichen Verfahren und Materialien expliziert (vgl. *Zimmermann* 1984, 1986 b, 1987, 1989 a), worauf wir hier nicht eingehen können³. In der vorliegenden Arbeit sollen nur einige we-

nige, den klinisch-praktisch tätigen Psychiater, Psychologen und Pädiater interessierende Resultate zu den drei genannten Zielstellungen behandelt werden.

2 Methodik und Materialien

2.1 Der psychometrische Ansatz

Grundlage der psychometrischen Erfassung der inhaltlichen Qualität und individuellen Ausprägung aggressiver sozialer Interaktionsbereitschaft des Kindes bildet die von uns modifizierte und DDR-adaptierte Version des o.g. EAS-Ansatzes von *Petermann und Petermann* (1980). Er umfaßt 22 fiktive und kindtypische Situationsitems zu den drei relevanten Lebensbereichen des Kindes: Schule, Freizeit, Elternhaus, wobei die Items mit Bildillustrationen wie auch (nach wenigen Erfahrungen) ohne zusätzliches Provokationsmaterial einsetzbar sind (vgl. *Zimmermann* 1986 a). Hierzu existiert eine quantitativ-psychometrische Globalauswertung, bei welcher die Punktwerte zu den entsprechenden Items zu einem Gesamtwert verrechnet werden (Globaldiagnose). Die Ausprägungsgrade können zwischen 0 und 2 Punkten variieren und der errechnete globale Gesamtwert wird auf einen alters- und geschlechtsspezifisch differenzierten T-Normskalenwert transformiert. Dieser Normwert ist zugleich die *erste* Grundlage für die Beurteilung der Fragestellung, ob eine Behandlungs- bzw. Interventionsbedürftigkeit (Abbau sehr starken aggressiven Verhaltens beim Kind) gegeben ist oder nicht.

2.2 Interventionsorientierte Analysestrategie

Wichtiger für unsere jetzige Fragestellung in der klinischen Praxis (und dies dürfte für zahlreiche andere Problemfelder der Erziehungs- und Familienberatung gleichermaßen relevant sein, vgl. *Specht* 1984) ist jedoch die *psychometrisch-qualitative, interventions- bzw. trainings- und therapieorientierte* Auswertung der gegebenen Situationsitem-Basis. Dabei werden die einzelnen Verhaltens-(Reaktions-)Entscheidungen des Kindes sehr unterschiedlichen inhaltlichen Zielen, Richtungen, Formen und Aktionsbereichen sowie anderen Kriterien aggressiver Interaktionen zugeordnet. Das Ergebnis dieses Zuordnungsprozesses nach fixierten Regeln ist eine sehr präzise *individuelle Situations-Reaktions-Ziel-Matrix*, die als sog. reaktionsbezogene *Tyler-Matrix* bezeichnet wird (bezogen auf den Autor *Tyler*, der 1973 erstmals einen solchen Ansatz in der lehr- und lernzielorientierten Diagnostik entwickelte). Erst durch diese spezifische trainings- und interventionsorientierte, d. h. erzieherisch-intendierte Auswertung mittels der *Tyler-Matrix* wird eine wichtige inhaltliche *Detailanalyse* der jeweils *individuell-dominierenden* aggressiven Reaktionsweisen und -richtungen des Kindes umsetzbar. Jeder der drei Alternativen (Antworten) der fiktiven Situationsitems sind konkrete inhaltliche Kategorien (Auswertungsparameter) der *Tyler-Matrix* zugeordnet. Daraus ergeben sich unmittelbar praktisch relevante Interventionszielstellungen für das

³ Eine umfangreiche Reportstudie ist zudem an der KMU Leipzig unter dem Titel „Probleme und Ergebnisse anforderungsbezogener Psychodiagnostik aggressiven Sozialverhaltens im Kindesalter“ (2. Auflage) 1989 erschienen. Sie ist über die Sektion Psychologie (Testbibliothek) zugänglich (Tieckstraße 2, Leipzig, DDR-7030). Die Testverfahren (SBS-Test, KPB-Test) sind über den Verlag Dr. Hogrefe Göttingen erhältlich.

entsprechende Training zum Abbau überstarken aggressiven Verhaltens und zum Aufbau sozial-kompetenten, partner- und kooperationsorientierten Interaktionsverhaltens der Kinder. Diese individuelle *Tyler*-Matrix setzt also die wesentlichsten aggressiven Verhaltens-Interaktionsmuster des Kindes in Relation zu inhaltlichen Zuordnungskriterien, die sich empirisch-experimentell bestätigen, z. T. noch differenzieren ließen. In der nachfolgenden Tabelle 1 haben wir die für unser Vorgehen wichtigsten inhaltlichen Zuordnungskriterien, die den *Tyler*-Matrizen zugrunde liegen, dargestellt. Aus der individuellen *Tyler*-Matrix ergibt sich die Diagnose eines differentiellen *Reaktions-Typus* des Kindes. Dieser determiniert im Einzelfall die konkreten therapeutischen und/oder trainingsorientierten Interventionen, das komplette Behandlungsprogramm, die individuellen Therapieziele (Therapieziel-Matrix) und die Inhalte und Schwerpunkte der Arbeit mit den Eltern während der Behandlung. In unseren Analysen konnten wir die Anlehnung an *Petermann* und *Petermann* (1980) insgesamt sechs solcher aggressiver Interaktions-Typen bei Kindern im Alter von 9–11 Jahren inhaltlich-theoretisch und empirisch bestätigen, welche die Grundlage therapeutischen Handelns bilden.

In der nachfolgenden Tabelle 2 haben wir diese sechs Typen dargestellt. Sie konnten auch (insbesondere die Typen 1 bis 5) in nachfolgenden multivariaten Analysen an anderen Stichproben verifiziert werden. Für das trai-

ningsorientierte bzw. therapeutische Interventionsprogramm sind selbstverständlich nur die Typen 1 bis 5 relevant bei entsprechend hoher (auf den EAS-Globalwert zurückgehender) Ausprägung. Typ 6 stellt gewissermaßen den (vielleicht gar nicht immer akzeptablen?) „Idealtypus“ dar.

2.3 Trainings- und Interventionsprogramm

Das spezielle Trainings- bzw. Interventionsprogramm, welches ja auf der Basis der individuellen *Tyler*-Matrix und der individuellen Therapie-Ziel-Matrix realisiert wird, integriert sehr verschiedene psychologische Inhalte entsprechend den gegebenen klinischen Anforderungen, kommt also dem Aspekt einer *wissenschaftlich-fundierten* (und nicht mit einem pragmatistischen Eklektizismus zu verwechselnden) Eklektik i.S. eines multimethodalen Herangehens (*Plaum* 1988) sehr nahe. Das Programm impliziert sowohl sozial-lerntheoretische Aspekte (Aggression als gelerntes interaktives Fehlverhalten und spezifisches Defizit an gelerntem sozial-kompetentem Interaktionsverhalten) als auch motivationspsychologische Aspekte und Modellvorstellungen (Aggression auf der Basis sozialer Angst und Unsicherheit, diffuser Motivationen, niedriger Frustrations- und Ambiguitätstoleranz usw.). Das Training wurde überwiegend in Einzelbehandlungen (auch zur besseren Koordinierung der Elternarbeit) durchgeführt, verschiedentlich – je nach kli-

Tab. 1: Inhaltliche Ebenen aggressiver Interaktionen bei Schulkindern, bezogen auf die Situations-Reaktions-Interaktionsmatrix (*Tyler*-Matrix)

Ebene I: Gerichtetheit des aggressiven Verhaltens:

- a) auf fremde Personen bezogenes Verhalten,
- b) auf die eigene Person bezogenes Verhalten,
- c) gegenstandsbezogenes (neutrales) Verhalten des Kindes

Ebene II: Manifestationsbereich des aggressiven Verhaltens:

- a) Elternhaus und häusliche Umgebung,
- b) schulische Umgebung und Unterrichtsebenen,
- c) Freizeitbereich, Freunde

Ebene III: Offenheit und Form der aggressiven Interaktionen:

- a) verbal-direkt gerichtete Interaktionen,
- b) nonverbal-direkt gerichtete Interaktionen,
- c) verbal-indirekt gerichtete Interaktionen (verdeckt-hinterlistiges Verhalten mit verbalen Formen),
- d) nonverbal-indirekt gerichtete Interaktionen (verdeckte Angriffe, Dinge wegnehmen oder zerstören u. ä. m.)

Ebene IV: Ausprägungsgrad der aggressiven Interaktionen:

- a) stark ausgeprägte (pathologische) Bereitschaft zur Aggression (vor allem mit Bezug auf Ebene I, II und III),
- b) mittelmäßig (alters- und situationsentsprechend durchschnittlich, nicht pathologisch) ausgeprägte Bereitschaft,
- c) nicht oder kaum nachweisbar ausgeprägte Bereitschaft

Ebene V: Grad der sozialen Erwünschtheit der Interaktionen:

- a) sozial-unerwünschtes aggressives Interaktionsverhalten,
- b) sozial-erwünschtes, erzieherisch-intendiertes Interaktionsverhalten (begrenzt auf bestimmte der o.g. Ebenenaspekte)

Ebene VI: Aktivität-Passivität des Interaktionsverhaltens

- a) selbständiges Ausführen (Realisierung) einer sozialen Interaktion (gleich welchen aggressiven Ausprägungsgrades),
- b) passives Verhalten i.S. eines „parteiübergreifenden Beobachters“

Tab. 2: Tyler-Matrix-orientierte Typen individueller aggressiver sozialer Interaktionsmuster bei Kindern

- Typ I:* Verbal-direkte aggressive Interaktionen gegenüber Anderen (Beschimpfungen, Beschuldigungen, Anschreien usw.); Bezug nur zu Kategorien IV (a), IV (b), V (a) und VI (a) in Tab. 1
- Typ II:* Nonverbal-verdeckte (teilweise hinterlistige) aktive aggressive Interaktionen gegenüber Anderen (z. B. Kameraden aus dem Hinterhalt plötzlich verprügeln, angreifen usw.); Bezug nur auf Kategorien IV (a), V (a) und VI (a) in Tab. 1
- Typ III:* Nonverbal-direkte, offene und aktive aggressive Interaktionen (körperliche Attacken, Beiseiteschieben, Stehenlassen); Bezug primär nur auf IV (a)- und V (a)-Kategorien in Tab. 1
- Typ IV:* Nonverbal-direkte, gegenstandsbezogene (beschädigende) neutrale aggressive Reaktionsmuster; Bezug nur zur Kategorie V (a) und VI (a) in Tab. 1
- Typ V:* Verbal-verdeckte (z. T. hinterlistige) und nonverbal-verdeckte passive (parteiergreifende) aggressive Interaktionen; Bezug nur zu Kategorien I (a), IV (a), V (a) in Tab. 1
- Typ VI:* Sozial-erwünschte, nicht aggressive (aktive wie passive) Interaktionsmuster (gegenstands- und personenbezogen); Bezug auf Kategorien I (a), (b), (c), II (a), (b), (c) sowie IV (c).

Plastische Typcharakterisierungen (Auswahl), die *Extrema* darstellen:

- Typ I:* Zänkische Kinder, „Maulhelden“;
- Typ II:* Hinterhältige, feindselige Kinder (oft gepaart mit sozialer Angst);
- Typ III:* Aggressiv-impulsive Kinder;
- Typ IV:* „Wutumleitende“, explodierende Kinder;
- Typ V:* Aggressiv-gehemmte, „feige“ und/oder selbstunsichere Kinder;
- Typ VI:* Kaum vorfindbarer „Idealtyp“ praktisch fehlender aggressiver Interaktionsmuster.

nisch-ambulant Möglichkeiten – auch mit Kleingruppen von 3–4 Kindern. Wichtigste Zielstellungen dieses Trainings- und Interventionsprogrammes sind – verkürzt gesagt – die folgenden:

- Entspannte und ruhige Situationseinordnung und -interpretation;
- Verbesserung der Realitätsangemessenheit der sozialen Wahrnehmung;
- Situationsangemessene soziale Selbstbehauptung (-durchsetzung) und soziale Selbstreflexion („was geschieht durch mich in der Situation?“);
- Förderung sozial-kooperationskompetenter Verhaltensbereitschaft und Differenzierung des Partner-Fremdbildes (Zimmermann 1986 b);
- Förderung sozialer Selbstkontrolle (Selbststeuerung, -instruktion);
- Verbesserung der sozialen und emotional-affektiven Empathie, der sozialen Dezentrierung des Kindes in der gegebenen Situation;
- Verbesserung der Folgenkalkulation eigenen sozialen Handelns.

2.4 Effektivitäts- und therapieorientierte Messung

Als effektivitäts- und interventionsbegleitende diagnostische Instrumente wurden sowohl psychometrisch-standardisierte Testverfahren als auch (standardisierte und quantifizierte) Beurteilungsmethoden eingesetzt. Wir wollen hier orientierend und auswählend nur auf die drei wesentlichsten Methoden rekurrieren, die dann auch später in den Ergebnissen Erwähnung finden werden und der Erklärung bedürfen:

- Der Beobachtungsbogen für aggressives Verhalten (BAV) mit 14 konkreten aggressiven Verhaltenskate-

gorien aus Petermann und Petermann (1984, S. 44 ff.), der durch Pädagogen und Psychologen für jedes Kind zu den beiden Zeitpunkten (prä-post) bearbeitet wurde.

- Der interventions- und therapiezielorientierte psychometrische Screening-Test des „Kooperationsbezogenen Partner-Fremdbildes“ (KPB-Test, vgl. Zimmermann 1986 b) in altersmodifizierter Form.
- Der altersentsprechend etwas modifizierte Test zur sozialen Selbstbeurteilung (SBS-Test, Zimmermann 1985), ohne Verwendung der entsprechenden Normen für ältere Schüler, die bis 14 Jahre reichen.

3 Stichproben

Wir konzentrieren uns hier ausschließlich auf die o. g. 3 Ziele:

- Für die schrittweise DDR-Adaptation und Modifikation des EAS-Ansatzes wurden in mehreren Analyse-etappen insgesamt 700 Kinder (je 350 Mädchen und Jungen im Alter von 9–11 Jahren) untersucht.
- Für die Analyse und Differenzierung trainings- und therapierelevanter Typen aggressiver sozialer Interaktionsmuster auf der Basis der individuellen Tyler-Matrizen wurden 100 sozial-unauffällige Normalschüler sowie 90 deutlich neurotisch-verhaltensgestörte Kinder gleichen Alters (9–11 Jahre) mit auffälliger Aggressivität, sozialer Unsicherheit und/oder Gehemmt-heit als klinische Extremgruppe untersucht (zwischenzeitlich wurden in der klinischen Praxis weitere Gruppen von Kindern mit analoger Symptomatik einbezogen).

- c) Für die Analyse ausgewählter psychologischer Interventions- und Trainingselemente zum Abbau überstarker aggressiver Interaktionsmuster und zum Aufbau angemessener sozialer Techniken wurden 20 zum Teil sehr auffällige verhaltensgestörte Kinder ausgewählt, die auch deutliche Symptome sozialer Angst und Unsicherheit aufwiesen. Wir beziehen im vorliegenden Beitrag 10 ausgewählte Einzelfall-Analysen (Prä-Post-Vergleiche) in unsere Betrachtungen ein.

4 Empirische Ergebnisse

4.1 DDR-Adaptation des EAS-Verfahrens

Wir wollen hier nicht im Detail auf die Ergebnisse der verschiedenen teststatistischen Analysen der schrittweisen DDR-Adaptation und ersten Bemühungen zur Umstandardisierung für die Anwendung bei 9–11-jährigen Kindern eingehen, da dies in zitierten Quellen zusammengefaßt erfolgt ist. Für unser Verständnis sollen nur folgende wesentliche Akzente zur DDR-Modifikation des EAS-Ansatzes gesetzt werden:

- a) Das Verfahren eignet sich wegen seiner nachweislichen ökologischen und differentialdiagnostischen Validität für den Einsatz in der klinischen Praxis in einer leicht modifizierten Version. Es realisiert konsequent einen (wenn auch noch fiktiven) Situations-Handlungs-Bezug und ist für die untersuchten Kinder personennah, erlebnisintensiv und wirklichkeitsnah. Die aufgenommenen 22 fiktiven Situationen sind auch bei unserer Anwendung für Mädchen und Jungen differenzierbar gestaltet. Die zusätzlichen illustrativen Bildmaterialien haben sich nach unseren ersten Ergebnissen eventuell auch als z. T. verzichtbar erwiesen (obgleich hierzu, trotz geprüfter statistischer Indifferenzen, sicher noch verschiedene Meinungen zu diskutieren sind und wir die Bildvariante gleichrangig nutzen). Für die jetzt existierende DDR-Version des Verfahrens liegen erste Normen für 9–11-jährige Kinder vor, die eine solide Differenzierung zwischen unauffälligen und verhaltensgestörten Kindern mit starker aggressiver Verhaltensbereitschaft erlauben.
- b) Die Validität des EAS-Verfahrens, insbesondere seine differentialdiagnostische Eignung, konnte in verschiedenen multivariaten Analysen nachgewiesen werden (vgl. u. a. Zimmermann 1986 a, 1987).
- c) Auch mit neuen *eigenen* Verfahrensentwicklungen auf direkt handlungsorientierter und prozeßbezogener, experimenteller Basis, die erstmals auch grundsätzlich *neue* psychodiagnostische Paradigmata in der klinischen Praxis umsetzen (Zimmermann 1987, 1989 a), konnten interessante diskriminanzanalytische Validitätsbelege für diesen fiktiven Situations-Test-Ansatz gewonnen werden.

4.2 Interventionszielorientierte Typenanalysen

Nach dem Vorliegen der individuellen qualitativ-psychometrischen Auswertung sensu individuelle *Tyler*-Matrix wird für jedes Kind das spezifische individuelle Interventions- bzw. Trainingsprogramm (zugleich mit den entsprechenden Schwerpunkten für die Elternmitarbeit und -beratung) festgelegt. Zum Beispiel würde bei dem individuellen Reaktionstyp III die Verbesserung der sozialen Selbststeuerung, Selbstkontrolle und -reflektion, die Erhöhung der sozialen Frustrationstoleranz, der sozialen Partnerwahrnehmungen u. ä. m. im Vordergrund der therapeutischen Bemühungen stehen müssen. Diese besondere Bedeutung der spezifischen reaktionsbezogenen Typen-Differenzierung für das klinisch-praktische Vorgehen bei der Intervention konnte durch zahlreiche empirische Befunde bestätigt werden. Wir wählen hier nur zwei Befunde stellvertretend dafür aus:

a) Alle Antworten von 100 Normalschülern zu den 22 fiktiven Situationsitems (pro Kind wurden *Tyler*-Matrix-bezogene die gewählten Alternativen fixiert), also $22 \cdot 100 = 2200$ Reaktionen, wurden geschlechtsgetrennt zusammengestellt und verglichen mit den jeweiligen geschlechtsgetrennten *Tyler*-Matrizen der verhaltensgestörten (Vhst.) Mädchen und verhaltensgestörten Jungen der o. g. Extremgruppe. Wir erwarteten deutliche Typendifferenzierungen mit spezifischer Interventionsrelevanz. Diese Erwartung wurde mit einem entsprechenden statistischen Test für unabhängige Stichproben (χ^2 -Brand-Snedecor-Test, vgl. Weber 1980, S. 207) überprüft und sehr signifikant bestätigt (für beide Differenzierungsebenen, $p < 0,001$), was wir zur Übersicht in *Tabelle 3* dargestellt haben. Sie macht deutlich:

Die *Tyler*-Matrix-bezogenen Reaktionstypen erlauben eine solide Differenzierung zwischen unauffälligen, sozial-integrierten Normalschülern und deutlich verhaltensgestörten (neurotischen) Schülern, und zwar bezogen auf beide Geschlechter. Dabei fallen bei den Vhst.-Schülern übersignifikante (überzufällige) Häufigkeiten in der Repräsentation der Typen II und III auf, während die Reaktionstypen I, IV und VI bei den Normalschülern (letzterer besonders bei den Mädchen) überrepräsentiert sind. Bei den Normalschülern ist allerdings – wie schon unsere Umstandardisierungs-Analysen deutlich belegten (Zimmermann 1986 a) – die Tendenz, sozial-erwünscht zu antworten, nicht auszuschließen und gab zu entsprechenden Konsequenzüberlegungen Anlaß (Kontrollskala wäre nötig).

b) Fragen wir nach den bereits angesprochenen *geschlechtsdifferenzen* Typenstrukturen (wie sie in Tab. 3 bereits sichtbar wurden), so kann die Annahme von wesentlichen und damit interventionsorientierten Reaktionsmuster-Unterschieden wiederum statistisch hochsignifikant bestätigt werden, was wir in *Tabelle 4* vereinfacht zusammengefaßt haben. Diese Hypothesenbestätigung trifft sowohl für die Normalschüler (N) als auch die Verhaltensgestörten (Vhst.) gleichen Alters zu (in beiden Gruppierungen ist der χ^2 -Wert mit 86,36 bzw. 32,63 hochsignifikant; $p < 0,001$). Für die Normalschüler kann danach festgestellt werden: Jungen neigen im allgemeinen mehr zu verbal-direkten und offen-aggressiven sozialen Interaktionen gegenüber anderen Schülern und/oder Gegenständen als dies bei Mädchen der Fall ist. Diese bevorzugen generell weit mehr sozial-erwünschte Reaktionsmuster und zeigen keine besonderen Typendifferenzierungen. Sie weisen auch generell niedrigere Gesamt-Aggressivitätswerte als die Jungen auf.

Bei den verhaltensgestörten Kindern fällt auf, daß die Jungen lediglich hinsichtlich direkter körperlicher Aggressionen deut-

Tab. 3: Vergleich der Häufigkeitsverteilungen der Tyler-Matrix-Reaktionstypen zwischen männlichen Normalschülern (N) und männlichen verhaltensgestörten Schülern (Vhst.), linke Seite und zwischen den entsprechenden weiblichen Schülern, rechte Tabellenseite

Reaktions-Typ der Tyler-Matrix (i)	Jungen			Mädchen		
	(N)	Vhst.)	T = (a _i + b _i)	(N)	(Vhst.)	T = (a _i + b _i)
	(n = 50)	(n = 40)		(n = 50)	(n = 40)	
	a _i	b _i		a _i	b _i	
I	160	101	261	84	81	165
II	35	104	139	30	82	112
III	60	92	152	35	68	103
IV	104	64	168	44	56	100
V	45	75	120	23	46	69
VI	602	346	948	785	458	1243
keinem Typ zuordenbare Antwortmöglichkeit:	94	98	192	99	89	188
Summenwerte:	T _a = 1100	T _b = 880	T = 1980	T _a = 1100	T _b = 880	T = 1980
Chi ² -Werte:	117,53 ((Chi ² _{0,001;6}) = 22,5)		107,33			
Signifikanz:	(p < 0,0001)			(p < 0,001)		

Tab. 4: Vergleich der Häufigkeitsverteilungen der Tyler-Matrix-Reaktionstypen zwischen Jungen und Mädchen, (J) und (M), der Normalschüler, linke Seite, und zwischen Jungen und Mädchen der verhaltensgestörten Schüler, rechte Tabellenseite

Reaktionstyp (i)	Normalschüler			verhaltensgestörte Schüler		
	(J)	(M)	T _i	(J)	(M)	T _i
I	160	84	244	101	81	182
II	35	30	65	104	82	186
III	60	35	95	92	68	160
IV	104	44	148	64	56	120
V	45	23	68	75	46	121
VI	602	785	1387	346	458	804
keinem Typ zuordenbare Antwortmöglichkeit:	94	99	193	98	89	187
Chi ² -Wert:	86,36			32,63		
Signifikanz:	(p < 0,001)			(p < 0,001)		

lich dominieren und auch weit weniger sozial-erwünschte Reaktionsmuster als die Mädchen aufweisen. Insgesamt aber – dies erscheint uns wichtig – sind die Differenzierungen zwischen Mädchen und Jungen auf der Ebene der Verhaltensstörungen weit weniger markant als dies sonst bei unauffälligen Normalschülern Realität in diesem Alter ist.

4.3 Einzelfallanalysen

Bei den ausgewählten 10 Einzelfallanalysen wurden die oben unter 4.2 schon beschriebenen Test- und Beobachtungsverfahren angewandt, und zwar auf der Basis eines Prä-Post-Analyse-Planes. Die Interventionen, die in Einzelbehandlungen mit ca. 8–12 Sitzungen in einem Zeitraum von ca. 3–4 Monaten realisiert wurden, bilden die Grundlage der Vergleiche. Bei dem „SBS-Test“ wurden die Dimensionen soziale Kontaktbereitschaft, Ko-

operationsbereitschaft sowie soziale Anpassungs- und Führungskompetenz zu einem SBS-Gesamtwert verrechnet (SBS global). Dieser Gesamtwert liegt als T-Skalen-Normwert vor, den wir jedoch nur in Orientierung an der ältesten Kindergruppe (11 Jahre) anwenden konnten, während für die anderen Kinder diese Normen (die hier an sich für Einzelfallanalysen von sekundärer Bedeutung sind, da es um nachweisliche Veränderungen und nicht um die Zuordnung „normal“ oder „auffällig“ geht) Groborientierungen bildeten. Analog ist es beim eingesetzten KPB-Test. Neben den psychometrischen Tests wurde der „BAV“ (vgl. oben 4.2) eingesetzt. Es wurden die 14 Verhaltens-Kategorien (mit der Skalierung von 1 bis 5, die den Ausprägungsgrad der betreffenden Kategorie erfaßte), die letztlich auch der inhaltlichen Strukturierung mittels der Tyler-Matrix zugrunde liegen, verwen-

det. Wir konzentrieren uns hier auf die *aktiven aggressiven* Verhaltenskategorien des BAV, welche nun für jeweils eine spezifische Beobachtungsstunde während der außerschulischen Aktivitäten für jeden Schüler beurteilt wurden. Urteiler waren Pädagogen (Lehrer, Erzieher) und Psychologen aus der klinischen bzw. pädagogischen Praxis:

- 1) Schadenfreudiges, zynisches Verhalten,
- 2) Lautes Anschreien, Anbrüllen usw.,
- 3) Hinterhältiges, aber aktives Verhalten (Beinstellen, Hilfsverweigerung usw.),
- 4) Körperliche direkte Aggressionen (Boxen, Schlagen ...),
- 5) Selbstbeschimpfungen, Selbstironie,
- 6) Autoaggressives Verhalten (Nägelknabbern, Haare-ausreißen usw.),
- 7) Gegenstandsbezogene aktive Aggressionen.

Als *nicht-aggressive* Verhaltenskategorien gehen aus dem BAV als *positive sozial-kompetente* Verhaltensformen ein:

- 8) Angemessene soziale Selbstbehauptung (Meinungen, Kritik vertragen),
- 9) Soziale Kooperations- und Kompromißbereitschaft,
- 10) Soziale Selbstkontrolle des Verhaltens (Ablenkung bei Wut z. B.),
- 11) Soziale Empathie und Dezentrierung (Hineindenken, Zuhören usw.).

Für alle Test- und Beobachtungs-Daten wurden Prä-Post-Vergleiche auf der Basis des statistisch angemessenend (A)-Tests zum Vergleich korrelierender (abhängiger) Stichproben (Diehl und Kohr 1979, S. 36 ff.) durch-

geführt. Dabei wurden die Test- und Beobachtungsparameter von jedem Schüler zu zwei Zeitpunkten (vor und nach der beabsichtigten Intervention) erhoben. In der nachfolgenden Tabelle 5 sind die wesentlichsten Ergebnisse orientierend zusammengefaßt. Sie besagen vereinfacht:

Es lassen sich einzelfallanalytisch insgesamt sehr signifikante bzw. signifikante Interventionseffekte mit klinischer Relevanz i. S. der erwarteten trainingsorientierten und erzieherisch-intendierten Zielstellungen (vgl. Punkt 2.3) bei den 10 Verlaufsanalysen nachweisen ($p < 0,001$ bzw. 0,01 und 0,05). Es zeigt sich dabei bei den meisten analysierten Verläufen nach der Beendigung der Interventionen ein mehr kooperationsorientiertes, d. h. eher sozial-kompetentes, besser kontrolliertes, abwartendes und folgenantizipierendes Interaktionsverhalten als dies zu Beginn der Intervention zum Abbau aggressiver sozialer Interaktionsmuster der Fall ist. Besonders deutlich wird dieses Interventionsergebnis – welches allerdings noch *nichts* über die *langzeitliche* Relevanz (und damit die katamnestischen Aspekte) der nachgewiesenen Effekte aussagt – bei der Betrachtung der deutlichen Zunahmen der Interaktionskategorien 8), 9), 10). Kategorie 11) ist nach unseren Resultaten nicht primär für eine (hier ja vorliegende und nicht speziell überprüfbare) Fremdbeurteilung geeignet, möglicherweise sind solche Variablen wie soziale Empathie, Dezentrierung u. ä. in diesem Alter ohnehin schlecht beurteilbar.

Zugleich findet sich ein statistisch ebenfalls bestätigter markanter Rückgang starker aggressiver sozialer Interaktionsmuster, die zudem deutlicher negativer sozialer

Tab. 5: Ergebnisse der Einzelfallanalysen (A-Tests für die Prä-Post-Analysen), jeweils Mittelwerte der 10 Paar-Differenzen vor und nach der Intervention

Test-Daten und Ratings	prä	post	(A-Test)	Signifikanz
SBS _{global}	40,18	51,54	0,193	(p < 0,05)
KPB-T	38,37	52,03	0,105	(p < 0,001)
BAV				
- 1)	3,7	2,2	0,098	(p < 0,001)
- 2)	3,9	3,0	0,274	(p = 0,05)
- 3)	3,2	2,1	0,122	(p < 0,001)
- 4)	3,9	2,0	0,085	(p < 0,001)
- 5)	2,8	2,3	0,326	(p > 0,05) n. s.
- 6)	3,1	2,2	0,180	(p < 0,01)
- 7)	3,4	2,9	0,295	(p > 0,05) n. s.
- 8)	1,6	3,1	0,133	(p < 0,001)
- 9)	2,6	3,6	0,191	(p < 0,05)
- 10)	1,8	2,7	0,202	(p < 0,05)
- 11)	2,0	2,1	0,698	(p > 0,05) n. s.
<hr/>				
(A)-Test-	$A_{(0,05;9)} = \underline{0,276}$		$A_{(0,01;9)} = \underline{0,185}$	$A_{(0,001;9)} = \underline{0,139}$
Kritische Werte*:				
<hr/>				
H_0 -Annahme, wenn $A_{emp.} \geq A_{crit}(\alpha;F_g)$				
H_0 -Ablehnung, wenn $A_{emp.} < A_{crit.}(\alpha;F_g)$				
<hr/>				

* (vgl. Tabelle in Diehl und Kohr, 1979)

Saktionierung (Unerwünschtheit) unterliegen. Besonders vermindern sich in der Fremdbeurteilung der Kinder hinterhältiges (verbales wie nonverbales-direktes) Verhalten, aggressives körperliches Verhalten und Autoaggressionen. Diese Resultate stehen in guter Übereinstimmung mit anderen Befunden von *Drescher* (1987, 75 ff.). Daß die Verminderung überstark ausgeprägter aggressiver sozialer Interaktionsmuster im Kindesalter eine zentrale Aufgabenstellung sowohl im Umgang mit ihnen aus pädagogisch- wie klinisch-psychologischer Sicht impliziert und zahlreiche Elternberatungsaspekte tangiert, daran ist sicher nicht zu zweifeln (vgl. auch *Specht* 1984, *Schütze* 1987, 1988, *Zimmermann* 1989 a, b).

Relativ geringe (klinisch nicht relevante) Veränderungen finden sich demgegenüber bei den (aggressiven) Selbstbeschimpfungen und gegenständlichen aggressiven Aktivitäten. Diese dienen u.U. als notwendiges „Ventil“ bei einigen Kindern, welche noch interne Steuerungsschwierigkeiten haben, aber veränderungsmotiviert sind und „Wut nach innen ablassen“. Solches Verhalten soll allerdings auch bei Erwachsenen öfter vorkommen(!?).

Summary

Intervention-oriented Diagnosis of Aggressive Social Behaviour in Childhood

In the last eight years we adapted an especially new developed psychodiagnostic and training- and intervention-oriented approach for assessment of social aggressive behaviour of children in concrete situations by *Petermann* and *Petermann* (1980), directed to aggressive behaviour techniques of middle-age school-children. Our several theoretical, empirical (experimental) efforts we realized with reference to the following three aims:

- 1) Psychometrical and education-oriented judgment of relevant aspects of readiness of aggressive behaviour in different social situations and evaluation of aspects of necessity for training- and therapy-interventions (formation of competent social behaviour).
- 2) Psychometrical and intervention-related evaluation of different styles and types of aggressive social interactions (based on so called "Tyler-matrix") of the child in social situations and
- 3) Different education-related training-techniques aimed at the reduction of inadequate aggressive behaviour-strategies and the aquisition of competent social behaviour techniques and self-efficacy in the practice of interaction, related to the different styles and types of aggressive interaction of the child.

In our assessment and research procedures we examined about 700 children (9–11 years aged) in relation to the different aspects of clinical practice (see the three main points of our aims).

The new diagnostic and intervention-oriented approach in our GDR-adaptation and -standardization can be considered as suitable for the psychometric areas as well as for the several types and forms of training and/or psychotherapy for overcoming aggressive behaviour strategies in childhood. We could realize a very good differentiation between several *Tyler*-matrix-related types of aggressive social interaction pattern in relation to behaviour disturbed and normal pupils as well as for several results in training-related (therapy-orientated) procedures.

Literatur

- Diehl, J. M. und Kohr, H. U.* (1979): Durchführungsanleitungen für statistische Tests. Weinheim: Beltz. – *Drescher, J.* (1987): Elternberatung bei aggressiven Kindern. In: *Petermann* (1987), S. 64–83. – *Petermann, F.* (Hrsg.) (1987): Verhaltensgestörtenpädagogik. Neue Ansätze und ihre Erfolge. Berlin (West): Marhold. – *Petermann, F. und Petermann, U.* (1980): Erfassungsbogen für aggressives Verhalten in konkreten Situationen (EAS). Braunschweig: Westermann-Testverlag. – *Petermann, F. und Petermann, U.* (1984): Training mit aggressiven Kindern (2. Auflage, 3. Auflage 1988). München: Urban und Schwarzenberg. – *Plaum, E.* (Hrsg.) (1988): Eklektizismus in der Psychologie. Heidelberg: R. Asanger. – *Schütze, O.* (1987): Endogene und exogene Bedingungen psychosozialer Fehlentwicklungen. Jena: Friedrich-Schiller-Universität. – *Schütze, O.* (1988): Pädagogisch-psychologische Probleme der Heimerziehung. Jena: Friedrich-Schiller-Universität. – *Selg, H.* (1988): Psychologie der Aggressivität. Göttingen: Hogrefe. – *Specht, F.* (Hrsg.) (1984): Basistexte und Materialien zur Erziehungs- und Familienberatung. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht. – *Weber, E.* (1980): Grundriß der biologischen Statistik. Jena: Fischer. – *Zimmermann, W.* (1984): Psychologische Probleme der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen (incl. Testkompendien). Leipzig: Thieme. – *Zimmermann, W.* (1985): Selbstbeurteilung des Sozialverhaltens der Schüler (SBS-Test). Berlin-DDR: Psychodiagnostisches Zentrum. – *Zimmermann, W.* (1986 a): Zur Weiterentwicklung und Umstandardisierung eines Ansatzes zur Diagnostik aggressiven Sozialverhaltens im Kindesalter. Psychiat., Neurol., med. Psychol., 36, 337–344. – *Zimmermann, W.* (1986 b): Verfahren zur Diagnostik des kooperationsbezogenen Partner-Fremd-Bildes (KPB-Test). Göttingen: Hogrefe. – *Zimmermann, W.* (1987): Prozeßdiagnostik prosozial-kooperativer Lernfähigkeit. Ein neuer Ansatz zur Persönlichkeitsdiagnostik des Kindes. Frankfurt (Main): Athenäum. – *Zimmermann, W.* (1989 a): Psychodiagnostik sozial-kooperativen Verhaltens – ein neuer experimenteller Ansatz. Leipzig: S. Hirzel. – *Zimmermann, W.* (1989 b): Einige Aspekte der Differentialdiagnostik psychosozialer Fehlentwicklungen im Kindes- und Jugendalter. In: *Schütze, O.* (Hrsg.): Diagnostik psychosozialer Fehlentwicklungen im Kindes- und Jugendalter. Jena: Friedrich-Schiller-Universität.

Anschr. d. Verf.: Dipl.-Psychologe Doz. Dr. sc. phil. Wolfram Zimmermann, Funktionseinheit Kreiskrankenhaus-Poliklinik Bernau (Berlin) Fachabteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie, Breitscheidstraße 41, DDR-1280 Bernau (bei Berlin).