

Was bedeutet die kinder- bzw. jugendpsychiatrische Klassifikation „Störung des Sozialverhaltens“ aus psychologischer Sicht?

ein Impulsreferat

www.psychiatrie-nussknacker.de ©

Einleitung

Die Idee für dieses Impulsreferat hat seinen Ursprung weniger in einem besonderen Interesse an so genannten „Störungen des Sozialverhaltens“, sondern hängt mit globaleren Fragen und Überlegungen zusammen, die sich aus einer psychologischen Sicht in stellen. Es sind Fragen einerseits,

- mit welcher wissenschaftlichen Berechtigung menschliches Erleben und Verhalten im Zustandsbild einer so genannten Störung ein vorrangig psychiatrisches (d. h. medizinisches) Problem sein soll,
- aufgrund welcher wissenschaftlich begründeten Erkenntnis Ärzte die für die Therapie zuständige Profession sein sollen oder wollen,
- und schließlich die Frage, wie bei der zunehmenden Medizinalisierung menschlicher Probleme ein psychologischer Zugang gestärkt werden kann.

Ich möchte mich im Folgenden nicht mit den berufs- oder kammerpolitischen Implikationen dieser Fragen beschäftigen, sondern schwerpunktmäßig auf drei Aspekte hinsichtlich Diagnostik und Therapie von so genannten Störungen des Sozialverhaltens (SSV) eingehen.

Der erste Aspekt betrifft die Klassifikationskriterien, der zweite die Frage der Therapie und der dritte Aspekt, ob es überhaupt von Bedeutung ist, was therapeutisch gemacht wird.

Man kommt diagnostizierender und therapierender Psychologe kaum umhin, sich der Frage zu stellen, welche Beziehung man eigentlich zu einem Phänomen wie „Störungen des Sozialverhaltens“ hat. Das allein schon deshalb, weil diese „pur“, vor allem aber in Kombination mit einer so genannten Hyperkinetischen Störung, angeblich mit zu den am häufigsten vertretenen Diagnosegruppen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zählen.

Ein Problem entsteht allerdings bereits dann, wenn es darum geht, was man unter den so genannten Störungen des Sozialverhaltens zu verstehen hat. Da liegt der Griff zum ICD-10 BÜchlein nahe, und man wird fündig. Eine Zusammenstellung der ICD 10 bzw. DSM IV Merkmale habe ich weiter unten aufgeführt. Doch:

Erfassen die Klassifikationskriterien etwas „Krankhaftes“, etwas, das in den Bereich des Gesundheitswesens fällt?

Klassifikationsversuche nach der ICD 10

Nach den Kriterien der ICD-10 wird mit „Störung des Sozialverhaltens“ ein vielschichtiges und beständiges Muster an Verhaltensweisen bezeichnet, bei dem die Grundrechte anderer oder die wichtigsten altersentsprechenden sozialen Regeln verletzt werden. Das Verhaltensmuster muss mindestens sechs Monate lang andauern und im Allgemeinen mindestens drei Problembereiche aufweisen:

- (1) Ungewöhnlich häufige und schwere Wutausbrüche.
- (2) Häufiges Streiten mit Erwachsenen.
- (3) Häufige aktive Ablehnung der Wünsche und Vorschriften von Erwachsenen.
- (4) Häufiges, offensichtlich wohl überlegtes Ärgern anderer.
- (5) Andere werden häufig für die eigenen Fehler verantwortlich gemacht.
- (6) Empfindlichkeit und häufiges Sich-belästigt-Fühlen.
- (7) Häufiger Ärger oder Groll.
- (8) Häufige Gehässigkeit oder Rachsucht.
- (9) Häufiges Lügen oder Brechen von Versprechungen, um Vorteile und Begünstigungen zu erhalten.
- (10) Häufiger Beginn von körperlichen Auseinandersetzungen.
- (11) Häufiger Gebrauch von gefährlichen Waffen.
- (12) Häufiges Draußenbleiben in der Dunkelheit entgegen dem Verbot der Eltern.
- (13) Häufige körperliche Grausamkeit gegenüber anderen Menschen.
- (14) Tierquälerei.
- (15) Absichtliche Destruktivität des Eigentumes anderer.
- (16) Absichtliches Feuerlegen.
- (17) Stehlen von Wertgegenständen.
- (18) Häufiges Schuleschwänzen.
- (19) Weglaufen von den Eltern.
- (20) Jede kriminelle Handlung, bei der ein Opfer direkt angegriffen wird.
- (21) Zwingen einer anderen Person zu sexueller Aktivität.
- (22) Häufiges Tyrannisieren anderer.
- (23) Einbruch in Häuser, Gebäude oder Autos

Klassifikationsversuche nach dem DSM IV

Und, in Ergänzung dazu, einige Aspekte aus dem DSM IV. Hier sind die Störungen des Sozialverhaltens (312.8) charakterisiert durch „... ein sich wiederholendes und durchgängiges Verhaltensmuster, bei dem die grundlegenden Rechte anderer sowie wichtige altersentsprechende soziale Normen und Regeln verletzt werden" (Kriterium A).

Das Verhaltensmuster sollte in vielen Lebensbereichen auftreten, beispielsweise sowohl zu Hause als auch in der Schule und in der Freizeit. Die Symptome werden im DSM IV in vier Gruppen eingeteilt:

- Aggressives Verhalten gegenüber Menschen oder Tieren (Kriterien A1–A7)
- Nicht aggressives Verhalten, bei dem Eigentumsverlust oder –schaden verursacht wird (Kriterien A8 und A9)
- Betrug oder Diebstahl (Kriterien A10–A12) und
- ernsthafte Regelverletzungen (Kriterien A13–A15)

Zusätzlich muss Kriterium B erfüllt sein, das besagt, dass die Störung in klinisch bedeutsamer Weise Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsbereichen verursacht.

Kriterien der Störung des Sozialverhaltens nach DSM-IV

1. Bedroht, schikaniert oder schüchtert andere häufig ein
2. Beginnt häufig körperliche Auseinandersetzungen
3. Hat Waffen benutzt, die anderen körperlichen Schaden zufügen können (1 x)
4. Ist körperlich grausam zu Menschen
5. Quält Tiere
6. Stiehlt in Konfrontation mit dem Opfer (1 x)
7. Zwingt andere zu sexuellen Aktivitäten (1 x)
8. Begeht vorsätzlich Brandstiftung mit der Absicht, schweren Schaden anzurichten (1 x)
9. Zerstört vorsätzlich fremdes Eigentum (1 x)
10. Bricht in fremde Wohnungen, Gebäude oder Autos ein (1 x)
11. Lügt oft, um sich Güter/Vorteile zu verschaffen oder um Verpflichtungen zu entgehen
12. Stiehlt Wertgegenstände ohne Konfrontation mit dem Opfer
13. Bleibt trotz elterlicher Verbote häufig nachts weg (Beginn vor 13 Jahren)
14. Ist von den Eltern mindestens 2-mal über Nacht oder 1-mal länger als eine Nacht weggelaufen
15. Schwänzt häufig die Schule (Beginn vor 13 Jahren)

Klassifikationsversuche als Beschreibungsmerkmale von „Böse“

Nirgendwo in der ICD 10 bzw. dem DSM IV wird definiert, was unter einem „gesunden“ Sozialverhalten eigentlich verstanden wird. Das liegt nicht an den Manualen an sich, sondern es ist generell ein Dilemma der Psychiatrie, dass dort menschliche Erlebens- und Verhaltensbereiche nur in der Störungsform existieren. Doch lässt sich ohne eine Vorstellung darüber, was „gesund“ ist, oder noch spezieller: „psychisch gesund“ ist, überhaupt so etwas wie „Krankheit“ beschreiben?

Aber selbst wenn man sich auf den Störungsaspekt konzentriert, erscheint die Vielzahl der Zugangsmöglichkeiten, unter denen man Probleme im Sozialverhalten eigentlich beschreiben oder erfassen könnte, auf besorgniserregende Weise geschrumpft. Es wird so getan, als handle es sich bei den Kriterien um valide Merkmale, die entweder als vorhanden oder nicht-vorhanden anzusehen sind, und nicht um willkürliche Einschnitte in ein Verhaltenskontinuum.

Herausgekommen ist eine Auflistung von Vergehen mit mehr oder weniger starker Schädigungsabsicht oder allgemein: „Bösartigkeit“. So hören sich die genannten Klassifikationsmerkmale wie die Aufzählung schlechter Charaktereigenschaften an. Besonders deutlich wird das, wenn man die Kriterien für die so genannte Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Trotzverhalten, einer Art Softform der Störung des Sozialverhaltens, betrachtet, womit ich dann auch die Klassifikationskriterien verlassen möchte:

Kriterien der Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten nach DSM IV

1. Wird schnell ärgerlich
2. Streitet sich häufig mit Erwachsenen
3. Widersetzt sich häufig aktiv den Anweisungen oder Regeln von Erwachsenen oder weigert sich, diese zu befolgen
4. Ärgert andere häufig absichtlich
5. Schiebt häufig die Schuld für eigene Fehler oder eigenes Fehlverhalten auf andere
6. Ist häufig empfindlich oder lässt sich von anderen leicht ärgern
7. Ist häufig wütend und beleidigt
8. Ist häufig boshaft oder rachsüchtig

Die Merkmale der ICD 10 beziehungsweise des DSM IV beinhalten einiges über *unsere* Beziehung zu bestimmten Erscheinungsformen menschlichen Verhaltens. Dabei bleibt offen, ob diese Beziehung dadurch grundlegend geprägt worden, dass zuerst das Kind oder der Jugendliche ein „gestörtes“ Verhalten zeigte (in Abwandlung von „Ich Tarzan, du Jane“ hier: „Ich gut, du böse“), oder ob möglicherweise dieses Verhalten Indikator für eine gestörte zwischenmenschliche Beziehungserfahrung des Kindes / Jugendlichen ist.

Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass die Klassifikation nach der ICD 10 oder dem DSM IV nichts darüber aussagt, was unter aggressivem Verhalten als Kernstück einer Störung des Sozialverhaltens aus psychologischer Perspektive eigentlich zu verstehen ist. Derzeit scheint die nicht unübliche Frage bei den Visiten auf einer kinderpsychiatrischen Abteilung „Na, warst du auch brav?“ das Verständnis darüber, was häufig mit Störung des Sozialverhaltens gemeint ist, auf den Punkt zu bringen.

Sind Störungen des Sozialverhaltens etwas für eine „Therapie“?

Neben der Problematik, dass recht willkürlich Merkmale herausgegriffen worden sind, um eine so genannte Störung des Sozialverhaltens zu erfassen, ist festzuhalten, dass die Klassifikationsmerkmale nichts darüber angeben, was denn nun das „psychiatrisch Kranke“ ist. Interessant erscheint in diesem Zusammenhang, dass im Entscheidungsbaum der AWMF-Leitlinien (<http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/>; siehe in der Anlage Abb. 1) die Leitsymptome zwar herangezogen werden, indem die „gesicherte“ Diagnose Störung des Sozialverhaltens ganz oben an gestellt wird, die Notwendigkeit einer psychiatrischen Tätigkeit sich dann jedoch offensichtlich nicht mehr auf diese Diagnose bezieht.

Wenn man nämlich den Entscheidungsbaum überarbeitet, indem man das Kernstück in dem Oval oben (das ist die nach den Leitsymptomen sicher diagnostizierte Störung des Sozialverhaltens) entfernt und dafür „irgendein Problem“ einsetzt (siehe Anlage: Abb. 2), erhält man einen entsprechenden Entscheidungsbaum, ohne dadurch in größere inhaltliche Widersprüche hinsichtlich der vorgeschlagenen Interventionen zu geraten, als es bei dem ursprünglichen AWMF-Entscheidungsbaum mit „gesicherter“ Diagnose „Störung des Sozialverhaltens“ der Fall ist. Offen bleibt in jedem Fall, wer aufgrund welcher Merkmale entscheidet, was die spezifische „ärztliche“ Interventionsbedürftigkeit ist.

Wenngleich also die Merkmale, aufgrund derer ein auffälliges Sozialverhalten zum Gegenstandsbereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird, für sich gesehen offenbar keinen Krankheitswert zu haben scheinen, was bedeutet das dann für mögliche therapeutische Interventionen überhaupt? Die Empfehlungen der AWMF zu den möglichen Interventionen sind übersichtshalber ebenfalls in der Anlage zusammengestellt, weil sich aus diesen vorgeschlagenen Interventionen die Frage entwickelt, ob Kinder und Jugendliche mit einem schwierigen Sozialverhalten von einer Therapie profitieren könnten. Folgt man den Leitlinien, so erscheint das zweifelhaft, es sei denn, man wendet nur die dort aufgeführten manualisierten Interventionen an. Alles jedoch, was in die Nähe einer „anderen“ Psychotherapie rückt, scheint zu den „entbehrlichen Therapiemaßnahmen“ zu gehören, wie sie im nachfolgenden Kasten übersichtshalber aufgeführt sind:

- 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.

Aggressives Verhalten hat mit vielen anderen emotionalen beziehungsweise verhaltensbezogenen Problemen gemeinsam, dass es sich um ein erwartungswidriges Verhalten handelt. Es erreicht schnell die Schwelle, über die hinausgehend das Verhalten als nicht mehr tolerierbar und als erwartungswidrig bewertet wird.

Die Frage der Schuld und Selbstverantwortung

Oft antworten Kinder und Jugendliche, die ein auffälliges aggressives Verhalten zeigen, auf die Frage, was aus ihrer Sicht das Problem sei: „Die andern fangen an“, „ich muss mich wehren“, „der hat mich dazu gezwungen“, „das stimmt alles nicht“ usw.

Es entsteht dann ein recht zwiespältiger Eindruck. Zum einen beispielsweise, dass an der Darstellung des Kindes oder Jugendlichen „etwas dran“ sein kann, zum anderen aber auch ein gewisses Unbehagen angesichts der Vehemenz, mit der die eigene Verantwortung nicht gesehen, verleugnet, nicht thematisiert wird, oder welche Bezeichnung man auch immer wählen mag.

Kinder und Jugendliche haben eine Selbstverantwortung für ihr Verhalten, natürlich unter Berücksichtigung dessen, was im Allgemeinen hinsichtlich der psychosozialen und kognitiven Entwicklung erwartet werden kann. Wenn man Selbstverantwortung zu fördern versuchte, dann könnte das in Bezug auf diejenigen, die ihre Selbstverantwortung negieren oder nicht

übernehmen wollen, bedeuten, dieses „Ich-bin-Verantwortlich“ überhaupt erst einmal anzuregen, dem Kind oder Jugendlichen gewissermaßen Lust darauf zu machen. Erst wenn dieser Schritt vom Kind oder Jugendlichen zu gehen versucht wird, lässt sich an so etwas wie „Problemlösetraining“ denken, oder was sonst noch im Interventionskatalog der AWMF (siehe letztes Anlagenblatt) zu finden ist.

Was aber ist, wenn dieser Aspekt der Selbstverantwortung von Kindern und Jugendlichen gar nicht angestrebt oder gewünscht wird? Es ist denkbar, dass trotz aller therapeutischen Bemühungen, die Haltung von „Verantwortung für das eigene Tun“ stärken zu wollen, dies auch weiterhin vom Kind oder Jugendlichen zurückgewiesen wird, aus welchen Gründen auch immer.

Sollte man dann weiter versuchen, „therapeutisch“ mit diesen Kindern oder Jugendlichen zu arbeiten? Oder wäre es dann eher angezeigt, nach pädagogischen Alternativen zu suchen, beispielsweise in Form von Hilfen zur Erziehung? Und was bedeutet das für die Frage der Schuld? Liegt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Zurückweisen eines Hilfe- bzw. Therapieangebots möglicherweise dann die eigentliche, „größere“ Schuld als im problematischen Sozialverhalten selbst? Ist es das, was mit „ärztlicher Interventionsbedürftigkeit“ im Entscheidungsbaum der AWMF gemeint ist? Liegt hier die Herausforderung und Legitimation für die Kinder- und Jugendpsychiatrie, jetzt erst recht alle Varianten kinder- und jugendpsychiatrischer Interventionen anwenden zu dürfen oder gar zu müssen?

Zu diesen Varianten würde dann auch die Verabreichung von chemischen Substanzen zählen, aktuelles Beispiel: Risperidon bzw. Risperdal bei Kindern mit so genannten disruptiven Störungen, aber von der Pharmaindustrie und biologistisch orientierten Ärzten auch durchaus schon bei 5jährigen indiziert, die ein oppositionelles Verhaltensmuster zeigen (siehe hierzu: <http://www.psychiatrie-nussknacker.de/> unter „special“).

Eine derartig zustande gekommene Behandlung hätte für sich gesehen keinen therapeutischen Wert, sondern würde vor allem dazu dienen, das Ausmaß der Erwartungswidrigkeit reduzieren zu wollen, nun aber nicht nur bezogen auf ein problematisches Sozialverhalten, sondern auch noch darauf, dass jemand therapeutische Interventionen ablehnt, sich also auch im System der Psychiatrie erwartungswidrig verhält.

Das heißt: eine so verordnete Therapie würde vor allem für und von denen durchgeführt, die sich gestört fühlen, wie eingangs ausgeführt in Zusammenhang mit der Erwartungswidrigkeit als wichtiges Merkmal von problematischem Sozialverhalten. Die Eltern und vermutlich auch Kinder oder Jugendliche, die einer Langzeit-Medikation zustimmen, bleiben dabei auf dem Niveau, sich selber als nicht verantwortlich für ihr Handeln sehen zu brauchen, indem sie die Substanzverordnung als Beweis interpretieren, im Sinne der Psychiatrie „krank“ und damit nicht selbstverantwortlich für ihr Tun zu sein. Die Übernahme ihrer Verantwortung erstreckt sich dann allenfalls darauf, regelmäßig die Substanz einzunehmen, die Haltung, „ich kann nichts für mein Tun“, wird jedoch legitimiert und verfestigt.

Ist es egal, was man macht, Hauptsache, der Zeitpunkt stimmt?

Systemwissenschaftliche Aspekte

Abschließend noch auf ein Aspekt, der sich aus systemtheoretischer Sicht ergibt. Eine Erkenntnis der Systemwissenschaften ist es, dass es in einer stabilen Phase eines Systems oftmals eines Vielfachen an „Input“ bedarf, um eine vielleicht nur geringe Wirkung zu erreichen (wenn überhaupt), während in einer sensiblen Entwicklungsphase des Systems bereits ganz kleine Interventionen genügen können, um einen „qualitativen Sprung“, also eine Veränderung des Systemverhaltens, einzuleiten.

Hier stellt sich, bezogen auf Störungen des Sozialverhaltens, die Frage, in welchem Zustand sich das organismische System „Kind / Jugendlicher“ gerade befindet, wenn ein Kind oder ein Jugendlicher in die Kinder- und Jugendpsychiatrie kommt. Handelt es sich beispielsweise um den Ausdruck systemstabiler Verhaltensweisen oder eher um Verhaltensweisen in einer „sensiblen“ Phase der Entwicklung?

Für Interventionen und qualitative Veränderungen wäre ein „stabiler“ Systemzustand ungünstig, demgegenüber könnten Ausdrucksformen und Verhaltensweisen in einer sensiblen Phase eher für Interventionen zugänglich sein. Möglicherweise spiegelt sich das auch in den Erfahrungen wieder, die in traditionellen Untersuchungen hinsichtlich Störungen des Sozialverhaltens den „early“ und „later starters“ zugeordnet werden. So erscheinen die Erfolgsaussichten für eine „Therapie“ dann als geringer, wenn es sich um „early starters“ handelt. Die Vermutung liegt nahe, dass sich bei diesen sogenannten „early starters“ die problematischen Verhaltensweisen als systemstabilisierende und systemstabile Merkmale manifestiert haben beziehungsweise das System als solches sich in einer stabilen Phase befindet, bei der auch die als Störung des Sozialverhaltens klassifizierten Phänomene als „festes“ Systemmerkmal dazugehören.

Die Wirksamkeit von (therapeutischen) Interventionen könnte sich also daraus ergeben, ob sie zu einem „sensiblen“ Entwicklungszeitpunkt einsetzen oder in einer „stabilen Phase“. Für den Fall einer Intervention in einer sensiblen Entwicklungsphase des organismischen Systems könnte es dann sogar nicht mal so sehr die Art der Intervention sein (z. B. Verhaltenstraining, Training von Empathie, Stärkung der sozialen Kompetenz usw.), die wirkt, sondern die Tatsache allein, dass dem System eine besondere Aufmerksamkeit zugewendet wird, welche dann die ohnehin bestehende Tendenz des Systems zu einer qualitativen Veränderung unterstützt und schließlich zu dem „qualitativen Sprung“ beiträgt.

Demgegenüber sind die genannten oder andere Interventionen relativ wirkungslos, wenn sie auf einen stabilen Systemzustand treffen. Das ist dann wie der Versuch, dem System gewaltsam von außen eine andere Form aufzuzwingen, die nicht mit der Art (Qualität) des Systems kompatibel und von daher auch nicht besonders wirksam ist. Ja, es kann sogar sein, dass die gut gemeinten Interventionen den Zustand noch verhärten, indem „das Ganze“ gegenzusteuern versucht.

Man könnte unter dieser Betrachtungsweise geneigt sein, jegliche Sinnhaftigkeit von gezielten Interventionen bei einer Störung des Sozialverhaltens zu hinterfragen, sofern sie nicht gerade in einer „sensiblen Entwicklungsphase“ stattfinden. Auf diesem Hintergrund mögen Hilflosigkeit und Ohnmachtsgefühle bei den Helfern entstehen. Vielleicht erklärt sich dadurch mit, dass irgendwann der Ruf nach Medikation entsteht: denn aufgrund der neurochemischen Einwirkungen kommt es natürlich auch bei „stabilen“ Störungen des Sozialverhaltens zu beobachtbaren Veränderungen im Verhalten, manchmal sogar in die Richtung, die man haben möchte (Kind wird beispielsweise ruhiger).

Schlussaspekte

Vielleicht aber, so eine Vermutung, liegt das bei Problem bereits in der Klassifikation der „Störung des Sozialverhaltens“ als solcher. Damit kommen wir zu den Anfangsausführungen zurück. Die Klassifikation suggeriert, dass mit ihrer Diagnoseerstellung das grundlegende Problem, um das es geht und das es zu verändern gilt, erkannt und beschrieben worden sei. Mit der Aufzählung von schlechten Verhaltens- und Charaktereigenschaften als Grundlage einer Klassifikation von Störungen des Sozialverhaltens beginnt möglicherweise der Weg in die eigene diagnostische und therapeutische Sackgasse.

Denn eines ist klar: die Diagnose aufgrund der Klassifikationsmerkmale erschafft nichts Objektives und nichts real Existierendes, sondern kreierte lediglich ein Abbild unserer Beziehung zu bestimmten Phänomenen. Für diese Phänomene gäbe es aber durchaus auch andere Strukturierungsmöglichkeiten als die, welche wir in der ICD 10 oder im DSM IV finden.

Im Grunde könnte man aggressives Verhalten auf ganz unterschiedliche Weise, vor allem aber: anders strukturieren, als es in der ICD-10 der Fall ist. Ein Diskussionsansatz dafür sind beispielsweise die „Grundannahmen“ in Bezug auf aggressives Verhalten, die sich an die *Erziehungspsychologie* von TAUSCH & TAUSCH (Hogrefe-Verlag) anlehnen und auf die in einem anderen Beitrag auf dieser Website eingegangen wird.

Natürlich besteht auch oftmals von den Personen außerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie ein enormer Druck, effektiv und schnell ein Kind wieder anzupassen, doch sollte das eigentlich nicht dazu führen, dass Fachleute diese kurzgreifende Sicht übernehmen und durch einseitige Verbreitung von mainstream-wissenschaftlichen Erkenntnissen unter den Schlagworten Effizienz (*Wirtschaftlichkeit*) und Effektivität (*Zielwirksamkeit*) sogar noch forcieren.

Alle mit den Krankenkassen abrechnenden Therapeuten, gleich ob Ärzte oder Nichtärzte, unterliegen dem systemimmanenten Zwang, eine ICD 10-Diagnose zur Begründung der Behandlung(snotwendigkeit) zu finden. Solange man sich dessen bewusst ist, dass diese Diagnose lediglich die Eintrittskarte für die Bezahlung psychotherapeutischer Tätigkeit im Rahmen des Gesundheitssystems ist, erscheint es vertretbar, sich zweckorientiert darauf einzulassen. Was allerdings mit der Diagnosestellung einer so genannten Störung des Sozialverhaltens nach der ICD 10 nicht erfolgen muss und auch nicht erfolgen sollte, ist die Aufwertung dieser Kategorisierung derart, als habe man damit tatsächlich eine psychische oder verhaltensbezogene Krankheit erfasst.

Zusammenfassung

- Die **Klassifikationskriterien** der ICD 10 (des DSM IV) erlauben keine Aussage darüber, ob es sich um eine Störung handelt, die psychotherapeutisch / kinder- und jugendpsychiatrisch zu behandeln ist, oder lediglich um ein „erwartungswidriges“ Verhalten, welches zwar wie jegliches Verhalten psychische Entsprechungen etc. aufweist, aber ansonsten nichts psychiatrisch „Krankhaftes“ darstellt.
- Die **psychologische Diagnostik** sollte zunächst in Erfahrung bringen, ob und inwieweit eine Bereitschaft zur Übernahme von Selbstverantwortung für das eigene Handeln besteht.
- **Psychotherapeutische Interventionen** sollten als erstes darauf abzielen, die Übernahme von Selbstverantwortung anzuregen beziehungsweise zu fördern.
- Eine **Substanzbehandlung** bei den so genannten Störungen des Sozialverhaltens erscheint unter psychotherapeutischen Gesichtspunkten als kontraproduktiv.
- Die **Wirksamkeit von (therapeutischen) Interventionen** könnte sich daraus ergeben, ob sie in einer „sensiblen“ oder in einer „stabilen Phase“ des organismischen Systems einzusetzen. Für den Fall einer Intervention in einer sensiblen Phase ist es möglicherweise weniger die Art der Intervention, die „wirkt“, sondern vor allem der Sachverhalt, dass dem System eine besondere Aufmerksamkeit zugewendet wird, welche die ohnehin bestehende Tendenz zu einer qualitativen Veränderung unterstützt und schließlich zu einem „qualitativen Sprung“ (Phasenübergang) beiträgt. Demgegenüber sind Interventionen relativ wirkungslos, wenn sie auf einen stabilen Systemzustand treffen.

Diskussionsaspekte

- Haben Störungen des Sozialverhaltens, wie sie in der ICD 10 klassifiziert werden, einen berechtigten Platz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie?
- Welche Aspekte sollten in der psychologischen Diagnostik im Vordergrund stehen?
- Macht eine (Psycho)Therapie bei so genannten Störungen des Sozialverhaltens Sinn? Oder sind andere Maßnahmen zweckmäßiger?
- Gibt es eine psychologische Haltung in Bezug auf die Substanzbehandlung bei so genannten Störungen des Sozialverhaltens?
-
-

Anlagen

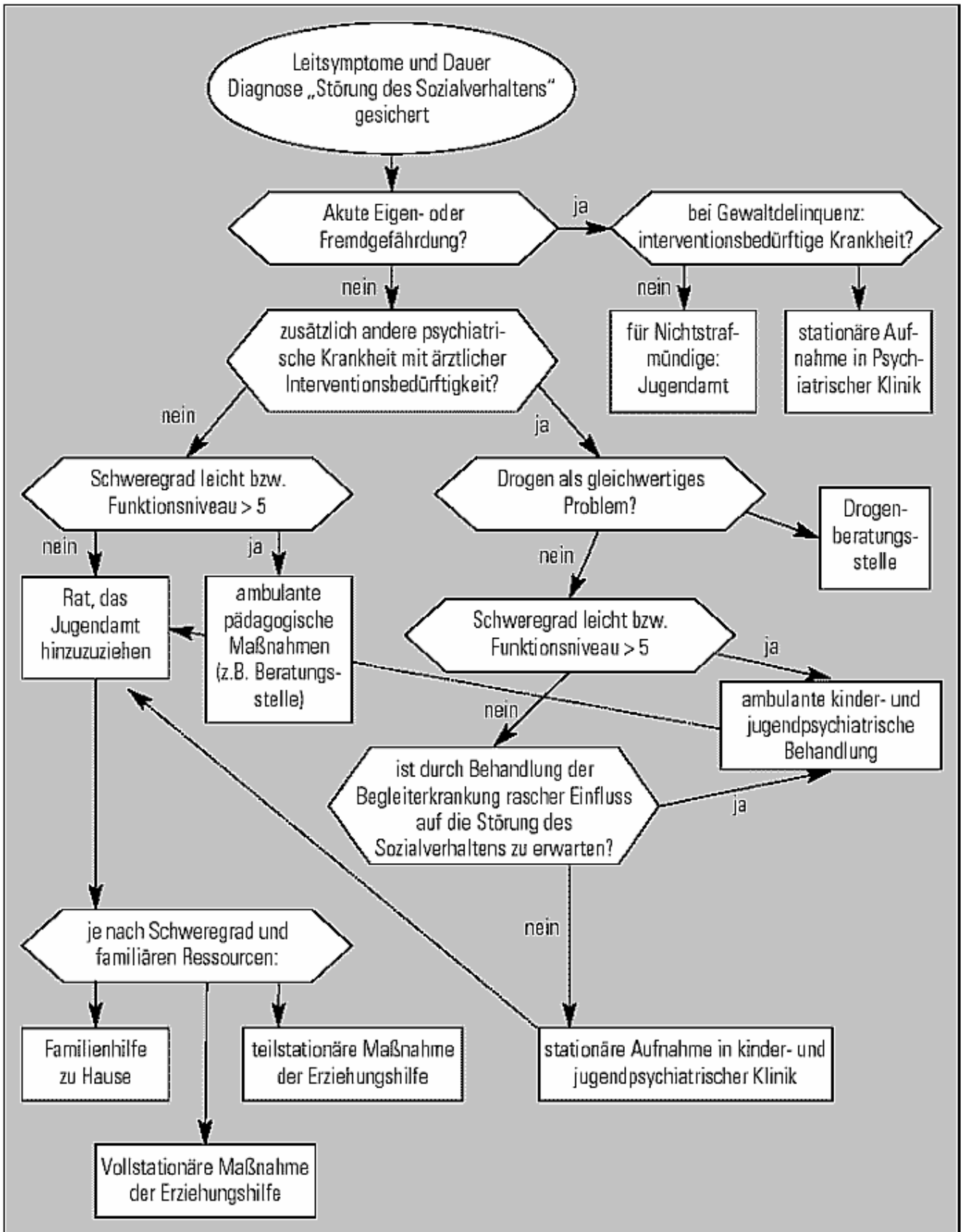


Abb. 1 nach AWMF-Entscheidungsbaum zur Interventionsplanung bei SSV

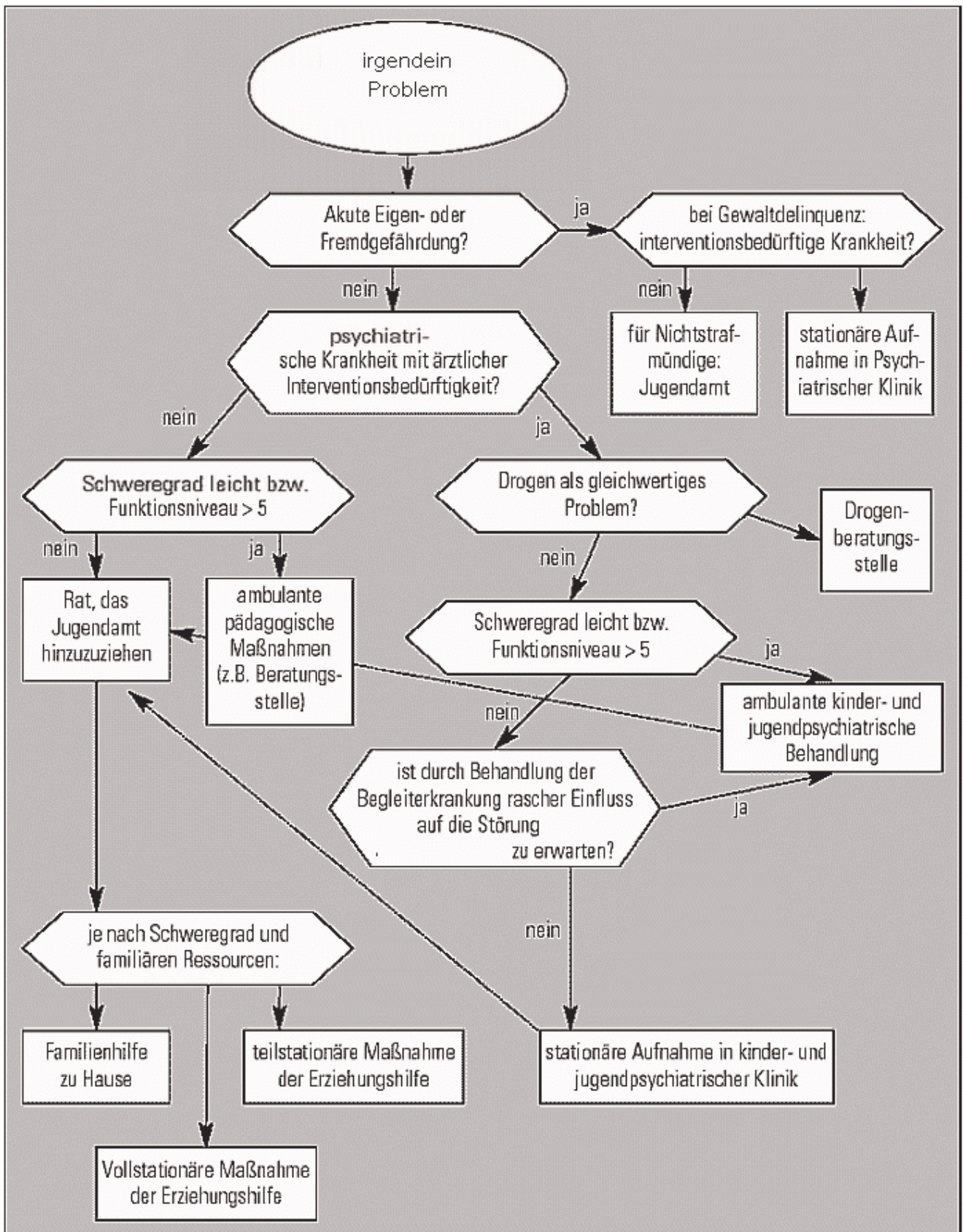


Abb. 2 modifizierter AWMF-Entscheidungsbaum zur Interventionsplanung bei SSV

4.1 Auswahl des Interventions-Settings (AWMF-Leitlinien)

Das Interventions-Setting richtet sich nach dem Entscheidungsbaum (s. [Abb. 1](#)):

- 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 Behandlungsentscheidung 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 Elternt raining

- 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 von Behandlung wichtiger elterlicher Probleme (z.B. Drogenmissbrauch).

Zusätzliche Interventionen beim Kind

- Problemlösetraining einzeln oder in der Gruppe
- 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 der Betroffenen, den Familienbeziehungen, dem Schul- bzw. Arbeitsmilieu, der Peer-Group und dem Freizeitverhalten nach Hengeler et al.)
- Berufsvorbereitende Maßnahmen, Training alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten
- Kooperation mit Jugendstrafinstanzen, Jugendgerichts- und Bewährungshilfe
- Nutzung von Möglichkeiten zur außerfamiliären Unterbringung.

Pharmakotherapie

- Stimulanzien (Methylphenidat) bzw. niederpotente Neuroleptika (Pipamperons), auch ohne Kombination mit hyperkinetischer Störung
- Mittel der zweiten Wahl ist Lithium bzw. Valproinsäure
- Ggf. Behandlung mit Risperidon.