

*"Wir befassen uns nicht nur ungern mit dem Frieden,  
wir befassen uns noch viel weniger gern mit unserer eigenen Aggressivität"*  
A. Mitscherlich, 1969

# Kann Gewalt therapiert werden?

Tiefenpsychologische, lerntheoretische und systemische Aspekte von Jugendgewalt,  
Elterngewalt und Therapeutengewalt

Jürgen Junglas, Bonn

Vortrag und Symposium 21.02.94, Berlin, dgvt kongress

Dr. med. Diplom-Psychologe, Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie  
Leiter der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie der Rheinischen Landeslinik Bonn

## Abstract:

Gewalt und Aggression sind ambivalente Begriffe. Leben ohne Aggression ist nicht denkbar. Ziel aller Maßnahmen kann nicht sein, Gewalt zu unterdrücken, sondern Gewaltanwendung nach moralischen Regeln zu ermöglichen. Die Dynamik der Gewalt von Kindern und Jugendlichen kann nicht aus dem Prozeß der erzieherischen Gewalt abstrahiert werden. Das Bewußtsein um die interaktive Bedeutung von Gewalt hilft auch die therapeutischen Strategien zu klären. Die Komplexität der ubiquitären Gewaltprobleme erfordert systemische Betrachtungen und Interventionen.

## Was ist Gewalt?

Das o.g. Zitat von Mitscherlich stammt aus einer Zeit, in der es schon einmal eine breite Diskussion über Aggressivität und deren Behandlung in der Öffentlichkeit gab. Die Annäherung an das Thema Aggressivität ist heute wie damals für alle etwas schwierig.

Wer sich in dem Feld auskennt und versucht hat, sich mit dem Begriff der Aggressivität auseinanderzusetzen weiß, wie schwierig es ist - sowohl in der Literatur wie im konkreten, praktischen Handeln - den Begriff der Aggressivität praktisch handhabbar zu definieren, für den Begriff der Gewalt gilt das ähnlich.

Beide Begriffe haben ambivalente Wurzeln. **Gewalt** bedeutet primär nichts Schlechtes. Es leitet sich von dem Verb "walten" ab, ebenso gewaltig, gewältigen (bewältigen), überwältigen, verwalten, vergewaltigen. Die indogermanische Wurzel "ual-dh" meinte

"stark sein, beherrschen". Gemeint ist also daß man stark ist, etwas kompetent zu beherrschen, u.U. auch sich selbst und das Beherrschte durchaus wohlwollend verwaltet.

**Aggression** leitet sich vom lateinischen "ag-gredi" ab, einem Kompositum von "gradi" "schreiten, gehen" und meint zweierlei in eins: "heranschreiten; angreifen", aber auch "unternehmen, beginnen, versuchen, an etwas gehen" (Petschenig 1967).

Wobei die Doppeldeutigkeit im deutschen Wort "an-greifen" erhalten bleibt, (berühren, anfassen, auf etwas zugehen; Hand an etwas legen vs. feindlich entgegentreten, anfallen, herfallen über, um es zu zerstören), und im passiv ("angegriffen sein": die Kräfte aufbrauchen, an der Gesundheit zehren) noch eine weitere Bedeutung liegt, die noch am ehesten mit der negativen Rezeption des Begriffes verbunden werden kann.

Ein Blick ins Meyers Enzyklopädisches Lexikon (1974) weist auf die Bedeutung des Begriffs im Strafrecht, im Zivilrecht, (elterliche Gewalt, Schlüsselgewalt), im öffentlichen Recht, (Gewaltentrennung, Staatsgewalt), im Völkerrecht, sowie auf die Bedeutung in den Sozialwissenschaften hin.

Nach Max Weber hat der Staat das "Monopol physischer Gewaltsamkeit".

Walter Benjamin (1965) hatte bereits 1918 geschrieben, daß eine Kritik der Gewalt sich als die "Darstellung ihres Verhältnisses zu Recht und Gerechtigkeit umschreiben" läßt. Es gehe also um die Frage, ob Gewalt "jeweils in bestimmten Fällen Mittel zu gerechten oder ungerechten Zwecken sei".

Gewalt selbst hat also keine moralische Wertung, es geht darum, ob die Gewalt einem angemessenen Zweck dient oder nicht.

Gewalt begegne uns in einer naturrechtlichen These als natürliche Gegebenheit, der die positiv-rechtliche These von der Gewalt als historischer Gewordenheit diametral entgegentrete.

Benjamin betont, daß der Sinn der Unterscheidung der Gewalt in rechtmäßige und unrechtmäßige nicht ohne weiteres auf der Hand liege. Wir wissen also nicht quasi angeborenerweise, was rechtmäßige und was unrechtmäßige Gewaltanwendung ist. Eine solche Differenzierung bedarf sicher einer qualifizierten Sozialisation. Sie wird uns "anerkennen" oder wir lernen uns in diesem schwierigen Bereich zu orientieren.

Andererseits hat die Rechtsgewalt quasi die Funktion einer Gegengewalt, gegen unser aller Gewalttätigkeit.

Das Recht ist nichts anderes als die Bündelung der Gewalttätigkeit in der dann hoffentlich demokratisch kontrollierten Staatsgewalt. Und Rechtsgewalt ist immer dort gefährdet, wo der Einzelne sich das Recht der Gewalt für sich selbst anmeldet, wo der einzelne seine eigene Gewalttätigkeit ausleben will.

Die Rechtsgewalt ist so konstruiert, daß es Bereiche in denen Gewalt durchaus toleriert

werden kann, wie beispielsweise dem Bereich der Erziehung, der uns hier interessiert, durchaus so sein kann, daß die Rechtsgewalt sagt "das ist jetzt zu viel an Gewalt". Also wir tolerieren grundsätzlich schon, daß Erziehung gewalttätig ablaufen kann - das ist ja auch in unserer Gesellschaft so - aber irgendwann sagen wir dann, "es ist ein zu übergroßes Maß von Gewalttätigkeit, daß hier für den eigentlich schon naturgemäßen Zweck der Erziehung herangezogen wird.

Wir versuchen also, die "Gebiete, für welche Naturzwecke prinzipiell in weiten Grenzen freigegeben werden, wie das der Erziehung, durch Rechtszwecke einzuschränken, sobald jene Naturzwecke mit *einem übergroßen Maß von Gewalttätigkeit*, erstrebt werden".

Das Recht sehe die Gewalt in den Händen der einzelnen Person als eine Gefahr an, die Rechtsordnung zu untergraben.

Dies bringt Benjamin in Verbindung mit der Beobachtung, "wie oft schon die Gestalt des »großen« Verbrechers, mögen auch seine Zwecke abstoßend gewesen sein, die heimliche Bewunderung des Volkes erregt hat".

E. Bloch (1967) hat unterschieden zwischen

- "menschenfreundlichem Kampf" (progressive Absichten) und
- Krieg (destruktive, vernunftwidrige Absichten).

## Zur Naturgemäßheit von Gewalt und Aggression

Lorenz behauptet aus ethologischer Sicht, daß Aggression ein "auf den Artgenossen gerichteter Kampftrieb von Tier und Mensch" sei, "ein Instinkt wie jeder andere und unter natürlichen Bedingungen auch ebenso lebens- und arterhaltend". Das Ausleben der Aggression sei notwendig zur Aufrechterhaltung der psychischen und physischen Gesundheit des Menschen. Lorenz hat auch ganz probate Vorschläge: Man könne die anderen geltende Aggression umlenken, z.B. Holz hacken, statt jemand zu schlagen oder Sport treiben<sup>1</sup>, wobei der Aggressionstrieb analog den Scheinkämpfen der Tiere befriedigt werde.

Lorenz hat auch von sog. natürlichen Bedingungen gesprochen, unter denen sich normalerweise dieser aggressive Instinkt artgerecht entfalte. Im Umkehrschluß impliziert dies für den Menschen unnatürliche Bedingungen im Falle von aggressiven Entgleisungen. Diese Ideologie ist auch heute noch stark verbreitet: wenn jemand aggressiv ist, dann waren seine Milieubedingungen falsch und die muß man verändern.

Man darf nicht vergessen, daß auch die Gewalttätigkeit von Kindern und Jugendlichen

---

<sup>1</sup> Man sah das zuletzt in Lillehammer, wie dort das stellvertretende Ausleben von Aggressionsimpulsen zu Tötung bzw. Selbsttötung von Sportlern geführt hat

grundsätzlich gesunde Lebensimpulse ausdrückt.

Für Winnicott ist am Anfang unseres Lebens Aggression nichts anderes als Liebe, nichts anderes als Motilität und der Versuch, dem anderen nahe zu sein.

Für Winnicott ist "reife Aggressivität" nichts, "was geheilt werden müßte; sie muß wahrgenommen und ausgedrückt werden".

Auch Mitscherlich meinte, vor 25 Jahren, als er den Friedenspreis des deutschen Buchhandels erhielt, pointiert: "Aggression ist eine Grundmacht des Lebens" und als solche grundsätzlich nicht negierbar.

Aggression, Gewalttätigkeit ist untrennbar mit menschlichem Dasein verbunden und als solche nicht ausrottbar.

Nissen (1986) weist darauf hin, daß der gesunde Jugendliche auf vermeintliche oder tatsächliche Übergriffe auf seine Autonomie mit Angst oder Aggressivität reagiere, die sich in Gewalttätigkeit äußern könne.

Wir kennen unsere innere Distanzierung von der "schwarzen Pädagogik", die versucht hat, die auch aggressiven Lebensimpulse der Kinder und Jugendlichen mit ebenso aggressiver Gegengewalt oder mit Gewalt-tätigkeit zu unterdrücken. Es ist unser aller Verpflichtung heute, zu reflektieren, was denn wir tun, wenn wir meinen, oder wenn wir versuchen, mit gewalttätigen Kindern und Jugendlichen therapeutisch zu arbeiten. Gewalt von Kindern und Jugendlichen ist also primär ein pädagogisches Problem, insofern als es als nicht krankhaft bedingte Gewalt auftritt. Es steht mir nicht an hier über Pädagogik von Gewalt, "schwarze Pädagogik" vs. "antiautoritäre Erziehung" zu sprechen, ich erlaube mir aber den Hinweis, daß die pädagogischen Fallen im Umgang mit Gewalt sehr denen ähneln, in die wir als Therapeuten tappen können.

## Maßnahmen gegen Jugendgewalt

Wenn wir betrachten, was heute gesellschaftlich gemacht wird, mit Kindern und Jugendlichen, die gewalttätig sind, dann ist es hilfreich, die unterschiedlichen Systeme getrennt anzuschauen: die Justiz, die Jugendhilfe, das medizinisch-therapeutische System Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und das Schulsystem.

Beschränken wir uns auf die ersten drei Systeme, dann hat

- die Justiz die Möglichkeit über polizeiliche Tätigkeit den Täter-Opfer-Ausgleich, der ja auch teilweise durchaus forciert wird, zu wirken, bis hin zu Arrestierung im Strafvollzug, der ja in Deutschland in großen Massenhäusern vollzogen wird, mit

- mehreren hundert Insassen, ohne wesentliche therapeutische Begleitung;
- die Jugendhilfe versucht, ähnliches einerseits im Jugendhilfebereich über Jugendzentren, sozialpädagogischen Familienhilfe bis hin zu Heimunterbringung oder teuren Maßnahmen der Erlebnispädagogik, solchen Kindern aus ihrer Gewalttätigkeit heraus zu helfen.
- Und die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie hat ein ähnliches Spektrum über ambulante Maßnahmen, Teilzeitmaßnahmen und vollstationäre Maßnahmen.

Interessant ist, daß fast überall der Reflex zur Internierung gewalttätiger Jugendlicher sehr groß ist, daß die Vorstellung vorherrscht, wenn Kinder und Jugendliche "extrem gewalttätig" sind, dann muß man die internieren, dann muß man die Gesellschaft vor deren Gewalttätigkeit sichern.

Gewalttätige Jugendliche können, sich durchaus in einem Gefängnis wohler fühlen als in einem Jugendzentrum. Sie haben dort einen sehr klaren, eindeutigen, festen Rahmen und wir können häufig nachvollziehen, daß sie hier erstmal Klarheit und Eindeutigkeit erfahren haben. Diese Institutionen, die ja eine Vollversorgung rund um die Uhr leisten, erfüllen eine soziale Containerfunktion, tun also eigentlich das, was die frühe Mutter mit dem Baby macht, das Kind rundum versorgen und ihm basale Sicherheit geben.

Die andere Seite dieser "internierten Angebote" oder der "Internatsangebote" ist daß diesen Institutionen auch quasi ein Gewaltmonopol in unserer Gesellschaft zugeordnet wird. Polizisten, Justizvollzugsbeamte, u.U. auch Heimerzieher, aber auch Ärzte und Therapeuten in Kliniken, zumindest in geschlossenen Stationen, dürfen Gewalt anwenden. Nicht nur dürfen sie das, sondern sie werden auch oft dezidiert aufgefordert das zu tun, nämlich gerade dann, wenn andere (z.B. die Eltern) es nicht tun wollen. Wobei gleichzeitig die Gesellschaft versucht, die Gewaltanwendung dieser Profis - oder eben auch Wärter - durch Verpflichtung auf bestimmte Regeln im Zaum zu halten. Auf der Seite der Jugendlichen bedeutet das: 'ich stehe Menschen gegenüber, die dürfen gewalttätig sein', die haben die Lizenz gewalttätig zu sein, aber nach bestimmten Regeln. Diese Regel muß ich nicht immer verstehen, als Betroffener, aber ich kann relativ sicher sein, daß es andere gibt, die darauf achten, daß diese Regeln eingehalten werden. Es sind also Modelle, die den Jugendlichen gegenüberstehen, die einer starken Außenkontrolle unterliegen und eine starke Innenkontrolle durch die Verpflichtung auf relativ eindeutige Regeln.

## ***Therapie mit gewalttätigen Jugendlichen***

Das waren die Maßnahmen. Wenn wir von Therapie von Gewalt sprechen, wird es

schwieriger, denn Therapie liegt definitionsgemäß nur dann vor, wenn

- ein Leidender, ein Patient vor uns ist, wir also aufgrund einer Krankheit oder Störung gewalttätiges Verhalten feststellen können,
- der Patient sich an uns als Therapeut wendet (und nicht z.B. als Wärter), er sagt also 'ich hab ein Problem, Du bist der Therapeut, Du kannst mir therapeutisch helfen',
- der Patient freiwillig behandelt werden will, weil er ein Problem hat (am günstigsten benannt als das Problem gewalttätig zu sein). Der Patient sucht sich den Therapeuten aus, er wird ihm nicht nur zugewiesen.

Diese Voraussetzungen sind in den therapeutischen Anfragen häufig nicht erfüllt:

- Die Kinder und Jugendlichen erleben ihre Gewalttätigkeit meist als ich-syston, als natürlicherweise zu ihren Bewältigungsstrategien gehörig. *(Das muß so sein, das wissen ja alle, wenn ich heute auf den Schulhof gehe, dann muß man schon ein Messer in der Tasche haben, weil der andere einen Revolver haben könnte, man muß sich ja wehren, weil die Welt draußen so gefährlich ist, das sieht man ja auch ständig in den Massenmedien, Eltern und Bekannte wissen das auch, die müssen sich auch ständig wehren im Konkurrenzkampf; und es ist da nicht nur angemessen, sondern notwendig, sich auch gewalttätig in einer gewalttätigen Umwelt zu verhalten.)*

Unsere diagnostischen Konzepte (z.B. Über-Ich-Mangel oder Impulskontrollstörung) konzedieren auch, daß ihnen etwas fehlt, und daß es aufgrund dieses Mangels für diesen Jugendlichen angemessen ist, sich zu wehren.

- Fast immer wenden sich dritte (die Eltern, die Schule, das Jugendamt etc.) an uns, die unter der Gewalttätigkeit leiden, sei es, daß sie sie selbst erleiden, sei es, daß sie es nicht vertreten können, daß sie z.B. einen gewalttätigen Sohn aufgezogen haben, bzw. so einen frei rum laufen läßt, ohne daß man was tut. Diese schicken uns den Jugendlichen, der Jugendliche selbst wendet sich nicht direkt an uns.
- Fast immer wird fast als normal vorausgesetzt, daß das gewalttätige Kind oder der Jugendliche sozusagen freiwillig nicht von seinem Tun lassen wird, eine "Therapie" also mit Gegengewalt arbeiten müsse. Man geht fast immer davon aus, daß da was 'gemacht werden muß von außen', das dritte was machen müssen, daß man nicht erwarten kann, daß der Jugendliche selbst davon ablassen wird.

## **Diagnosen bei gewalttätigen Jugendlichen**

Die Kriminalstatistik (1989) zeigt uns, daß die Beteiligung von Kindern und Jugendlichen an den Tatverdächtigen relativ hoch ist:

|                  | <u>Kinder</u> | <u>Jugendliche</u> |
|------------------|---------------|--------------------|
| Brandstiftung    | 18,6 %        |                    |
| Sachbeschädigung | 8,3 %         | 16,3 %             |
| Raub             |               | 17,2 %             |

Deutlich ist auch, daß männliche Kinder und Jugendliche häufiger an aggressiven Straftaten beteiligt sind als weibliche (ca. 4 : 1).

Remschmidt (1992) betont, daß es sich bei Aggressivität um ein bio-psycho-soziales Phänomen handelt.

Als biologische Faktoren führt er an:

- männliches Geschlecht  
bereits im 2. Lebensjahr unterschiedlich; neben biologischen Faktoren auch unterschiedliches Erziehungsverhalten
- erhöhter Testosteronspiegel
- 

Olweus et al. (1988) unterscheiden

- aggressive Auseinandersetzungen zwischen männlichen Individuen ("intermale aggressions") und
- irritationsgeleitete Aggressionen ("irritable aggressions")
- genetisch festgelegte Aggressionsbereitschaft (Aggressionstrieb, -instinkt) die gesteigert werden kann durch: "Verletzungen des Gehirns, Erkrankungen oder auch Lernen" (v.a. limbisches System)
- manche Chromosomenaberrationen (z.B. Klinefelter (nicht belegt) oder XYY-Syndrom (eher wahrscheinlich)
- neuropsychologische (Teilleistungsgestörte) und neurologische Befunde, z.B.
  - frontotemporale Dysfunktion
  - eingeschränkte verbale Fähigkeiten
  - Beeinträchtigung der nichtdominanten Hemisphärenfunktion (räumliches Vorstellvermögen, visuomotorische Koordination, Stereognosie).

Die diagnostischen Systeme (ICD9) sehen Unterschiede in der Bandenkriminalität, also in der Gewalttätigkeit innerhalb einer Gruppe, differenzieren das von der Gewalttätigkeit außerhalb einer Gruppe, das sind ganz andere Jugendliche. In den neueren Diagnostiksystemen DSM-III-R und ICD10 wird noch einmal der Typ der innerfamiliären Aggressivität hervorgehoben. Es gibt viele Patienten, die sind nur in der Familie aggressiv - und dort aber ganz gewalttätig - und außerhalb der Familie fast überangepaßt.

Und es gibt möglicherweise, das wäre dann die vierte Gruppe, so etwas ähnliches wie Menschen, die eine geringe Impulskontrolle haben, das sich nicht nur in Gewalttätigkeit,

sondern auch in anderen Bereichen - Sexualität, Sucht etc. - zeigt.

Nissen führt 1980 Aggressivität in der 4. Auflage des Lehrbuchs Kinder- und Jugendpsychiatrie unter "Symptome psychischer Störungen" auf, widmet ihr in seinem eigenen Lehrbuch 1986 einen Abschnitt im Kapitel Emotionale Störungen und führt sie in der 5. Auflage des Lehrbuchs 1989 unter "Leichte Störungen des Sozialverhaltens" auf.

Der Typ des "Randalierers" wird häufig mit "milieubedingter Fehlentwicklung" in Zusammenhang gebracht (APK 1990). "Schwierige", "unerzogene" Kinder die prügeln. Ihnen scheint der feste Rahmen, verbindliche Strukturen und Strenge zu fehlen.

Das Problem der Unterscheidung zwischen angemessenem und übertriebenem aggressivem Verhalten wird in der Psychiatrie dadurch zu lösen versucht, daß die Fachleute ihre Kriterien für die Einschätzung möglichst transparent machen und viele Experten zu einer übereinstimmenden Meinung kommen.

Im ICD-10 (Dilling et al. 1991) wird aggressives Verhalten im Sinne von Störung (Krankheit) im Kindes- und Jugendalter folgendermaßen klassifiziert:

*Unter der Kategorie der Störungen des Sozialverhaltens (F91) werden sich wiederholende und andauernde Muster dissozialen, aggressiven oder aufsässigen Verhaltens verstanden.*

Die dabei anzuliegende Meßlatte sind "altersentsprechende soziale Erwartungen", die grob verletzt sein müssen.

Die Klassifizierung konzidiert, daß Merkmale dieser Störung auch "symptomatisch" bei anderen psychiatrischen Erkrankungen auftreten können.

Die Abgrenzung der Störung gegenüber Hyperaktivität ist unklar, Überschneidungen sind häufig.

Die psychiatrische Behandlung des Gewalt ist entsprechend problematisch.

Kategorische Klarheit etwa im Sinne einer "Gewaltpsychose" oder "Gewaltneurose" ist nicht in Sicht. Zu vielfältig sind die Quellen für aggressives, gewaltsames Verhalten.

Eindeutiger wäre fast, analog zu "sexuellen Störungen" von "aggressiven Störungen" zu sprechen.

Daraus folgert, daß Aggression und Gewalt Symptomcharakter haben, woraus sich als therapeutische Strategien ableiten

- Diagnose der zugrundeliegenden Störung  
z.B. Gewalt als Ausdruck kindlicher Perversionen (töten von Tieren etc.) und dessen Behandlung (Psychoanalyse)

- Diagnose der symptommodifizierenden Variablen und dessen Behandlung (Verhaltenstherapie)
- wobei sowohl auf der Ebene der zugrundeliegenden Störung wie auf der Ebene der Symptommodifikation systemische Aspekte wesentlich sein können, die behandelt (modifiziert) werden können (Systemische Therapie).

## Zur Psychodynamik von Gewalttätigkeit

Auch Remschmidt stellt fest, daß die höchsten Gewalttätigkeiten bei den Jugendlichen zu verzeichnen sind, bei denen es im familiären Verbund erheblich abnorme Verhältnisse gibt; und das ist ein durchgängiger Befund.

Es ist letzten Endes nur die Bestätigung der tiefenpsychologischen Theorien von S. und A. Freud, die darauf hinweisen, daß zu unserer psychischen Entwicklung die Identifikation mit den elterlichen Objekten gehört.

Das, was Freud Über-Ich genannt hat, soll das sein, was wir von unseren Eltern übernehmen, was wir internalisieren. Und dieses Über-Ich kann sehr grausam sein, es kann auch selbst sehr aggressiv sein. Freud hat postuliert, daß dann die Aggressivität sich gegen die eigene Person wendet und sich daraus Zwangsneurose und Depression entwickeln.

Winnicott hat behauptet, daß die Aggressivität eines Kindes um so größer wird, je größer der Widerstand gegen die aggressiven Impulse des Kindes sind. Also wenn man davon ausgeht, daß uns allgemein ein aggressives Potential, angeborenerweise vorhanden zur Verfügung steht, dann kann angenommen werden, daß sich dieses aggressive Potential in der Regel in der Auseinandersetzung mit unseren Eltern, also mit Mutter und dann Vater, bindet. Wenn unsere Primärbezugspersonen mit unserer kindlichen Aggressivität nicht umgehen können, daß sie also Widerstände dagegen haben, oder sie versuchen, unsere aggressiven Impulse als Kleinkind sehr stark zu unterdrücken, dann wird dies eher dazu führen, daß die aggressiven Impulse nicht integriert werden können und der Mensch aggressiv wird, in seinem Verhalten gewalttätig wird.

Es geht also darum, ob man quasi - man kann das ja auch lerntheoretisch formulieren - einen inneren Wächter ausbilden kann, einen inneren Beobachter, der einem hilft, seine eigenen aggressiven Impulse, die man nicht ablegen kann, die zum Menschsein gehören, beherrscht oder nicht beherrscht.

Das Über-Ich hat seine Wurzeln in der Kommunikation mit den primären Bezugspersonen, ist also primär interaktiv, steht uns meist als Sprache zur Verfügung (Stimme des Gewissens) und wird auch durch Versprachlichung verstärkt.

Die Verbalisierung aggressiver Impulse in der Verhaltenstherapie wie in der analytischen Psychotherapie verstärkt also die internen Instanzen, die die aggressiven Impulse beherrschen können.

Bandura (1979) hat mit seiner sozialen Lerntheorie umfassend dargestellt, daß v.a. komplexe aggressive Verhaltensweisen unter sozialen Bedingungen angeeignet werden, die beschreibbar sind.

Das Lernen am Modell ist therapeutisch v.a. für die Situationen wichtig, in denen mächtige Modelle wirken: die Eltern, evtl. andere signifikante Bezugspersonen und natürlich die Lehrer, Erzieher und Therapeuten.

Der Einsatz körperlicher Strafen als Erziehungsmittel dürfte zu den wesentlichsten unterstützenden Einflüssen für jugendliche Gewalttätigkeit haben (Lefkowitz et al. 1978).

Die Bedeutung dieses Mechanismus sollte uns auch mahnen als Adressat therapeutischer Bemühungen nicht nur (und viell. sogar noch nicht einmal zuerst) die Kinder, sondern eher die Eltern zu sehen, die häufig keinen Zusammenhang zwischen ihrem Verhalten und der Gewalttätigkeit der Kinder erkennen können.

Unsere therapeutische Ethik verlangt diese Reflektion, die wir nicht nur in die Psychohistorie verbannen können (DeMause 1980).

Remschmidt (1992) hat signifikante Unterschiede an einer großen Population kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten zwischen der Extremgruppe der Aggressiven und der Extremgruppe der Nichtaggressiven v.a. im Bereich der abnormen psychosozialen Umstände (V. Achse des multiaxialen Klassifikationsschemas) gefunden:

Im einzelnen handelte es sich um

- abnorme familiäre Verhältnisse (38,4 % vs. 19,2 % )
- Disharmonie in der Familie (27,4 % vs. 8,8 %)
- Mangel an emotionaler Wärme (16,5 % vs. 3,6 %)
- psychische Störungen bei anderen Familienmitgliedern (17,1 % vs. 10,3 % )
- unzureichende Kommunikation innerhalb der Familie (12,5 % vs. 4,7 %)

Lediglich in 19 % der Extremgruppe der Aggressiven lagen keine abnormen psychosozialen Umstände vor.

## **Aggression und Abwehr**

Seit Heinz Hartmann sprechen wir davon, daß neutralisierte Aggression die Energiequelle der Abwehrmechanismen ist und somit wesentlich zur Ich-Bildung (Strukturierung) des Kindes und zur Erweiterung seiner Ich-Funktionen beiträgt (Blanck & Blanck 1978).

A. Freud (1936) hat auf den Abwehrmechanismus der Identifizierung mit dem Angreifer hingewiesen.

Sie (Freud 1970) hat auch darauf hingewiesen, daß aggressiv-destruktive Gewalttätigkeit, die sich gegen belebte und unbelebte Objekte in der Außenwelt richtet, Ergebnis einer spezifischen Form der Abwehr gegen aggressive Triebregungen ist, die im Gegensatz - bei andersgearteter Abwehr - zu selbstschädigendem Verhalten führen kann. Es sind also nicht die aggressiven Triebregungen, die konstitutiv zum Menschen gehören, per se Grundlage der Gewaltakte.

Eissler (1992) hat behauptet, daß die Abwehr von Aggression anderen per se schade (S.52). Sie schütze zwar den melancholischen Patienten davor, zum Mörder zu werden, doch sie lasse die Umgebung des Patienten nicht unbeschadet.

Es sei eine Tatsache von außerordentlicher Bedeutung, daß die Mehrzahl der Menschen bereit und fähig sei, menschliches Leben zu zerstören.

Eissler hat auch die bemerkenswerte Feststellung getroffen (S.25), daß die aggressiogenen Zonen den erogenen Zonen entspräche bzw., daß es keine rein erogenen Zonen gebe, da Triebmanifestationen eine Mischung aus aggressiven und libidinösen Trieben seien.

Man kann also eigentlich nicht unterscheiden zwischen erogenen und aggressiogenen Zonen, es sind kommunikative Zonen, über die sowohl erogene wie aggressive Triebe ihre Kanäle finden.

In dem Zusammenhang sei auf Neill (1965) hingewiesen, der in seiner typisch knappen Art meinte, die Kinder würden nur deshalb aggressiv, weil die Eltern sich nicht eingestehen würden, daß sie Lust daran haben, das Kind zu quälen.

Die Eltern gehen stattdessen hin und rationalisieren ihre Lust, das Kind zu schlagen, sie sagen z.B. *Das ist aber notwendig, wenn ich dem Kind nicht beibringe, wie hart die Welt ist, wie es draußen aussieht. Wenn ich dem nicht jetzt schon ein paar auf die Finger haue, wenn es an Großmamas Vase geht, dann wird es das nie lernen.* Die Eltern verleugnen also ihre eigenen aggressiven Intentionen (*Ich schlage mein Kind, weil ich es hasse*) und auch die Lust daran und dies führe dann dazu, daß die Kinder auch im Ausdruck ihrer aggressiven Impulse pervertiert werden.

## Psychotherapeutische Erfahrungen

Lene Keppler (1957) hat darauf hingewiesen, daß die Erwartung, ein Kind möge in der Therapie Aggressionen gegen die Therapeutin zeigen, weil dies als Wertmesser für eine gute Behandlung gelte, dazu führen wird, daß die Therapeutin auf diese Wutanfälle des Kindes hoffen und - bewußt oder unbewußt! - hinarbeiten werde.

In der Behandlung tritt das Unbewußte des Kindes mit dem Unbewußten des Therapeuten in direkte Beziehung. Ausschlaggebend wichtiger als *was* gesprochen werde, sei die Frage nach der **Einstellung** des Therapeuten der kindlichen Aggression gegenüber.

An diesem Punkt schieden sich die Therapeuten in zwei Gruppen:

- die eine Gruppe sehe in der Herausarbeitung der kindlichen *Aggression* die *Hauptaufgabe* der Behandlung,
- die andere Gruppe betrachte die *Wahrnehmung des Kindes* als ihr *Ziel*.

In dem Patienten schlummerten zahlreiche Möglichkeiten, die der jeweilige Therapeut mit seiner **unbewußten Erwartungshaltung** anspreche. So könne ein Patient auch dem Wunsch des Therapeuten nach Aggressionen Rechnung tragen und seinem Therapeuten "zulieb" aggressiv reagieren. Wie auch seinen Eltern "zulieb" dürfen wir ergänzen. In diesen Bereich gehört der Unsinn der Therapeuten, die ihre Patienten auffordern, mehr Gewalttätigkeit zu zeigen; in allen Schulen ein Kunstfehler!

Die Wichtigkeit der Persönlichkeit des Therapeuten gerade in der Kinderpsychotherapie wird auch von Zulliger (1952) betont: Es sei das mit dem Erzieher oder dem Therapeuten verbundene und ihm wesenhaft Unfaßbare, das wirke - die Aura seiner Seins-Dichte, in die das Kind trete und die es berühre.

Die Einstellung des Therapeuten dürfen wir vereinfacht sagen.

L. Keppler findet als Ursache der Permissivität der Therapeuten die Angst des Behandlers, den Eltern des Kindes in dessen Augen zu gleichen, "pädagogisch" zu wirken und durch die Setzung einer Schranke neue Verdrängungen im Kind zu bewirken. Diese Angst beherrsche ihrer Erfahrung nach manche Kinderbehandlung und verhindere den Helfer an einer echten, ungezwungenen Beziehung zum Kind.

Dührssen (1956) hat auf die Auswirkungen hingewiesen: Man könne ein Kind kaum tiefer ängstigen als dadurch, daß man ihm alles erlaube. Es sei eine für das Kind nicht tragbare Zumutung, daß es mit dem geringen Erfahrungsschatz, über den es erst verfüge, bereits seine eigenen Grenzen ziehen solle.

## Emotionale korrigierende Erfahrung zu einer humanen Moral

Die Vorstellung, daß die Heilung v.a. durch eine emotional korrigierende Erfahrung in der Therapie gefördert wird, verlangt auch eine Betrachtung des Verhaltenstherapie-Settings.

Die "emotional korrigierende Erfahrung" bedeutet eine Veränderung der Über-Ich-Instanzen im Sinne einer "Über-Ich-Lockerung", des Arbeitsmodells (RIGs) von der Primärperson im Sinne von D.N. Stern (1992) und in der Verallgemeinerung eine Veränderung der Moral.

Das sadistische Über-Ich wird geschwächt, damit der Patient aggressiver sein kann. Kinder und Jugendliche, die zu massiver Aggression neigen, sind häufig eher gehemmte Menschen, die sich kaum trauen im Alltag angemessene Aggressivität auszudrücken.

Die Fallgeschichten von Bettelheim (1985) zeigen die kleinschrittige Begleitung aggressiver Kinder (in Vollzeittherapie) durch die Identifikation mit positiven Objekten, z.B. "Lieblingsbetreuerinnen" bis sie zu Menschen werden, die bereit sind Regeln zu beachten und die Gesellschaft anderer genießen können. Übergroße, pervertierte Aggression kann abgelegt werden und angemessene, u.U. auch spielerische Aggression gezeigt werden. Es gibt einen großen Intermediärraum, in dem die Kinder ständig mit dieser Grenze spielen, was ist noch angemessen, wenn ich jetzt ein Steinchen werfe, wie groß darf das Steinchen sein, das ich auf meine Lieblingsbetreuerin werfe, was tut weh, was tut nicht mehr weh. Darin spiegeln sich kleinschrittige Veränderungen, auch der Über-Ich-Anforderungen.

Es wird erkennbar, daß es bei der Therapie (wie auch der Pädagogik) von Gewalt um die Entwicklung und Stärkung von Moral geht, sowohl im verhaltenstherapeutischen, wie im psychoanalytischen Zugang.

Moralische Instanzen sind kognitive Instanzen. Wir werden amoralisch geboren, wir leben nur unseren Antrieben und Bedürfnissen und das, was im allgemeinen unter Moral verstanden wird, sind kategoriale Vorstellungen, die nur kognitiv erfaßbar sind, die u.U. auch einen relativ hohen Abstraktionsgrad erfordern.

Es ist in allen Therapieformen so, daß eine zunehmende Verbalisierung oder Kognitivierung von Regeln erfolgt und die kleinschrittiger oder holistischer dem Patienten nahegebracht werden. Und der Therapieerfolg hängt auch weitgehend davon ab, inwieweit die Patienten in der Lage sind, "moralische Instanzen" in sich aufzubauen und wirken zu lassen. Die Person des Therapeuten, bzw. genauer dessen Über-Ich-

Strukturen, dessen Moral (flexibel, rigide oder schwach) sind dabei wesentliche Determinanten.

Auf die entsprechenden Forschungen von Piaget, Kohlberg u.a. kann ich hier aus Platzgründen nur wenig eingehen.

Nach Kant gelten die moralischen Regeln der Sittlichkeit ohne Voraussetzung bestimmter Zwecke, sie gelten nicht hypothetisch, sondern kategorisch; dies beschreibt ihren kognitiven Aspekt.

Im Gegensatz dazu ist das primärprozeßhafte Es nach S. Freud amoralisch. Das Es folgt auch - im Gegensatz zum Ich, daß sich hierzu des Über-Ichs bedient - keinem "kategorischen Imperativ", der wiederum die interaktive Wurzel der Moral belegt (Handle immer so, wie Du gerne behandelt werden willst.).

Piaget (1954) hat die Stufen der moralischen Entwicklung beschrieben, die nur wenig in der Kinderdiagnostik verwendet werden, und betont, daß das Verständnis für die Beeinflußbarkeit moralischer Normen nicht immer gelingt und umgekehrt zu einer hohen Akzeptanz für diese Normen führt.

## **Systemisches zur Gewalt**

Wenn man dem Gedankengang folgt, daß wir nicht bei dem Vorurteil stehen bleiben, daß wer schlecht erzogen ist, auch ein schlechtes Kind wird, sondern wenn wir eingestehen, daß in der Regel Kinder, die gewalttätig erzogen worden sind, selbst zu gewalttätigen Eltern werden und so die Gewalttätigkeit - manchmal auch sehr subtil - weitergeben, dann kommen wir zum Begriff der Familientradition, daß wir erkennen, daß es gewisse familiäre Traditionen gibt, der Auseinandersetzung mit inneren Spannungen und auch mit äußeren Belastungen; die können gewalttätig erfolgen oder nicht. Wenn man diesen Gedanken weiter verfolgt, muß man dazu kommen, daß es eine sehr verkürzte oder begrenzte Form des therapeutischen Angebots ist, wenn man einen gewalttätigen Jugendlichen vor sich hat, und man sagt, „Jetzt wollen wir mal mit dem Jugendlichen was machen, damit der damit aufhört“.

Wir überlegen uns, in welchem Problemsystem der Jugendliche aufgewachsen ist, in welchem Problemsystem er lebt, welchen Einflüssen er bisher unterlegen ist, und welchen ist er weiterhin ausgesetzt sein wird, die dazu führen, daß er gewalttätiges Verhalten zeigt. Es ist heute kaum noch vertretbar, daß man nur noch einen jugendlichen oder kindlichen Patienten allein als Gegenüber in der Therapie sieht oder nur an ihm versucht, Veränderungen abzuhandeln.

Systemtherapeuten neigen dazu, im Sinne einer Klärung der Generationsgrenzen, die Eltern in ihrer erzieherischen Aufgabe zu unterstützen.

Systemtherapeuten sind hierarchisch denkende Personen, die überwiegend davon ausgehen, daß die Eltern schon Recht haben. Die also die Gewalt der Eltern im Vorhinein bestätigen. Sie gestehen also zu, daß Eltern *immer* die Erzieher ihrer Kinder sind, Eltern wesentlichen Einfluß auf ihre Kinder nehmen, auch auf ihre Gewaltaktionen. Und so werden dann Systemtherapeuten i.d.R. auch versuchen so zu arbeiten, d.h. wenn ein Kind in der Klinik oder im Heim ist und es wird gewalttätig, dann folgt in erster Linie nicht eine Auseinandersetzung der Therapeuten oder der Bezugsbetreuer mit dem Kind, sondern dann werden Eltern hinzugerufen - und das ist ein ganz wesentlicher *therapeutischer* Schritt, die Eltern hinzuzurufen - die werden dann gebeten, mit dem Kind so umzugehen, daß es seine Gewalttätigkeiten läßt, auch in Zukunft läßt.

Das ist eine ganz andere Vorstellungsweise als es in tiefenpsychologischer Denkweise zunächst nahe liegt, da spielt sich ja alles im Menschen selbst ab. Hier geht es darum, die Struktur und Hierarchie um den Patienten herum immer wieder zu bestärken.

Harbin (1977) berichtet von Kriseninterventionen bei Familien mit einem episodisch gewalttätigen Jugendlichen. Der Therapeut verbündete sich mit den Eltern und unterstützte sie, klare und berechenbare Reaktionen auf die nächste Gewaltsituation zu planen und durchzuführen. Er berät die Eltern wie sie die Polizei rufen können, welche Nachbarn im Notfall helfen können etc.

Zielrichtung ist, daß das Angstniveau sowohl bei den Eltern wie auch bei dem Jugendlichen vor seinem Kontrollverlust nachläßt und eine klarere, auch konfrontative

Kommunikation zwischen Eltern und Jugendlichen beginnt.

Schweitzer (1987) hat als systemische Interventionsstrategien bei dissozialen Jugendlichen u.a. dargestellt:

- das Round-Table-Gespräch mit dem gesamten Familie-Helfer-System
- die systemorientierte Heimberatung und
- die systemische Selbstreflexion auf der jugendpsychiatrischen Station der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik.

Alle diese Techniken sollen dazu dienen, die Erwachsenen in ihrer "Über-Ich-Funktion" zu konsolidieren. Die Erwachsenen werden also in diesen Techniken dazu gebracht, ihre Autorität wahr zu nehmen und Gewalt gegenüber dem Kind auszuüben, aber nicht verpönte, sondern anerkannte Gewalt, erzieherische Gewalt. Sie werden angehalten, zu ihrer Gewalt zu stehen, und sich einzugestehen, und auch wahrzunehmen, daß sie letzten Endes das Sagen gegenüber dem Jugendlichen haben.

Die systemische Familientherapie geht heute über das von Harbin bezeichnete Vorgehen hinaus:

Rotthaus (1990) hat darauf hingewiesen, daß die Konflikte am besten dort belassen werden, wo sie hingehörten (S.101). Plötzlich werde von den Helfern das mutwillig zerstörerische Verhalten eines Kindes oder Jugendlichen als gegen sie gerichtete Aggression erlebt. Wichtig sei, zu akzeptieren, daß die Familie zu allen Zeiten für sich selbst verantwortlich sein müsse.

Diese Einsicht folgt der Erkenntnis, daß in erster Linie die Familie gewalttätige und friedfertige Menschen erzieht, wie Mantell (1978) aus dem Vergleich von 25 amerikanischen Vietnam-Freiwilligen und 25 Kriegsgegnern geschlossen hat. Gewaltlosigkeit sei kaum eine intellektuelle Leistung, sondern eine eingeübte Lebensweise, genauso wie Gewalttätigkeit ein Lebensstil sei, eine meist unreflektierte Art, sich mit den Schwierigkeiten der Welt auseinanderzusetzen.

Das widerspricht nicht dem, was wir vorhin festgestellt haben, bezüglich der kognitiven Wurzel der Moral. Kognition wird schon sehr früh *eingeübt* in unseren Überzeugungen. Viele unserer Überzeugungen sind nicht kognitiv bis in die letzte Wurzel beweisbar, sondern sie sind einfach vorhanden.

Es ist also ein Lebensstil, der eingeübt wird, v.a. über familiäre Traditionen. Systemtherapeuten gehen davon aus, daß sie sich nicht in "Moral-Konkurrenz" gegenüber den Eltern begeben. Sie werden also nicht versuchen, "bessere Eltern" zu sein, sondern sie werden grundsätzlich sagen, "was die Eltern sagen, wird schon recht sein". Sie werden versuchen zu vermeiden, daß sie in die Beziehung zwischen Eltern und Kind treten und werden im Gegenteil versuchen die *Regel gebende*

*Funktion* der Eltern zu stärken. Also zu sagen, „Was die Eltern sagen, gilt zunächst mal!“. Wobei sie u.U. mit den Eltern reflektieren, woher die ihre Regel gebende Funktion selbst schöpfen, wie sie selbst dazu gekommen sind. In der Regel sollte eine systemische Familientherapie bis dorthin gehen, wo die Eltern sich selbst als Kinder ihrer Eltern, also der Großeltern, begreifen. Das sie also mitkriegen, daß sie an ihrem Kind etwas abhandeln, was an ihnen abgehandelt wurde. Über diese kognitiv-emotionale Erfahrung ist dann auch eine veränderte Haltung der Eltern gegenüber ihrem Kind möglich.

Nimmt der Therapeut der Familie diese Sorge ab, ist er kein Therapeut mehr, sondern ein Ersatz-"Onkel"

Konsequent vertritt daher Rotthaus (S.142), die Ansicht, daß man sich immer an die Eltern wenden müsse, wenn das Kind beispielsweise extreme Aggressivität gegen andere Kinder, die Erzieher oder gegen Sachen zeige. Es gehe darum, mit den Eltern ein Erziehungsbündnis zu bilden. Dies bedeutet also, daß sich Erzieher und Eltern auf die Seite der rechtmäßigen Gewaltanwendung stellen.

Diese Strategien haben gemeinsam, daß die Helfergruppe sich organisiert bzw. bei aggressiven Übergriffen re-organisiert und somit ein Gruppen-Über-Ich, "die Regeln", fest macht. Häufig besteht das Bedürfnis "an einem Strang" zu ziehen, um die unterschiedlichen Sichtweisen durch die Personen im Helferteam nicht zu sehr am Jugendlichen abzumachen.

Einen ähnlichen Mechanismus erkennen wir auch in der öffentlichen Diskussion, in der es um die Re-Organisation und Aktualisierung der Sicht- und Verfahrensweisen mit gewalttätigem Verhalten Jugendlicher geht.

Unter einer systemischen Sichtweise werden auch Funktionen aggressiven Verhaltens klarer:

- Aggressives Verhalten schafft häufig rasch Klarheit über Antipathie und Sympathie in einer unübersichtlichen sozialen Situation.
- Aggressives Verhalten schafft die Klarheit der Ablehnung, wenn die Beziehung zu ambivalent ist.

Aggressives Verhalten hat also eine Tendenz die Objektwelt zu spalten in gute und böse Objekte und den Abwehrmechanismus der Spaltung sozusagen sozialpsychologisch zu verifizieren.

Als Therapeuten haben wir es in der Regel sehr leicht bei den Eltern oder den anderen

Personen im Problemsystem festzustellen, was die alles falsch machen. Fast reflexhaft haben wir häufig die Wahrnehmung, daß wir die Kinder verstehen in ihrem unangemessenen Verhalten, daß diese nichts anderes tun als gutes Kind seiner Eltern zu sein. Ich denke, es ist ein Kunstfehler, wenn man bei dieser Feststellung hängen bleibt, wenn man nur die eine Seite gut verstehen kann und die elterliche Seite nicht versteht. Wir müssen unseren aggressiven Kontakt mit dem Problemsystem so weit treiben, bis wir auch verstehen, warum die Eltern so sind, wie sie sind. Erst dann können wir umfassend und verantwortlich dem Patienten helfen.

Nicht selten können wir bei Eltern erfassen, daß diese selbst unangemessene Gewalt anwenden, die sie vor sich selbst verleugnen und wir beginnen dann zu verstehen, daß das Kind nichts anderes tut, als ein gutes Kind seiner Eltern zu sein. Unsere therapeutischen Bemühungen können sich dann an eine bessere Reflexionsfähigkeit der Eltern richten.

Selten sehen wir unsere eigene Gewalttätigkeit und selten sind wir in der Lage die Gewalt, die in therapeutischen Maßnahmen und Techniken liegt, zu reflektieren. Wir kennen zwar den Mechanismus der symmetrischen Eskalation, der uns u.U. in eigene Gewalttaten verwickelt, wenn wir einem gewalttätigen Menschen begegnen, sehen dies jedoch selten im konkreten Fall.

Es ist wichtig die eigene Lust an der Gewalt wahrzunehmen, die in bestimmten Binnensystemen in der Psychiatrie sehr hoch werden kann, und auch therapeutisch zu verwerten.

Die Verleugnung unserer eigenen Gewaltanwendungen verschärft unreflektierte Gewalthandlungen. Nötig erscheint die Toleranz gegenüber der eigenen Gewalttätigkeit um weiter verantwortlich handeln zu können.

## Literatur

- APK: Aktion Psychisch Kranke e.V. (1990) Verletzte Kindheit. Seelische Störungen bei Kindern und Jugendlichen, Bonn
- Bandura A (1979) Aggression. Eine sozial-lerntheoretische Analyse, Stuttgart
- Benjamin W (1965, orig.1918) *Zur Kritik der Gewalt*, Frankfurt
- Bettelheim B (1985,orig.1955) So können sie nicht leben. Die Rehabilitierung emotional gestörter Kinder, München
- Blanck G, Blanck R (1978, orig.1974): Angewandte Ich-Psychologie, Stuttgart
- Bloch E (1967) Widerstand und Friede. FAZ, 17.10.67
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hg.) (1991): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F), Bern etc.
- <sup>1</sup>DeMause L (Hrsg.) (1980, orig. 1974) : Hört ihr die Kinder weinen, Frankfurt
- Duden (1963): Etymologie. *Herkunftswörterbuch der deutschen Sprache*, Mannheim
- Dührssen A (1956): Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen, Göttingen 1965(5.)
- Eissler KR (1992,orig.1975) Todestrieb, Ambivalenz, Narzißmus, Frankfurt
- Freud A (1936): *Das Ich und die Abwehrmechanismen*, in: Die Schriften der Anna Freud, Band I, München 1980
- Freud A (1970): Die kindliche Symptomatik. Ein vorläufiger Ansatz zu ihrer Klassifizierung, Schriften, München 1980
- Harbin HT (1977) Episodic dyscontrol and family dynamics. Am J Psychiatry 134;113-116
- Keppler L (1957): Aggression in der Kindertherapie in Biermann G (Hg.) Handbuch der Kinderpsychotherapie, Fischer Taschenbuch, Frankfurt 1988
- Lefkowitz MM, Huesmann LR, Eron LD (1978) Parental punishment. A longitudinal analysis of effects. *Arch Gen Psychiatry* 35:186-191
- Lorenz K (1963) *Das sogenannte Böse*, Wien
- Mantell DM (1978, orig.1971) Familie und Aggression. Zur Einübung von Gewalt und Gewaltlosigkeit. Eine empirische Untersuchung, Frankfurt
- Meyers Enzyklopädisches Lexikon, Band 10 Gem-Gror, Mannheim 1974
- Mitscherlich A (1969) Aggression ist eine Grundmacht des Lebens. *Der Spiegel* 42/1969
- Neill AS (1965,orig.1960) Theorie und Praxis der antiautoritären Erziehung, München
- Nissen G (1986): *Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter*, Darmstadt
- Olweus D, Mattsson A, Schalling D, Löw H (1988) Circulating testosterone levels and aggression in adolescent males: A casual analysis. *Psychosom Med* 50:261-72
- Petschenig M (1967) *Der kleine Stowasser*. Lateinisch-deutsches Schulwörterbuch, München
- Piaget J (orig.1954) Das moralische Urteil beim Kinde, Frankfurt
- Remschmidt H (1992) Aggressives Verhalten von Kindern und Jugendlichen in: Möller HJ, van Praag HM (Hg.) *Aggression und Autoaggression*, Berlin etc.
- Rotthaus W (1990) Stationäre systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie, Dortmund
- Schweitzer J (1987) Therapie dissozialer Jugendlicher. Ein systemisches Behandlungsmodell für Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe. Weinheim
- Stern DN (1992,orig.1986) Die Lebenserfahrung des Säuglings, Stuttgart
- Winnicott DW (1988,orig.1984) *Aggression*, Stuttgart
- Zulliger H (1952) Heilende Kräfte im kindlichen Spiel, Stuttgart 1963