

# STANDARDS IN DIAGNOSTIK UND THERAPIE

Fachinformationen der entwicklungsdiagnostischen und –therapeutischen Mini-Ambulatorien

Ausgabe Nr. 6 ■ Juli 2007 ■ ISSN 1991-9883

## ► Editorial

ESTHER BLASSNIG



### Liebe LeserInnen!

Nachdem die letzten fünf Ausgaben über diagnostische und therapeutische Richtlinien bei sprachlichen Entwicklungsstörungen und Leserechtschreibstörungen informiert haben, werden sich die folgenden vier Artikel mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten auseinandersetzen.

Aggressives, trotziges, unruhiges, impulsives Verhalten weist dimensionalen Charakter auf. Das bedeutet, dass jeder von uns eine bestimmte Ausprägung solcher Verhaltensweisen zeigt. Klinisch relevant wird ein solches Verhalten ab einer gewissen Intensität in Verbindung mit der Dauer, vor allem dann, wenn als Konsequenz Alltagsbeeinträchtigungen entstehen. Externalisierende Verhaltenssymptome teilt man je nach weiteren Auffälligkeiten verschiedenen Syndromen zu: Unter *conduct disorders* versteht man Störungen des Sozialverhaltens (SSV) sowie oppositionelle Verhaltensstörungen (oppositional defiant disorders, ODD). Häufig bestehen komorbid emotionale Auffälligkeiten. Weitere Störungsbilder, die zur Gruppe der externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten zählen, sind hyperkinetische und bipolare Störungen sowie Anpassungsstörungen, im Rahmen derer SSV-ähnliche Symptome bzw. eine SSV-ähnliche Symptomatik gemischt mit emotionalen Beeinträchtigungen auftreten.

Die aktuelle Ausgabe berichtet über Störungen des Sozialverhaltens (SSV) und schildert anhand eines Patientenbeispiels den diagnostischen Prozess. Therapeutische Interventionsmöglichkeiten der SSV werden als Fortsetzung im nächsten Artikel erläutert.

Esther Blassnig

►►► *Thema dieser Ausgabe*

### **Diagnostik von Störungen des Sozialverhaltens (SSV)**



### Vorschau der nächsten drei Ausgaben

**SID&T Nr. 7 Oktober/November 2007:**  
Therapie von Störungen des Sozialverhaltens (SSV)  
**SID&T Nr. 8 Jänner/Februar 2008:**  
Diagnostik von Hyperkinetischen Störungen (HKS)  
**SID&T Nr. 9 April/Mai 2008:**  
Therapie von Hyperkinetischen Störungen (HKS)

# Diagnostik von Störungen des Sozialverhaltens (SSV)

E. Blassnig, C. Wernisch-Pozewaunig

## Fallvignette: Martin, 11 Jahre

### Vorstellungsgrund:

Martin kommt in Begleitung seiner Mutter wegen „Verhaltensproblemen“, welche sowohl in der Schule als auch im familiären Rahmen auftreten würden, zum Erstgespräch. Anlass der Vorstellung ist ein Vorfall in der Schule; Martin habe einen Mitschüler ins Gesicht geschlagen, da dieser ihn beschuldigt hatte, ihm sein Taschengeld entwendet zu haben. Zu Hause reagiere Martin häufig aufbrausend, aggressiv und zornig, wenn die Eltern von ihm etwas fordern würden, z.B. die Erledigung der Hausübung oder Mithilfe im Haushalt. Im Rahmen von Wutanfällen beschimpfe Martin die Eltern oft, drohe ihnen und habe auch schon Einrichtungsgegenstände zerstört. Martin gelinge es kaum sich an mit den Eltern getroffene Vereinbarungen zu halten (z.B. zur vereinbarten Zeit nach der Schule nach Hause zu kommen). Häufig wissen die Eltern nicht, wo Martin sich aufhält. Von Martins Klassenvorstand sei den Eltern berichtet worden, dass Martin häufig den Unterricht störe. Raufereien in den Pausen mit Mitschülern stünden an der Tagesordnung. Häufig würden sich die Lehrpersonen über Martins Verhalten beschweren. Verhaltensprobleme würden seit dem Kleinkindalter bestehen. Zu einer Verschlechterung der Symptomatik sei es seit Beginn des Schulbesuches gekommen. Der derzeitige Kontakt zwischen den Eltern und Martin bestehe vorwiegend aus Zurechtweisungen; die Mutter meint, dass die Eltern mit Martin den ganzen Tag über vorwiegend schimpfen müssten.

### Anamnese:

Schwangerschaft sowie Geburt seien ohne Komplikationen verlaufen. Martin habe als Säugling jedoch viel geschrien und sei schwer tröstbar gewesen. Sowohl die motorische als auch die Sprachentwicklung seien altersentsprechend unauffällig verlaufen. Die Mutter erzählt, dass Martin im Kleinkindalter zu Hause vorwiegend ein trotziges, oppositionelles Verhalten gezeigt habe. Im Kindergarten seien Verhaltensprobleme weniger aufgefallen; die Mutter meint, da Martin die Kindergärtnerin sehr gern gehabt habe und diese sehr konsequent mit den Kindern umgegangen sei. Nach dem Kindergarten besuchte Martin vier Jahre lang die Volksschule; derzeit besucht er die 1. Klasse Hauptschule mit mäßigem Schulerfolg (D:3, M:4, E:3 – alle Hauptgegenstände 3. Leistungsgruppe). Martin und seine Mutter meinen, dass er nie ein besonders guter Schüler gewesen sei, seit Beginn der Hauptschule sei es aber zu einem weiteren Leistungsabfall gekommen. Seit Volksschulbeginn würden sich Verhaltensprobleme verstärkt im außerfamiliären Bereich zeigen. Martin habe in der Schule zwar einige Freunde, gerate aufgrund seines Verhaltens jedoch immer wieder in eine Außenseiterposition. Außer-schulisch habe er einen Freundeskreis, welcher laut Mutter eher aus Kindern bestehe, welche ebenfalls häufig in Schwierigkeiten geraten würden. Martin lebt bei seinen Eltern. Seine Mutter ist 33 Jahre alt und arbeitet ganztags als Verkäuferin. Sein Vater ist 35 Jahre alt und Bankangestellter. Die Beziehung der Eltern besteht seit 13 Jahren, seit 11 Jahren sind sie verheiratet. Grundsätzlich würden

die Eltern sich gut miteinander verstehen. Sie würden sich jedoch mit der Erziehung Martins überfordert und hilflos fühlen. Die Mutter berichtet von Schuldgefühlen, da die Eltern Martin gegenüber immer einen sehr inkonsequenten und uneinheitlichen Erziehungsstil verfolgt hätten. Da sich die Verhaltensprobleme über die Jahre verschlimmert hätten, komme es zunehmend zu Ehekonflikten mit gegenseitigen Schuldzuweisungen. Aufgrund der schwierigen Situation würde insbesondere Martins Vater mit dem Jungen kaum mehr eine Gesprächsbasis haben und sich von seinem Sohn immer mehr entfernen.

## Was versteht man unter aggressivem Verhalten?

Der Begriff der „Aggression“ leitet sich vom lateinischen Wort *aggredi* ab, welches so viel bedeutet wie „herangehen“ oder „angreifen“. In der Literatur findet sich eine Vielzahl an Aggressionsdefinitionen. Einige beziehen sich auf einen weiten Aggressionsbegriff und subsumieren unter Aggression sowohl die für die Entwicklung nötige Aktivität und Tatkraft als auch schädigendes oder gewalttätiges Angriffsverhalten. Andere haben einen eng gefassten Aggressionsbegriff zur Grundlage; Aggression hat in diesen Definitionen mit Schädigung, Verletzung und Schmerzzufügung zu tun, wobei oft eine Intention, Absicht oder Zielsetzung in die Definition mit einbezogen wird.

## Ab wann wird aggressives Verhalten klinisch relevant?

Aggressives Verhalten tritt häufig als Symptom von Störungen des Sozialverhaltens (conduct disorders) auf, für welche ein durchgängiges Muster der Verletzung von gesellschaftlichen, sozialen Regeln und der Rechte anderer Personen charakteristisch ist. Die Frage nach der klinischen Bedeutsamkeit eines aggressiven Verhaltens hängt u.a. von der Intensität (Schweregrad), Anzahl sowie Art aggressiver Verhaltensweisen, Persistenz (Dauer), Stabilität und dem Grad der psychosozialen Beeinträchtigung des Betroffenen ab. Wesentlich ist die Abgrenzung klinisch bedeutsamen Problemverhaltens von kurz anhaltenden und/oder entwicklungsbedingten Verhaltensauffälligkeiten (z.B. Wutanfällen bei Dreijährigen während der Trotzphase).

### **Auszug aus der Symptom-Liste SSV nach ICD-10 u. DSM-IV** (Weltgesundheitsorganisation, 2000; American Psychiatric Association, 2001)

Aggressives Verhalten gegenüber Menschen und Tieren: ungewöhnlich schwere oder häufige Wutausbrüche, Bedrohung, Einschüchterung, Schlägereien, Benutzung von Waffen, Tierquälerei, Erpressung, sexuelle Übergriffe  
Eigentumsdelikte: Zerstörung von Sachgegenständen, Brandstiftung, Diebstahl, Einbruch  
Schwere Regelverstöße: Lügen, häufiges Schulschwänzen, nächtliches Fernbleiben von zu Hause trotz Verboten

## Wie ist der Verlauf aggressiver Störungen?

Aggressives Verhalten erweist sich unbehandelt zumeist bis in die Adoleszenz und ins junge Erwachsenenalter hinein als äußerst stabil (Schmidt, 1998). Je früher die Symptomatik einsetzt und je höher die Intensität, Frequenz und Vielfalt der aggressiven Verhaltensweisen ist, desto stabiler erweisen sich die Verhaltensmuster in der Regel. Auch das Vorliegen einer Vielzahl von Risikofaktoren (siehe Ursachen der SSV) und die Generalisierung des aggressiven Verhaltens auf viele Lebensbereiche tragen zu einem ungünstigen Störungsverlauf bei, bei welchem sich im Erwachsenenalter nicht selten dissoziale Persönlichkeitsstörungen manifestieren (Petermann, Döpfner, Schmidt, 2001; Scheithauer, Petermann, 2000). Im Altersverlauf zeigen sich unterschiedliche aggressive Verhaltensweisen: Während im Kindesalter vorrangig oppositionelles und trotziges Verhalten eine Herausforderung für die Umwelt darstellt, nehmen im Schulalter körperlich-aggressive Handlungen gegenüber Menschen und Tieren, verbale Gewalt (z.B. Bedrohung, Mobbing), Zerstörung von Sachgegenständen und Missachten von Erziehungsregeln zu. Im Jugendalter kann ein gesetzeswidriges Verhalten dominieren, wie beispielsweise Diebstahl, Alkohol- und Drogenkonsum, Dealerei, schwerwiegende Körperverletzungen, sexuelle Übergriffe. Auch lassen sich Unterschiede zwischen Buben und Mädchen erkennen: Letztere neigen vorzugsweise zu verdeckter, indirekter und verbaler Gewalt. Buben hingegen zeigen vermehrt ein direktes gewalttätiges sowie ernsthafteres delinquentes Verhalten (Petermann, Petermann 2000; Scheithauer, Petermann, 2000).

## Wie werden aggressive Störungen diagnostisch eingeordnet?

Im gängigen Klassifikationssystem ICD-10 wird aggressives Verhalten im Kapitel *F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend* unter der Bezeichnung *Störungen des Sozialverhaltens* (F 91) in verschiedene Kategorien unterteilt: SSV kann ausschließlich im familiären Umfeld auftreten (F91.0) oder SSV dominiert in sämtlichen Lebensbereichen, wobei die betroffene Person entweder eine fehlende soziale Einbindung in die peer group zeigt (F91.1) oder gut integriert ist (F91.2). Äußert sich die SSV als extrem ungehorsames und trotziges Verhalten ohne schwerwiegende delinquente bzw. aggressive Verhaltensweisen, so spricht man von einem oppositionellen, aufsässigen Verhalten (F91.3). Wird die SSV von emotionalen Störungen, wie depressiver, ängstlicher oder zwanghafter Grundstimmung begleitet, wird die Diagnose *Kombinierte SSV und der Emotionen* (F92) vergeben. Unter der Diagnose *Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens* (F90.1) versteht man das gemeinsame Auftreten der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen mit Aggressionsstörungen (Weltgesundheitsorganisation, 2000).

## Was sind die Ursachen für aggressives Verhalten?

In der Ursachenforschung werden lerntheoretische (Verstärkungslernen sowie Lernen am Modell) und genetische Ansätze diskutiert (Scheithauer, Petermann, 2000). Einig

ist man sich, dass nicht aggressives Problemverhalten vererbt wird, sondern die Disposition für SSV begünstigende Verhaltensweisen, wie z.B. Impulsivität. Genetische und Umweltfaktoren scheinen in einer wechselseitigen Beziehung zueinander zu stehen, wobei Risikofaktoren ebenso wie Schutzfaktoren eine gewichtige Rolle spielen.

Risikofaktoren stellen keine hinreichende Erklärung bzw. Bedingung für psychische Störungen dar; sehr wohl tragen sie in unterschiedlichem Ausmaß zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Störungsbildern bei. Biologische Risiken (z.B. Schwangerschafts-, Geburtsprobleme, biochemische und psychophysiologische Auffälligkeiten) aber auch kognitive Defizite in der Informationsverarbeitung oder eine allgemeine niedrige kognitive Leistungsfähigkeit werden neben frühem impulsiven Verhalten und allgemeinem schwierigen Temperament zu den kindbezogenen Risikofaktoren (sog. Vulnerabilitätsfaktoren) für SSV gezählt. Kommen nun noch umgebungsbezogene Faktoren, wie gefährdende Umweltbedingungen (z.B.: Randgruppenzugehörigkeit, soziale Isolierung, extreme ökonomische Armut), überdauernde Konflikte bzw. Gewalterlebnisse in der Familie, dysfunktionale Erziehungsstile, auffällige Eltern-Kind-Bindungsmuster, Integrationsprobleme in die Gleichaltrigengruppe, psychische Störungen und chronische Erkrankungen der Angehörigen, dissoziale Verhaltensweisen in der Familie und der Einfluss devianter peers hinzu, so erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass externalisierende Verhaltensauffälligkeiten manifest werden können. Die genannten Risikofaktoren haben ein umso größeres Gewicht, wenn sie in Phasen erhöhter Vulnerabilität (z.B. Entwicklungsübergänge wie Einschulung, Eintritt in die Pubertät) auftreten. Doch „...erst durch eine Gegenüberstellung von risikoerhöhenden und –mildernden Faktoren kann eine Aussage über die Belastung des Kindes, der Familie und eine Prognose über den möglichen Entwicklungsverlauf getroffen werden“ (Petermann, 2000). Unter den risikomildernden Faktoren (Schutzfaktoren, Resilienzfaktoren) werden kindbezogene Faktoren wie z.B. weibliches Geschlecht, überdurchschnittliche kognitive Leistungsfähigkeit, positives Temperament, positives Selbstwertgefühl, positive Selbstwirksamkeitsüberzeugung, positives Sozialverhalten und aktive Stressbewältigung sowie Schutzfaktoren innerhalb der Familie und innerhalb des sozialen Umfelds subsummiert. Zu letzteren zählt man die soziale Unterstützung, positive Freundschaftsbeziehungen und positive Schulerfahrungen. Schutzfaktoren innerhalb der Familie umfassen eine stabile emotionale Beziehung zu einer Bezugsperson, ein offenes und unterstützendes Erziehungsklima, familiären Zusammenhalt und Modelle positiven Bewältigungsverhaltens (Laucht, Esser, Schmidt, 1997). Aggressive Verhaltensstörungen entstehen in der Regel über längere Zeiträume hinweg, wobei die Schwere der Symptomatik häufig durch sich selbst verstärkende Prozesse zunimmt.

## Was muss in der Diagnostik erhoben werden?

Der diagnostische Prozess umfasst mehrere Stufen. Im Erstkontakt kommt es zur Erfassung der aktuellen Problemsituation, des kindlichen Entwicklungsverlaufes sowie möglicher Risiko- und Schutzfaktoren/Ressourcen des Kindes/Jugendlichen und der Familie bzw. des sozialen

Umfelds. Im Anschluss an das Erstgespräch werden weitere diagnostische Schritte eingeleitet. Auf Kindebene ist das Wissen über Störungsbeginn und -verlauf sowie das gemeinsame Auftreten weiterer Auffälligkeiten wesentlich. Wird beispielsweise von extremer motorischer Unruhe und Aufmerksamkeitsdefiziten berichtet, so muss die Verdachtsdiagnose *Hyperkinetische Störung* überprüft werden. Werden vor allem Schulleistungsprobleme angegeben, so ist eine differenzierte Überprüfung der kognitiven Fähigkeiten sowie gegebenenfalls eine störungsspezifische Diagnostik hinsichtlich schulischer Entwicklungsstörungen indiziert, da externalisierende Störungen u.a. mit chronischen Überforderungserfahrungen in Zusammenhang stehen können. Wesentlich ist weiter das Erfassen eventueller internalisierender Symptome, wie ängstliche oder depressive Stimmung, psychosomatische Reaktionen, verstärktes soziales Rückzugsverhalten. Internalisierende Auffälligkeiten äußern sich v.a. im Kindes- und Jugendalter häufig nicht direkt, sondern können auch verdeckt in Form von gereizter Stimmung, Ungeduld und eben vermehrt aggressivem Verhalten auftreten. Fragenbogen-Erhebungen hinsichtlich des Verhaltens des Kindes/Jugendlichen bzw. projektive und Persönlichkeitsdiagnostik liefern solche ergänzenden diagnostischen Informationen. Auf Familienebene werden das Erziehungsverhalten, die Betreuungsförm, die familiären Beziehungsmuster und die Eltern-Kind-Interaktionsstile erfasst. Weiter werden die ökonomische Situation der Familie und eventuelle körperliche bzw. psychische Erkrankungen in der Familie erhoben. Wesentlich ist, dass nicht nur engste Familienangehörige in den diagnostischen Prozess einbezogen werden, sondern mit Einverständnis der Obsorgeberechtigten auch mit dem erweiterten Familienkreis, Betreuungseinrichtungen, wie Schule, Kindergarten oder Nachmittagsbetreuungen Kontakt aufgenommen wird.

## Fallvignette Martin

### Testdiagnostik:

*Leistungsdiagnostik:* Um das Vorliegen einer Leistungsüberforderung durch die Schulsituation als Ursache für die Symptomatik auszuschließen, erfolgte eine kognitive Leistungsüberprüfung mittels AID 2 und SPM. Martin verfügt insgesamt gesehen im Vergleich zu Gleichaltrigen über eine durchschnittliche kognitive Leistungsfähigkeit bei homogenem Leistungsprofil (AID 2: T=52, SPM: T=45). Er arbeitete in der Untersuchungssituation motiviert und ausdauernd mit.

*Sozial-emotionales Screening:* Zur Einschätzung Martins Verhaltens im familiären und schulischen Kontext wurden

der Mutter Fragebögen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen für beide Elternteile (CBCL/4-18) und Martins Klassenvorstand (TRF) mit gegeben. Nach Einschätzung aller Bezugspersonen zeigen sich bei Martin viele externalisierende, vorwiegend aggressive, jedoch auch dissoziale Verhaltensweisen (T=70, 74, 78). Nach Beurteilung durch die Mutter und den Klassenvorstand liegt auch eine internalisierende Symptomatik vor (T=jeweils 65): Martin leide unter sozialen Problemen, sei häufig traurig, wenn er von den anderen zurückgewiesen oder mit ihm geschimpft werde und ziehe sich dann zurück. *Projektive Diagnostik:* Martin wurde der Wiener Satzergänzungstest vorgegeben. Hier thematisiert Martin, dass er versuche, „brav“ zu sein, was ihm jedoch häufig nicht gelinge. Es tue ihm im Nachhinein immer sehr leid, wenn es zu Wutausbrüchen komme; in gewissen Situationen falle es ihm jedoch schwer, die Wutgefühle zu kontrollieren. In die Schule würde er nicht gerne gehen, da er meist beschuldigt werde, wenn es zu Raufereien komme, obwohl er manchmal gar nichts getan habe. Martin gibt an, dass er meine, dass seine Bezugspersonen (Eltern - insbesondere der Vater, Lehrer) über ihn denken würden, dass er „dumm“ und „faul“ sei. Oft würden ihm die Eltern unterschiedliche, widersprüchliche Anweisungen erteilen oder ihm etwas versprechen, was dann nicht eingehalten werde. *Psychodynamische Interpretation:* Bei Martin scheinen durch die Interaktionsschwierigkeiten mit den Bezugspersonen bereits starke Selbstwertprobleme vorzuliegen.

### Diagnosen nach MUAX:

Achse I: F92 Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen  
 Achse II: Kein Befund  
 Achse III: M3 Durchschnittliche kognitive Leistungsfähigkeit  
 Achse IV: Nicht untersucht, da kein Verdacht  
 Achse V: M4.1 Inkonsequente erzieherische Maßnahmen, unzureichende elterliche Steuerung  
 Achse VI: Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung; 4

Detaillierte Literaturangaben erhalten Sie bei den AutorInnen

#### Dr. Esther Blassnig

Klinische- und Gesundheitspsychologin  
 Projektleiterin  
 MINI AMBULATORIUM St. Veit  
[esther.blassnig@promente-kijufa.at](mailto:esther.blassnig@promente-kijufa.at)

#### Mag. Christine Wernisch-Pozewaunig

Klinische- und Gesundheitspsychologin  
 Projektleiterin  
 MINI AMBULATORIUM Wolfsberg  
[christine.wernisch@promente-kijufa.at](mailto:christine.wernisch@promente-kijufa.at)

### Impressum:

Herausgeber: Verein pro mente: kinder jugend familie, Gesellschaft für psychische und soziale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in deren sozialen Kontext, ► Büro: 9020 Klagenfurt, Villacherstraße 161 ► [office@promente-kijufa.at](mailto:office@promente-kijufa.at) Tel: (0463) 55112 ► Fax: (0463) 501256 ► Druck/Versand: pro mente: kinder jugend familie ► Redaktion: Fachbereich Ambulanz, Dr.<sup>in</sup> Esther Blassnig, [esther.blassnig@promente-kijufa.at](mailto:esther.blassnig@promente-kijufa.at) ► Abo-Kontakt: Fr. Claudia Scharn [office@promente-kijufa.at](mailto:office@promente-kijufa.at) ► Layout: Mag. Joachim Petscharnig ► Printabo: 4x jährlich, Unkostenbeitrag Euro 12,- Zusendung per Post.