

Karpinski, Norbert A. / Petermann, Franz und Borg-Laufs, Michael
Die Effizienz des Trainings mit aggressiven Kindern (TaK) aus der Sicht der Therapeuten

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 48 (1999) 5, S. 340-350

urn:nbn:de:bsz-psydok-41499

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

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

BARTH, R.: Ein Beratungsangebot für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern – Konzeption und erste Erfahrungen der Beratungsstelle „MenschensKind“ (Parent-Infant-Programme „MenschensKind“ – Concept and Outcomes of the First Three Years)	178
KRAUS, D.: „Jugendreligionen“ zwischen Fluch und Segen („Destructive Cults“: Part Curse, Part Blessing)	192
LUXEN, U.; SENCKEL, B.: Die entwicklungsfreundliche Beziehung – Transfer psychotherapeutischer Konzepte und Methoden in die heilpädagogische Arbeit mit lern- und geistig behinderten Kindern (The Development-Friendly Relationship – Transfer for Psychotherapeutic Concepts and Methods to Therapeutic Pedagogical Work with Learning Impaired Mentally Handicapped Children)	37
MEURS, P.; CLUCKERS, G.: Das Verlangen nach Verflochtenheit mit der Herkunftskultur – Migrantenfamilien in psychodynamischer Therapie (The Desire for Interwovenness with the Culture of Origin – Migrant Families in Psychodynamic Therapy)	27

Originalarbeiten / Originals

BEELMANN, W.; SCHMIDT-DENTER, U.: Normierung der deutschsprachigen Fassung des Family Relations Tests (FRT) für Kinder von vier bis fünf Jahren (Standardization of the German Version of the Family Relations Test (FRT) for Children of Four to Five Years of Age)	399
FEGERT, J.M.; PROBST, M.; VIERLBÖCK, S.: Das an Neurodermitis erkrankte Kind in der Familie – eine qualitative Untersuchung zu Auswirkungen und zur Bewältigung der Erkrankung (Children suffering from Atopic Eczema and their Families. A Qualitative Interview-Study on Family Coping)	677
GLOGER-TIPPELT, G.: Transmission von Bindung bei Müttern und ihren Kindern im Vorschulalter (Transmission of Attachment in Mothers and Their Preschool-Aged Children)	113
GOMILLE, B.; GLOGER-TIPPELT, G.: Transgenerationale Vermittlung von Bindung: Zusammenhänge zwischen den mentalen Bindungsmodellen von Müttern, den Bindungsmustern ihrer Kleinkinder sowie Erlebens- und Verhaltensweisen der Mütter beim Übergang zur Elternschaft (Transgenerational Transmission of Attachment: Relations Between Mothers' Mental Models of Attachment and Their Infants' Patterns of Attachment, as well as Mothers' Experiences and Interaction Behavior During Transition to Parenthood)	101
HESEL, A.; GEYER, M.; PLÖTTNER, G.; BRÄHLER, E.: Zur Situation der Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse bevölkerungsrepräsentativer Befragungen (The Situation of Young People in Germany – Results of a Representative Survey)	465
HIRSCHBERG, W.: Sozialtherapie bei Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens – Ergebnisse und Katamnesen (Social Therapy with Conduct-disordered Adolescents – Results and Catamnestic Data)	247
HÖGER, C.; WITTE-LAKEMANN, G.: Von Kinderpsychiatern moderierte pädiatrische Qualitätszirkel – eine geeignete Qualitätssicherungsmaßnahme in der Psychosomatischen	

Grundversorgung? (Pediatric Quality Circles Moderated by Child Psychiatrists – A Suitable Quality Assurance Measure in Psychosomatic Basic Care?)	723
HUMMEL, P.: Familiärer Alkoholmißbrauch im Kontext von Sexual- und Körperverletzungsdelikten durch männliche Jugendliche und Heranwachsende (Familial Alcohol Abuse in the Context of Sexual and Assault Offences Committed by Males Between the Age of 14 and 20 Years)	734
KARDAS, J.; LANGENMAYR, A.: Sozial-emotionale und kognitive Merkmale von Scheidungskindern und Kindern aus Zwei-Eltern-Familien – ein querschnittlicher Vergleich (Social-emotional and Cognitive Characteristics of Children of Divorce and Children from Two-Parent-Families – a Cross-Sectional Comparison)	273
KARLE, M.; KLOSINSKI, G.: Sachverständigen-Empfehlungen zur Einschränkung oder zum Ausschluß des Umgangsrechts (Expert Advice Concerning the Limitation or Suspension of the Right of Visitation)	163
KARPINSKI, N.A.; PETERMANN, F.; BORG-LAUF, M.: Die Effizienz des Trainings mit aggressiven Kinder (TaK) aus der Sicht der Therapeuten (The Efficacy of the „Training mit aggressiven Kinder (TaK)“ – the Viewpoint of the Therapists)	340
KLEIN, S.; WAWROK, S.; FEGERT, J.M.: Sexuelle Gewalt in der Lebenswirklichkeit von Mädchen und Frauen mit geistiger Behinderung – Ergebnisse eines Forschungsprojekts (Sexualised Violence in the Life World of Girls and Women with Mental Handicap – Results of a Research Project)	497
KLOPPER, U.; BERGER, C.; LENNERTZ, I.; BREUER, B.; DEGET, F.; WOLKE, A.; FEGERT, J.M.; LEHMKUHL, G.; LEHMKUHL, U.; LÜDERITZ, A.; WALTER, M.: Institutioneller Umgang mit sexuellem Mißbrauch: Erfahrungen, Bewertungen und Wünsche nichtmißbrauchender Eltern sexuell mißbrauchter Kinder (Professional Approach in the Management of Sexual Abuse in Children and Adolescents: Experiences of Parents of Sexual Abused Children and their Evaluation of Professional Approach)	647
LAEDERACH-HOFMANN, K.; ZUNDEL-FUNK, A.M.; DRÄYER, J.; LAUBER, P.; EGGER, M.; JÜRGENSEN, R.; MUSSGAY, L.; WEBER, K.: Körperliches und psychisches Befinden bei 60- 70jährigen Bernerinnen und Bernern mit neurotischen Symptomen im Kindesalter – Eine Untersuchung über mehr als 50 Jahre (Emmental-Kohorte) (Physical and Emotional Well-being in 60 to 70-Years-old Bernese Subjects with Neurotical Symptoms in Childhood – A Prospective Investigation over more than 50 Years (Emmental Cohort))	751
LANDOLT, M.A.; DANGEL, B.; TWERENHOLD, P.; SCHALLBERGER, U.; PLÜSS, H.; NÜSSLI, R.: Elterliche Beurteilung eines psychoonkologischen Betreuungskonzeptes in der Pädiatrie (Parental Evaluation of a Psychosocial Intervention Program in Pediatric Oncology)	1
LAUTH, W.; KOCH, R.; REBESCHIESS, C.; STEMANN, C.: Aufmerksamkeitsstörungen und Gedächtniskapazitäten bei sprachauffälligen und unauffälligen Kindern (Attention Deficit Disorder and Memory Capacity in Language-impaired and Inconspicuous Children)	260
LUDEWIG, A.; MÄHLER, C.: Krankengymnastische Frühbehandlung nach Vojta oder nach Bobath: Wie wird die Mutter-Kind-Beziehung beeinflusst? (Vojta- or Bobath-Physiotherapy with Children: How is the Mother-Child-Relationship affected?)	326
NAUMANN, E.G.; KORTEN, B.; PANKALLA, S.; MICHALK, D.V.; QUERFELD, U.: Persönlichkeitsstruktur und Rehabilitation bei jungen Erwachsenen mit Nierenersatztherapie (Personality and Rehabilitation in Young Adults with Renal Replacement Therapy)	155
NOTERDAEME, M.; MINOW, F.; AMOROSA, H.: Psychische Auffälligkeiten bei sprachentwicklungsgestörten Kindern: Erfassung der Verhaltensänderungen während der Therapie	

anhand der Child Behavior Checklist (Behavioral Problems in Language-Impaired Children: Therapy Evaluation Using the Child Behavior Checklist)	141
PAULI-POTT, U.; RIES-HAHN, A.; KUPFER, J.; BECKMANN, D.: Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung des „frühkindlichen Temperaments“ im Elternurteil – Ergebnisse für den Altersbereich drei bis Monate (The Construction of a Questionnaire to assess „Infant Temperament“ by Parental Judgment – Results for 3–4 Months old Infants)	231
PAULI-POTT, U.; RIES-HAHN, A.; KUPFER, J.; BECKMANN, D.: Zur Kovariation elterlicher Beurteilungen kindlicher Verhaltensmerkmale mit Entwicklungstest und Verhaltensbeobachtung (Covariation of Parental Judgements of the Child's Behavior Characteristics with Development Test and Behavior Observation)	311
ROTH, M.: Körperbezogene Kontrollüberzeugungen bei gesunden und chronisch kranken Jugendlichen (Body Related Locus of Control in Healthy and Chronically Ill Adolescents)	481
SCHEPKER, R.; TOKER, M.; EBERDING, A.: Inanspruchnahmebarrieren in der ambulanten psychosozialen Versorgung von türkeistämmigen Migrantenfamilien aus der Sicht der Betroffenen (Objections to attend Outpatient Psychosocial Facilities in Turkish Migrants from the Families' Point of View)	664
WOLFF METTERNICH, T.; DÖPFNER, M.; ENGLERT, E.; LEHMKUHL, U.; LEHMKUHL, G.; POUSTKA, F.; STEINHAUSEN, H.-C.: Die Kurzfassung des Psychopathologischen Befundsystems in der Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie – Ergebnisse einer multizentrischen Studie (The Short Form of the Clinical Assessment Scale of Child and Adolescent Psychopathology (CASCAP) as Part of the Basic Documentation of Child and Adolescent Psychiatry – Results of a Multicenter Study)	15
ZIEGENHAIN, U.: Die Stellung von mütterlicher Sensitivität bei der transgenerationalen Übermittlung von Bindungsqualität (The Relevance of Maternal Sensitivity for the Transgenerational Transmission of Attachment)	86

Übersichtsarbeiten / Reviews

BRISCH, K.-H.; BUCHHEIM, A.; KÄCHELE, H.: Diagnostik von Bindungsstörungen (Diagnostic of Attachment Disorders)	425
DU BOIS, R.: Zur Unterscheidung von Regression und Retardation (The Distinction of Regression and Retardation)	571
FAHRIG, H.: Die Heidelberger Studie zur Analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie: die angewandte Behandlungstechnik (The Heidelberg Study of Analytic Treatment of Children and Adolescents: the Applied Therapeutic Techniques of Treatment)	694
GLOGER-TIPPELT, G.: Transmission von Bindung über die Generationen – Der Beitrag des Adult-Attachment Interviews (Transmission of Attachment Across the Generations)	73
KAMMERER, E.: Entwicklungsprobleme und -risiken stark hörbehinderter Kinder und Jugendlicher – eine Herausforderung zur Einmischung an die Kinder- und Jugendpsychiatrie (Development Problems and Risks of Children and Adolescents with Severe Hearing Impairment – a Challenge for Child and Adolescent Psychiatrists)	351
RESCH, F.: Repräsentanz und Struktur als entwicklungspsychopathologisches Problem (Representation and Structure in a Developmental Psychopathology Perspective)	556
SCHMITT, A.: Sekundäre Traumatisierungen im Kinderschutz (Secondary Traumas in Child Protection)	411

SEIFFGE-KRENKE, I.: Die Bedeutung entwicklungspsychologischer Überlegungen für die Erarbeitung eines diagnostischen Inventars für Kinder und Jugendliche (OPD-KJ) (The Importance of a Developmental Perspective in the Conceptualization of a Diagnostic Instrument for Children and Adolescents (OPD-KJ))	548
STREECK-FISCHER, A.: Zur OPD-Diagnostik des kindlichen Spiels (On Operationalized Psychodynamic Diagnostics of Child Play)	580
VON KLITZING, K.: Die Bedeutung der Säuglingsforschung für die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik während der ersten Lebensjahre (The Significance of the Infant Research for the Operationalized Psychodynamic Diagnostic (OPD) during Infancy)	564

Werkstattberichte / Brief Reports

BAUERS, W.; DIETRICH, H.; RICHTER, R.; SEIFFGE-KRENKE, I.; VÖLGER, M.: Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Achse III: Konflikt (Brief Report OPD-CA (Children and Adolescents) Axis III: Conflict)	611
BÜRGIN, D.; BOGYI, G.; KARLE, M.; SIMONI, H.; VON KLITZING, K.; WEBER, M.; ZELLER-STEINBRICH, G.; ZIMMERMANN, R.: Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Achse II: Beziehungsverhalten (Brief Report OPD-CA (Children and Adolescents) Axis II: Behavior in Relations)	602
KOCH, E.; ARNSCHIED, J.; ATZWANGER, B.; BRISCH, K.H.; BRUNNER, R.; CRANZ, B.; DU BOIS, R.; HUSSMANN, A.; RENZEL, A.; RESCH, F.; RUDOLF, G.; SCHLÜTER-MÜLLER, S.; SCHMECK, K.; SIEFEN, R.G.; SPIEL, G.; STREECK-FISCHER, A.; WLEZEK, C.; WINKELMANN, K.: Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Achse IV: Strukturniveau (Brief Report OPD-CA (Children and Adolescents) Axis IV: Structural Standard)	623
LÖBLE, M.; GOLLER-MARTIN, S.; ROTH, B.; KONRAD, M.; NAUMANN, A.; FELBEL, D.: Familienpflege für Jugendliche mit ausgeprägten psychischen Störungen (Family Foster for Adolescents with Mental Disorders)	366
SCHULTE-MARKWORT, M.; ROMER, G.; BEHNISCH, A.; BILKE, O.; FEGERT, J.M.; KNÖLKER, U.: Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Achse I: Subjektive Dimensionen, Ressourcen und Behandlungsvoraussetzungen (Brief Report OPD-CA (Children and Adolescents) Axis I: Subjective Dimensions, Resources, and Preconditions for Treatment)	589
STEINBERG, H.: Rückblick auf Entwicklungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Paul Schröder (Review of Developments in Child and Adolescent Psychiatry: Paul Schroeder)	202
SUBKOWSKI, P.: Modell einer stationären psychoanalytischen integrativen Eltern-Kindtherapie (Experiences with a Concept of Psychoanalytic Treatment of Families with Children in a Clinical Environment)	438

Buchbesprechungen

AHRBECK, B.: Konflikt und Vermeidung. Psychoanalytische Überlegungen zu aktuellen Erziehungsfragen	450
BAROCKA, A. (Hg.): Psychopharmakotherapie in Klinik und Praxis	455
BARTH, K.: Lernschwächen früh erkennen im Vorschul- und Grundschulalter	219
BECKER, K.; SACHSE, R.: Therapeutisches Verstehen	638
BISSEGGER, M. et al.: Die Behandlung von Magersucht – ein integrativer Therapieansatz	450

BÖLLING-BECHINGER, H.: Frühförderung und Autonomieentwicklung. Diagnostik und Intervention auf personenzentrierter und bindungstheoretischer Grundlage	529
BURIAN, W. (Hg.): Der beobachtete und der rekonstruierte Säugling	456
CIOMPI, L.: Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Entwurf einer fraktalen Affektlogik	713
DATLER, W.; KREBS, H.; MÜLLER, B. (Hg.): Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik, Bd. 8: Arbeiten in heilpädagogischen Settings	295
DIPPELHOFFER-STIEM, B.; WOLF, B. (Hg.): Ökologie des Kindergartens. Theoretische und empirische Befunde zu Sozialisations- und Entwicklungsbedingungen	380
DÖPFNER, M.; SCHÜRMANN, S.; FRÖLICH, J.: Training für Kinder mit hyperaktivem und oppositionellem Problemverhalten – THOP	381
EGLE, U.T.; HOFFMANN, S.O.; JORASCHKY, P. (Hg.): Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung	294
EICKHOFF, F.-W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 38	211
EICKHOFF, F.-W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 39	216
ENGELBERT-MICHEL, A.: Das Geheimnis des Bilderbuches	715
ETTRICH, C.:Konzentrationstrainings-Programm für Kinder	296
FIGDOR, H.: Scheidungskinder – Wege der Hilfe	448
FISCHER-TIETZE, R.: Dumme Kinder gibt es nicht. Warum Lernstörungen entstehen und wie man helfen kann	131
FISHER, A.G.; MURRAY, E.A.; BUNDY, A.C.: Sensorische Integrationstherapie. Theorie und Praxis	790
FISSENI, H.: Lehrbuch der psychologischen Diagnostik	129
GÖPPEL, R.: Eltern, Kinder und Konflikte	387
GRÖSCHKE, D.: Praxiskonzepte der Heilpädagogik	61
HARGENS, J.; VON SCHLIPPE, A.: Das Spiel der Ideen. Reflektierendes Team und systemische Praxis	641
HERZKA, H.S.; HOTZ, R.: Tagesbehandlung seelisch kranker Kinder. Konzepte, Verwirklichung, Ergebnisse	791
HETTINGER, J.: Selbstverletzendes Verhalten, Stereotypien und Kommunikation	63
HOLTSAPPELS, H.G.; HEITMEYER, W.; MELZER, W.; TILLMANN, K.-J. (Hg.): Forschung über Gewalt an Schulen. Erscheinungsformen und Ursachen, Konzepte und Prävention	221
HOPF, H.: Aggression in der analytischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen. Theoretische Annahmen und behandlungstechnische Konsequenzen	298
KALLENBACH, K. (Hg.): Kinder mit besonderen Bedürfnissen. Ausgewählte Krankheitsbilder und Behinderungsformen	716
KELLER, H. (Hg.): Lehrbuch Entwicklungspsychologie	530
KIESE-HIMMEL, C.: Taktil-kinästhetische Störung. Behandlungsansätze und Förderprogramme	534
KLEIN-HESSLING, J.; LOHAUS, A.: Bleib locker. Ein Streßpräventionstraining für Kinder im Grundschulalter	452
KLEMENZ, B.: Plananalytisch orientierte Kinderdiagnostik	783
KÖRNER, W.; HÖRMANN, G. (Hg.): Handbuch der Erziehungsberatung, Bd. 1: Anwendungsbereiche und Methoden der Erziehungsberatung	386
KRAUSE, M.P.: Elterliche Bewältigung und Entwicklung des behinderten Kindes	215
KRUCKER, W.: Spielen als Therapie – ein szenisch-analytischer Ansatz zur Kinderpsychotherapie	209
KRUMENACKER, F.-J.: Bruno Bettelheim. Grundpositionen seiner Theorie und Praxis	637

KÜSPERT, P.; SCHNEIDER, W.: Hören, lauschen, lernen – Sprachspiele für Kinder im Vorschulalter. Würzburger Trainingsprogramm zur Vorbereitung auf den Erwerb der Schriftsprache	452
LAPIERRE, A.; AUCOUTURIER, B.: Die Symbolik der Bewegung. Psychomotorik und kindliche Entwicklung	390
LAUTH, G.W.; SCHLOTTKE, P.F.; NAUMANN, K.: Rastlose Kinder, ratlose Eltern. Hilfen bei Überaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen	785
MALL, W.: Sensomotorische Lebensweisen. Wie erleben menschen mit geistiger Behinderung sich und ihr Umwelt?	132
MENNE, K. (Hg.): Qualität in Beratung und Therapie. Evaluation und Qualitätssicherung für die Erziehungs- und Familienberatung	533
MITULLA, C.: Die Barriere im Kopf. Stereotype und Vorurteile bei Kindern gegenüber Ausländern	218
NISSEN, G.; FRITZE, J.; TROTT, G.-E.: Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter	641
NYSEN, F.; JANUS, L. (Hg.): Psychogenetische Geschichte der Kindheit. Beiträge zur Psychohistorie der Eltern-Kind-Beziehung	300
PAPASTEFANOU, C.: Auszug aus dem Elternhaus. Aufbruch und Ablösung im Erleben von Eltern und Kindern	208
PERMIEN, H.; ZINK, G.: Endstation Straße? Straßenkarrieren aus der Sicht von Jugendlichen	531
POST, W.: Erziehung im Heim. Perspektiven der Heimerziehung im System der Jugendhilfe	212
PROUTY, G.; PÖRTNER, M.; VAN WERDE, D.: Prä-Therapie	454
RATEY, J.J.; JOHNSON, C.: Shadow Syndromes	295
RETSCHITZKI, J.; GURTNER, J.L.: Das Kind und der Computer	377
ROELL, W.: Die Geschwister krebserkrankter Kinder	65
ROHMANN, U.; ELBING, U.: Selbstverletzendes Verhalten. Überlegungen, Fragen und Antworten	447
ROSENKÖTTER, H.: Neuropsychologische Behandlung der Legasthenie	382
ROST, D.H. (Hg.): Handwörterbuch Pädagogische Psychologie	528
ROTTHAUS, W.: Wozu erziehen? Entwurf einer systemischen Erziehung	788
RUDNITZKI, G.; RESCH, F.; ALTHOFF, F. (Hg.): Adoleszente in Psychotherapie und beruflicher Rehabilitation	716
SALZGEBER-WITTENBERG, I.; HENRY-WILLIAMS, G.; OSBORNE, E.: Die Pädagogik der Gefühle. Emotionale Erfahrungen beim Lernen und Lehren	383
SARIMSKI, K.: Entwicklungspsychologie genetischer Syndrome	384
SECKINGER, M.; WEIGEL, N.; VAN SANTEN, E.; MARKERT, A.: Situation und Perspektiven der Jugendhilfe	446
SELB, H.; MESS, U.; BERG, D.: Psychologie der Aggressivität	62
SHAPIRO, L.E.: EQ für Kinder. Wie Eltern die Emotionale Intelligenz ihrer Kinder fördern können	717
SHERBORNE, V.: Beziehungsorientierte Bewegungspädagogik	389
SPECK, O.: Chaos und Autonomie in der Erziehung	302
STECKEL, R.: Aggression in Videospielen: Gibt es Auswirkungen auf das Verhalten von Kindern	639
STERN, D.N.: Die Mutterschaftskonstellation. Eine vergleichende Darstellung verschiedener Formen der Mutter-Kind-Psychotherapie	535
STRASSBURG, H.M.; DACHENEDER, W.; KRESS, W.: Entwicklungsstörungen bei Kindern: Grundlagen der interdisziplinären Betreuung	214

STREECK-FISCHER, A. (Hg.): Adoleszenz und Trauma	779
STUDT, H.H. (Hg.): Aggression als Konfliktlösung? Prophylaxe und Psychotherapie	62
TEXTOR, M.R.: Hilfen für Familien. Eine Einführung für psychosoziale Berufe	787
TSCHUSCHKE, V.; HECKRATH, C.; TRESS, W.: Zwischen Konfusion und Makulatur. Zum Wert der Berner Psychotherapie-Studie von Grawe, Donati und Bernauer	134
UNRUH, J.F.: Down Syndrom. Ein Ratgeber für Eltern und Erzieher	714
VASKOVICS, L.A. (Hg.): Familienleitbilder und Familienrealitäten	376
VON KLITZING, K. (Hg.): Psychotherapie in der frühen Kindheit	373
WARNKE, A.; TROTT, G.-E.; REMSCHMIDT, H.: Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ein Handbuch für Klinik und Praxis	379
WEINERT, F.E.: Entwicklung im Kindesalter	526
WEINERT, F.E.; HELMKE, A.: Entwicklung im Grundschulalter	525
WILHELM, P.; MYRTEK, M.; BRÜGNER, G.: Vorschulkinder vor dem Fernseher. Ein psychophy- siologisches Feldexperiment	374
WINTSCH, H.: Gelebte Kindertherapie. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten des 20. Jahrhunderts im Gespräch	537
WOTTAWA, H.; HOSSIEP, R.: Anwendungsfelder psychologischer Diagnostik	129
ZURBRÜGG, G.: In einem fernen Land. Tagebuch aus einer Sonderschule	717

Editorial / Editorial	71, 543
Autoren und Autorinnen / Authors	52, 129, 207, 287, 372, 445, 514, 634, 711, 778
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	56, 288, 515
Tagungskalender / Calendar of Events	67, 137, 223, 304, 392, 459, 540, 637, 719, 794
Mitteilungen / Announcements	70, 227, 308, 395, 464, 645, 722, 797

Die Effizienz des Trainings mit aggressiven Kindern (TaK) aus der Sicht der Therapeuten

Norbert A. Karpinski, Franz Petermann und Michael Borg-Laufs

Summary

The Efficacy of the "Training mit aggressiven Kindern (TaK)" – the Viewpoint of the Therapists

In all german speaking-countries the "Training mit aggressiven Kindern" is one of the most common intervention programs for the treatment of aggressive behavior children and adolescents (conduct disorder). The following analysis examines how the users of this training program judge its efficacy. The study outlines preferentially used methods and shows which factors (e.g. practical experience, setting, gender) influence choice and judgement.

Zusammenfassung

Das „Training mit aggressiven Kindern“ ist ein weitverbreitetes Interventionsprogramm zur Behandlung aggressiven Verhaltens bei Kindern und Jugendlichen. Die folgende Analyse untersucht, wie die Anwender die Effizienz dieses Trainingsprogramms beurteilen. Es wird dargestellt, welche Methodenpräferenzen bei den Therapeuten vorliegen und welche Faktoren (z.B. Berufserfahrung, Setting, Geschlecht der Therapeuten) die Methodenauswahl und die Beurteilung des Trainings beeinflussen.

1 Einführung

Unter allen Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen ist ein behandlungsbedürftiges aggressives Verhalten die am häufigsten festzustellende Beeinträchtigung (DSM-IV, 1994). Nach den Kriterien des DSM-IV muß davon ausgegangen werden, daß 6 bis 16% aller männlichen und 2 bis 9% aller weiblichen Jugendlichen unter 18 Jahren eine behandlungsbedürftige Verhaltensstörung (Conduct Disorder) aufweisen (DSM-IV, 1994). Die Verknüpfung mit anderen Verhaltensauffälligkeiten und die multiplen Faktoren, die zur Genese und Aufrechterhaltung aggressiven Verhaltens beitragen, erfordern ein Interventionskonzept, das den faktischen Beeinträchtigungsstatus und die individuellen Bedingungsfaktoren (z.B. das familiäre und das weitere soziale Umfeld) adäquat berücksichtigt und nach Möglichkeit in die Intervention miteinbezieht. Dabei zeigen vor allem Verfahren, die die Eltern in die Intervention miteinbeziehen (Aufklärung über Fak-

toren, die das unerwünschte Verhalten begründen und aufrechterhalten, Vermittlung von effektiven Belohnungsstrategien) wirksame längerfristige Erfolge (LONG et al. 1994; ZIGLER et al. 1992). Ein im deutschsprachigen Raum weitverbreitetes Interventionsprogramm zur Behandlung aggressiver Kinder ist das „Training mit aggressiven Kindern“ (nachfolgend als TaK abgekürzt) dessen 7., völlig überarbeitete Auflage seit 1994 vorliegt (PETERMANN u. PETERMANN 1994). Bei dem Training mit aggressiven Kindern handelt es sich um eine multimodales Interventionspaket zur Behandlung aggressiver Kinder im Alter von acht bis 13 Jahren. Es baut auf einem lernpsychologischen Störungsverständnis auf. Das Behandlungskonzept des TaK geht über eine kindbezogene Strategie hinaus, indem es Einzel- und Gruppentrainings mit einer systematischen Elternarbeit verbindet (PETERMANN 1996). Die Grundlage der Einzelintervention anhand des TaK wird durch eine konsequent aus der Theorie abgeleitete oder adaptierte und behandlungsorientierte Diagnostik gebildet (WEGNER 1993). Die Befunde der Diagnostik des TaK dienen sowohl der differenzierten Feststellung der auf den Einzelfall bezogenen Behandlungs- und Beratungsziele als auch der verlaufsorientierten Veränderungsmessung (BORG-LAUFS 1996; PETERMANN u. PETERMANN 1994; WEGNER 1993). Aufgrund seiner multimodalen Konzeption erlaubt das Training mit aggressiven Kindern eine einfallspezifische Berücksichtigung von häufig mit dem Störungsbild assoziierten Beeinträchtigungen (z.B. Aufmerksamkeitsstörungen, Wahrnehmungsverzerrungen) sowie der situationsabhängigen Ausformung der Symptome aggressiven Verhaltens. Je nach Ausprägung des behandlungsbedürftigen aggressiven Verhaltens und der gleichzeitig auftretenden Beeinträchtigungen ergeben sich unterschiedliche Behandlungsziele und Trainingstechniken. In der begleitenden Eltern- und Familienarbeit werden die individuellen Bedingungen verdeutlicht, die aggressives Verhalten aufrechterhalten. Gleichzeitig werden den Eltern Techniken nahegelegt, die das unerwünschte Verhalten vermeiden und gewünschtes Verhalten verstärken helfen. Dazu werden die Eltern in Techniken der systematischen Verhaltensbeobachtung geschult. Sie lernen, erwünschtes Verhalten konsequent zu belohnen und unerwünschtes Verhalten angemessen zu bestrafen. Zudem werden irrationale Erziehungsmuster bewußt gemacht, um sie korrigieren zu können.

2 Datengrundlage

BORG-LAUFS (1996) untersuchte, ob mit dem Konzept der Selbstmanagementtherapie (KANFER et al. 1996) das TaK beschrieben werden kann und welche verhaltenstherapeutischen Techniken aus dem TaK regelhaft von den Therapeuten angewandt werden. Durch die strikte Orientierung am Modell der Selbstmanagementtherapie wurde die Datenerhebung auf der Grundlage der einzelnen Prozeßphasen operationalisiert und so das Training mit aggressiven Kindern einem „Reframing“ unterzogen (genaue Erläuterungen zum Vorgehen finden sich bei BORG-LAUFS 1996). Dazu wurden die einzelnen Verfahren zur Diagnostik, Intervention und Evaluation, die im TaK vorgesehen sind, den sieben Phasen des Konzepts der Selbstmanagementtherapie zugeordnet. Zum weiteren Verständnis des vorliegenden Datenmaterials wird deshalb ein kurzer Überblick über das Konzept der Selbstmanagementtherapie gegeben.

2.1 Das 7-Phasen-Modell der Selbstmanagementtherapie

Das Modell der Selbstmanagementtherapie (KANFER et al. 1996) geht von sieben rekursiven Phasen aus, die für das Gelingen eines therapeutischen Prozesses entscheidend sind. So muß der Klient an der Therapieplanung beteiligt sein, eigene Vorschläge einbringen können und das Gefühl der Kontrolle über einzelne Verhaltensweisen wieder erlangen; der Therapeut wirkt dabei unterstützend – als „professioneller Helfer“ (BORG-LAUFS 1996). Die einzelnen Phasen dieses Prozeßmodells lassen sich wie folgt skizzieren (weitergehende Informationen hierzu finden sich bei BORG-LAUFS 1996):

Phase 1 (Schaffung günstiger Ausgangsbedingungen):

- Erstellung eines Problemscreenings,
- Bildung einer sowohl vertrauensvollen als auch arbeitsbezogenen Allianz,
- Akzeptanz der Rollen von Therapeut und Klient im therapeutischen Prozeß,
- Erzeugung einer angemessenen Arbeitsorientierung beim Klienten/in.

Phase 2 (Aufbau von Änderungsmotivation und vorläufige Auswahl von Therapiebereichen):

- Reduktion von resignativen Grundhaltungen beim Klienten,
- Erleben von Selbstwirksamkeit durch die Verwirklichung maximaler Transparenz des therapeutischen Vorgehens,
- Anstreben einer hohen Kontrolle des therapeutischen Geschehens durch den Klienten.

Phase 3 (Verhaltensanalyse und funktionales Bedingungsmodell):

- Erstellung einer klassischen Form der Verhaltensanalyse,
- Erstellung einer Plananalyse nach GRAWE und CASPAR (1984),
- Erstellung explizit systembezogener Analysen.

Phase 4 (Vereinbaren therapeutischer Ziele):

- Zielvereinbarung in Übereinstimmung mit den übergeordneten Lebenszielen des Klienten.

Phase 5 (Planung, Auswahl und Durchführung spezieller Methoden):

- Diese Phase des therapeutischen Prozesses wird durch die Nutzung des, in Aus- und Weiterbildung und durch Supervision und berufliche Praxis, erworbenen Wissens bestimmt.

Phase 6 (Evaluation therapeutischer Fortschritte):

- Therapiebegleitende Diagnostik zur Veränderungsmessung.

Phase 7 (Erfolgsoptimierung und Abschluß der Therapie):

- Stabilisierung der therapeutischen Fortschritte und Ermöglichung einer Transferleistung durch die Klienten,
- Verbesserung der Problemlösefähigkeiten der Klienten.

Innerhalb des therapeutischen Geschehens kann unter bestimmten Bedingungen (vorläufige Auswahl von Therapiebereichen, Verfolgung von „Erhaltungs- und Vorbereitungszielen“) zu früheren Phasen zurückgekehrt werden (BORG-LAUFS 1996). Zwischen diesem theoretischen Modell und einer Intervention anhand des TaK sind einige Inkompatibilitäten festzuhalten, die die Übertragbarkeit auf das Training mit aggressiven Kindern (TaK) erschweren. So entfällt beim Konzept der Selbstmanagementtherapie, im Unterschied zum TaK, die explizite Diagnosestellung. Das TaK sieht zudem kein rekursives Vorgehen innerhalb des therapeutischen Prozesses vor.

2.2 Datenerhebung

Zur Beurteilung des TaK wurden Anwender dieses Vorgehens (Psychologen und Nicht-Psychologen) befragt. Dazu wurde von BORG-LAUFS (1996) ein eigener Fragebogen konzipiert. Der allgemeine Teil dieses Fragebogens erhebt den neben allgemeinen biographischen Daten der Therapeuten: Angaben zu ihren Tätigkeitsfeldern (Beratungsstelle, Ambulanz); den Modus der Anwendung (Durchführung des gesamten Trainingspaketes vs. Nutzung von Teilbereichen) sowie den Modus des Kenntniserwerbs (z.B. Teilnahme an der Fortbildung, autodidaktisch).

Der methodenorientierte Teil dieses Fragebogens ist in Aufbau und Abfolge an das 7-Phasen-Modell des Selbstmanagementkonzepts orientiert. Die Anpassung an das Training mit aggressiven Kindern erforderte die Bildung von „Subphasen“ (vgl. BORG-LAUFS 1996). Somit liegt eine Aufteilung in sieben Phasen und vier „Unterphasen“ des TaK vor. Zu jeder dieser Phasen werden Methoden und Techniken (mit Ausnahme der Diagnosestellung) aus dem TaK vorgegeben, die eingeschätzt werden müssen; zusätzlich können nicht im Trainingsmanual aufgeführte Techniken frei angegeben werden. Weiterhin wurden Verfahren in die Befragung aufgenommen, die aufgrund der unterschiedlichen Konzeption beim TaK nicht vorgesehen sind (wie z.B. eine explizite Makroanalyse nach GRAWE u. CASPAR 1994). Die Beurteilung der Effizienz und Umsetzbarkeit der erfragten Therapiemethoden und -techniken erfolgt anhand eines fünfstufig skalierten Ratings („nicht zufriedenstellend“ bis „sehr gut“) und bezieht sich explizit auf alle Phasen. Zu jeder der Phasen werden zusätzlich Probleme bei der praktischen Umsetzung erfragt. Hinzukommt eine ebenfalls fünfstufig skalierte Bewertung des gesamten Trainings mit aggressiven Kindern (TaK). In der Studie wurden insgesamt 83 Anwender postalisch gebeten, an der Untersuchung teilzunehmen. Trotz intensiver Bemühungen konnten lediglich 29 Personen für die Teilnahme an dieser Studie gewonnen werden (vgl. hierzu ausführlich BORG-LAUFS 1996).

3 Ergebnisse

3.1 Darstellung der Stichprobe

Die Stichprobe setzt sich aus 16 Frauen und 13 Männern zusammen. Das Durchschnittsalter beträgt 38,9 Jahre mit einer Standardabweichung (Std. Dev.) von 6,8 Jahren, die mittlere Berufserfahrung beträgt 11,6 Jahre (Std. Dev. = 6,4 J.) Zwischen den weiblichen und männlichen Therapeuten ergeben sich, bei einem alpha-Niveau von $p=0.05$, keine signifikanten Unterschiede im Lebensalter und bei der Berufserfahrung. Bei den Berufsausbildungen dominieren Therapeuten mit psychologischer Grundausbildung und deren Kombinationen mit anderen akademischen Ausbildungen (Pädagogen und Mediziner; 82,8%). Hinzukommen Pädagogen aus verschiedenen Fachrichtungen (Heil- Sonder- Sozialpädagogen und Erzieher; 17,2%). Als häufigstes Tätigkeitsfeld wurde die Arbeit in einer Beratungsstelle genannt (48,3%). Die zweithäufigste Tätigkeit war die in einem Heim (17,2%). Insgesamt arbeiten die befragten Anwender des Trainings mit aggressiven Kindern vorwiegend in ambulanten Tätigkeitsbereichen (Beratungsstellen, Ambulanzen, Schulpsychologischer Dienst, Praxis; 72,4%). Sieben Therapeuten (27,6%) kamen aus vorwiegend stationären Tätigkeitsbereichen (Heim, Klinik, teilstationäre Maßnahmen). Von den

29 befragten Therapeuten verwenden 82,7% das gesamte Training mit aggressiven Kindern. Nur fünf der befragten Praktiker (alle sind männlich) setzen lediglich Teile des Behandlungspakets ein. Die Fortbildung zum Training mit aggressiven Kindern haben 55,1% der Therapeuten absolviert. Von 44,8% wurde das TaK ohne Fortbildung (z.B. durch Lernvideos, Anleitung von Kollegen) erlernt. Statistisch signifikante Häufigkeitsunterschiede lassen sich bei den vorgenannten Verteilungen nicht nachweisen.

3.2 Beurteilung der Trainingseffizienz und allgemeine Methodenpräferenz

Das Training mit aggressiven Kindern wird von den befragten Praktikern vorwiegend als gut eingeschätzt: von den insgesamt 348 Effizienzeinschätzungen (12 Einzelbewertungen-, Gesamtbeurteilungen sowie Phasen- und Subphaseneinschätzungen durch die 29 Therapeuten) wird 177mal (50,9%) der Erfolg mit „gut“ beurteilt. In nur 6 Fällen (1,7%) wird der subjektive Erfolg als „nicht zufriedenstellend“ beurteilt. Der Tabelle 1 sind die Verteilungen nach Geschlechtern getrennt zu entnehmen.

Tab. 1: Effizienzbeurteilung über alle Therapiephasen einschließlich der Gesamtbewertung

Beurteilung	Anzahl der Nennungen (Prozentualer Anteil an den Gesamtnennungen)		
	männlich (n = 13)	weiblich (n = 16)	gesamt (n = 29)
nicht zufriedenstellend	0 (0%)	6 (1,7%)	6 (1,7%)
wenig zufriedenstellend	3 (0,9%)	11 (3,2%)	14 (4,0%)
zufriedenstellend	54 (15,5%)	42 (12,1%)	96 (27,6%)
gut	79 (22,7%)	98 (28,2%)	177 (50,9%)
sehr gut	20 (5,7%)	35 (10,1%)	55 (15,8%)
Σ	156 (44,8%)	192 (55,2%)	348 (100%)

Die sechs Nennungen der Kategorie „nicht zufriedenstellend“ (1,7% aller Nennungen) werden einmal bei der Phase „Erstkontakt mit den Eltern“ (Ph1.2), dreimal bei der Phase „Aufbau der Änderungsmotivation bei den Eltern“ (Ph2.1.2) und einmal bei der Phase „Erfolgsoptimierung“ (Ph7) angegeben. Diese Beurteilungskategorie wird dabei nur von weiblichen Therapeuten gewählt.

Betrachtet man die Stufen des Ratings als diskrete Kategorien, ergibt sich anhand einer χ^2 -Testung für die Gesamtbeurteilung der Effizienz des TaK und bei 7 Phasenbewertungen überzufällig häufig das Urteil 4,0= „gut“ ($p \leq 0.05$). Bei den Beurteilun-

gen zu den Phasen Ph1.1, Ph4, Ph5.1 und Ph5.2 ergeben sich keine statistisch signifikanten Häufigkeiten, obwohl auch hier das Urteil „gut“ überwiegt.

In der Abbildung 1 werden die Mittelwerte der Phasen- und Gesamtbeurteilung anhand eines Liniendiagramms veranschaulicht. Der dort deutlich sichtbare „Einbruch“ bei den Bewertungen beim „Aufbau der Änderungsmotivation bei den Eltern“ (Ph2.1.2) korrespondiert mit der häufigen Bewertung dieser Phase als „nicht zufriedenstellend“ (s.o.). Im Mittelwert ergibt sich für diese Phase aber ein „zufriedenstellend“.

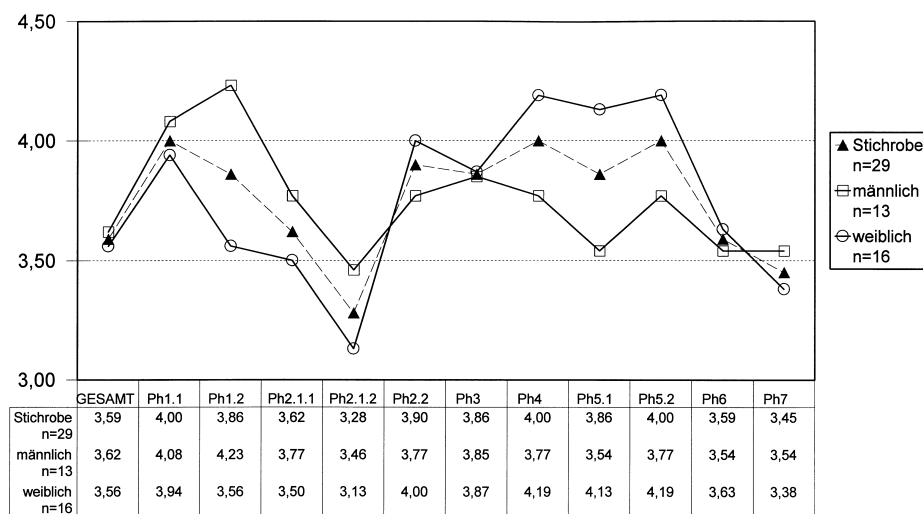


Abb. 1: Subjektive Erfolgseinschätzung der Therapeuten über alle Phasen des Trainings

Erläuterungen:

Gesamt=insgesamter Erfolg des Trainings mit aggressiven Kindern; Ph1.1=Erstkontakt mit dem Kind; Ph1.2=Erstkontakt mit den Eltern; Ph2.1.1=Änderungsmotivation beim Kind; Ph2.1.2=Änderungsmotivation bei den Eltern; Ph2.2=Auswahl von zu verändernden Verhaltensweisen; Ph3=Verhaltensanalyse; Ph4=Auswahl therapeutischer Ziele; Ph5.1=Auswahl und Planung spezieller Methoden; Ph5.2=Durchführung spezieller Methoden; Ph6=Evaluation; Ph7=Erfolgsoptimierung.

Bei allen vorliegenden Bewertungen ergeben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Therapeuten oder anhand ihrer beruflichen Grundausbildung (Psychologen vs. andere). Ebenfalls nicht signifikant unterschiedlich sind die Urteile von Anwendern, die an der Fortbildung teilgenommen haben und denen, die das Training auf andere Art und Weise gelernt haben. An dieser Stelle kann festgehalten werden, daß sich aus den Effizienz-Beurteilungen durch die Anwender allein keine konkreten Hinweise für eine Optimierung des Trainings mit aggressiven Kindern (TaK) ableiten lassen. Die Mittelwerte liegen zwischen 3,0 und 4,0 („zufriedenstellend“ bis „gut“), betrachtet man die Häufigkeitsverteilungen überwiegt die Bewertung des Trainings mit „gut“. Einzig der Einbruch bei der Phase „Aufbau der Änderungsmotivation bei den Eltern“ gibt an dieser Stelle Anlaß, über eine Verbesserung

der begleitenden Eltern- und Familienarbeit im Rahmen des TaK nachzudenken. Insbesondere da BORG-LAUFs (1996), bei seiner Analyse¹ der freien Äußerungen der Therapeuten schon bei der Phase „Erstkontakt mit den Eltern“ erhebliche Probleme im Kontakt zwischen Therapeut und Eltern aufzeigen konnte: „Eltern wollen ihr Kind nur „abgeben“, „einen Reparaturauftrag erteilen“ sind nicht motiviert“; „extreme Schuldzuweisungen der Eltern an das Kind; eigener Beitrag wird nicht gesehen; überzogene Erwartungen“ (an die Therapie); „fehlender Leidensdruck; erziehungsunsichere Eltern; „aufgeklärte“ Eltern mit ideologischen Überzeugungen gegen konsequentes Verhalten“ (BORG-LAUFs 1996, S. 120).

Zur Bestimmung der *allgemeinen Methodenpräferenz* wurden multiple χ^2 -Testungen (Methode wird angewandt vs. Methode wird nicht angewandt) durchgeführt. Die χ^2 -Tests ergeben, daß die überwiegende Anzahl (70,8%) der vorgegebenen Verfahren von den Therapeuten häufig ($p < 0.05$) eingesetzt werden. Von den erfragten therapeutischen Methoden, werden zwei Verfahren mit einer signifikanten Häufigkeit (< 0.05) nicht angewandt. Dies sind die Makroanalyse nach GRAWE und CASPAR (1994) und der Beobachtungsbogen zur Therapiemitarbeit der Kinder (TMK). Bei der Makroanalyse ist das Ergebnis nicht weiter verwunderlich, da sie nicht zum allgemeinen Methodenumfang des TaK gehört. Erstaunlich ist jedoch, daß der Beobachtungsbogen zur Therapiemitarbeit (TMK) von insgesamt 21 der 29 befragten Therapeuten nicht eingesetzt wird, obwohl er nach WEGNER (1993) eine zeitökonomische Beurteilung der Therapiemitarbeit ermöglicht und Teil des Methodenumfangs des TaK ist. Bei insgesamt zehn Verfahren zur Steigerung der Effektivität (z.B. Eltern mit Institution vertraut machen; Phase 1.2) und Erfolgskontrolle (z.B. Beobachtungsverfahren für aggressives Verhalten; Phase 6) ergaben sich keine signifikanten Häufigkeitsunterschiede. Unter Berücksichtigung anderer Faktoren (z.B. Geschlecht, akademische Grundausbildung) ergeben sich keine signifikanten oder, aufgrund zu geringer Zellenbesetzungen, keine statistisch interpretierbaren Häufigkeitsunterschiede. Betrachtet man die Häufigkeiten von angewandten und nicht angewandten Methoden und Techniken getrennt für männliche und weibliche Therapeuten ergeben sich jedoch unterschiedliche Präferenzprofile: die Anzahl der Methoden, die häufig angewandt werden, ist bei den Frauen signifikant höher als bei den männlichen Therapeuten. Dies gilt insbesondere für die speziellen Interventionsmethoden des TaK. Die Präferenzprofile werden in den Abbildungen 2 und 3 grafisch veranschaulicht.

3.3 Einfluß der Berufserfahrung auf die Beurteilung der Effizienz des Trainings

Um den Einfluß der therapeutischen Erfahrung auf die subjektive Erfolgseinschätzung zu bestimmen, wurde die Stichprobe anhand der Berufserfahrung der Therapeuten in drei gleich große Gruppen aufgeteilt. Die Gruppen unterscheiden sich signifikant in

¹ Die Verknüpfung der Phasenbewertungen mit den, von den Anwendern freischriftlich angegebenen Methoden und Problemen führt an einigen Stellen zu hilfreichen Handlungsempfehlungen für die Anwender (vgl. dazu ausführlich BORG-LAUFs 1996).

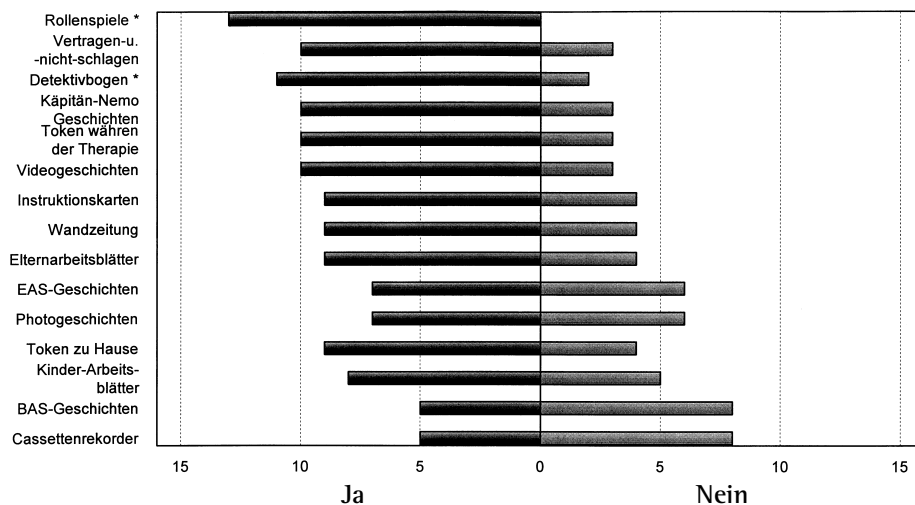


Abb. 2: Die Nutzung der speziellen Interventionsmethoden (Ph5.2) des Trainings mit aggressiven Kindern durch die männlichen Therapeuten (n=13)

* sign. Häufigkeitsunterschiede ($p < 0.05$).

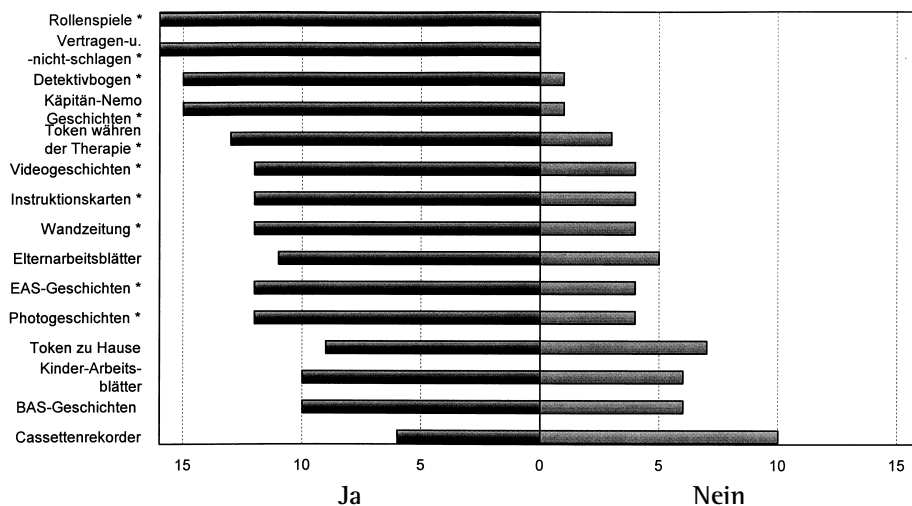


Abb. 3: Die Nutzung der speziellen Interventionsmethoden des Trainings (Ph5.2) mit aggressiven Kindern durch die weiblichen Therapeuten (n=16)

* sign. Häufigkeitsunterschiede ($p < 0.05$).

der Dauer ihrer Berufstätigkeit (Gruppe 1: $\bar{x}=3,73$ Jahre; Gruppe 2: $\bar{x}=11,2$ Jahre; Gruppe 3: $\bar{x}=18,75$ Jahre; $F=73,155$; $p < 0.00$). Der somit dreistufige Faktor „Dauer der Berufstätigkeit“ wurde multiplen einfaktoriellen univariaten Varianzanalysen zugrundegelegt. Als abhängige Variablen wurden sukzessive die Bewertungen der sieben

Haupt- und vier Subphasen sowie die Gesamtbeurteilung des TaK eingesetzt. Bei diesem Vorgehen ergab sich lediglich bei der Phase 1.2 „Schaffung günstiger Ausgangsbedingungen“ ein signifikanter Effekt bei diesem Faktor ($F=3.69$, $p=0.038$). Dabei entspricht der Effekt nicht ganz der plausiblen Erwartung, daß sich mit dem Anstieg der Berufserfahrung die subjektive Erfolgseinschätzung verbessert: zwar steigt die Erfolgseinschätzung von der ersten Gruppe zur Gruppe mit mittlerer Berufserfahrung steil an, fällt aber zur Gruppe mit der längsten Berufserfahrung wieder ab. Ein vergleichbarer Verlauf ist bei der Phase 5.2 zu erkennen, der Effekt wird aber nicht signifikant ($p=0.8318$).

Durch Hinzunahme des Faktors „Geschlecht des Anwenders“ ergeben sich bei den Phasen „Schaffung günstiger Ausgangsbedingungen im Erstkontakt mit den Eltern“ (Ph1.2); „Aufbau der Änderungsmotivation bei den Eltern“ (Ph2.1.2) und „Durchführung spezieller Interventionen des TaK“ (Ph5.2) signifikante Effekte.

Phase Ph1.2: Der Effekt des Faktors „Geschlecht des Therapeuten“ wird mit $p=0.023$ ($F=5.96$) signifikant. Der Effekt des Faktors „Dauer der Berufstätigkeit“ wird mit $p=0.010$ ($F=5.67$) signifikant. Bei dieser Phase schätzen die Männer der unteren und der höchsten Berufserfahrungsgruppen (3,7 und 18,8 Jahre) den Erfolg signifikant besser ein ($\bar{x}=4.4$; $\bar{x}=4.5$), als die weiblichen Therapeuten mit der gleichen Berufserfahrung ($\bar{x}=2.6$; $\bar{x}=3.67$). Die Männer und Frauen mit mittlerer Berufserfahrung beurteilen den Erfolg dieser Phase gleich ($\bar{x}=3.4$ bei Männern und Frauen). Bei den Männern besteht ein Anstieg der Bewertung mit der Dauer der Berufserfahrung. Bei den Frauen folgt einem deutlichen Anstieg (Gruppe 1; $\bar{x}=2.6$ vs. Gruppe 2; $\bar{x}=4.4$) ein Abfall um fast einen ganzen Punkt (Gruppe 2; $\bar{x}=4.4$ vs. Gruppe 3; $\bar{x}=3.67$).

Phase Ph2.1.2: Hier wird eine Wechselwirkung zwischen „Geschlecht des Therapeuten“ und der „Berufserfahrung“ signifikant ($F=4.99$, $P=0.016$). Dieser Wechselwirkungseffekt wird von zwei gegenläufigen Tendenzen bei der Berufserfahrungsgruppe mit der geringsten Erfahrung und der Berufsgruppe mit mittlerer Berufserfahrung getragen. In der mittleren Berufserfahrungsgruppe bewerten die Frauen den Erfolg signifikant besser ($\bar{x}=4.2$). In der unteren Berufserfahrungsgruppe schätzen die Männer den Erfolg höher ein ($\bar{x}=3.83$) als die Frauen ($\bar{x}=2.2$). Die Bewertungen der Frauen dieser Berufsgruppe fallen dabei sehr niedrig aus (Mittelwert: 2,20 = „wenig erfolgversprechend“). Dieser Befund korrespondiert mit den Verteilungen, die in Abbildung 1 dargestellt sind. Bei der Gruppe mit der längsten Berufserfahrung beurteilen Männer ($\bar{x}=3.0$) und Frauen ($\bar{x}=3.0$) den Erfolg bei dieser Phase einstimmig mit „zufriedenstellend“.

Phase Ph5.2: Auch hier ergibt sich ein signifikanter Wechselwirkungseffekt zwischen „Geschlecht des Therapeuten“ und der „Berufserfahrung“ ($F=4.01$, $p=0.32$): die Frauen der mittleren ($\bar{x}=4.4$) und niedrigsten Berufserfahrungsgruppe ($\bar{x}=4.6$) schätzen den Erfolg dieser Phase signifikant höher ein als die Männer ($\bar{x}=3.8$; $\bar{x}=3.5$). Bei der Gruppe mit der längsten Berufserfahrung bewerten die Männer ($\bar{x}=4.5$) den Erfolg höher als die Frauen ($\bar{x}=3.67$), wobei die Frauen dieser Gruppe mit ihren Beurteilungen deutlich unter den Frauen der beiden anderen Berufserfahrungsgruppen liegen.

4 Diskussion

Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß die Effizienz des Trainings mit aggressiven Kindern (TaK) von den befragten Anwendern überwiegend mit „gut“ beurteilt wird. Dabei ergeben sich keine Hinweise darauf, daß die effektive Trainingsdurchführung von der Vorbildung (Studium der Psychologie) oder von der therapeutischen Berufserfahrung abhängt. Lediglich bei „Schaffung günstiger Ausgangsbedingungen im Erstkontakt mit den Eltern“ schätzen die Anwender mit geringerer Berufserfahrung den Erfolg schlechter ein. Dabei ist zu berücksichtigen, daß der Mittelwert ihrer Beurteilungen mit 3,30 noch immer einem „zufriedenstellenden“ Erfolg bei dieser Phase entspricht. Die Akzeptanz der Interventionsmethoden und Techniken des TaK kann ebenfalls als sehr hoch beurteilt werden: 70,8% der vorgegebenen Verfahren werden von den Therapeuten häufig ($p \leq 0.05$) eingesetzt. Inwieweit dabei die höhere Methodenakzeptanz bei den weiblichen Therapeuten auf einen „echten“ geschlechtsspezifischen Effekt oder einen Artefakt der Datenerhebung zurückzuführen ist, läßt sich anhand der Datenlage nicht klären. Es ist jedoch festzuhalten, daß die Therapeuten, die sich stärker an den Vorgaben des TaK orientieren (in diesem Fall die weiblichen Therapeuten), vor allem die Verfahren zur Einbindung der Eltern in den Therapieprozeß (Ph1.2 und Ph2.1.2) als weniger effizient einschätzen. Die durch das Manual stärker strukturierten Verfahren der Phase Ph5.2 (spezielle Interventionsmethoden) werden hingegen von dieser Gruppe als effizienter bewertet. Die vorliegenden Wechselwirkungen zwischen „Geschlecht des Therapeuten“ und der therapeutischen Erfahrung belegen den Bedarf einer stärkeren Hilfestellung durch das Trainingsmanual bei der Elternarbeit. Dies gilt insbesondere für stärker manualorientierte Therapeuten (im Rahmen dieser Datenerhebung sind das die weiblichen Therapeuten) mit geringerer Berufserfahrung: sie beurteilen die Phasen „Erstkontakt mit den Eltern“ und „Aufbau von Änderungsmotivation bei den Eltern“ als deutlich weniger effizient als die anderen Gruppen; die speziellen Interventionsverfahren der Phase 5.1 werden hingegen von dieser Gruppe besser eingeschätzt als von den anderen. Die gesamten Effekte der „Berufserfahrung“, des „Geschlechts des Therapeuten“ sowie die Interaktionen zwischen diesen Faktoren lassen sich an dieser Stelle nicht klären: bei allen anderen vorliegenden Daten (Setting, Berufsgruppen, Tätigkeitsfelder etc.) ergeben sich keine ergänzenden Befunde, die einen interpretierbaren Zusammenhang mit diesen Faktoren sinnvoll erscheinen lassen.

Der geringe Stichprobenumfang der vorliegenden Untersuchung verhindert eine umfassende Analyse der erhobenen Variablen zur Beurteilung der Effektivität des Trainings mit aggressiven Kindern aus der Sicht der Therapeuten. Hinzukommt die geringe Rücklaufquote (34%), die die Repräsentativität der erhobenen Aussagen zum Training mit aggressiven Kindern einschränken kann. So wäre es denkbar, daß nur die Therapeuten, die das TaK besonders schätzen, an der Befragung teilgenommen haben. Dagegen spricht jedoch die durchaus differenzierte Bewertung des Trainings und der einzelnen Phasen. Außerdem muß beachtet werden, daß bei Therapeuten eine geringe Bereitschaft besteht, an Untersuchungen teilzunehmen, die die Qualität ihrer Arbeit überprüfen könnte (Grawe et al. 1995). Insofern ist die Rücklaufquote als einigermaßen befriedigend einzuschätzen. Ein Vergleich zwischen „Früh- und Spätantwortern“

veranlaßt BORG-LAUFS (1996) mit Einschränkungen anzunehmen, daß die vorliegende Stichprobe in ihrer Struktur der Population der potentiellen Trainingsanwender entspricht. Dennoch müssen die dargestellten Ergebnisse eher vorsichtig interpretiert und vor allem zum Anlaß genommen werden, weitergehende empirische Überprüfungen durchzuführen. Bei zukünftigen Erhebungen sollte der Förderung der Teilnahmebereitschaft ein besonder Stellenwert eingeräumt werden.

Da bei der vorliegenden Untersuchung keine objektiven Erfolgskriterien erhoben wurden, läßt sich nicht feststellen, inwieweit die hier dargestellten subjektiven Einschätzungen mit dem tatsächlichen Erfolg der durchgeführten Interventionen korrelieren, weiterführende Studien sollten daher objektivierbare Erfolgsmaße konstruieren. Um über die bei BORG-LAUFS (1996) referierten Hinweise zu effizienzsteigernden Maßnahmen bei der Anwendung des Trainings mit aggressiven Kindern (TaK) hinaus noch weitere Verbesserungen des Trainings zu ermöglichen, wäre es weiterhin wünschenswert, den Entscheidungsprozeß zu analysieren, der der Auswahl bestimmter Verfahren, in Abhängigkeit von Individualdiagnose und Setting der Therapeuten, zugrunde liegt.

Literatur

- BORG-LAUFS, M. (1996): Das Training mit aggressiven Kindern aus der Perspektive der Selbstmanagementtherapie. Frankfurt: Lang.
- American Psychiatric Association (APA)(1994): Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- GRAWE, K./DONATI, R./BERNAUER, F. (1995): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.
- GRAWE, K./CASPAR, F.M. (1984): Die Plananalyse als Konzept und Instrument für die Psychotherapieforschung. In: BAUMANN, U. (Hg.): Psychotherapie: Makro- /Mikroperspektive. Göttingen: Hogrefe, S. 266-306.
- KANFER, F.H./REINECKER, H./SCHMELZER, D. (1996): Selbstmanagement-Therapie. Berlin: Springer, 2., überarb. Aufl.
- LONG, P./FOREHAND, R./WIERSON, M./MORGAN, A. (1994): Does parent training with young noncompliant children have effects? Behavioral Research Ther. 32, 101-107.
- PETERMANN, F. (Hg.)(1996): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Göttingen: Hogrefe, 2., erw. Aufl.
- PETERMANN, F./PETERMANN, U. (1996): Erfassungsbogen für aggressives Verhalten in konkreten Situationen (EAS). Göttingen: Hogrefe, 3. korr. Aufl.
- Petermann, F./Petermann, U. (1994). Training mit aggressiven Kindern. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 7., überarb. Auflage.
- WEGNER, H. (1993): Behandlungsorientierte Diagnostik aggressiven Verhaltens von Kindern. Kindheit und Entwicklung 2, 191-198.
- ZIGLER, E./TAUSSIG, C./BLACK, K. (1992): Early childhood intervention: A promising preventive for juvenile delinquency. American Psychology 47(8), 997-1006.

Anschriften der Verfasser: Dipl.-Psych. Norbert A. Karpinski; Prof. Dr. Franz Petermann, Zentrum für Rehabilitationsforschung der Universität Bremen, Grazer Str. 6, 28359 Bremen; Dr. Michael Borg-Laufs, Caritasverband für die Stadt Essen, Katholische Erziehungsberatungsstelle Essen Frillendorf, Elisenstr. 64, 45139 Essen.