

Störungen des Sozial

Die Störungen des Sozialverhaltens (engl. conduct disorder) sind nach den Angsterkrankungen die zweithäufigste Gruppe unter den kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen. Obwohl diese Erkrankung im Kindes- und Jugendalter oft von Kinder- und Jugendpsychiatern diagnostiziert wird, ist sie Medizinern außerhalb der Fachrichtung Psychiatrie weniger bekannt als seltener vorkommende psychische Störungen, wie die Essstörungen (Anorexia nervosa und Bulimia nervosa) oder die Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen.

Dies mag dadurch erklärbar sein, dass fast alle Kernsymptome dieser Erkrankungsgruppe ein Verhalten beschreiben, das von wenig Regelbewusstsein, Aggression aber auch Dissozialität (antisoziales Verhalten) und Delinquenz (kriminelle Handlungen und Übertretung von Gesetzen, die von Polizei, Gericht und Jugendamt verfolgt werden) geprägt ist, also Symptomen die passager bei vielen Adoleszenten vorkommen. Die Störungen des Sozialverhaltens grenzen sich jedoch klar von alltäglichen Konflikten, die Eltern und Lehrer mit Jugendlichen austragen



OA Dr. Christian Kienbacher

Tabelle 1

Kernsymptome der Störung des Sozialverhaltens

- Häufige aggressive Wutausbrüche
- Häufiger Streit
- Bedroht und schüchtert andere ein
- Quälen
- Aktive Ablehnung elterlicher Regeln und sozialer Normen
- Häufiges wohlüberlegtes Ärgern anderer
- Verantwortlichmachen anderer für eigenen Fehler (Über-Ich-Problematik)
- Empfindlichkeit, Sichbelästigt fühlen
- Gehässigkeit, Rachsucht
- Lügen und Brechen von Versprechen zum eigenen materiellen Vorteil
- Beginnt häufig Schlägerei
- Gebrauch von Waffen
- Grausamkeit gegenüber anderen Menschen, Tyrannisieren
- Sexueller Missbrauch
- Tierquälerei
- Zerstörung fremden Eigentums
- Feuerlegen
- Stehlen, Einbruch
- Erpressung, bewaffneter Raubüberfall
- Nicht nach Hause kommen, entgegen elterlichem Verbot
- Weglaufen
- Häufiges Schuleschwänzen vor 13. Lebensjahr
- Spannungsintoleranz und geringe Frustrationstoleranz
- Beziehungsstörungen
- Anfälligkeit für hierarchische und potenziell gewaltbereite Gruppen
- Depressive Begleitsymptomatik

Das wiederholte und durchgängige schwere dissoziale, aggressive und aufsässige Verhalten muss seit über sechs Monaten bestehen.

und auch von alterstypischen Konflikten unter Kindern und Jugendlichen, ab. Auch wenn es zu vereinzelt entwicklungs-typischen strafbaren Handlungen eines Adoleszenten kommt, ist damit noch nicht die Diagnosestellung einer Störung des Sozialverhaltens zulässig. Bewusst abgrenzen will sich die Kinder- und Jugendpsychiatrie auch von dem in der Pädagogik gängigen unscharfen Sammelbegriffen „Verhaltensstörung“ und „Verwahrlosung“, welche ein buntes Bild an kindlichem Fehlverhalten meinen, das durch einen bekannten Auslöser, z. B. elterliche Mangelversorgung, ausgelöst wird.

Häufigkeit/Epidemiologie

Internationale epidemiologische Studien sprechen von einer Prävalenz der Störungen des Sozialverhaltens von 2-4 Prozent im Volksschulalter, 4-8 Prozent bei 10 bis 12-jährigen und 6-12 Prozent bei Jugendlichen. Dabei wurde in den letzten Jahrzehnten ein Ansteigen dieser Erkrankung in Europa und den USA beobachtet. Kennzeichnend ist weiters eine Dominanz des männlichen Geschlechts, im Kindesalter sind Buben viermal so oft und unter Jugendlichen doppelt so oft betroffen wie Mädchen. Weiters scheint in Großstädten im Vergleich zu ländlichen Regionen die Prävalenz höher zu sein und Kinder aus Familien mit sozioökonomischen Problemen sind deutlich öfter betroffen.

Klinisches Bild

Die Verteilung und der Schweregrad der einzelnen Symptome können bei den Störungen des Sozialverhaltens individuell sehr unterschiedlich sein. Alle Betroffenen zeigen jedoch ein mangelndes Bewusstsein für soziale Regeln und ein ständiges nicht altersadäquates Verletzen von sozialen Normen.

Deshalb schlägt die ICD-10 vor, diese Diagnose erst zu stellen, wenn ein wiederholtes und andauerndes Muster von dissozialem, aggressivem und/oder aufsässigem Verhalten, das in seinen Extremen auch grösste Verletzungen sozialer Erwartungen beinhaltet, vorliegt. Dabei muss zum einen das Entwicklungsniveau berücksichtigt werden und zum anderen wird empfohlen diese Diagnose erst ab einer Mindestdauer

der Symptomatik von sechs Monaten zu stellen. Dies macht Sinn, denn ohne diese geforderte Mindestdauer würden Eigentumsdelikte, Sachbeschädigungen und Raufhändel von und unter Jugendlichen überschnell pathologisiert werden, wo es sich doch eher um einen Probiervorhalten mit nicht durchgängigem Charakter handelt.

Im klinischen Erstkontakt ist es keine Seltenheit, dass sich der betroffene Patient, auch wenn er aufgrund einer gravierenden Normverletzung von der Polizei im Krankenhaus akut vorgeführt wird, im Einzelkontakt erreichbar und einsichtig erweist. Im Verlauf des Gesprächs zeigt sich jedoch die typische Über-Ich-Problematik dieser Patienten, die bei sich kein Fehlverhalten ausmachen können und alle Ursachen für eine Eskalation oder einen Konflikt in anderen Beteiligten oder Außenfaktoren sehen.

Ein 15-jähriger, groß gewachsener Patient schlug seine Mutter mit der Faust, bespuckte sie und beschimpfte sie ordinär und zerstörte Einrichtungsgenstände in der Wohnung. Er stellte all diese Taten nicht in Abrede, machte jedoch die Mutter dafür verantwortlich, weil sie ihn zur Rede stellte als er zum wiederholten Mal eine ganze Nacht nicht nach Hause kam. Weiters beklagte er, dass niemand ihm eine Lehrstelle suche, sodass es in seiner Vorstellung nur verständlich war, dass er sich wenigstens in der Nacht amüsiere.

Diagnosen

In der ICD-10 Klassifikation erfolgt die Einteilung der Störungen des Sozialverhaltens nach ihrem hauptsächlichsten Auftreten, also ob das Störungsbild auf den familiären Rahmen beschränkt bleibt oder ob es auch in anderen Kontexten auftritt z. B. Schule, Gleichaltrigengruppe usw. Ist dies der Fall, wird unterschieden ob soziale Bindungen in der Peer Group vorhanden sind oder nicht. Ist der Betroffene sozial isoliert und werden aggressive Übergriffe in der Regel alleine begangen, handelt es sich um eine Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen. Bei der Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen bestehen dauerhafte Freundschaften, wobei diese Gleichaltrigen nicht ebenfalls dissoziales

Tabelle 2

Störung des Sozialverhaltens nach ICD-10

- F91.0 auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens
- F91.1 Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen
- F91.2 Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen
- F91.3 Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten
- F92.0 Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung
- F92.8 sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotion
- F90.1 hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens

oder delinquentes Verhalten zeigen müssen. Möglich ist, dass diese Bezugsgruppe gemeinsam strafbare Handlungen begeht. Die Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten tritt typischerweise bei Kindern unter 10 und mit einem nicht so schweren Ausprägungsgrad auf. Diese Kinder sind durchgehend aufsässig, provokant und trotzig, verletzen aber die Grundrechte anderer nicht durch Handlungen wie körperliche Gewalt oder Eigentumsdelikte.

Störungen des Sozialverhaltens treten auch in Kombination mit anderen psychischen Erkrankungen auf. Die Diagnosen Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung, sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen und hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens tragen dem Umstand Rechnung, dass im klinischen Erscheinungsbild oft das Vollbild einer Störung des Sozialverhaltens mit dem Vollbild einer Depression, Angsterkrankung oder Hyperaktivitätsstörung zur Darstellung kommt.

Die ICD-10 Klassifikation, welche die Störungen des Sozialverhaltens nach dem Auftreten im sozialen Bezugsrahmen, der Art der sozialen Bindung und dem Schweregrad einteilt, wird der internationalen Kenntnis über Wesen und Ätiologie dieser Erkrankung nicht gerecht. Besser wäre es die Störungen des Sozialverhaltens in die Subtypen instrumentell-dissoziales Verhalten (Strafbare Handlungen werden verdeckt, kontrolliert, emotionslos und zum eigenen Vorteil begangen z. B. Diebstahl, Drogenhandel) und impulsiv-feindseliges Verhalten (unkontrolliert, hohe Emotionalität, zu eigenem Nachteil z. B. Körperverletzung) einzuteilen.

Diagnostik

Es liegt in der Natur dieser Erkrankung, dass die Patienten sich oft wenig einsichtsfähig in ihre Problematik zeigen. Weiters erleben sie die Vorstellung beim Kinder- und Jugendpsychiater als ungerecht und als Bestrafung. Letzteres wohl auch, weil verzweifelte Eltern und Betreuer oft psychiatrische Interventionen gegenüber Kindern und Jugendlichen nicht als Hilfsangebot, sondern als Strafe darstellen. So bekommt der Kinder- und Jugendpsychiater im Erleben der Patienten eine Exekutivfunktion wie Jugendamt, Polizei und Gericht.

Die Diagnostik einer Störung des Sozialverhaltens sollte unter allen Umständen vom Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgenommen werden. Diese Untersuchung beinhaltet eine umfassende Anamneseerhebung, Statuserhebung und das Einholen von Zusatzuntersuchungen und Befunden (siehe Tabelle 3, S. 30).

Differenzialdiagnosen

Differenzialdiagnostisch bedeutsam und von den Störungen des Sozialverhaltens abzugrenzen ist zuallererst die einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung ICD-10 F90.0 (ADHS). Hohe Prävalenzzahlen für ADHS (bis 13,6%) in den vergangenen Jahren wurden in rezenten Studien korrigiert auf eine realistische Prävalenz von 0,5-1,5 Prozent der unter 18-jährigen. Die hohen Werte sind erklärbar mit einer nicht ausreichenden diagnostischen Trennung von ADHS und Störungen des Sozialverhaltens und dem nicht beachten der komorbiden Störung hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens ICD-10 F90.1, welche durch das Vollbild einer Störung des Sozialverhaltens und einer einfachen →

Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung gekennzeichnet ist. Dadurch dass mit ADHS weniger an Stigmatisierendem verbunden wird als mit anderen psychiatrischen Erkrankungen und vor allem als mit den Störungen des Sozialverhaltens wurde ADHS als Diagnose bevorzugt gegeben. Diese diagnostische Klarheit ist jedoch einzufordern da ansonsten möglicherweise weniger hilfreiche therapeutische Interventionen initiiert werden.

Intelligenzminderungen und Lernstörungen können komorbid auftreten, aber auch wie bei schizophrenen oder manisch-depressiven Patienten ist es möglich, dass schwere dissoziale, aggressive und aufsässige Symptome so im Vordergrund stehen, dass eine differenzialdiagnostische Abklärung schwierig ist. Des Weiteren müssen Suchterkrankungen, Anpassungsstörungen aber auch Anfallserkrankungen und hirnorganische Veränderungen differenzialdiagnostisch in Betracht gezogen werden.

Ätiopathogenese

Ein Zusammenspiel von Risiko- und Protektivfaktoren bedingt das Entstehen einer Störung des Sozialverhaltens.

Biologische/individuelle Risikofaktoren spielen bei der Untergruppe der impulsiv-aggressiven Patienten wahrscheinlich eine größere Rolle als bei Patienten der Untergruppe mit instrumentell-dissozialem Verhalten. Es gibt Hinweise für genetische Einflussfaktoren durch einen niedrigen Funktionszustand des noradrenergen und serotonergen Systems und widersprüchliche Befunde zum Einfluss der Hormone Cortisol und Testosteron. Weiters dürfen die Neurotoxine Alkohol und Nikotin als pränatale Risikofaktoren angesehen werden. Individuelle Faktoren wie Temperament und Bindungsverhalten können Risikofaktoren darstellen. Als Protektivfaktoren gelten weibliches Geschlecht, soziale Kompetenz, Anpassungsfähigkeit, Selbstwert, Intelligenz und höheres Bildungsniveau, aber auch stabile finanzielle Verhältnisse und genügend Wohnraum sowie Fürsorglichkeit und Unterstützung durch die Kindeseltern.

Negative familiäre Einflussfaktoren sind disharmonische Eltern, eine dysfunktionale Erziehung, Vernachlässigung

Tabelle 3

Diagnostisches Vorgehen bei Störungen des Sozialverhaltens:

Anamnese:

- Aktueller Vorstellungsgrund
- Prä-, peri-, postnatale Risikofaktoren
- Frühkindliche Entwicklung (Anzeichen für Entwicklungsstörungen, Bindungsstörungen, Temperament)
- Kindergarten und Schulanamnese (Verhalten in Gleichaltrigengruppe, Schulleistungen)
- Vorerkrankungen (Psychische Vorerkrankungen und ihr Verlauf sowie somatische Erkrankungen speziell mit ZNS Beteiligung)
- Vorbehandlungen und Krankenhausaufenthalte
- Familienanamnese (Psychische und somatische Erkrankungen bei Verwandten)
- Sozialanamnese (Belastungen und Ressourcen der Familie, elterlicher Erziehungsstil, Gewalt in Familie, Fremdunterbringungen, Dissozialität)

Status:

- Status Psychicus (Wichtige Punkte sind: Kognitive Entwicklung, Leistungsverhalten, Bindungsverhalten, Beziehung zu Gleichaltrigen, Empathie, Problem- und Behandlungseinsicht, Antrieb, Hyperaktivität und Aufmerksamkeit, Affekt und Affektmodulation, Impulskontrolle, Selbstwert, Ängste, Produktive Symptome, Reaktion auf Alkohol und Drogen, Selbstverletzendes Verhalten, Suizidalität)
- Neurologischer Status (hirnorganische Veränderungen, Schädelhirntrauma, Organisches Psychosyndrom, Anfallsleiden, Substanzmissbrauch)
- Somatische Anamnese

Zusatzuntersuchungen und Befunde:

- Klinischpsychologische Testung (Leistungsdiagnostik, Projektive Testverfahren)
- Fragebögen z. B. CBCL (Child Behavior Checklist) an Eltern, Jugendliche, Betreuer und Lehrer (cave: Eltern und Lehrer neigen zur Überbetonung, Jugendliche spielen in den Selbstbeurteilungsfragebögen die Symptomatik eher herunter)
- Familiendiagnostik
- Schulrücksprache, Helferkonferenz mit Jugendwohlfahrtsträger
- Alkohol und Drogenscreening
- EEG
- Bildgebung (MRT) des ZNS

und Missbrauch, kriminelle Handlungen von Familienmitgliedern und die Duldung solcher. Umweltfaktoren wie Arbeitslosigkeit, Armut, Gettoisierung, hohe Kriminalität, schlechtes Bildungsangebot und soziale Desintegration begünstigen speziell das Auftreten von instrumentell-dissozialem Verhalten. Alle Initiativen in Richtung Gewaltprävention sind umso wirksamer, wenn sie auch Niederschlag in einer Verbesserung des Sozial- und Bildungssystems finden. Eine unkritische Darstellung von Gewalt in Computerspielen und Medien dürfte ebenso als Belastungsfaktor wirksam werden.

Therapie

Bei den Störungen des Sozialverhaltens reicht, wie bei fast allen kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen, eine therapeutische Intervention in einem Bereich nicht aus. Gefordert ist ein multimodales Behandlungskonzept auf den Ebenen Patient, Familie und soziale Umgebung. Eine auf das Individuum zentrierte Maßnahme ist bei dieser Erkrankung nur selten Erfolg versprechend. Da diese Interventionen zumeist nicht alleine vom Kinder- und Jugendpsychiater getragen werden können ist weiters ein multiprofessionelles Vorgehen angezeigt.

In der Psychotherapie, die bevorzugt in der Gruppe stattfinden soll, sind die Behandlungsziele mehr Aggressivitätskontrolle, eine differenzierte Selbst- und Fremdwahrnehmung, Stärkung des Selbstwertes, Erleben von positiven Beziehungserfahrungen →

und Aufbau von prosozialen Verhaltensweisen. Viele Patienten profitieren weiters vom Erlernen einer Entspannungsmethode oder sportlichen Aktivitäten in der Gruppe.

Diagnostisch und therapeutisch hilfreich sind Schulrücksprachen um den Lebensbereich Schule bestmöglich in die Behandlung mit einzubeziehen. Oft muss auch der Jugendwohlfahrtsträger eingebunden werden um in der Familie tätig zu werden, z. B. wenn die nachhaltige Erziehungsinuffizienz das Kindeswohl gefährdet, weil Eltern z.B. delinquentes Verhalten unterstützen. In Ausnahmefällen kann es angezeigt sein die Fremdunterbringung des Patienten anzuregen, da unter bestimmten familiären Bedingungen eine Gesundung nicht möglich sein kann. Bei Strafanzeigen und Gerichtsverfahren gegen delinquente Jugendliche über dem 14. Lebensjahr (als mündige Minderjährige unterliegen diese der Jugendgerichtsbarkeit) kann es auch bedeutsam werden im Austausch mit Polizei und Gericht zu stehen.

Ohne entsprechende Elternarbeit in der diese lernen ihr Erziehungsverhalten zu hinterfragen gibt es in der Regel wenig an Verbesserung der kindlichen Symptomatik. Eltern müssen lernen bei prosozialem Verhalten positive Verstärker zu setzen und bei Regelübertretungen klare Strukturen zu geben. Die Eltern müssen erkennen, dass Entwertungen, gewährender Erziehungsstil, oder körperliche Gewalt keine sinnvollen Interventionen sind.

Die medikamentöse Therapie der Störungen des Sozialverhaltens darf nie die first-line Behandlung sein. Erst wenn die vorweg beschriebenen Interventionen trotz ausreichendem Bemühen noch nicht den gewünschten Erfolg bringen, kann zusätzlich medikamentös behandelt werden. Da es bei vielen dieser Medikamente noch keine gesicherte Datenlage bei dieser Erkrankung und für diese Altersgruppe gibt sollte die medikamentöse Therapie durch den Kinder- und Jugendpsychiater erfolgen.

Instrumentell-dissoziales Verhalten (z. B. Stehlen) kann durch eine medikamentöse Therapie nicht sinnvoll beeinflusst werden, wohl aber impulsiv-aggressives Verhalten. Unter den Phasenprophylaktika zeigt Lithium eine gute Wirkung bei aggressivem Verhalten, auf Grund der schmalen therapeutischen Breite dieses Medikamentes setzt es beim Patienten und seiner Familie ein hohes Maß an Compliance voraus, welche gerade bei diesem Erkrankungsbild selten gegeben ist. Schwankende Erregung mit Aggressionsdurchbrüchen kann mit Carbamazepin oder Valproinsäure reduziert werden. Hochpotente Neuroleptika sollten wegen ihrer vielfältigen Nebenwirkungen nur in nicht anders beherrschbaren Krisensituationen eingesetzt werden. Das atypische Neuroleptikum Risperidon ist ein guter Ansatz in der Behandlung von aggressivem und impulsivem Verhalten und es gibt einen guten Wirknachweis speziell bei Patienten mit komorbider Minderbegabung.

Obwohl das serotonerge System eine zentrale Rolle bei der Entstehung von Aggression spielen dürfte, können Patienten mit einer Störung des Sozialverhaltens nicht von der Wirkung eines Antidepressivums aus der Gruppe der Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) profitieren. Wenn eine zusätzliche Depression besteht, wie bei der Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung, ist der Einsatz von SSRIs hilfreich. Die Gabe

Tabelle 4

Differenzialdiagnosen bei Störungen des Sozialverhaltens:

- Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung
- Intelligenzminderung
- Lernstörungen
- Manisch-depressive Erkrankung
- Schizophrene Psychosen
- Suchterkrankungen
- Anpassungsstörung
- Hirnorganische Veränderungen
- Anfallserkrankungen

von Stimulanzien (Methylphenidat) zeigt bei den Störungen des Sozialverhaltens nur dann eine Minderung von aggressiven Symptomen wenn komorbid auch ADHS vorliegt. Für die Behandlung der anderen Störungen des Sozialverhaltens mit Methylphenidat gibt es keinen Wirknachweis.

Verlauf

Störungen des Sozialverhaltens zeigen generell einen ungünstigeren Verlauf als andere kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen. Liegt die Erstmanifestation schon im Volksschulalter so haben diese Patienten eine deutlich schlechtere Prognose, als wenn die Erkrankung erst im Jugendalter erstmalig auftritt. Es scheint auch so zu sein, dass für den frühen Krankheitsbeginn eher genetische Faktoren verantwortlich sind, während Umweltfaktoren eher bei einem späten Krankheitsbeginn auslösend sein dürften. Patienten mit instrumentell-dissozialem Verhalten leben oft in Randgruppen der Gesellschaft wo Eigentumsdelikte und Körperverletzung als Teil des „Ehrenkodex“ dieser Gruppe gesehen wird, diese Patienten haben aufgrund fehlender Behandlungs- und Problemeinsicht und Verstärkern aus ihrer Peergroup einen negativen Krankheitsverlauf. Mädchen sind seltener von Störungen des Sozialverhaltens betroffen, zeigen aber wenn sie erkranken einen prognostisch ungünstigeren Verlauf.

Da diese Erkrankungen so oft bis ins Erwachsenenalter persistieren ist es notwendig gerade Kinder mit einer Tendenz zu einem ungünstigem Verlauf, also solche mit frühen Erkrankungsbeginn rechtzeitig zu erkennen. Da viele Betroffene im Alter von 3 bis 8 schon im Kindergarten und in der Schule als „Schreikinder“, „hyperaktiv“, „schlimm“, „teilleistungsgestört“ auffallen aber zu meist nicht richtig diagnostiziert und therapiert werden, kommt es häufig zu chronischen Verlaufsformen. Hier wäre es im Sinne der Prävention sehr wichtig gefährdete Kinder und überforderte und/oder erziehungsinkompetente Eltern möglichst früh zu erkennen. Ein niederschwelliges Screening z. B. mittels einer Fragebogenerhebung im letzten Kindergartenjahr und in der 2. Klasse Volksschule würde die Möglichkeit schaffen, die von psychischen Erkrankungen betroffenen Kinder früh zu erkennen und einer Betreuung zuzuführen und dadurch eine Chronifizierung zu vermeiden.

Literatur beim Verfasser

Dr. med. Christian Kienbacher

Oberarzt der

Universitätsklinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters
Med. Univ. Wien, Währinger Gürtel 18-20, A-1090 Wien
E-Mail: christian.kienbacher@meduniwien.ac.at