

## **2 Was ist aggressives Verhalten?**

### **2.1 Begriffliche Einordnung**

Der Begriff „aggressives Verhalten“ wird in Alltag und Wissenschaft uneinheitlich verwendet. Ein mit dem Begriff „aggressives Verhalten“ eng verwandter Begriff ist der Begriff „Gewalt“. Nach Nolting (2000) bezeichnet Gewalt schwerere Formen von Aggression, das heisst vor allem physische Formen von Aggression (vgl. Kapitel 1). Ohne auf weitere begriffliche Abgrenzungen genauer einzugehen, werden in der Arbeit Formen von Gewalt unter dem Begriff „aggressives Verhalten“ gefasst.

#### **2.1.1 Alltagssprachliche Definitionen**

Im Alltag wird der Begriff „aggressives Verhalten“ häufig dazu verwendet, Verhaltensweisen zu etikettieren, die von unseren eigenen Normvorstellungen abweichen. Aggressives Verhalten bei anderen führen wir dabei auf Persönlichkeitseigenschaften, unser eigenes aggressives Verhalten hingegen auf ungünstige situative Umstände zurück (vgl. Jones & Nisbett, 1971). Ein grundlegendes Problem am Alltagssprachgebrauch von Aggression ist, dass der Begriff stets negativ wertend gemeint ist (Borg-Laufs, 1997), zumindest die Bewertung des aggressiven Verhaltens bei anderen. Die Bedeutung des Begriffs im Alltag wird auch durch die Wahrnehmung in der Gesellschaft und die Darstellung in den Medien mitgeprägt (vgl. Kapitel 1). Die geltenden gesellschaftlichen Normen beeinflussen sowohl, wie wir den Begriff im Alltag verstehen, als auch wie wir ihn verwenden. Da aggressives Verhalten erwartungswidrig ist, führt es häufig zu negativen Gegenreaktionen aus der Umwelt. Aggressives Verhalten findet jedoch oft auch breite Anerkennung in der Gesellschaft und wird zum Teil sozial anerkannt oder sogar erwünscht. Dieses Phänomen zeigt sich in der stillschweigenden Bewunderung von Personen, die ihre eigenen Ziele durch die Ausbeutung und strategische Manipulation anderer realisieren (vgl. Machiavelli). Bereits Kinder lernen im Lauf ihrer Sozialisation, die Erwartungen anderer zu beeinflussen und für ihre Zwecke zu verwenden (Gruen, 2001a). Es ist wahrscheinlich, dass auch „Unterlassungsaggressionen“ (nicht helfen, obwohl es notwendig wäre) sozial anerkannt sind.

Die positive Seite von Aggression ist in fast keiner alltagssprachlichen Definition enthalten. Der Begriff Aggression ist aber von der Etymologie her doppeldeutig (lat. ad gredi; oder aggredi: herangehen, sich an jemanden wenden, jemanden zu gewinnen versuchen versus angreifen, anfallen, überfallen). Positive Aspekte von Aggression sind beispielweise die Fähigkeit zur Selbstbehauptung oder auch die aktive Durchsetzung eigener Ziele.

Die meisten der alltagssprachlichen Definitionen von Aggression richten ihr Augenmerk also vor allem auf die negative Komponente des Verhaltens und begrenzen sich weiter auf das direkt beobachtbare negative *Verhalten*. Unter den Begriff „aggressives Verhalten“ werden dann die verschiedensten sozial unangemessenen Verhaltensweisen subsumiert, ohne die inhaltliche Zusammengehörigkeit der Verhaltensweisen bzw. die dem Verhalten zugrunde liegenden Gefühle, Wahrnehmungen und Motive bestimmt zu haben. Dem Verhalten können aber unterschiedliche Gründe und Motivationen zugrunde liegen. So kann es ein Ausdruck der Hilflosigkeit und durch Angst motiviert sein oder aber der gewaltsamen Durchsetzung der eigenen Interessen dienen, motiviert durch Kalkül. Einige Autoren berücksichtigen das und bezeichnen den Begriff Aggression als einen Sammelbegriff, unter den sich verschiedene Formen der Selbstbehauptung subsumieren lassen. Dabei können sowohl Motive und Affekte als auch die konkreten Verhaltensweisen berücksichtigt werden (Renschmidt, Schmidt & Strunk, 1990).

### **2.1.2 Wissenschaftliche Definitionen**

Auch die wissenschaftlichen Definitionen aggressiven Verhaltens beinhalten vor allem die negative Komponente des Verhaltens. In wissenschaftlichen Definitionen ist meistens neben dem dissozialen Verhalten an sich die Absicht, Schaden auszurichten, explizit formuliert. So beispielsweise die Definition von Verres & Sobez (1980, S. 49):

„Aggressionen sind jene Verhaltensweisen, die

1. gegen einen Gegenstand oder einen anderen Menschen gerichtet sind und
2. für den, der sich gerade aggressiv verhält, eine subjektive Wahrscheinlichkeit aufweisen, diesen Gegenstand oder Menschen auch zu erreichen und damit entweder jene aus seinem Weg zu räumen oder ihnen unangenehme oder schädliche Reize zuzufügen oder beides.“

Die Berücksichtigung der Intention in wissenschaftlichen Definitionen ist sinnvoll, weil der Begriff „Aggression“ sonst mit Bedeutungen überfrachtet wäre und seine differenzialdiagnostische Funktion verlieren würde (Borg-Laufs, 1997). Die Unterscheidung zwischen hyperaktivem und aggressivem Verhalten erfolgt beispielsweise über die Intentionalität des Verhaltens.

Die obige Definition von Verres & Sobez beinhaltet zwar die Intentionalität des Verhaltens, nicht aber die Perspektive des Opfers. In weiteren wissenschaftlichen Definitionen aggressiven Verhaltens wird dies berücksichtigt. So werden beispielsweise in einer Definition von Fürntratt (1974, S. 282) unter Aggression Verhaltensweisen gefasst, „... die einem, wenn man selbst betroffen ist oder sich betroffen zu sein vorstellt, negative Affekte, namentlich Angst machen“.

Eine systematische Strukturierung der zahlreichen Definitionen schlägt Selg (1988) vor. Er unterscheidet eine formale (z.B. offen versus verdeckt) von einer inhaltlich-motivationalen (z.B. spontan versus reaktiv) Herangehensweise. Letztere beinhaltet die Funktion bzw. die Zielgerichtetheit des Verhaltens: So kann Aggression spielerisch sein und kein direktes Ziel verfolgen oder aber ernst sein mit dem Ziel, Schaden anzurichten. Aggressives Verhalten kann ferner durch starke Gefühle hervorgerufen werden. Das Ziel ist dann, die Spannung zu reduzieren und aversive Reize abzuwehren (und wäre dann Ausdruck eines Kontrollverlusts). Aggressives Verhalten kann aber auch gezielt als Strategie eingesetzt werden, um ein Ziel zu erreichen (Ratzke, 1999). Eine weitere Strukturierung aggressiven Verhaltens stammt von Petermann, Döpfner & Schmidt (2001), die Aggression nach ihren verschiedenen Ausdrucksformen unterteilen. Gemeinsam ist den Verhaltensweisen die zugrundeliegende Schädigungsabsicht (vgl. auch Petermann & Petermann, 2000; Vitiello & Stoff, 1997):

1. Feindselige (direkten Schaden zufügen) versus instrumentelle Aggression (indirekt ein Ziel erreichen)
2. Offene (feindseliges, trotziges, impulsives, unkontrolliertes Verhalten) versus verdeckte Aggression (versteckte, instrumentelle, eher kontrollierte Handlungen)
3. Reaktive (Reaktionen auf wahrgenommene Bedrohungen und Provokationen) versus aktive Aggression (zielgerichtetes oder impulsives Verhalten, kann ohne konkreten äusseren Anlass auftreten)
4. Affektive (unkontrolliert, ungeplant und impulsiv) versus intentionale Aggression (kontrolliert, zielorientiert, geplant)

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass in den meisten wissenschaftlichen Definitionen von Aggression neben dem schädigenden Verhalten die Intentionalität des Verhaltens berücksichtigt wird. Strukturierungsversuche aggressiven Verhaltens unterteilen Aggression nach Funktion und verschiedenen Ausdrucksformen. Die vorgestellten Definitionen von aggressivem Verhalten beziehen sich auf Aggression im Allgemeinen. Definitionsversuche von aggressivem Verhalten in der Kindheit beziehen sich jedoch auf dieselben Merkmale, das heisst vor allem auf das schädigende Verhalten sowie auf die dem Verhalten zugrunde liegende Absicht.

### **2.1.3 Exkurs: Entwicklung des Aggressionsbegriffs aus psychiatrisch-geschichtlicher Perspektive**

Die Entwicklung der gegenwärtigen wissenschaftlichen Definitionen und diagnostischen Klassifikationen aggressiven Verhaltens sind nach Fiedler (1998) in der Psychiatriegeschichte mit der Psychologie des Verbrechens und ihrer Beziehung zum Wahnsinn verbunden. Verbrechen und Wahnsinn treffen sich im 16. Jahrhundert in dem, worin sich das allgemeine Bewusstsein nicht wiederfinden kann.

Das betrifft alle Verhaltensweisen, die gegen die gesellschaftlichen Regeln verstossen (Foucault, 1976). Beide, Verbrecher und Wahnsinnige, wurden im 17. Jahrhundert interniert und waren damit aus der Öffentlichkeit verbannt und aus der Gesellschaft ausgegliedert. In den Internierungsanstalten fanden sich Vagabunden, Verurteilte, Wahnsinnige und *schwierige Jugendliche*. Im 18. Jahrhundert überfüllten sich die Zuchthäuser derart, dass eine Unterscheidung zwischen den Internierten notwendig wurde. Die Abgrenzung zwischen dissozialem Verhalten und Wahn erfolgte über die *Intention* der Handlung. Richtlinie für die diagnostische Zuordnung bei dissozialem Verhalten war wie in heutigen Definitionen die Absicht, Schaden anzurichten. Neben diesem Kriterium fanden sich nach und nach weitere Kriterien zur diagnostischen Einordnung aggressiven Verhaltens. So legte Pinel 1809 in der Beschreibung „*manie sans délire*“ eine Nosologie vor, in der sich die ersten Formen der „Störung des Sozialverhaltens“ finden, vor allem die Kriterien einer spontanen Neigung zu impulsiven Handlungen und ein Mangel an Emotionalität (Fehlen von Angst und Schuld). Diese Entwicklung differenzialdiagnostischer Kriterien ist Grundlage für die heutigen klinischen Klassifikationen von aggressivem Verhalten. Neben der Entwicklung differenzialdiagnostischer Kriterien wurde antisoziales Verhalten bereits früh in den Zusammenhang mit antisozialen Persönlichkeitsmerkmalen gestellt („*der geborene Kriminelle*“; vgl. Kapitel 1). 1812 nennt der Amerikaner Rush beispielsweise als Persönlichkeitseigenschaft Dissozialer ein mangelndes Moralempfinden („*moral alienation of mind*“), das sich in Verwahrlosung, Aggressivität und mangelnder Rücksichtnahme gegenüber anderen manifestiere.

Die historische Entwicklung des diagnostischen Verständnisses von aggressivem Verhalten zeigt zusammengefasst, dass Aggression bereits sehr früh über das Verhalten und über die Intention des Verhaltens definiert wurde. Es wurde auch deutlich, dass aggressives Verhalten im Zusammenhang mit bestimmten (angeborenen) Persönlichkeitseigenschaften interpretiert wurde. Diese Auffassung findet sich in heutigen biologischen Erklärungen aggressiven Verhaltens wieder.

## **2.2 Definition aggressiven Verhaltens aus sozialkognitiver Perspektive**

Aus sozialkognitiver Perspektive ist aggressives Verhalten anhand des Entwicklungsniveaus der interpersonellen Wahrnehmung strukturierbar. Eine Definition und Klassifikation von aggressivem Verhalten bei Kindern wird durch die Berücksichtigung der intersubjektiven Bedeutung des Verhaltens für die an der Interaktion Beteiligten (beispielsweise in einem Konflikt für das Opfer und für den Täter) möglich. Diese Bedeutung verändert sich mit dem kognitiven und affektiven Entwicklungsniveau.

So wird beispielsweise ein Kind, das sich noch auf einem undifferenzierten Entwicklungsniveau des sozialen Verstehens befindet, weniger über die Folgen seines aggressiven Verhaltens reflektieren als ein Kind, das in der Lage ist, die Perspektiven anderer emotional und kognitiv einzunehmen.

Im vorherigen Abschnitt wurde deutlich, dass die meisten Definitionen aggressiven Verhaltens die dem Verhalten zugrunde liegende Intention berücksichtigen. Weiter beinhaltet eine Definition im Rahmen der sozialkognitiven Theorie aber auch die Erfassung des Verständnisses der Gefühle und Gedanken der an der Interaktion Beteiligten, die erst zu der Motivation zu schädigen geführt haben. Das ist in den meisten Definitionen von aggressivem Verhalten höchstens ansatzweise enthalten. Die Frage danach, warum ein Kind schädigen will, führt jedoch zu der Erschließung der subjektiven Bedeutung, die das Kind der Situation beimisst. Das verhilft zu einer Strukturierung der Konzeptionen von aggressivem Verhalten. Eine Beschreibung aggressiven Verhaltens sollte demzufolge idealerweise das Verhalten des Kindes anhand seiner spezifischen Wahrnehmung strukturieren (Selman, 1984). Aggressives Verhalten ist dann als der Ausdruck eines bestimmten Entwicklungsniveaus des sozialen Verstehens, das heisst beispielsweise des Gefühlsverständnisses bei anderen und bei sich selbst, verstehbar. Das führt zu der vorläufigen Definition von aggressivem Verhalten bei Kindern als Ausdruck einer spezifischen Wahrnehmung und Bewertung von Gefühlen und Absichten in typischen Problemsituationen, die zu der Absicht führen, sich anderen gegenüber verletzend bzw. schädigend zu verhalten. Aggressives Verhalten ist folglich das Ergebnis einer Person-Situation-Interaktion.

Es bestehen wissenschaftliche Definitionen von Aggression, die sich weder direkt auf das konkrete Verhalten noch auf das Motiv des Verhaltens beziehen. Vielmehr steht die normative Bewertung des Verhaltens, das heisst die Erwartungswidrigkeit des Verhaltens, im Vordergrund. Dies entspricht der Sichtweise, dass aggressives Verhalten vor allem das Ergebnis einer Person-Situation-Interaktion ist, die zu einer negativen Bewertung auf Seiten der Umwelt geführt hat. So definiert Jüttemann (1980) Aggression beispielsweise wie folgt: „Der Begriff ‚menschliche Aggression‘ oder ‚Aggression‘ bezeichnet eine Denkweise und darüber hinaus jede Handlungsweise, welche auf einer Denkweise beruht, die unter dem Gesichtspunkt allgemeiner oder besonderer menschlicher Verantwortung als erwartungswidrig beurteilt wird; für eine derartige Denkweise ist ein bewusstes Negieren und Ignorieren menschlicher Verantwortung charakteristisch“. Diese Definition entspricht unserem Verständnis von Aggression. Wichtig sind vor allem zwei Punkte: aggressives Verhalten ist der Ausdruck einer spezifischen sozialen Wahrnehmung, die durch die Bedeutungen erkennbar wird, die die Person den Gefühlen, Absichten und Beziehungen in sozialen Interaktionen beimisst.

Zudem werden Aggression und Gewalt nicht als Personeigenschaft, sondern als *erwartungswidriges* Verhalten aufgefasst, die das *Ergebnis einer Person-Situation-Interaktion* sind (vgl. Heitmeyer, 1993b, S. 35).

Zusammengefasst lässt sich als Definition aggressiven Verhaltens bei Kindern festhalten (Ratzke, 1999, S. 19):

- Kinder, die aggressives Verhalten zeigen, fallen ihrer Umgebung dadurch auf, dass sie andere Menschen physisch oder psychisch verletzen, Verletzungen androhen, oder Gegenstände zerstören.
- Aggressives Verhalten als „soziale Krankheit“ entsteht aus der Wechselwirkung von individuellen, interpersonellen und sozialen/gesellschaftlichen Konflikten und zeigt sich in unterschiedlichen Kontexten.
- Aggressives Verhalten wird als Möglichkeit zur Lösung dieser Konflikte eingesetzt und/oder als Ausdrucksmöglichkeit einer eskalierenden Situation, wenn keine anderen Kommunikationsformen zur Verfügung zu stehen scheinen.

Dieser Definition entsprechend sind dann auch „... nicht Kinder aggressiv, sondern zeigen in bestimmten Kontexten aggressives Verhalten“ (S. 19).

Im Folgenden wird nur noch auf die destruktiven Formen der Aggression inklusive Gewalt eingegangen. Sowohl die positiven Formen von Aggression (z.B. Durchsetzungskraft) als auch autoaggressive Formen von Aggression (z.B. Selbstzerstörung) bleiben in dieser Arbeit unberücksichtigt.

### **2.3 Klinisch-diagnostische Definitionen**

In der klinischen Definition von aggressivem Verhalten bei Kindern wird ausdrücklich die Schädigungsabsicht des Verhaltens formuliert. Demzufolge ist aggressives Verhalten gekennzeichnet durch „... *Verhaltensweisen, die Normen verletzen und die Rechte und Bedürfnisse anderer nicht beachten. Das Verhalten ist darauf ausgerichtet, jemand anderen direkt oder indirekt zu schädigen*“ (Saß, Wittchen & Zaudig, 2001).

Angesichts dieser Beschreibung wird sich der Leser fragen, wie man sich ein Kind mit aggressivem Verhalten vorstellen kann. Wie würde es der Kliniker typischerweise beschreiben? Ein Blick auf die im DSM-IV genannten Merkmale, die mit aggressivem Verhalten einhergehen, lesen sich wie ein Katalog unerwünschter Charaktereigenschaften. Hier ein Auszug: Ein aggressives Kind „... zeigt wenig Empathie, nimmt keine Rücksicht auf die Wünsche anderer und empfindet wenig Schuldgefühle. Es kann schwierig sein, herauszufinden, ob gezeigte Reue echt ist, denn häufig haben die Kinder gelernt, dass durch ein Eingeständnis von Schuld die Strafe gemindert oder verhindert werden kann. Sie versuchen, anderen für ihr eigenes Fehlverhalten die Schuld zu geben und verpetzen bereitwillig ihre Kameraden.“

Ihr Selbstwertgefühl ist meist gering, nach aussen versuchen sie jedoch das Bild von Härte zu vermitteln ...“ (Saß et al., 2001).

Die Beschreibungen beinhalten eine Anzahl Persönlichkeitszuschreibungen, die eng mit dem sozialen Verstehen zusammenhängen. Die Beschreibung des DSM-IV mag zwar präzise klingen, aber es fehlen wichtige Teile des „Puzzles“. Welche Gründe veranlassen ein Kind beispielsweise dazu, wenig Rücksicht auf andere zu nehmen? Was sind die Motive des Verhaltens? Dabei ist vor allem entscheidend, wie das Kind selbst das schildert. Die Schilderungen der Eltern, Lehrer und Psychologen können nur wenig Aufschluss darüber liefern. Beispielsweise ist die empirisch zu überprüfende Frage, ob aggressive Kinder wirklich keine Reue empfinden, zu ergänzen durch die Frage: Fehlen Schuldgefühle, weil das Kind die Gefühle bei anderen und sich selbst (noch) nicht versteht, oder aber, weil es sie versteht und sich aus verschiedenen Gründen bewusst dazu entschieden hat, sich aggressiv zu verhalten (beispielsweise, weil es die Gefühle anders interpretiert)?

Ätiologische Faktoren bleiben in den klinischen Definitionen aggressiven Verhaltens jedoch weitestgehend unberücksichtigt.

### **2.3.1 Diagnostische Klassifizierung nach DSM-IV**

Nach dem DSM-IV sind die Störungen des Sozialverhaltens (312.8) charakterisiert durch „... *ein sich wiederholendes und durchgängiges Verhaltensmuster, bei dem die grundlegenden Rechte anderer sowie wichtige altersentsprechende soziale Normen und Regeln verletzt werden*“ (Kriterium A). Das Verhaltensmuster sollte in vielen Lebensbereichen auftreten, beispielsweise sowohl zu Hause als auch in der Schule und in der Freizeit. Die Symptome werden im DSM-IV in vier Gruppen eingeteilt:

- Aggressives Verhalten gegenüber Menschen oder Tieren (Kriterien A1–A7)
- Nicht aggressives Verhalten, bei dem Eigentumsverlust oder –schaden verursacht wird (Kriterien A8 und A9)
- Betrug oder Diebstahl (Kriterien A10–A12) und
- ernsthafte Regelverletzungen (Kriterien A13–15)

Zusätzlich muss Kriterium B erfüllt sein, das besagt, dass die Störung in klinisch bedeutsamer Weise Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsbereichen verursacht. Tabelle 2.1 zeigt die A-Kriterien für die Störung des Sozialverhaltens nach DSM-IV.

Tabelle 2.1: Kriterien der Störung des Sozialverhaltens nach DSM-IV

1. Bedroht, schikaniert oder schüchtert andere häufig ein
2. Beginnt häufig körperliche Auseinandersetzungen
3. Hat Waffen benutzt, die anderen körperlichen Schaden zufügen können (1 x)
4. Ist körperlich grausam zu Menschen
5. Quält Tiere
6. Stiehlt in Konfrontation mit dem Opfer (1 x)
7. Zwingt andere zu sexuellen Aktivitäten (1 x)
8. Begeht vorsätzlich Brandstiftung mit der Absicht, schweren Schaden anzurichten (1 x)
9. Zerstört vorsätzlich fremdes Eigentum (1 x)
10. Bricht in fremde Wohnungen, Gebäude oder Autos ein (1 x)
11. Lügt oft, um sich Güter/Vorteile zu verschaffen oder um Verpflichtungen zu entgehen
12. Stiehlt Wertgegenstände ohne Konfrontation mit dem Opfer
13. Bleibt trotz elterlicher Verbote häufig nachts weg (Beginn vor 13 Jahren)
14. Ist von den Eltern mindestens 2-mal über Nacht oder 1-mal länger als eine Nacht weggelaufen
15. Schwänzt häufig die Schule (Beginn vor 13 Jahren)

Für eine Diagnose der Störung des Sozialverhaltens sollten mindestens zwei der Kriterien in den letzten 12 Monaten aufgetreten sein, und davon mindestens eines während der letzten 6 Monate. Die Kernsymptome werden häufig durch weitere Merkmale wie geringe Frustrationstoleranz, Reizbarkeit und Rücksichtslosigkeit begleitet. Ausserdem variiert die Auftretenshäufigkeit der Symptome nach Alter und Geschlecht.

Weiterhin werden im DSM-IV zwei Untertypen unterschieden, die sich auf das Alter bei Störungsbeginn beziehen: Zum einen ein Typ, der in der Kindheit beginnt (Typ I), und zum anderen ein in der Adoleszenz zum ersten Mal auftretender Typ (Typ II). Die Typen unterscheiden sich in der Art der auftretenden Verhaltensprobleme, im Entwicklungsverlauf und in der Prognose sowie nach dem Geschlecht. Beide können in leichter, mittlerer und starker Ausprägung auftreten. Kinder des Typs I weisen eher eine bleibende Störung des Sozialverhaltens auf und entwickeln als Erwachsene auch eher eine antisoziale Persönlichkeitsstörung als Kinder des Typs II.<sup>1</sup>

Tabelle 2.1 verdeutlicht, dass die Symptome der Störung des Sozialverhaltens schwere Regelverletzungen und delinquentes Verhalten beinhalten. Ein weiteres Störungsbild, das eher leicht–mittelschwere aggressive Symptome beinhaltet, ist die Störung mit oppositionellem Trotzverhalten (313.81).

<sup>1</sup> In dieser Arbeit werden Kinder im Grundschulalter (6–10 Jahre) untersucht, so dass nur Typ I interessant ist, dessen Beginn vor dem 10. Lebensjahr liegt. Der Typ I tritt nach DSM-IV bei Jungen sehr viel häufiger auf. Zu Beginn treten weniger gravierende Verhaltensweisen (z.B. Lügen) auf. Die schwerwiegenderen Symptome folgen in der Regel im weiteren Entwicklungsverlauf. Geschlechtsunterschiede finden sich bei typischen einzelnen Problemen des Sozialverhaltens. Jungen kämpfen, stehlen und haben Disziplinprobleme in der Schule. Mädchen sind nicht konfrontativ, lügen, schwänzen die Schule und laufen von zu Hause weg. Bei Typ I ist es laut DSM-IV wahrscheinlich, dass in der frühen Kindheit eine Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten aufgetreten ist. Dabei wird „frühe Kindheit“ im DSM-IV altersmässig jedoch nicht weiter eingegrenzt.



Nach DSM-IV kennzeichnet sich diese durch „... ein Muster von wiederkehrenden negativistischen, trotzigem, ungehorsamen und feindseligen Verhaltensweisen gegenüber Autoritätspersonen, das mindestens 6 Monate andauert“ (Kriterium A). Das trotziges Verhalten äussert sich in ständiger Widerspenstigkeit, im Widerstand gegen Anweisungen sowie im Widerwillen, Kompromisse einzugehen, nachzugeben oder mit Erwachsenen oder Gleichaltrigen zu verhandeln. Die Kinder wollen ihre Grenzen austesten und befolgen Anweisungen nicht, streiten und akzeptieren Tadel ungern. Verletzungen der Gesetze oder Grundrechte anderer treten jedoch nicht auf. Tabelle 2.2 zeigt die Kriterien für die Störung mit oppositionellem Trotzverhalten nach DSM-IV.

Tabelle 2.2: Kriterien der Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten nach DSM-IV

1. Wird schnell ärgerlich
2. Streitet sich häufig mit Erwachsenen
3. Widersetzt sich häufig aktiv den Anweisungen oder Regeln von Erwachsenen oder weigert sich, diese zu befolgen
4. Ärgert andere häufig absichtlich
5. Schiebt häufig die Schuld für eigene Fehler oder eigenes Fehlverhalten auf andere
6. Ist häufig empfindlich oder lässt sich von anderen leicht ärgern
7. Ist häufig wütend und beleidigt
8. Ist häufig boshaft oder rachsüchtig

Da alle Merkmale einer Störung mit oppositionellem Trotzverhalten auch bei einer Störung des Sozialverhaltens vorhanden sind, wird Erstere nach DSM-IV nicht diagnostiziert, wenn die Merkmale der Störung des Sozialverhaltens erfüllt sind. Die Störung mit oppositionellem Trotzverhalten ist folglich eine mildere Störung, die der Störung des Sozialverhaltens häufig vorausgeht (vgl. Lahey & Loeber, 1997; Loeber, Burke, Lahey, Winters & Zera, 2000). Sowohl bei der Störung des Sozialverhaltens als auch bei der Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten ergeben sich allgemeine diagnostische Probleme, die vor allem durch die hohen Komorbiditätsraten verursacht werden. Differenzialdiagnostisch ist vor allem Hyperaktivität abzugrenzen, weil hyperkinetische und aggressive Verhaltensprobleme sehr häufig gemeinsam auftreten. Untersuchungen unterstützen, dass Hyperaktivität im frühen Kindesalter ein Risikofaktor für alle Formen aggressiven Verhaltens ist (Laucht, Esser & Schmidt, 1998). Aber auch die Anpassungsstörung<sup>2</sup>, Depression und – bei Jugendlichen – die antisoziale Persönlichkeitsstörung sind davon zu unterscheiden (Scheithauer & Petermann, 2000).

<sup>2</sup> Die Anpassungsstörung wird diagnostiziert, wenn Probleme des Sozialverhaltens auftreten, die nicht die Kriterien einer anderen Störung erfüllen und in deutlichem Zusammenhang mit Beginn eines psychosozialen Belastungsfaktors stehen.

Auch die stark am Verhalten ausgerichteten Diagnosekriterien tragen zum Problem bei. Eine Folge des diagnostischen Problems könnte sein, dass Mädchen tendenziell seltener diagnostiziert werden, weil die Kriterien die typisch weiblichen Ausdrucksformen von Aggression (lästern, ausschliessen etc.) weniger verlässlich erfassen als die typisch männlichen Ausdrucksformen von Aggression.

### **2.3.2 Vergleich des DSM-IV mit dem ICD-10**

Die ICD-10 beschreibt die Störungen des Sozialverhaltens sehr ähnlich wie das DSM-IV. Von daher ist es überflüssig, die Definition und die Symptome nach ICD-10 nochmals zu beschreiben. Ein Unterschied zwischen den beiden Klassifikationssystemen ist jedoch erwähnenswert. In der ICD-10 wird die Diagnose „Störungen des Sozialverhaltens“ nach dem Vorhandensein sozialer Bindungen in Untergruppen klassifiziert. Demnach sind Kinder häufig nur in einem sozialen Umfeld aggressiv. So können sie beispielsweise bei den Eltern zu Hause rebellieren, aber in der Schule eher schüchtern wirken, und umgekehrt: Kinder, die zu Hause eher unproblematisch sind, können in der Schule ihre Mitschüler tyrannisieren. Anhand dieses Kriteriums werden die folgenden Untertypen unterschieden:

- Auf den familiären Kontext beschränkte Störung des Sozialverhaltens (F 91.0):  
Aggressives Verhalten, das vollständig oder fast vollständig auf den häuslichen Rahmen oder auf Interaktionen mit Mitgliedern der Kernfamilie beschränkt ist.
- Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen (F 91.1):  
Aggressives Verhalten mit deutlichen und tief greifenden Beziehungsproblematiken bezüglich anderer Kinder.
- Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen (F 91.2) :  
Aggressives Verhalten bei Kindern, die allgemein gut in ihre Altersgruppe eingebunden sind.
- Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten (F 91.3):  
Aufsässiges, ungehorsames Verhalten, ohne Delinquenz und schwer aggressives Verhalten, vor allem bei jüngeren Kindern.

Die Diagnose F 91.3 entspricht der Störung mit oppositionellem Trotzverhalten des DSM-IV. Nach ICD-10 neigen Kinder mit dieser Störung dazu, häufig und aktiv Anforderungen oder Regeln Erwachsener zu missachten und überlegt andere Menschen zu ärgern. Sie sind oft zornig, übelnehmerisch und verärgert über andere Menschen, denen sie die Verantwortung für ihre eigenen Fehler oder Schwierigkeiten zuschreiben. Ihr Trotz hat typischerweise eine deutlich provokative Qualität, so dass sie Konfrontationen hervorrufen. Diese Kinder legen ein exzessives Ausmass an Grobheit, Unkooperativität und Widerstand gegen Autorität an den Tag (Dilling, Mombour & Schmidt, 2000, S. 302).

## 2.4 Aggression als dimensionales Verhalten

Neben der Klassifikation nach DSM-IV und ICD-10 bestehen vielfältige weitere diagnostische Beschreibungen von aggressivem Verhalten. Dabei sind vor allem dimensionale Modelle zentral, die problematisches Verhalten beschreibend auf verschiedenen Verhaltensdimensionen ordnen. Ein typisches Modell ist das zweidimensionale Modell von Frick (1998), das die Dimensionen aggressiven Verhaltens offenes versus verdecktes und destruktives versus nicht destruktives Verhalten berücksichtigt.

<i>Eigentumsverletzungen</i>	<b>destruktiv</b>	<i>Aggression</i>
Stehlen	Schlägereien	
Zerstören	Hänseln	
Brandstiftung	Grausamkeit	
<b>verdeckt</b>		<b>offen</b>
	Regelverstöße	Widersprechen
	Schwänzen	Aufsässigkeit
	Drogenmissbrauch	Verweigerung
<i>Normverletzungen</i>	<b>nicht destruktiv</b>	<i>Opposition</i>

Abbildung 2.1: Zweidimensionales Modell für Störungen des Sozialverhaltens

Weitere dimensionale Einordnungen berücksichtigen den Verlauf des Verhaltens und die hohen Komorbiditätsraten. So unterscheiden Rutter, Silberg, O'Connor & Simonoff (1999) antisoziales Verhalten, das mit versus ohne Hyperaktivität auftritt, sowie lebenslanges persistentes antisoziales Verhalten versus auf das Heranwachsen begrenztes antisoziales Verhalten (vgl. Moffitt, 1993).

Einige Modelle orientieren sich am entwicklungspsychopathologischen Modell und beschreiben problematisches Verhalten auf dem Hintergrund des Zusammenwirkens psychosozialer und individueller Prozesse. Das liefert eine gute Strukturierungshilfe für Kliniker in der therapeutischen Arbeit. Ein Beispiel für eine solche Strukturierung ist die Klassifizierung aggressiven Verhaltens von Quay (1987), die zum Teil anhand der Ätiologie des Verhaltens entwickelt wurde. Es werden die folgenden Untergruppen unterschieden:

- Nicht sozialisierte Aggression (aggressives Verhalten gegenüber Personen)
- Sozialisierte Aggression (Norm- und Regelverstöße im Verband einer Clique)
- Aufmerksamkeitsdefizit (zugrunde liegende Hyperaktivität) und
- Angst (angstmotivierte Aggression)

Je nach Untertyp sind andere therapeutische Massnahmen indiziert (vgl. Kapitel 8).

Die in diesem Abschnitt vorgestellten Klassifikationsmodelle entsprechen eher der konzeptuellen Grundlage der Arbeit als die klinisch-diagnostischen Definitionen. In den vorherigen Abschnitten wurde erläutert, dass aggressives Verhalten in der vorliegenden Arbeit nicht als Personeneigenschaft, sondern als das *Ergebnis einer Person-Situation-Interaktion* verstanden wird (vgl. Heitmeyer, 1993a, S. 35). Das impliziert, dass die Berücksichtigung ätiologischer Faktoren (beispielsweise eine Strukturierung des Verhaltens anhand der zugrunde liegenden motivationalen Faktoren) zu einer exakteren Beschreibung aggressiven Verhaltens führt. Die dimensionale Betrachtungsweise entspricht dem Konzept der Arbeit, weil aus der Wechselwirkung spezifischer Person-Situationsmerkmale verschiedene Muster und Schweregrade aggressiven Verhaltens abgeleitet werden können. Diese lassen sich dimensional anordnen. In der Arbeit wird folglich nicht zwischen der Störung mit oppositionellem Trotzverhalten und der Störung des Sozialverhaltens unterschieden. Vielmehr werden die Symptome beider Störungsbilder als Symptome auf einer Dimension verstanden, die sich nach Schweregrad ordnen lassen. Die genaue empirische Operationalisierung aggressiven Verhaltens wird in Kapitel fünf erläutert.

## **2.5 Prävalenz und Stabilität**

Ein Grund, warum die Ursachen aggressiven Verhaltens weiter untersucht werden sollten, liegt in den hohen Prävalenzraten, dem qualitativen Anstieg von Aggression und Gewalt innerhalb der letzten Jahre sowie der hohen Wahrscheinlichkeit eines stabil antisozialen Entwicklungsverlaufs (vgl. Kapitel 1).

### **2.5.1 Prävalenz**

Die Störung des Sozialverhaltens ist die zweithäufigste kinderpsychiatrische Diagnose. Fast die Hälfte der Kinder in klinischen Einrichtungen (30–50%) haben Verhaltensprobleme im aggressiven Bereich und/oder HKS (Döpfner, 1998). Für Jungen ist es die am häufigsten auftretende Auffälligkeit (Earls, 1994). Im Kindesalter tritt aggressives Verhalten bei ca. 6–16 % der Jungen und bei ca. 2–9% der Mädchen auf (Saß et al., 2001). Laut DSM-IV ist die Auftretenshäufigkeit der Diagnose in den letzten Jahren angestiegen (vgl. Kapitel 1). Nach epidemiologischen Studien liegen die Prävalenzraten bei 1,5–3,4 % (Steinhausen, 2000). Die hohe Schwankung in den Raten ist zum einen auf die in den Studien eingesetzten erheblich variierenden Methoden zurückzuführen. Zum anderen tragen auch die am Verhalten orientierten Diagnosekriterien zu der Schwankung bei. Zusammengefasst ist festzuhalten, dass aggressives Verhalten zu den dissozialen Störungen im Kindes- und Jugendalter gehört, deren Inzidenz je nach untersuchter Stichprobe zwischen 5–25% betragen kann.

In einer Studie an einer klinischen Population (alle ambulanten und stationären Patienten einer ländlichen Region mit ca. 450 000 Einwohnern) stellten die dissozialen Verhaltensweisen mit einem Anteil von 20% in der Altersgruppe der 12- bis 17-Jährigen den höchsten Anteil psychischer Auffälligkeiten dar (Renschmidt & Walter, 1989).

### **2.5.2 Stabilität und Verlauf**

Aggressives Verhalten ist die stabilste Form von auffälligem Sozialverhalten und kann bereits sehr früh, im Alter von 5 bis 6 Jahren auftreten. Gewöhnlich beginnt massiv aggressives Verhalten jedoch eher in der späten Kindheit. In der frühen bis mittleren Kindheit findet sich hingegen häufiger die Störung mit oppositionellem Trotzverhalten. Der Verlauf ist sehr unterschiedlich. Bei einem grossem Teil der Kinder verschwinden die aggressiven Verhaltensweisen bis zum Erwachsenenalter. Viele Personen zeigen jedoch auch beim Eintritt ins Erwachsenenalter Verhaltensweisen, welche die Kriterien der antisozialen Persönlichkeitsstörung erfüllen. Allgemein gilt: Je früher das Verhalten auftritt, umso stabiler ist es in der weiteren Entwicklung (vgl. Farrington, 1995; Loeber, Green, Lahey, Christ & Frick, 1992). So zeigen Längsschnittstudien über den Verlauf aggressiver Verhaltensweisen, dass etwa die Hälfte der Kinder das aggressive Verhalten über mehrere Jahre hinweg beibehält. Auch kriminelle Entwicklungsverläufe sind meistens beständig (Rutter, Giller & Hagell, 1998). Im deutschen Raum konnte in der Mannheimer Längsschnittstudie (Laucht, Esser & Schmidt, 1999) nachgewiesen werden, dass mehr als 50% der 8-jährigen Kinder mit aggressivem Verhalten mit 18 Jahren ebenfalls als aggressiv oder dissozial beschrieben werden. Weitere Untersuchungsergebnisse zeigen, dass aggressives Verhalten in der Kindheit im Entwicklungsverlauf Folgeprobleme mit sich bringt. So ergab beispielsweise die Ontario-Child-Health-Study (Boyle, Offord, Racine & Fleming, 1993), dass das von Lehrern bei 8- bis 12-jährigen Kindern eingeschätzte aggressive Verhalten den Gebrauch von harten Drogen vier Jahre später vorhersagte.

Ein Überblick über Risikofaktoren, die aus aggressivem Verhalten abgeleitet werden können, findet sich bei Parker & Asher (1987). Loeber & Farrington (1998) beschreiben vier Risikofaktoren, die zu einem stabilen Verlauf in der Entwicklung aggressiven Verhaltens führen. Demnach wird ein stabiler Verlauf aggressiven Verhaltens begünstigt, wenn das Verhalten

- sehr häufig auftritt
- vielfältig ist
- sich in vielen Situationen zeigt und
- bereits in der frühen Kindheit beginnt.

Es konnte nachgewiesen werden, dass diese vier Faktoren prognostisch bedeutsam sind (Moffitt, 1990). Loeber (1990) geht in der Folge von drei Entwicklungsverläufen aggressiven Verhaltens aus (vgl. Petermann & Warschburger, 1998):

- ⇒ Aggressiv-flexibler Verlauf: Dieser Verlauf wird durch einen frühen Beginn und vielfältige Verhaltensprobleme gekennzeichnet. Die sozialen Kontakte sind gestört.
- ⇒ Antisozialer Verlauf: Diese Verlaufsform beginnt erst in der späten Kindheit und ist eher durch nicht aggressive Verhaltensweisen wie Lügen und Stehlen charakterisiert. Die Kinder sind meistens sozial integriert.
- ⇒ Drogenmissbrauch: Dieser Verlauf bezeichnet den ausschliesslichen Drogenkonsum mit Beginn in der frühen Adoleszenz.

Kinder, die bereits im frühen Entwicklungsalter Probleme haben (Verlaufstyp 1), sind besonders gefährdet, chronisch aggressiv zu werden (vgl. Nagin & Tremblay, 1999). Für diesen ersten Verlaufstyp hat Loeber (1990) ein Entwicklungsmodell aggressiven Verhaltens entwickelt, das die Ausdrucksformen des aggressiven Verhaltens über die Entwicklungsspanne beschreibt. Das Modell ist in Abbildung 2.2 dargestellt.

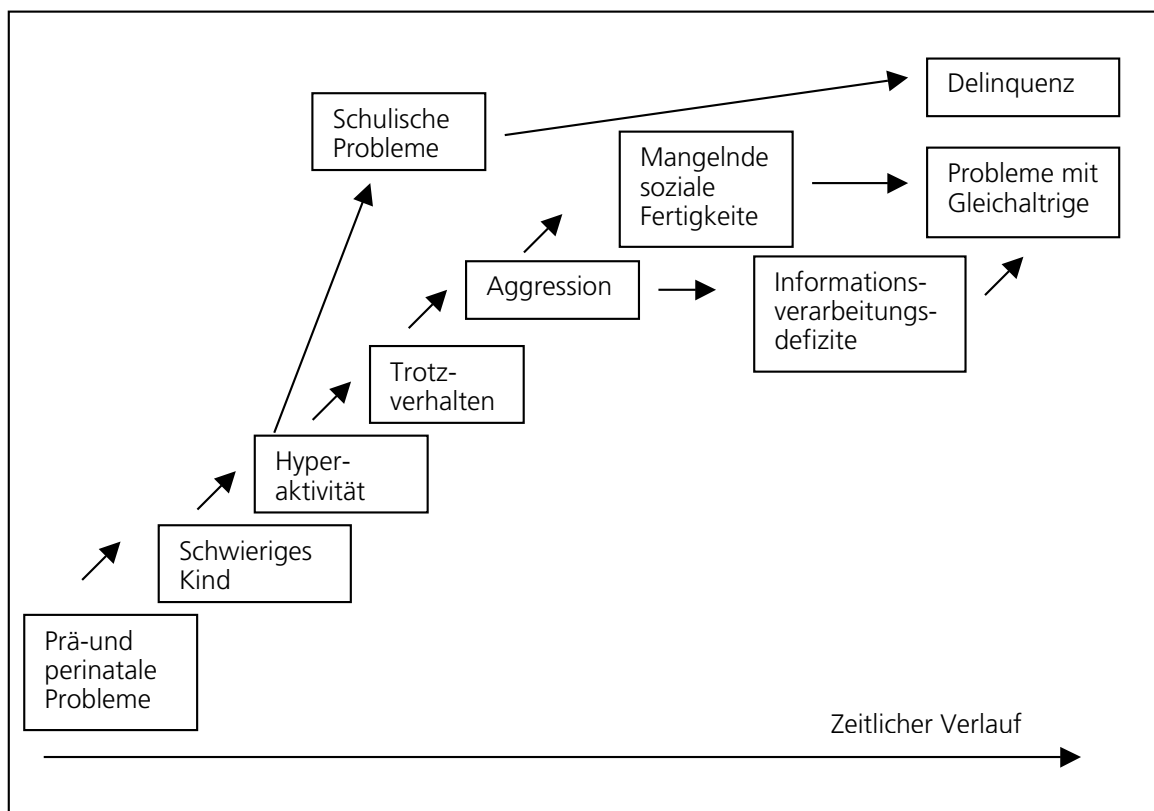


Abbildung 2.2: Entwicklungsverlauf aggressiven Verhaltens

Wie die Abbildung zeigt, können bereits prä- und perinatale Probleme ein erster Hinweis für einen ungünstigen Entwicklungsverlauf sein (vgl. Esser & Schmidt, 1998, 2000). Im ersten Lebensjahr berichten Mütter dann über schwierige Säuglinge, die sich im Alter von 1–2 Jahren durch ein schwieriges Temperament auszeichnen.

Ein schwieriges Temperament ist ein Risikofaktor, weil diese Kinder hohe Anforderungen an die Erziehungskompetenzen der Eltern stellen (vgl. Campbell, 1997). Im weiteren Entwicklungsverlauf können Hyperaktivität und oppositionelles Trotzverhalten auftreten. Mit Beginn des Schuleintritts kann dies in aggressives Verhalten übergehen. Weitere Folgen sind Schulprobleme, mangelnde soziale Kompetenzen und Probleme in der Informationsverarbeitung. Dies kann zu zunehmenden Problemen mit Gleichaltrigen führen und bei Jugendlichen in Delinquenz münden (vgl. Lahey, Waldman & McBurnett, 1999; Loeber & Hay, 1997).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass aggressives Verhalten ein besonders häufig auftretendes und stabiles Verhalten ist. Je stärker und intensiver es auftritt, desto schwieriger ist es zu behandeln. Auch die Prognosen sind weniger günstig als für andere problematische Verhaltensweisen. Umso mehr Bedeutung kommt der Prävention und frühen Intervention zu. Für Interventionsmassnahmen ist abzuklären, welche Absicht dem Verhalten zugrunde liegt. Das dient beispielsweise der Differenzierung zwischen aggressivem und hyperaktivem Verhalten (Döpfner, 1993). Die Unterscheidung hat verschiedene therapeutische Interventionen zur Folge. Für aggressive Kinder ist ein sozial-kognitives Training sinnvoll, bei hyperaktiven Kindern jedoch nicht notwendigerweise (Borg-Laufs, 1997; Döpfner, 1998). In Kapitel 8 werden bestehende Interventions- und Präventionsmöglichkeiten für Kinder mit aggressivem Verhalten vorgestellt.