

Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

AWMF-Leitlinien-Register Nr. 028/020 Entwicklungsstufe: 1

Zitierbare Quelle:

Dt.Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage 2007 - ISBN: 978-3-7691-0492-9, S. 265 - 275

Störungen des Sozialverhaltens (F91.1, F91.2, F91.3, F92)

1. Klassifikation

1.1 Definition

Die Störungen des Sozialverhaltens umfassen ein Muster dissozialen, aggressiven oder aufsässigen Verhaltens mit Verletzungen altersentsprechender sozialer Erwartungen, welches länger als 6 Monate besteht. Sie kommen oft gleichzeitig mit schwierigen psychosozialen Umständen (F94) vor und können mit deutlichen Symptomen einer emotionalen Störung, vorzugsweise Depression oder Angst, kombiniert sein (F92).

1.2 Leitsymptome

- Deutliches Maß an Ungehorsam, Streiten oder Tyrannisieren
- Ungewöhnlich häufige oder schwere Wutausbrüche
- Grausamkeit gegenüber anderen Menschen oder Tieren
- Erhebliche Destruktivität gegenüber Eigentum
- Zündeln
- Stehlen
- Häufiges Lügen
- Schuleschwänzen
- Weglaufen von zu Hause

Bei erheblicher Ausprägung genügt jedes einzelne der genannten Symptome für die Diagnosestellung, nicht jedoch einzelne dissoziale Handlungen.

Die Symptomatik kann ggf. nur innerhalb der Familie auftreten (F 91.0) oder mit dem Fehlen sozialer Bindungen verbunden sein (F 91.1), meist mit frühem Beginn.

Bei einer Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen (F91.2) bestehen die genannten Auffälligkeiten bei Überwiegend guter Einbindung in die Altersgruppe, wobei es sich häufig um dissoziale oder delinquente Gleichaltrige handelt; ausgenommen sind die Opfer dissozialen Verhaltens. Die Beziehungen zu Erwachsenen sind häufig schlecht.

Bei einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten (F91.3) fehlen schwere dissoziale oder aggressive Handlungen. Leitsymptome sind aufsässiges, ungehorsames, feindseliges, provokatives und trotziges Verhalten, die Missachtung der Regeln oder Anforderungen Erwachsener und gezieltes Ärgern anderer. Anderen wird die Verantwortung für eigene Fehler zugeschrieben, Wutausbrüche sind häufig, die Frustrationstoleranz ist niedrig.

Diese Verhaltensweisen richten sich mehr gegen Erwachsene als gegen Gleichaltrige. (Für diese Diagnose müssen bei ICD-10 die diagnostischen Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllt sein, bei DSM-IV dürfen sie nicht zutreffen. ICD-10 erfasst also mit ihrer engeren Definition nur schwerere Formen oppositionellen Verhaltens).

Bei einer kombinierten Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen müssen die Leitsymptome einer zusätzlichen emotionalen Störung erfüllt sein. Am häufigsten ist eine begleitende depressive Störung (F92.0, vgl. F32, F33 oder F34). Jede andere Störung des Befindens kommt aber ebenfalls in Frage, z.B. Angst- oder Zwangssymptome (F92.8).

1.3 Schweregradeinteilung

- Leicht: zusätzlich zu den für die Diagnose erforderlichen Symptomen nur wenige/keine weiteren Symptome; geringer Schaden für Dritte
- Schwer: zusätzlich zu den für die Diagnose erforderlichen Symptomen eine Vielzahl weiterer Probleme; beträchtlicher Schaden für Dritte.

1.4 Untergruppen

Neben den in 1.2 aufgezählten 5 Untergruppen (s. auch Abb. 38) gewinnt die Gruppierung nach dem Alter des Beginns an Bedeutung.

Beginn vor dem zehnten Lebensjahr:

- Wesentlich mehr Jungen als Mädchen
- Häufig körperliche Aggression
- Häufig gestörte Peer-Beziehungen
- Eher ungünstiger chronischer Verlauf zur dissozialen Persönlichkeitsstörung.

Beginn nach dem zehnten Lebensjahr:

- Mehr Jungen als Mädchen
- Seltener aggressives Verhalten
- Bessere Beziehungen zu Gleichaltrigen
- Seltener chronischer Verlauf zur dissozialen Persönlichkeitsstörung.

1.5 Ausschlussdiagnose

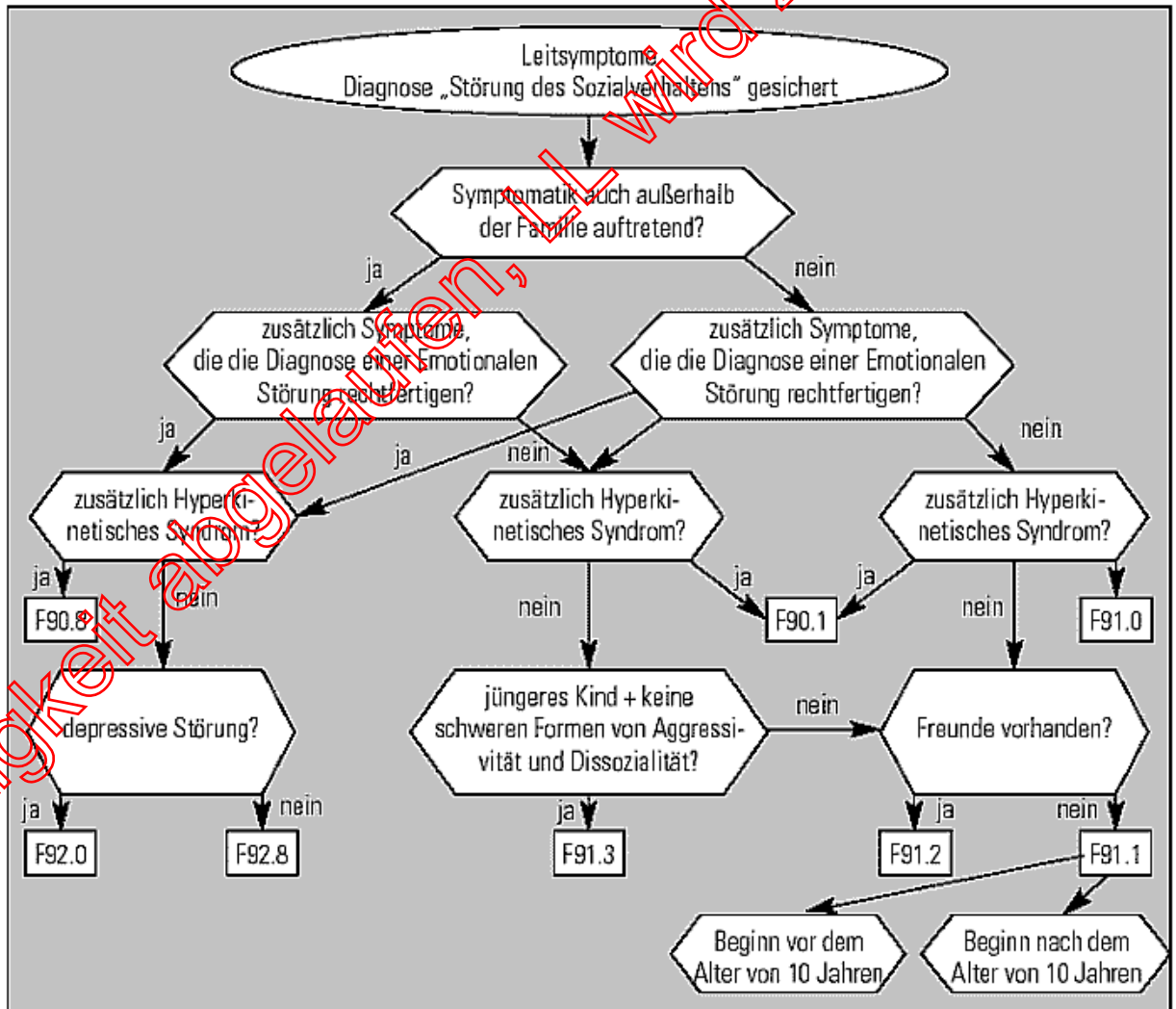
Für Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen:

- Bandenmitgliedschaft ohne manifeste psychiatrische Störung (Z03.2)
- Auf die Familie beschränkte Störung des Sozialverhaltens (F91.0).

Für Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten:

- Störung des Sozialverhaltens mit offensichtlich dissozialem oder aggressivem Verhalten (F91.0, F91.1 oder F91.2).

Abb. 38: Störung des Sozialverhaltens: Untergruppen



2. Störungsspezifische Diagnostik

2.1 Symptomatik

Interview mit Kind/Jugendlichem und Eltern (getrennt und zusammen, evtl. zusätzlich andere Familienmitglieder)

bezüglich der genannten Symptome.

Vom Kind/Jugendlichen außerdem zu erfragen:

- Familienbeziehungen und ihre Qualität
- Peer-Beziehungen und ihre Qualität
- Freizeitverhalten, insbesondere gewaltbezogene Computerspiele
- Bestrafte Delinquenz und Dunkelfelddelinquenz
- Alkohol-, Nikotin- und Drogenkonsum
- Sexuelle Entwicklung
- Selbstbild.

Von den Eltern außerdem zu erfragen:

- Umgang mit Problemen, familiäre Ressourcen (Stress, sozioökonomischer Status, soziale Integration/Isolation)
- Elterliche Erziehungsmethoden (Strenge, Grenzsetzungen, Vernachlässigung, Gewährenlassen, Inkonsistenz)
- Umgang mit Aggressionen des Kindes/Jugendlichen
- Konfliktlösungsstrategien.

2.2 Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte

- Entwicklung des Kindes/Jugendlichen
- Pränatale und Geburtsanamnese, insbesondere mütterlicher Alkohol- und Drogenmissbrauch
- Mütterliche Infektionen
- Einnahme von Medikamenten
- Medizinische Vorgeschichte, insbesondere ZNS-Beeinträchtigungen/Störungen (z.B. Anfallsleiden, Unfälle)
- Vorgeschichte bezüglich körperlichem und/oder sexuellem Missbrauch
- Vorgeschichte in Bezug auf Stieffamilienstatus, Adoptionen, Unterbringung in Pflegefamilien oder Heimen
- Ausbildung von Gewissen und Schuldgefühlen
- Schullaufbahn und Entwicklung etwaiger schulischer Leistungsschwierigkeiten

2.3 Psychiatrische Komorbidität und Begleitstörungen

- Hyperkinetische Störungen (bei deutlicher Ausprägung Zuordnung zu F90.1)
- Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch (vgl. Leitlinie zu F1)
- Depressive Störungen (bei deutlicher Ausprägung Zuordnung zu F92)
- Phobische oder Angststörungen (bei deutlicher Ausprägung Zuordnung zu F92)
- Suizidalität
- Paranoid wirkende Zuschreibungen.

2.4 Störungsrelevante Rahmenbedingungen

Einschlägige Familienanamnese

- Dissoziale Verhaltensweisen (inkl. Delinquenz) in der Familie (Modelle, insbesondere Gewaltanwendung innerhalb der Familie)
- Körperlicher und/oder sexueller Missbrauch innerhalb der Familie.
- Psychische Auffälligkeiten/Störungen bei Familienmitgliedern (insbesondere hyperkinetische Störungen, Störungen des Sozialverhaltens, Substanzmissbrauch, affektive Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Impulskontrollstörungen)
- Verstärkender Umgang mit den dissozialen Verhaltensweisen
- Gefährdende Umfeldbedingungen, insbesondere Randgruppenzugehörigkeit und soziale Isolierung, extreme ökonomische Armut
- Abnorme Familienstruktur
- Negative schulische Bedingungen, auch soweit sie als Störungsfolge anzusehen sind.

2.5 Apparative, Labor- und Testdiagnostik

- Standardfragebogen für Eltern/Lehrer bezüglich des Verhaltens des Kindes/Jugendlichen
- Ergänzende altersbezogene Testdiagnostik bezüglich Intelligenzniveau, Sprache und Teilleistungsstörungen
- Körperliche und neurologische Untersuchung bei anamnestischen Hinweisen oder bei Verdachtsmomenten auf körperliche und/oder sexuelle Misshandlung, neurologische Schädigung, Substanzmissbrauch oder Ähnliches.
- Bei Verdachtssymptomen oder anamnestischen Hinweisen Drogenscreening im Urin, in der Notfallbehandlung Blutalkoholkonzentration.

2.6 Weitergehende Diagnostik und Differentialdiagnostik

Der Ausschluss von Differenzialdiagnosen folgt dem Entscheidungsbaum in Abbildung 39, häufige diagnostische Schwierigkeiten bestehen bei:

- Aggressiven Handlungen im Rahmen organischer Psychosynndrome, die von Dissozialität begleitet werden (F0)
- Dissozialen Symptomen im Kontext von Substanzmissbrauch (F1) (als Sekundärfolge/bei Beschaffungskriminalität)
- Bei auf die Familie beschränkter Symptomatik im Rahmen von Zwangshandlungen (F42)

- Bei aggressiven Symptomen im Rahmen manischer Episoden (F30)
- Bei posttraumatischen Belastungsreaktionen oder Anpassungsstörungen (F43.1/F43.2), z.B. nach sexuellem Missbrauch
- Bei Stehlen im Rahmen von Bulimia nervosa (F50.2)
- Bei aggressiven Übergriffen im Rahmen von Impulskontrollstörungen (F63, Borderline-Persönlichkeitsstörungen; F60.3, narzisstischen Persönlichkeitsstörungen).

2.7 Entbehrliche Diagnostik

- Apparative Diagnostik bezüglich hirnorganischer Störungen, wenn keine anamnestischen Hinweise oder Verdachtssymptome vorliegen
- Projektiv-psychologische Diagnostik ohne spezifische Verdachtsmomente.

3. Multiaxiale Bewertung

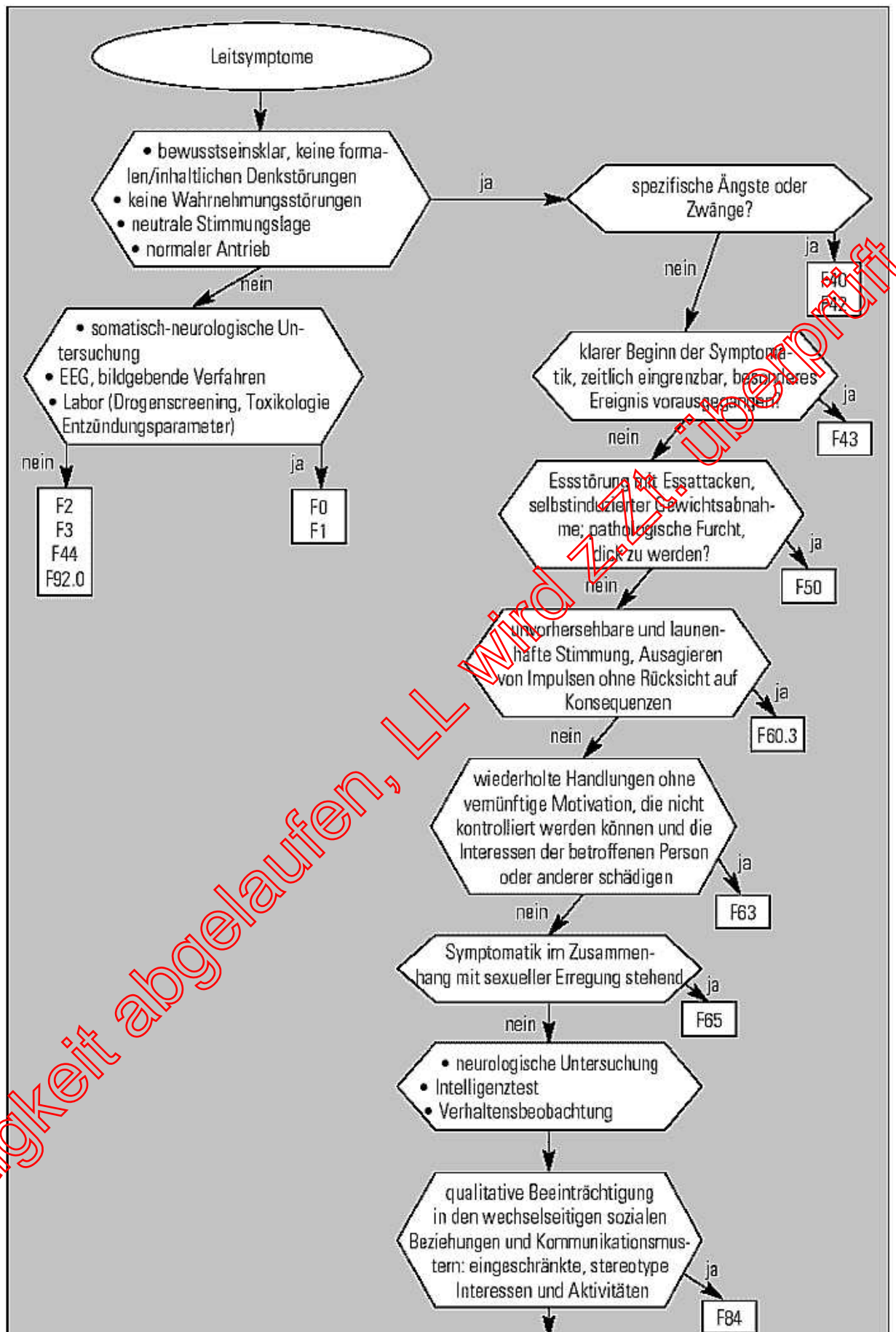
3.1 Identifizierung der Leitsymptome

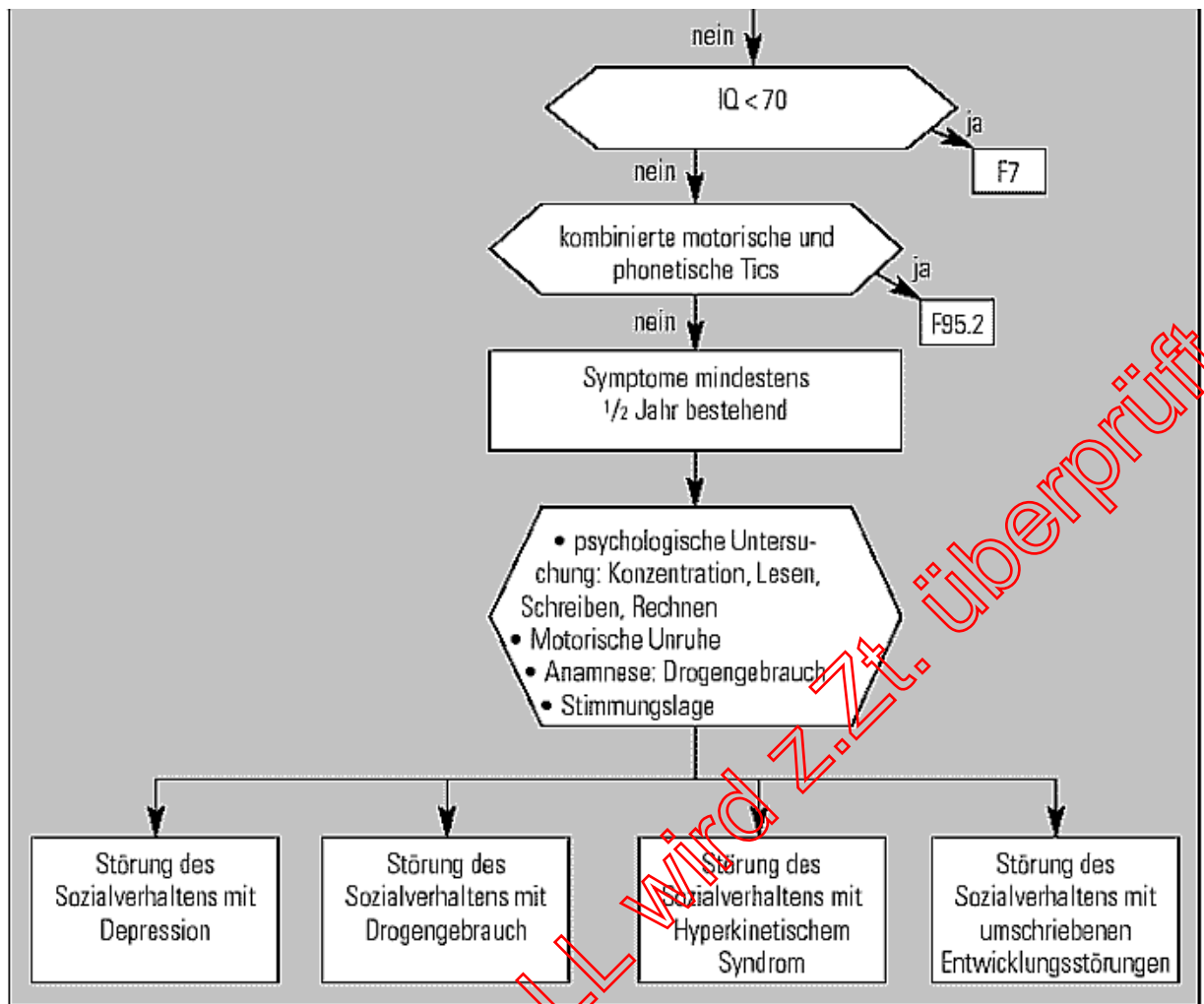
Folgende Fragen sollen anamnestisch geklärt werden:

- Sind ein oder mehrere Leitsymptome vorhanden?
- Weicht ihre Ausprägung von Lebenskontext und Altersnorm ab?
- Bestehen sie seit wenigstens 6 Monaten wiederholt?
- Bestehen diese Symptome nicht nur im Rahmen einer anderen psychiatrischen Störung?
- Hat bei der Diagnose F92.0 die begleitende emotionale Störung einen hinreichenden Schweregrad, würde also alleiniges Auftreten der emotionalen Störung eine eigenständige Diagnose rechtfertigen?
- Ist die Beziehung zu Gleichaltrigen gestört?
- Sind - vor allem bei Jugendlichen - zeitlich vor der Störung des Sozialverhaltens aufgetretene, ausgeprägte hyperkinetische Symptome, die die Diagnose F90.1 rechtfertigen, ausgeschlossen?
- Besteht begleitender Substanzmissbrauch?

Abb. 39: Differenzialdiagnosen und Komorbiditäten bei Störungen des Sozialverhaltens

Gültigkeit abgelaufen, LL wird zu überprüfen





3.2 Identifizierung weiterer Symptome und Belastungen

- Bestehen Entwicklungsstörungen, vor allem im Bereich der Sprache (rezeptive Sprachstörung) und der Schriftsprache (vor allem Lese-Rechtschreibschwäche)?
- Besteht ein reduziertes Intelligenzniveau, welches bei leichter Ausprägung die Störung begünstigt, bei starker die Diagnose ausschließen kann?
- Bestehen chronische körperliche (nicht zerebrale) Erkrankungen, die schlecht bewältigt werden?
- Besteht Substanzmissbrauch?
- Besteht ein zerebrales Anfallsleiden?
- Besteht delinquentes oder gewalttätiges Verhalten in der Familie?
- Besteht oder bestand unzureichende Aufsicht und elterliche Kontrolle bzw. ein inkonsistenter Erziehungsstil?
- Besteht chronische Disharmonie zwischen den Eltern?
- Bestehen oder bestanden körperliche Misshandlung und/oder sexueller Missbrauch?
- Bestehen psychische Störungen bei Familienangehörigen?
- Bestehen unzureichende Lebensbedingungen?
- Gehört der Betroffene einer Randgruppe mit eigenen Wertnormen an?
- Bestehen schulische Leistungsdefizite?
- Ist die Symptomatik auf die Familie beschränkt?
- Erstreckt sich die Symptomatik auf die Schule?

3.3 Differenzialdiagnosen und Hierarchie des Vorgehens

Siehe Abb. 39.

4. Interventionen

4.1 Auswahl des Interventionssettings

Das Interventionssetting richtet sich nach dem Entscheidungsbaum (s. Abb. 40):

- Jugendhilfemaßnahmen (Effekte von Erziehungsbeistandschaft sind häufig begrenzt) bis hin zur außerfamiliären Unterbringung
- Psychiatrische Behandlung
- Längerfristige Interventionen (ambulant/stationär).

Indikationen für eine stationäre Aufnahme:

- Akute Eigen- oder Fremdgefährdung
- Misserfolg der Behandlung bei weniger intensiver Versorgung
- Stationär behandlungsbedürftige psychiatrische Begleitstörungen.

Bei Störungen des Sozialverhaltens, die vor dem zehnten Lebensjahr begonnen haben, ist nach sechsmonatiger Intervention, gleich welcher Art, eine Erfolgskontrolle notwendig!

4.2 Hierarchie der Behandlungsentscheidungen und Beratung

- Bei Zweiterkrankungen Abwägung des Behandlungsbedarfs
- Vor der Störung des Sozialverhaltens behandeln: Suizidalität
- Parallel behandelt werden: Substanzmissbrauch, hyperkinetische Störung, Depressivität oder andere emotionale Störungen.

4.3 Besonderheiten bei ambulanter Behandlung

Interventionen in der Familie als Elterntaining (I)

- Identifizieren und Einsetzen von positiven Elternqualitäten
- Training bezüglich der Entwicklung konsistenter positiver und negativer Konsequenzen, Beendigung zu harter, zu gewährender oder inkonsistenter elterlicher Erziehungspraktiken
- Förderung der Behandlung wichtiger elterlicher Probleme (z.B. Drogenmissbrauch).

Zusätzliche Interventionen beim Kind

- Problemlösetraining einzeln (II) oder in der Gruppe (V)
- Trennung des Kindes/Jugendlichen von ungünstigen Peer-Gruppen, Aufbau von adäquaten Peer-Beziehungen
- Einbeziehung von Familienhilfe und Nutzung von Möglichkeiten außerfamiliärer Unterbringung
- Wahl einer adäquate(re)n Schulform, Förderung der Zusammenarbeit von Eltern und Schule/schulpsychologischem Dienst.

Interventionen bei Jugendlichen

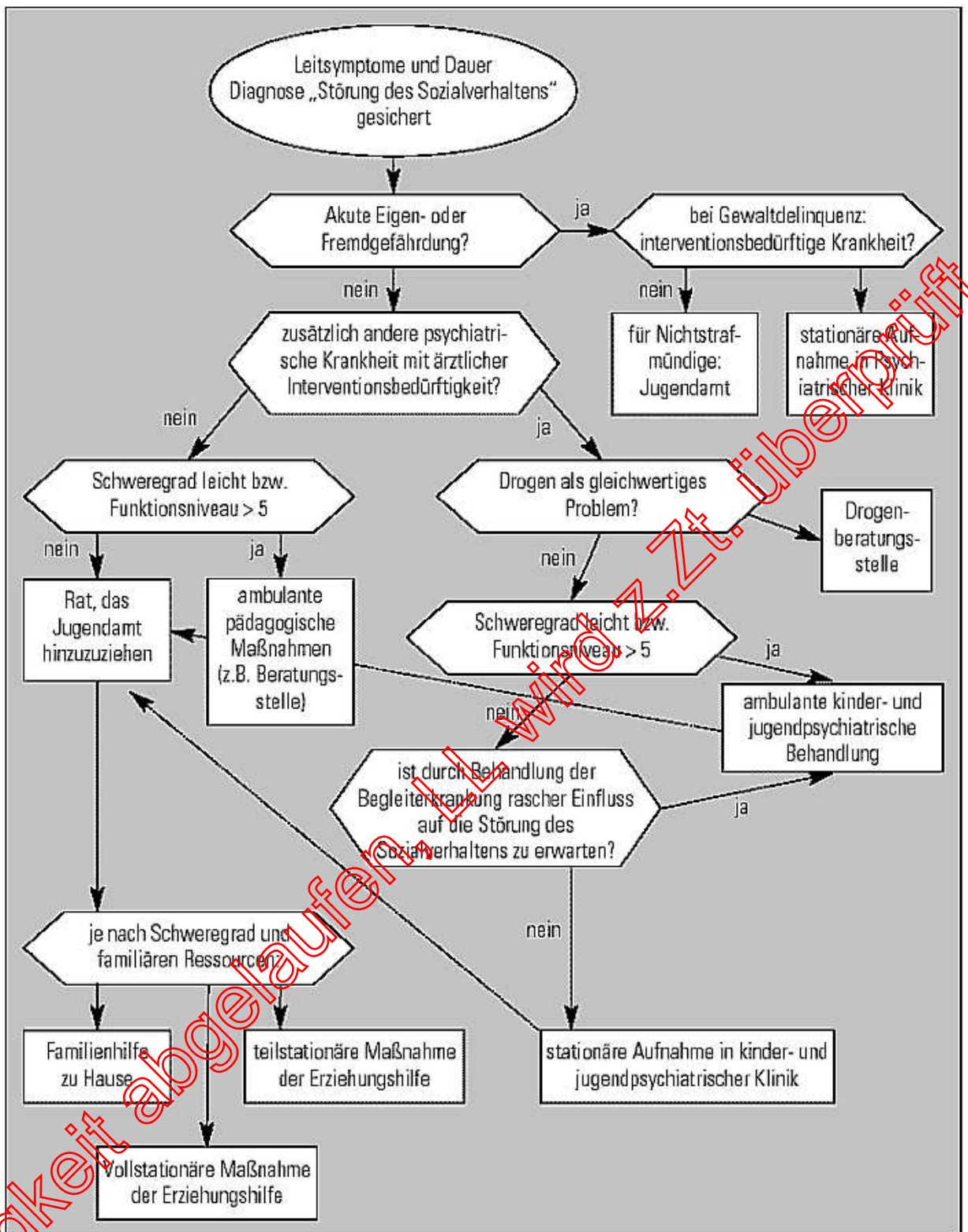
- Multisystemische Behandlung mit Ansätzen an den Betroffenen, den Familienbeziehungen, dem Schul- bzw. Arbeitsmilieu, der Peer-Group und dem Freizeitverhalten nach Hengeler et al. (II)
- Berufsvorbereitende Maßnahmen, Training alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten
- Kooperation mit Jugendstrafinstanzen, Jugendgerichts- und Bewährungshilfe
- Nutzung von Möglichkeiten zur außerfamiliären Unterbringung.

Pharmakotherapie

- Stimulanzien (Methylphenidat, evtl. Atomoxetin) bzw. niederpotente Neuroleptika (Pipamperon), auch bei Impulsivität ohne hyperkinetische Störung (II)
- Risperidon, besonders bei niedriger Intelligenz (II)
- Valproinsäure (III) bzw. Lithium (IV)

Abb. 40: Interventionssetting bei Störungen des Sozialverhaltens

Gültigkeit abgelehnt. Wird zzt. überprüft



4.4 Besonderheiten bei teilstationärer Behandlung

Gegenüber der ambulanten Behandlung bietet die teilstationäre folgende Vorteile, verlangt aber auch Bedingungen:

- Es besteht ein hilfreiches therapeutisches Milieu, falls die Gruppe nicht überwiegend aus dissozialen Kindern/Jugendlichen zusammengesetzt ist. Innerhalb dieses Milieus ist Verhaltensmodifikation in der Gruppe möglich.
- Das notwendige Elterntraining lässt sich oft leichter durchsetzen, hat aber die Kooperation der Eltern und ein zumindest nicht akut schädigendes Familienmilieu zur Voraussetzung.
- Das angebotene Schulprogramm kann helfen, schulische Defizite aufzuholen, und eine Sonderförderung bei Teilleistungsschwächen bieten, wenn es ausreichend verhaltenstherapeutisch strukturiert ist.
- Ein Problemlösetraining ist in diesen Kontext leichter einzubauen und die Steigerung sozialer Kompetenz leichter durchführbar, sofern vorhandene Kompetenzen lediglich nicht angewendet werden.
- Psychiatrische Begleitstörungen können systematischer behandelt werden, sofern die Eltern zustimmen.
- Im Übrigen gleicht das Vorgehen dem bei ambulanten Behandlung.

4.5 Besonderheiten bei stationärer Behandlung

Stationäre Behandlung wegen schwerwiegender Begleiterkrankungen bedingt deren spezifische Therapie.

- Bei stationär behandlungsbedürftigen Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens werden in der Regel Instanzen der Jugendhilfe hinzugezogen. Kontakte mit Jugendgericht bzw. Bewährungshelfern sind bei Straffälligkeit notwendig.
- Eine stufenweise Weiterbehandlung (ggf. erst teilstationär, Wiedereingliederung in die Herkunftsschule, fortgesetzte ambulante Behandlung kombiniert mit Jugendhilfemaßnahmen) sollte eingeleitet werden.
- Im Übrigen entspricht das Vorgehen dem bei ambulanter und teilstationärer Behandlung.

4.6 Jugendhilfe- und Rehabilitationsmaßnahmen

Früh beginnende Störungen des Sozialverhaltens begründen seelische Behinderungen gemäß § 35 a SGB VIII.

Angemessene Jugendhilfemaßnahmen sind:

- Familienhilfe mit Verhaltensmodifikation bei Störungen mit oppositionellem und aufsässigem Verhalten, also bei jüngeren Kindern
- Erziehungsbeistandschaften sind nur bei hoher Durchführungsqualität hilfreich.
- Teilstationäre Jugendhilfemaßnahmen bei schwachen Schulleistungen und mangelnder Aufsicht und Steuerung durch die Familie, aber intakten Familienbeziehungen
- Vollzeitige außerfamiliäre Betreuung bei ausgeprägter Symptomatik oder chronischem Erziehungsversagen der Eltern.

4.7 Entbehrliche Therapiemaßnahmen

- Tiefenpsychologisch fundierte oder psychoanalytische Psychotherapie
- Soziale Trainingsgruppen, die aus dissozialen Jugendlichen mit gestörtem Sozialverhalten bestehen, sind kontraindiziert.
- Non-direktive Spieltherapie ist auch bei jüngeren Kindern unwirksam.
- Die Teilnahme an Selbsthilfegruppen hat sich als unwirksam erwiesen.

Literatur:

1. Biedermann J et al., Is childhood oppositional defiant disorder a precursor to adolescent conduct disorder? Findings from a four-year follow-up study of children with ADHD. Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry (1996), 35, 1193-1204
2. Brestan EV, Eyberg SM, Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. J Clin Child Psychol (1998), 27, 180-189
3. Christian RE et al., Psychopathy and conduct problems in children: II. Implications for subtyping children with conduct problems. Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry (1997), 36, 233-241
4. Esser G et al., Prävalenz und Verlauf psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (1992), 20, 232-242
5. Henggeler SW, Sheidow AJ, Conduct disorder and delinquency. Journal of Marital and Family Therapy (2003), 29 (4), 505-522
6. Kazdin AE (2001) Treatment of conduct disorders. In: Hill J, Maugham B (Eds.), Conduct Disorder in Childhood and Adolescence, 408-448. Cambridge University Press, Cambridge, UK
7. Kazdin AE, Psychosocial treatments for conduct disorder in children. Journal of Child Psychology and Psychiatry (1997), 38, 161-178
8. Moffit TE, Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. Psychological Review (1993), 100, 674-701
9. Olweus D, Annotation: Bullying at school: basic facts and effects of a school based intervention program. Journal of Child Psychology and Psychiatry (1994), 35, 1171-1190
10. Steiner H, Saxena K, Chang K, Psychopharmacologic strategies for the treatment of aggression in juveniles. CNS Spectrums (2003), 8 (4), 299-308
11. Trudewind G, Steckel R, Effekte gewaltorientierter Computerspiele bei Kindern: Wirkmechanismen, Moderatoren und Entwicklungsfolgen. Zeitschrift für Familienforschung (2003), 15 (3), 238-271
12. Wolfenden SR, Williams K, Peat JK, Family and parenting interventions for conduct disorder and delinquency: a meta-analysis of randomized controlled trials. Arch Dis Child (2002), 86 (4), 251-256

Verfahren zur Konsensbildung:

Frühere Bearbeiter dieser Leitlinie

M. H. Schmidt, J. Niemeyer, A. Brink, M. Matussek, T. Vehreschild

Jetzig Bearbeiter dieser Leitlinie

M. H. Schmidt, A. Brink, J. Niemeyer, C. Staudter

Korrespondenz an:

Prof. Dr. Dr. Martin H. Schmidt
J5 (Forschungsgebäude)
68159 Mannheim

Redaktionskomitee:

federführend

Martin H. Schmidt, Mannheim
Fritz Poustka, Frankfurt/MainBernhard Blanz, Jena
Joachim Jungmann, Weinsberg
Gerhard Lehmkuhl, Köln
Helmut Remschmidt, Marburg
Franz Resch, Heidelberg
Christa Schaff, Weil der Stadt
Andreas Warnke, Würzburg**Erstellungsdatum:**

01/1999

Letzte Überarbeitung:

11/2006

Nächste Überprüfung geplant:

k. A.

Zurück zum [Index Leitlinien Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie](#)

Zurück zur [Liste der Leitlinien](#)

Zurück zur [AWMF-Leitseite](#)

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - insbesondere von Dosisangaben - keine Verantwortung übernehmen.

Stand der letzten Aktualisierung: 11/2006

©: Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Autorisiert für elektronische Publikation: [AWMF online](#)

HTML-Code aktualisiert: 29.01.2008; 15:10:04

Gültigkeit abgelaufen, Leitlinien z.Zt. überprüft