

Therapie der Störungen des Sozialverhaltens

Eine multimodale Therapie auf Ebene der Patienten, ihrer Familie und der sozialen Umgebung ist unumgänglich, will man diesem weit verbreiteten, aber unterdiagnostizierten Erkrankungsbild gerecht werden. Eine nur auf den Jugendlichen zentrierte Behandlung ist nicht ausreichend und kann zu einer weiteren Chronifizierung der Symptome beitragen.

Um mit den Worten des Kinder- und Jugendpsychiaters Ulrich Knölker zu sprechen, muss die Frage erlaubt sein, ob die Störung des Sozialverhaltens überhaupt als kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankung im engeren Sinn gesehen werden kann, ob es sich dabei um eine passagere problematische Adoleszentenentwicklung handelt oder schlichtweg um Kriminalität.

Symptome

Die Kernsymptome bei den Störungen des Sozialverhaltens bestehen aus mangelndem Regelbewusstsein, Aggression, Dissozialität und Delinquenz (Tab. 1). Für die Diagnostik entscheidend ist das wiederholte und durchgängige Auftreten dieser Kernsymptomatik über zumindest 6 Monate. Zusätzlich imponieren diese Patienten durch ein nicht vorhandenes Schuldbewusstsein. Die ICD-10 trifft ihre Einteilung nach dem sozialen Rahmen, in dem die Störung auftritt, ob der Patient soziale Bindungen hat oder nicht und welche Komorbiditäten mit den Störungen des Sozialverhaltens einhergehen (Tab. 2). Da diese Einteilung nur wenig über die unterschiedliche Ätiologie und die dafür notwendige zielgerichtete Therapie aussagt, ist es in der klinischen Praxis hilfreich, die Störungen des Sozialverhaltens in 2 Subtypen einzuteilen: in die Störungen des Sozialverhaltens mit einem

instrumentell-dissozialem Verhalten und jene mit einem impulsiv-feindseligen Verhalten. Wie in Tabelle 3 beschrieben, sehen wir große Unterschiede bei diesen beiden Subtypen. Bei der instrumentell-dissozialen Form werden die delinquen-



C. Kienbacher, Wien



H. E. Zesch, Wien

ten Handlungen kontrolliert, emotionslos, verdeckt und zum eigenen Vorteil begangen, wohingegen bei der impulsiv-feindseligen Form die Aggression unkontrolliert, mit hoher Emotionalität und zum eigenen Nachteil zum Ausdruck kommt. Wie in Tabelle 3 ersichtlich, betreffen diese beiden Subgruppen unterschiedliche Gruppen von Jugendlichen und zeigen auch in ihrem Verlauf verschiedene Prognosen. Bezüglich der therapeutischen Interventionen sind je nach Form differenzierte Interventionen zu priorisieren. Eine kategorielle Zuordnung – wie sie die ICD-10 vorsieht – würde diese Möglichkeit einer auf den jeweiligen Subtyp zugeschnittenen Form der Therapie nicht erlauben.

Ätiologie, Risikofaktoren, Prävalenz

Bezüglich multifaktorieller Ätiologie wissen wir, dass Mädchen seltener von dieser Erkrankung betroffen sind und wenn, dann eher im Rahmen des instrumentell-dissozialen Subtyps erkranken. An weiteren protektiven Faktoren kennen wir das Vorhandensein hoher sozialer Kompetenz, Anpassungsfähigkeit, eines hohen Selbstwerts, einer hohen Intelligenz und einer fürsorglichen Erziehungshaltung. Weiters ist bekannt, dass in Familien mit einer stabilen finanziellen Lage und ausreichend Wohnraum diese Erkrankung seltener auftritt als in Familien, in denen Arbeitslosigkeit, Armut, Bildungsmangel und Gettoisierung vorhanden sind. Als weitere Risikofaktoren werden neben genetischen Ursachen auch pränatale Schädigungen durch Giftstoffe wie z.B. Nikotin, eine Bindungsstörung, Disharmonie zwischen den Eltern und eine dysfunktionale Erziehungshaltung angenommen. Diese Erkrankung tritt bei Volksschülern zu 2–4% auf, bei den 10- bis 12-Jährigen zu 4–8% und bei Jugendlichen zu 6–12%. Weiters ist zu erwähnen, dass in den letzten Jahrzehnten ein Ansteigen dieser Erkrankung zu beobachten war, speziell in Großstädten schien sich die Prävalenz dieser Erkrankung im Vergleich zu ländlichen Regionen zu erhöhen.

Die Komplexität in der Behandlung der Störung des Sozialverhaltens ist darin begründet, dass es unumgänglich ist – sowohl auf der Ebene des Patienten und seiner Familie als auch im sozialen Umfeld – Interventionen zu setzen und dass ohne multimodale Therapie ein Behandlungserfolg nur bedingt zu erzielen ist.

Therapie

Als vorrangiges Behandlungsziel ist zu nennen, dass der Patient Kontrolle über seine Impulsivität und Aggression zurückgewinnt. Dabei behilflich ist zumeist das Erlernen und Anwenden von Entspannungstechniken und das Bestärken von prosozialen Verhaltensweisen.

Bei keiner kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankung könnten entsprechende Präventionsmaßnahmen so viel leisten wie bei den Störungen des Sozialverhaltens. Dies beginnt beim Screening von werdenden Müttern, die aufgrund ihres jungen Alters, ihrer psychischen Belastung oder ihrer sozioökonomischen Benachteiligung oft eine mangelnde Erziehungskompetenz zeigen, wo eine Stärkung der Erziehungskompetenz auch dazu führt, dass ihre Kinder nicht überrepräsentativ oft Störungen des Sozialverhaltens aufweisen. In weiterer Folge geht es um Beratung und Training von Familien mit Risikokindern, wie es z.B. Schreibabys sein können. Des Weiteren würde ein frühes Screening von Risikokindern bewirken, dass sich die Erkrankungen nicht chronifizieren und wir uns später nicht mit Jugendlichen konfrontiert sehen, deren Impulsivität und Aggression wir mit all unseren therapeutischen Bemühungen nur noch wenig entgegenzusetzen können. Die wohl maßgeblichste Präventionsmaßnahme ist die Investition in Sozial- und Bildungssysteme, denn genau dadurch lässt sich, wie durch die Arbeiten von D. F. Connor, H. Steiner und A. Raine belegt, am meisten an individuellem Leid verhindern.

Bei jeder Form der Therapie muss man sich klar darüber sein, dass bei diesen Kindern und Jugendlichen mit Strafandrohung und Strafe nur wenig auszurichten ist. Bei diesen Patienten müssen positive Verstärker für prosoziales Verhalten in der Psychotherapie Platz greifen, wann immer es möglich ist. Diese Patienten sind zumeist bestrafungsresistent

Dissozialität – Delinquenz

Dissoziale Kernsymptome	Delinquente Kernsymptome
• Wutausbrüche	• Bedrohung und Einschüchterung
• Häufiger Streit	• Quälen, Tierquälerei
• Aktive Ablehnung elterlicher Regeln und sozialer Normen	• Beginnt häufig Schlägerei
• Wohlüberlegtes Ärgern anderer	• Gebrauch von Waffen
• Verantwortlichmachen anderer für eigene Fehler	• Grausamkeit gegenüber anderen Menschen, Tyrannisieren
• Empfindlichkeit, Sich-belästigt-Fühlen	• Sexueller Missbrauch
• Gehässigkeit, Rachsucht	• Zerstörung fremden Eigentums
• Lügen und Brechen von Versprechen zum eigenen materiellen Vorteil	• Feuerlegen
• Nicht nach Hause kommen	• Stehlen, Einbruch
• Weglaufen	• Erpressung, bewaffneter Raubüberfall
• Häufiges Schuleschwänzen vor dem 13. Lj.	• Anfälligkeit für gewaltbereite Gruppen
• Geringe Frustrationstoleranz	
• Beziehungsstörungen	
• Depressive Begleitsymptomatik	

Tab. 1

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 Emotionen
• F90.1	hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens

Tab. 2

Subtypen

Instrumentell-dissoziales Verhalten (kontrolliert, emotionslos, verdeckt und zum eigenen Vorteil begangen, z.B. Diebstahl, Drogenhandel)	Impulsiv-feindseliges Verhalten (unkontrolliert, hohe Emotionalität, zum eigenen Nachteil, z.B. Körperverletzung)
• späterer Beginn	• früherer Beginn
• häufiger Mädchen	• häufiger Jungen
• soziale Bindungen	• soziale Isolation häufig
• oft Bindung an dissoziale Gruppen	• häufiger biologische Risikofaktoren
• bessere Prognose	• schlechtere Prognose
➤ ambulante Behandlung	➤ stationäre Behandlung
➤ Aufbau fehlender Gewissensstrukturen und Schuldbewusstsein	➤ Erlernen von Selbstregulation bei Spannungs- und Erregungszuständen
➤ Jugendhilfemaßnahmen	➤ Arbeiten an Attributionsfehlern
➤ Interventionen Elternhaus, Peer Group, Schule	➤ Fördern von sozialer Kompetenz und Problemlösungsdefiziten
➤ keine medikamentöse Behandlungsoption	➤ Tiefenpsychologie
	➤ medikamentöse Therapie

Tab. 3

und nur der Aufbau von langfristigen und tragfähigen Beziehungen ist Erfolg versprechend. Wenn diese Patienten in einem chronifizierten Stadium ihrer Erkrankung sind, zeigen sie eine mangelnde Einsichtsfähigkeit und eine geringe Therapiemotivation; betroffene Jugendliche erleben Therapieangebote oft als Bestrafung und Therapeuten werden als verlängerter Arm der Exekutive wahrgenommen. Als verhaltenstherapeutisches Trainingsprogramm für aggressive Kinder kann jenes von Petermann und Petermann genannt werden.

Wie Brestan und Eyberg zeigen konnten, sind Elternt raining und die Entwicklung neuer Erziehungshaltungen Strategien mit sehr hohem Wirkfaktor. Speziell bei jungen Kindern ist einer fördernden und strukturierenden Intervention in der Familie der Vorzug zu geben. Bei einer nicht tragfähigen und veränderungsresistenten Familie sollte hingegen sehr früh über eine Fremdunterbringung entschieden werden. Geschlossene intensivtherapeutische Einrichtungen des Jugendamtes, wie sie in manchen europäischen Ländern, aber nicht in Österreich bestehen, zeigen sich oft als hilfreich, weil die klaren äußeren Strukturen den jugendlichen Patienten mit unzureichenden inneren Strukturen hilfreich sein können, eine emotionale Steuerung aufzubauen.

Wichtig bei den Störungen des Sozialverhaltens ist die Zusammenarbeit mit der Schule. Studien von Fonagy zeigten, dass von Lehrern implementierte schulweite Programme die Aggression in Schulen nachweislich reduzieren konnten. Überhaupt dürften Therapien wie das Multisystemic Treatment of Antisocial Behavior von Henggeler, welche weniger individuumzentriert sind, jedoch mehr Intervention und Case Management in der Peer Group und in der Schule setzen, Erfolg versprechend sein. Die Möglichkeiten der stationären Therapie sollen laut Schmeck nicht überschätzt werden und nur in ausgewählten Fällen mit hoher Komorbidität Anwendung finden. Tagesklinische Behandlungen sind für diese Erkrankungsgruppe eher geeignet, da sie eine kontinuierliche und tragfähige Beziehungserfahrung ermöglichen und stärker dazu beitragen, dass Verhaltensmodifikationen stattfinden.

Der Wirknachweis für medikamentöse Interventionen bei Störungen des Sozialverhaltens ist zumeist unbefriedigend und bei vielen Medikamenten befinden wir uns auch in der schwierigen Situation einer Off-Label-Medikation, da diese Medikamente aufgrund einer zu geringen oder nicht vorhandenen Anzahl von Studien noch keine Zulassung für die Altersgruppe der unter 18-Jährigen haben.

Das atypische Neuroleptikum Risperidon kann auf die meisten kontrollierten Studien zu Störungen des Sozialverhaltens verweisen und zeigt eine gute Effektstärke. Die empfohlene Tagesdosis beträgt 0,02–0,06mg/kg Körpergewicht. Weiters zeigt es nur eine geringe Beeinflussung der kognitiven Funktion und eine sehr gute Effektstärke bei komorbider Intelligenzminderung und ist sicher im mehrjährigen Gebrauch. Bei ausgeglichenem Nebenwirkungsprofil zeigt Risperidon vor allem eine Gewichtszunahme.

Die spärliche Datenlage bei Olanzapin macht weitere Studien notwendig. Bei Intelligenzminderung zeigt sich unter Olanzapin nachweislich eine Besserung der Irritabilität und Hyperaktivität. Masi zeigte, dass Olanzapin eine Verbesserung der Impulsivität und Aggressivität bewirkte und einer vorhergehenden Therapie mit Phasenprophylaktika überlegen war. Problematisch zeigt sich die metabolische Komponente – und hier vor allem die Gewichtszunahme. Als weitere häufige Nebenwirkung ist die Sedierung zu nennen. Quetiapin zeigte in placebokontrollierten Studien einen positiven Effekt bei Störungen des Sozialverhaltens. Dabei wurden Jugendlichen Tagesdosen von 200 bis 600mg verabreicht und Kindern Tagesdosen zwischen 75 und 350mg. In diesen Studien kam es zu geringfügigen Gewichtszunahmen.

Aripiprazol zeigte schon in geringen Dosen eine Verbesserung der aggressiven Symptomatik. In der Studie von Findling wurde aufgrund von auftretender Übelkeit und Müdigkeit eine reduzierte Dosis verwendet.

Haloperidol zeigte in Studien hohe Effektstärken bei stationären Patienten, jedoch mit einem beträchtlichen Nebenwirkungsprofil.

Unterschiedliche Studienergebnisse liegen zu Methylphenidat vor. Es gibt Autoren wie Conner, die in ihren Studien zum Ergebnis kamen, dass Methylphenidat

Aggression nur reduziert, wenn auch gleichzeitig eine ADHS-Diagnose komorbide vorliegt. Andere Autoren, wie Papadopulos, konnten durch die Gabe von Methylphenidat bezüglich der Reduktion von kindlicher Aggression mittlere bis große Effektstärken nachweisen.

Atomoxetin hat wahrscheinlich keine Bedeutung in der Behandlung der Störung des Sozialverhaltens. In einer Studie von Papadopulos konnten geringe Effektgrößen gezeigt werden.

Lithium beeinflusst die Aggressionsverminderung positiv; eine Doppelblindstudie von Malone konnte eine positive Verhaltensänderung unter der medikamentösen Therapie mit Lithium belegen. Probleme sind die nur spärliche Datenlage zu dieser Medikation bei der Störung des Sozialverhaltens und die hohe Compliance, die bei diesem Medikament vorauszusetzen ist.

Valproinsäure zeigte bei Jugendlichen eine Wirkstärke über der Placeborate, bei Kindern und Jugendlichen mit komorbider Entwicklungsstörung jedoch eine Effektstärke unter der Placeborate.

Carbamazepin zeigte bei Kindern mit Störungen des Sozialverhaltens keinen Unterschied zu Placebo. Es kam zu keiner Reduktion von Aggressivität und Impulsivität unter der Medikation von Carbamazepin.

Zu den Serotoninwiederaufnahmehemmern bei Störung des Sozialverhaltens liegen wenige kontrollierte Studien vor und diese zeigen nur niedrige Effektstärken. Da die Störungen des Sozialverhaltens generell einen ungünstigeren Verlauf zeigen als andere kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen, ist es umso wichtiger, diese Kinder früh genug zu erkennen und ihnen zu einer Zeit, in der therapeutische Maßnahmen noch greifen können, diese auch angeeignet zu lassen.

Literatur bei den Verfassern

Autoren:

OA Dr. Christian Kienbacher

Dr. Heidi Elisabeth Zesch

Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Medizinische Universität Wien

Währinger Gürtel 18–20, 1090 Wien

E-Mail: christian.kienbacher@meduniwien.ac.at

neu120300