

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

AWMF-Leitlinien-Register Nr. 028/036 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. 255 - 263

Auf den familiären Rahmen beschränkte Störungen des Sozialverhaltens (F91.0)

1. Klassifikation

1.1 Definition

Diese Störung des Sozialverhaltens umfasst ein Muster dissozialen, aggressiven oder aufsässigen Verhaltens mit Verletzungen altersentsprechender sozialer Erwartungen, welches länger als 6 Monate besteht und auf den familiären Rahmen beschränkt ist.

Sie kommt oft gleichzeitig mit schwierigen psychosozialen Umständen vor (F91) und kann mit einer hyperkinetischen Störung (F90) oder mit einer emotionalen Störung, vorzugsweise Depression oder Angst (F92), kombiniert sein.

Ob die auf den familiären Rahmen beschränkten Störungen des Sozialverhaltens insgesamt eine leichte Form der ganzen Gruppe der Störungen des Sozialverhaltens oder eine eigene Störung darstellen, ist nicht hinreichend geklärt.

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
- Weglaufen von zu Hause

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

1.3 Schweregradinteilung

- Leicht: zusätzlich zu den für die Diagnose erforderlichen Symptomen nur wenige/keine weiteren Symptome; geringer Schaden für Dritte. Keine Auffälligkeiten außerhalb des familiären Rahmens
- Schwer: zusätzlich zu den für die Diagnose erforderlichen Symptomen eine Vielzahl weiterer Probleme; beträchtlicher Schaden für Dritte. Auffälligkeiten auch außerhalb des familiären Rahmens bereits vorhanden, jedoch nicht in einer Ausprägung, um Diagnosen unter F91.1ff. zu rechtfertigen.

1.4 Untergruppen

Bezüglich der Symptomatik kann unterschieden werden zwischen einer offensichtlichen, vordergründigen Form mit Streiten, Ungehorsam, Drohungen etc. und einer verdeckten Form mit Lügen, Stehlen etc. Treten beide Formen gleichzeitig auf, ist das eher ein Hinweis auf den Schweregrad der Störung als auf die Pathogenese. Beide Formen können bezüglich Ersterkrankungsalter in eine früh auftretende Form (vor dem zehnten Lebensjahr) und eine erst in der Adoleszenz einsetzende Form unterteilt werden. Schließlich ist insbesondere bei Knaben die Unterform von prognostischer Bedeutung, die früh auftritt und mit hyperkinetischen Störungen verbunden ist.

Bezüglich der Pathogenese sind folgende Untergruppen auch therapierelevant:

- Die Beschränkung auf den familiären Rahmen bedeutet eine leichte Ausprägung der Störung des Sozialverhaltens. Dieselben Mechanismen wie bei den übrigen Störungen des Sozialverhaltens (soziale Wahrnehmungsstörungen, Impulskontrollstörungen, Temperamentsfaktoren etc.) liegen vor, sind aber nur leicht ausgeprägt, und/oder das außerfamiliäre Milieu ist hochstrukturiert und tragfähig, sodass außerhalb der Familie keine Symptomatik von Störungswert entsteht.
- Die Beschränkung auf den familiären Rahmen entsteht dadurch, dass das Kind außerhalb der Familie aufgrund

seiner sozialen Ängste seine Impulse soweit kontrolliert, dass die Symptomatik nur im sicheren Rahmen der Familie störungswert erreicht.

- Die Beschränkung auf den familiären Rahmen bedeutet einen kategorialen Unterschied zu den übrigen Störungen des Sozialverhaltens. Die dysfunktionalen Verhaltensweisen des Kindes sind hauptsächlich Resultat einer Lerngeschichte, bei der dort und nur dort Wutausbrüche, Ungehorsam und Streit positiv und negativ verstärkt werden oder geduldet werden, was das Kind als Zustimmung interpretiert. Zu einer Generalisierung der Störung kommt es nicht, weil das Kind außerhalb der Familie andere Lernerfahrungen machen kann, da es keine Störungen der sozialen Wahrnehmung und keine Impulskontrollstörung hat.

1.5 Ausschlussdiagnose

Ausschlussdiagnosen bilden einerseits die übrigen Störungen des Sozialverhaltens, andererseits die Bindungsstörungen. Bei den Störungen des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen (F91.1) resp. bei vorhandenen sozialen Bindungen (F91.2) ist die Symptomatik auch außerhalb des familiären Rahmens deutlich vorhanden. Dies trifft auch auf die Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten zu (F91.3). Bei der reaktiven Bindungsstörung (F94.1) bestehen neben negativen sozialen Interaktionen auch widersprüchliche oder ambivalente soziale Reaktionen und eine deutliche emotionale Komponente in Form von Apathie, Unglücklichsein oder Furchtsamkeit. Bei der Bindungsstörung mit Enthemmung (F94.2) bestehen Auffälligkeiten im Sinne von unüblich diffussem Bindungsverhalten, allgemeiner Anklammerungstendenz oder wahllos freundlichem, aufmerksamkeitsuchendem Verhalten.

2. Störungsspezifische Diagnostik

2.1 Symptomatik

Interview mit Kind/Jugendlichem und Eltern (getrennt und zusammen, evtl. zusätzlich andere Familienmitglieder) bezüglich der genannten Symptome. Ergänzende Informationen aus dem außerfamiliären Bereich (Spielgruppe, Kindergarten, Schule) sind v.a. nötig zur Abgrenzung gegen die übrigen Störungen des Sozialverhaltens und die hyperkinetische Störung.

- Umgang mit und Ausleben von Impulsen
- Fähigkeit zur Übernahme von Verantwortung für eigene Handlungen und Entwicklung von Gewissen und Schuldgefühlen
- Stimmung, Affekt, Selbstwert, Suizidalität
- Paranoide Zuschreibungen
- Anamnese bezüglich Missbrauch von Zigaretten, Alkohol, Drogen oder anderen Substanzen.

2.2 Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte

Bei der Erhebung der störungsspezifischen Entwicklungsgeschichte ist einerseits all das zu berücksichtigen, was bei den übrigen Störungen des Sozialverhaltens (F91.1ff.) bedeutungsvoll ist, da die auf den familiären Rahmen beschränkten Störungen des Sozialverhaltens eine leichtere Form oder eine Vorform der übrigen Störungen des Sozialverhaltens darstellen könnten. Andererseits ist aber auch an diejenigen Aspekte zu denken, die einen kategorialen Unterschied zwischen den auf den familiären Rahmen beschränkten Störungen des Sozialverhaltens und den übrigen Störungen des Sozialverhaltens begründen könnten.

Im Hinblick auf die ganze Bandbreite der Störungen des Sozialverhaltens sind folgende Informationen zu beschaffen:

- Pränatale und Geburtsanamnese
- Insbesondere mütterlicher Alkohol- und Drogenmissbrauch
- Mütterliche Interaktionen
- 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
- Schullaufbahn und Entwicklung etwaiger schulischer Leistungsschwierigkeiten (intellektuelle Leistungsfähigkeit, Aufmerksamkeit, Teilleistungsstörungen, Verhalten im Unterricht)
- Temperamentsfaktoren.

Diagnostisches Interview mit dem Kind/Jugendlichen:

- Insbesondere familiäre Beziehungen
- Peer-Beziehungen
- Freizeitverhalten
- Delinquenz und eventuelle Strafen
- Drogenmissbrauch
- Sexuelle Entwicklung (auch sexueller Missbrauch von Dritten)
- Kontrollüberzeugungen.

Bei Bedarf Einholen von Schweigepflichtentbindungen bezüglich medizinischer, schulischer, strafrechtlicher oder ähnlicher Daten (Jugendgericht, Bewährungshilfe).

2.3 Psychiatrische Komorbidität und Begleitstörungen

- Hyperkinetische Störungen (bei deutlicher Ausprägung Zuordnung zu F90.1)
- Depressive Störungen (bei deutlicher Ausprägung Zuordnung zu F92)
- Phobische oder Angststörungen (bei deutlicher Ausprägung Zuordnung zu F92)
- Zwangsstörungen (bei deutlicher Ausprägung Zuordnung zu F92)
- Dissoziative oder somatoforme Störungen (bei deutlicher Ausprägung Zuordnung zu F92).

2.4 Störungsrelevante Rahmenbedingungen

Um die Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens zu erfassen, die sich nicht nur in der Beschränkung auf den familiären Rahmen, sondern auch in der Pathogenese von den übrigen Störungen des Sozialverhaltens unterscheidet, sind folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- Dysfunktionaler elterlicher Erziehungsstil als Folge von Überforderungen, mangelnder Kompetenz (ohne Anzeichen von Vernachlässigung, Gewalt, Feindseligkeit, die eher zu den übrigen Störungen des Sozialverhaltens prädisponieren)
- Sündenbockposition des Kindes (jedoch wiederum ohne völlige Isolierung des Kindes, welche wiederum eher zu den übrigen Störungen des Sozialverhaltens prädisponieren würde)
- Misfit zwischen elterlichen Erwartungen und Persönlichkeitsmerkmalen des Kindes.

Zu den Risikofaktoren für F91.0 sind zu rechnen:

- Dissoziale Verhaltensweisen (inkl. Delinquenz) in der Familie (Modelle)
- Gewaltanwendung innerhalb der Familie
- Körperlicher und/oder sexueller Missbrauch innerhalb der Familie
- Gefährdende Umfeldbedingungen
- Abnorme Familienstruktur.

Andere psychische Störungen in der Familienvorgeschichte:

- Insbesondere hyperkinetische Störungen
- Störungen mit Missbrauch psychoaktiver Substanzen
- Spezifische Entwicklungsstörungen (Teilleistungsstörungen)
- Affektive Störungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Bindungsstörungen (z.B. bei mütterlicher Depression oder Substanzmissbrauch)
- Impulskontrollstörungen.

Die erwähnten störungsrelevanten Rahmenbedingungen sind zu sehen auf dem Hintergrund der jeweiligen ethnischen Normen und Werte. Sowohl Gewaltanwendung wie auch abnorme familiäre Strukturen differieren im Ausmaß der Belastungen für die Kinder deutlich zwischen verschiedenen Ethnien.

Bei den protektiven Faktoren sind v.a. soziale Erfahrungen außerhalb der Familie zu erfragen, die die Möglichkeit zum Erlernen ungestörter sozialer Interaktionen ermöglichen.

2.5 Apparative, Labor- und Testdiagnostik

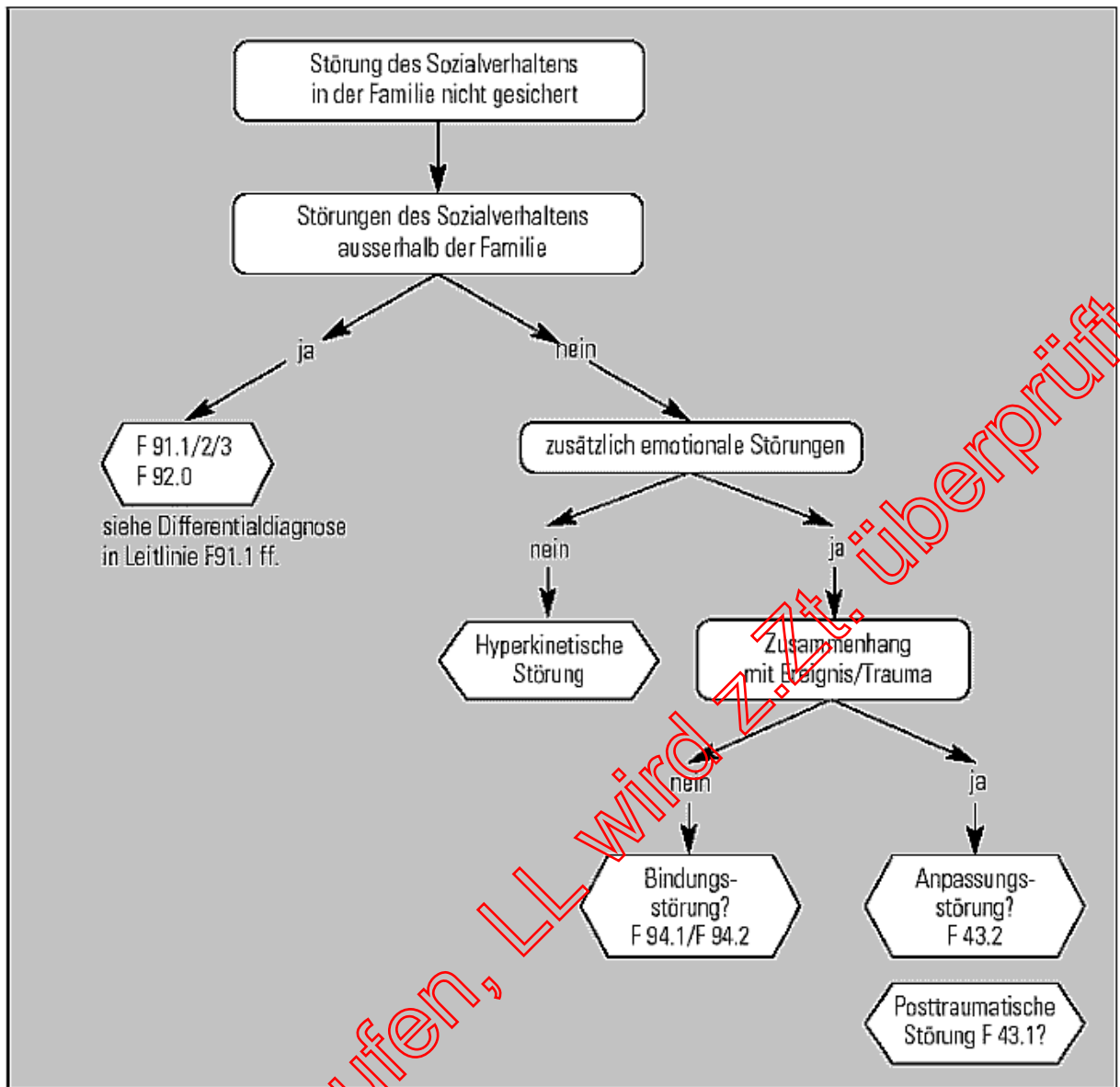
- Familiendiagnostik: Fragebogen bezüglich familiärer Beziehungen, Familienklima
- Standardfragebogen für Eltern/Lehrer bezüglich des Verhaltens des Kindes/Jugendlichen
- Ergänzende altersbezogene Testdiagnostik bezüglich Intelligenzniveau, Sprache und Teilleistungsstörungen
- Körperliche und neurologische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

2.6 Weitergehende Diagnostik

Der Ausschluss von Differenzialdiagnosen folgt dem Entscheidungsbaum in Abbildung 36. Häufige diagnostische Schwierigkeiten bestehen bei:

- Störungen des Sozialverhaltens, die nicht auf den familiären Rahmen beschränkt sind, sondern auch außerhalb der Familie in abgeschwächter Form auftreten (F91.1ff.)
- Bei posttraumatischen Belastungsreaktionen oder Anpassungsstörungen (F43.1/F43.2)
- Beim hyperkinetischen Syndrom (F90)
- Bei Zwangshandlungen (F42).

Abb. 36: Entscheidungsbaum zur Differenzialdiagnostik bei Störungen des Sozialverhaltens in der Familie



2.7 Entbehrliche Diagnostik

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

3. Multiaxiale Bewertung

3.1 Identifizierung der Leitsymptome

- 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?

3.2 Identifizierung weiterer Symptome und Belastungen

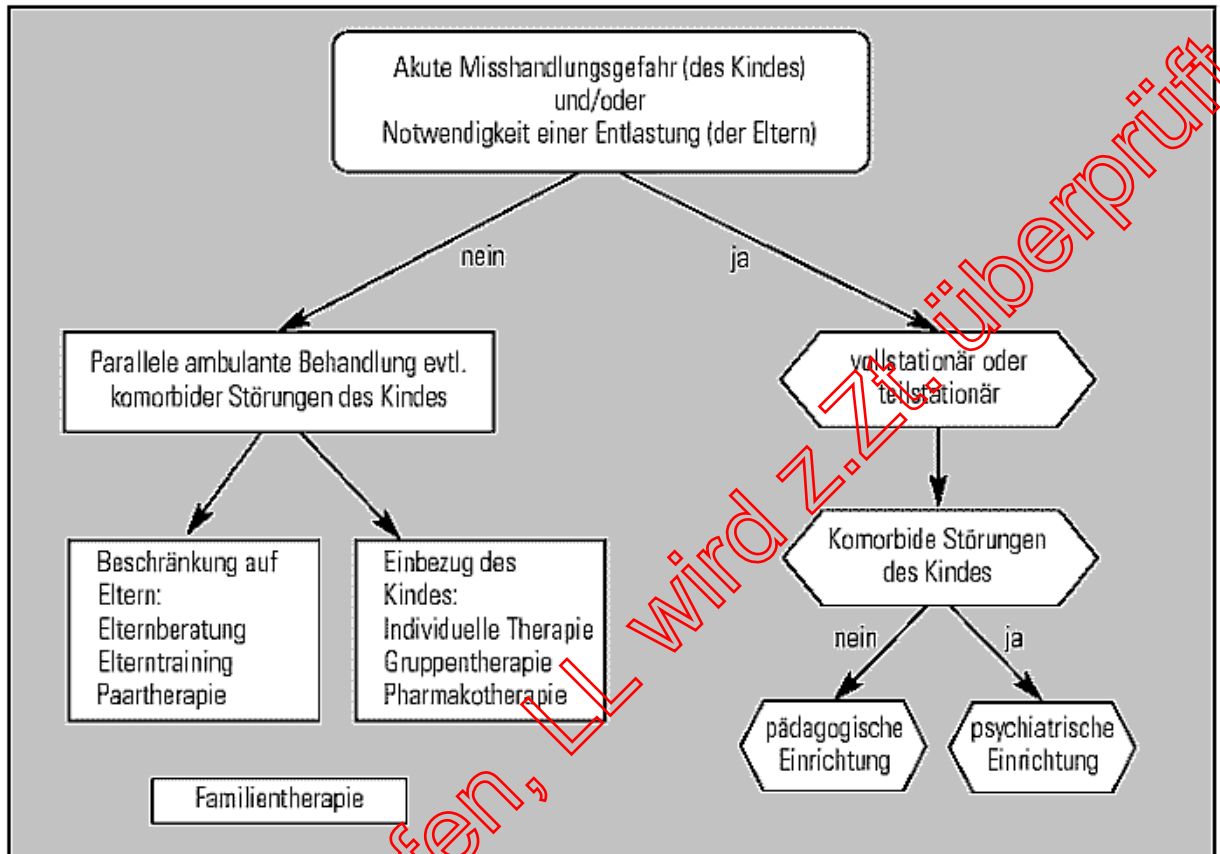
- Bestehen Entwicklungsstörungen, vor allem im Bereich der Sprache (rezeptive Sprachstörung) und der Schriftsprache (vor allem Lese-Rechtschreibschwäche)?
- Besteht ein reduziertes Intelligenzniveau, welches bei leichter Ausprägung die Störung begünstigt, bei starker die Diagnose ausschließen kann?
- Bestehen chronische körperliche (nicht zerebrale) Erkrankungen, die schlecht bewältigt werden?

- Besteht ein zerebrales Anfallsleiden?
- Bestehen unzureichende Lebensbedingungen?
- Gehört der Betroffene einer Randgruppe mit eigenen Wertnormen an?

3.3 Hierarchie des Vorgehens

Siehe Abbildung 37

Abb. 37: Hierarchie des Vorgehens bei gesicherter Diagnose einer auf den familiären Rahmen beschränkten Störung des Sozialverhaltens



4. Interventionen

4.1 Auswahl des Interventionssettings

Das Interventionssetting ist einerseits abhängig von der Ausprägung der Störung und vom Misshandlungsrisiko des Kindes, andererseits von der Frage, wie sehr eine Entlastung/Krisenintervention erforderlich ist.

- Besteht weder eine Misshandlungsgefahr noch die Notwendigkeit einer Entlastung/Krisenintervention, ist eine ambulante Behandlung angezeigt.
- Besteht eine Misshandlungsgefahr und/oder eine akute Überforderung der Eltern, ist eine Herausnahme aus der Familie notwendig. Zeigt das Kind gleichzeitig eine komorbide Störung, ist die Aufnahme eher in einer teil- oder vollstationären Klinik angezeigt. Besteht keine komorbide Störung, kann eher eine Unterbringung in einer Einrichtung der Jugendhilfe (mit ambulanter Weiterbehandlung) angezeigt sein.

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

- Wird die auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens eher als eine schwächere Form der übrigen Störungen des Sozialverhaltens gesehen, geht es generell bei der Behandlung darum, Risikofaktoren zu reduzieren resp. protektive Faktoren zu stärken.
- Wird die Störung als eine von den übrigen Störungen verschiedene, spezifisch familiäre Interaktionsstörung diagnostiziert, sind entsprechende beraterische und familientherapeutische Maßnahmen notwendig.

Im ersten Fall ist an folgende Interventionen zu denken:

Interventionen in der Familie:

- Identifizieren und Fördern von positiven Elternqualitäten
- Training bezüglich der Entwicklung konsistenter positiver und negativer Konsequenzen, Beendigung zu harter, zu gewählender oder inkonsistenter elterlicher Erziehungspraktiken
- Förderung von Behandlung wichtiger elterlicher Probleme (z.B. Alkoholismus/Drogenmissbrauch)
- Wahl einer adäquate(re)n Schulform, Förderung der Zusammenarbeit von Eltern und Schule/schulpsychologischem Dienst
- Einbeziehung von Familienhilfe, Erziehungsberatungsstellen.

Interventionen beim Kind:

- Individuelle und/oder Gruppenpsychotherapie (kognitive Verhaltenstherapie) für das Kind/den Jugendlichen
- Pharmakotherapie
 - Stimulanzien bzw. niederpotente Neuroleptika bei Kombination mit hyperkinetischen Symptomen
 - Antidepressiva bei einer Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung.

4.4 Besonderheiten bei teilstationärer Behandlung

- 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
- Die notwendige Familientherapie 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 Training prosozialer Verhaltensweisen und sozialer Kompetenz ist in diesen Kontext leichter einzubauen, sofern diesbezüglich wirklich Mangel besteht und nicht vorhandene Kompetenzen lediglich nicht angewendet werden.
- Psychiatrische Begleitstörungen können systematischer behandelt werden.
- Im Übrigen gleicht das Vorgehen dem bei ambulanter Behandlung.

4.5 Besonderheiten bei stationärer Behandlung

- Stationäre Behandlung wegen schwerwiegender Begleiterkrankungen bedingt deren spezifische Therapie.
- Im Übrigen entspricht das Vorgehen dem bei ambulanter und teilstationärer Behandlung.

4.6 Jugendhilfe- und Rehabilitationsmaßnahmen

Angemessene Jugendhilfemaßnahmen sind:

- Nachgehende Erziehungsberatung
- Erziehungsbeistandschaften, vor allem bei älteren Kindern und Jugendlichen
- 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

- Die Wirksamkeit von tiefenpsychologisch fundierter oder psychoanalytischer Psychotherapie bei Störungen des Sozialverhaltens ist bisher nicht nachgewiesen.
- Soziale Trainingsgruppen, die aus dissozialen Jugendlichen mit gestörtem Sozialverhalten bestehen, sind kontraindiziert (vgl. Kap. 2.4).
- Non-direktive Spieltherapie ist auch bei jüngeren Kindern unwirksam.
- Die Teilnahme an Selbsthilfegruppen hat sich als unwirksam erwiesen.

Generell ist zu allen unter 4. beschriebenen therapeutischen Schritten bzw Strategien festzuhalten, dass die wissenschaftliche Bewertung ihrer Wirksamkeit bislang weitgehend auf zusammengetragenem Erfahrungswissen respektierter Experten beruht

Literatur:

1. Bird HR et al., Prevalence and Correlates of Antisocial Behaviors Among Three Ethnic Groups. Journal of Abnormal Child Psychology (2001), 29 (6), 465-478
2. Gadow KD, Nolan EE, Differences between preschool children with ODD, ADHD, and ODD + ADHD symptoms. Journal of Child Psychology and Psychiatry (2002), 43 (2), 191-201
3. Hill J, Biological, psychological and social processes in the conduct disorders. Journal of Child Psychology and Psychiatry (2002), 43 (1), 133-164
4. Lavigne JV et al., Oppositional Defiant Disorder With Onset in Preschool Years: Longitudinal Stability and Pathways to Other Disorders. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2001), 40 (12), 1393-1400
5. Vance JE et al., Risk and Protective Factors as Predictors of Outcome in Adolescents With Psychiatric Disorder and Aggression. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2002), 41 (1), 36-43
6. Webster-Stratton C, Reid J, Hammond M, Social Skills and Problem-solving Training for Children with Early-onset Conduct

Verfahren zur Konsensbildung:

Bearbeiter dieser Leitlinie

W. Felder, M. H. Schmidt

Korrespondenz an:

Prof. Dr. med. Wilhelm Felder
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD)
Direktion Kinder- und Jugendpsychiatrie (DKJP)
Effingerstrasse 12
3011 Bern / Schweiz

Redaktionskomitee:

federführend
Martin H. Schmidt, Mannheim
Fritz Poustka, Frankfurt/Main

Bernhard 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 Dosierungsangaben - 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: 16.09.2008; 12:40:42