

Aggressiv- oppositionelles Verhalten im Kindesalter

Franz Petermann
Manfred Döpfner
Anja Görtz-Dorten

3., überarbeitete Auflage

Leitfaden
Kinder- und Jugend-
psychotherapie

 **hogrefe**

Aggressiv-oppositionelles Verhalten im Kindesalter

Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie Band 3

Aggressiv-oppositionelles Verhalten im Kindesalter

Prof. Dr. Franz Petermann, Prof. Dr. Manfred Döpfner,
Dr. Anja Görtz-Dorten

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Manfred Döpfner, Prof. Dr. Dr. Martin Holtmann,
Prof. Dr. Franz Petermann

Begründer der Reihe:

Manfred Döpfner, Gerd Lehmkuhl, Franz Petermann

**Franz Petermann
Manfred Döpfner
Anja Görtz-Dorten**

Aggressiv- oppositionelles Verhalten im Kindesalter

3., überarbeitete Auflage



Prof. Dr. Franz Petermann, geb. 1953. Seit 1991 Lehrstuhl für Klinische Psychologie an der Universität Bremen und seit 1996 Direktor des Zentrums für Klinische Psychologie und Rehabilitation.

Prof. Dr. Manfred Döpfner, geb. 1955. Seit 1989 Leitender Psychologe an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln und dort seit 1999 Professor für Psychotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

PD Dr. rer. medic., Dipl.-Psych., Dipl.-Heilpäd. Anja Görtz-Dorten, geb. 1968. Seit 2000 Leiterin des Instituts für Klinische Kinderpsychologie der Christoph-Dornier-Stiftung an der Universität Köln und Leitung des Bereichs Evaluation am Ausbildungsinstitut für Kinder- Jugendlichenpsychotherapie an der Uniklinik Köln (AKiP) und der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Klinikum der Universität zu Köln.

Die erste und zweite Auflage des Buches sind unter dem Titel „Aggressiv-dissoziale Störungen“ und unter der Autorenschaft von Franz Petermann, Manfred Döpfner und Martin H. Schmidt erschienen.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen
Tel.: +49 551 99950 0
Fax: +49 551 99950 111
E-Mail: verlag@hogrefe.de
Internet: www.hogrefe.de

Format: PDF

Satz: Mediengestaltung Meike Cichos, Göttingen

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Einleitung: Grundlagen und Aufbau des Buches

Die Diagnostik und Therapie aggressiven und oppositionellen Verhaltens bei Kindern stellt eine besondere Herausforderung dar, weil diese Störungen sehr häufig auftreten, häufig einen chronischen Verlauf haben und insgesamt schwer zu behandeln sind. In den Diagnosesystemen wird häufig der Terminus der Störung des Sozialverhaltens benutzt, um diese Gruppe psychischer Auffälligkeiten zu bezeichnen. Häufig wird dieser Begriff jedoch falsch interpretiert, indem auch andere Auffälligkeiten im Sozialverhalten (z. B. sozialer Rückzug oder sozial-ängstliches Verhalten) unter diesem Begriff subsumiert werden. Unter dem Begriff „aggressiv-oppositionelles Verhalten“ sollen sowohl oppositionelle Verhaltensstörungen (die meist gegenüber Erwachsenen auftreten und keine massiv aggressiv-schädigende Handlungen umfassen) als auch aggressive Verhaltensstörungen (die verbal oder körperlich verletzendes Verhalten beschreiben und sowohl gegen Personen oder Sachen gerichtet sein können) zusammengefasst werden.

Der vorliegende Leitfaden ist das Ergebnis einer langjährigen wissenschaftlichen und praktischen Arbeit der Autoren. Er basiert zudem auf Leitlinien zur Diagnose und Behandlung von Störungen des Sozialverhaltens deutscher und internationaler Fachgesellschaften und Arbeitsgruppen, insbesondere auf:

- den Leitlinien zur Diagnose und Behandlung von Störungen des Sozialverhaltens, die von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie zusammen mit den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Berufsverbänden (Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u. a., 2007) herausgegeben wurden;
- den Leitlinien zur Diagnostik und Psychotherapie von aggressiv-dissozialen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Döpfner & Petermann, 2004);
- den Practice Parameters for Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Conduct Disorder und den Practice Parameters for Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Oppositional Defiant Disorder (Steiner, 1997; Steiner & Renning, 2007);
- den Leitlinien des National Collaborating Centre for Mental Health and Clinical Excellence, NICE (2013) zu Antisocial Behavior and Conduct Disorders in Children and Young People, die auch als Quell-Leitlinien der in der Entwicklung befindlichen deutschen nationalen Leitlinien unter dem Dach der Arbeitsgemeinschaft für wissenschaftliche medizinische Fachgebiete (AWMF, siehe <http://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien.html>) dienen.

Der Leitfaden unterteilt sich in insgesamt fünf Kapitel:

- 1** Im ersten Teil des Buches wird der *Stand der Forschung* hinsichtlich der Symptomatik, der Komorbidität, der Pathogenese, dem Verlauf und der Therapie in den für die Formulierung der Leitlinien relevanten Aspekten zusammenfassend dargestellt.
- 2** Im zweiten Teil werden die *Leitlinien* zu folgenden Bereichen formuliert und ihre Umsetzung in die Praxis dargestellt:
 - Diagnostik und Verlaufskontrolle
 - Behandlungsindikationen
 - Interventionen
- 3** Im dritten Kapitel sind *Verfahren* kurz und prägnant beschrieben, die für die Diagnostik, die Verlaufskontrolle und die Behandlung eingesetzt werden können.
- 4** Das vierte Kapitel enthält *Materialien* zur Diagnostik und Verlaufskontrolle, zur Elternberatung und zur medikamentösen Therapie und erleichtert damit die Umsetzung der Leitlinien in die konkrete klinische Praxis.
- 5** Im fünften Kapitel wird anhand zweier *Fallbeispiele* die Umsetzung der Leitlinien in die klinische Praxis abschließend illustriert. Die Darstellung orientiert sich an den Gliederungspunkten für Berichte an den Gutachter im Rahmen der Beantragung einer Psychotherapie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversorgung.

Kapitel 1 des Bandes wurde federführend von Franz Petermann erarbeitet. Die Kapitel 2 bis 4, welche die Leitlinien beschreiben und die Verfahren und Materialien zusammenfassen, wurden federführend von Manfred Döpfner und Anja Görtz-Dorten zusammengestellt. Kapitel 5 verantworten Franz Petermann (Fallbeispiel 1), Manfred Döpfner und Anja Görtz-Dorten (Fallbeispiel 2) gemeinsam. Für die Beratung und Unterstützung zu den Ausführungen zur Pharmakotherapie in diesem Buch danken wir dem Mitherausgeber dieser Buchreihe Herrn Martin Holtmann. Dieser Band wird durch einen kompakten Ratgeber für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher (Petermann, Döpfner & Görtz-Dorten, 2016) ergänzt. Der Ratgeber informiert über die Symptomatik, die Ursachen, den Verlauf und die Behandlungsmöglichkeiten bei aggressivem und oppositionellem Verhalten. Die Eltern, Lehrer und Erzieher erhalten konkrete Ratschläge zum Umgang mit der Problematik in der Familie, in der Schule und im Kindergarten.

Bremen und Köln, Oktober 2015

Franz Petermann, Manfred Döpfner
und Anja Görtz-Dorten

Inhalt

1	Stand der Forschung	1
1.1	Differenzialdiagnose	9
1.2	Epidemiologie und Verlauf	11
1.3	Komorbide Störungen	12
1.4	Pathogenese	14
1.4.1	Biologische Einflüsse	14
1.4.2	Psychische Einflüsse	17
1.4.3	Soziale Einflüsse	21
1.4.4	Zusammenfassende Bewertung	23
1.5	Präventionsansätze	24
1.6	Therapie	25
1.6.1	Kognitive Problemlösetrainings/soziale Kompetenztrainings	26
1.6.2	Elterntrainings	27
1.6.3	Multimodale Trainings	29
1.6.4	Pharmakotherapie	29
1.6.5	Therapiewirksamkeit	31
1.6.6	Therapieabbrüche	33
2	Leitlinien	35
2.1	Leitlinien zur Diagnostik und Verlaufskontrolle	35
2.1.1	Exploration der Eltern und der Erzieher oder Lehrer	36
2.1.2	Exploration, Verhaltensbeobachtung und psychopathologische Beurteilung des Kindes	62
2.1.3	Fragebogenverfahren zur Verhaltens- und Psychodiagnostik	68
2.1.4	Ergänzende psychologische Diagnostik	72
2.1.5	Anamnese bezüglich körperlicher Symptome und somatische Diagnostik	74
2.1.6	Leitlinien zur Verlaufskontrolle	76
2.2	Leitlinien zu Behandlungsindikationen	77
2.3	Leitlinien zur Therapie	86
2.3.1	Beratung und Interventionen in der Familie und im Kindergarten/ in der Schule	86
2.3.2	Interventionen in der Gleichaltrigengruppe	105

2.3.3	Kognitiv-behaviorale Therapie des Kindes	107
2.3.4	Medikamentöse Therapie	114
3	Verfahren zur Diagnostik und Therapie	117
3.1	Verfahren zur Diagnostik und Verlaufskontrolle von oppositionell-aggressivem Verhalten	117
3.1.1	DCL-SSV: Diagnose-Checkliste für Störungen des Sozialverhaltens mit Interviewleitfaden zu externalen Störungen (ILF-External) . . .	117
3.1.2	EI-PF: Eltern-Interview über Problemsituationen in der Familie . .	119
3.1.3	FBB-SSV/SBB-SSV: Fremdbeurteilungsbogen/ Selbstbeurteilungsbogen für Störungen des Sozialverhaltens	120
3.1.4	FAVK: Fragebogen zum aggressiven Verhalten von Kindern	121
3.1.5	EF-PF: Elternfragebogen über Problemsituationen in der Familie . .	123
3.1.6	EAS-J/M: Erfassungsbogen für aggressives Verhalten in konkreten Situationen	124
3.1.7	ScouT-Test: Sozialer-Computerunterstützter Problemlösetest	125
3.1.8	DAF: Differenzieller Aggressionsfragebogen	126
3.1.9	BVF: Bullying-/und Viktimisierungsfragebogen	127
3.1.10	FEPA: Fragebogen zur Erfassung von Empathie, Prosozialität, Aggressionsbereitschaft und aggressivem Verhalten	128
3.1.11	IVE: Inventar zur Erfassung von Impulsivität, Risikoverhalten und Empathie	129
3.1.12	BASYS: Beobachtungssystem zur Analyse aggressiven Verhaltens in schulischen Settings	130
3.2	Verfahren zur Therapie oppositionell-aggressiver Störungen	131
3.2.1	Training mit aggressiven Kindern	131
3.2.2	Therapieprogramm für Kinder mit aggressivem Verhalten (THAV) .	133
3.2.3	Soziales computerunterstütztes Training für Kinder mit aggressivem Verhalten (ScouT)	135
3.2.4	Verhaltenstherapeutisches Intensivtraining zur Reduktion von Aggression (VIA)	136
3.2.5	Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP)	137
3.2.6	Präventionsprogramm für Expansives Problemverhalten (PEP) . . .	139
3.2.7	Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger Kinder (KES)	139
3.2.8	Selbsthilfeprogramm Wackelpeter und Trotzkopf	140
3.2.9	Programm zur Gewaltprävention in der Schule	141

4	Materialien	143
5	Fallbeispiele	152
5.1	Der neunjährige Denis	152
5.2	Der zehnjährige Max	158
6	Literatur	169

1 Stand der Forschung

Aggressive und oppositionelle Verhaltensweisen gehören zu den häufigsten Vorstellungsanlässen in der kinder- und jugendpsychotherapeutischen und der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis. Da im Allgemeinen eine schlechte Langzeitprognose und eine unzureichende Therapiemotivation vorliegen (vgl. Döpfner, Adrian & Hanisch, 2007; Petermann & Petermann, 2013), handelt es sich damit um eine der kostenträchtigsten psychischen Störungen überhaupt (Ewest, Reinhold, Vloet, Wenning & Bachmann, 2013).

Aggressive Verhaltensweisen zielen auf die Schädigung von Personen oder Gegenständen ab; es handelt sich dabei um besonders stabile Verhaltensweisen (vgl. Coie & Dodge, 1998; Petermann & Koglin, 2013). Die Störungen beziehen sich im Kindesalter auf

- oppositionelles und
- aggressives Verhalten.

Diese Begrifflichkeiten beleuchten die Problematik aus verschiedenen Perspektiven. Oppositionelles Verhalten (oppositionelles Trotzverhalten) bezeichnet eine *generelle Verweigerungshaltung*, die sich in verbalen Äußerungen und Verhaltensweisen gegenüber Erwachsenen zeigt; vielfach wird dieses Verhalten als aufsässig und provokant oder gar feindselig empfunden.

Die Formen aggressiven Verhaltens hängen entscheidend vom Alter des Kindes oder Jugendlichen ab (vgl. Tabelle 1). Schon im Säuglingsalter beobachtet man Formen des Ärgerausdrucks, die mit aggressiven Verhaltensweisen im weiteren Entwicklungsverlauf verknüpft sind. So tritt zwar die höchste Frequenz aggressiven Verhaltens bereits im Vorschulalter auf, jedoch werden die schwerwiegendsten Formen erst in der Adoleszenz und im frühen Erwachsenenalter beobachtet.

Alter des Kindes entscheidend für Ärgerausdruck

Zunächst soll im subklinischen Sinne auf die Ausdrucksformen aggressiven Verhaltens eingegangen werden, die sich nach verschiedenen Gesichtspunkten untergliedern lassen, wobei sich die Ausdrucksformen in Abhängigkeit von sprachlichen und kognitiven Fähigkeiten verändern (vgl. Tremblay, 2010). Nach Vitiello und Stoff (1997) kann man vier Ausdrucksformen aggressiven Verhaltens unterscheiden: feindselig versus instrumentell, offen (direkt) versus verdeckt (indirekt), reaktiv versus proaktiv, affektiv versus „räuberisch“. Die neuere Aggressionsdiagnostik macht es jedoch erforderlich, vor allem zur Unterscheidung geschlechtsspezifischer Aggressionsformen, zusätzlich zwischen körperlich-direkter versus indirekter Aggression zu unterscheiden; aktuell kommt noch der Gegenüberstellung von proaktiver und reaktiver Aggression eine besondere Bedeutung zu (vgl. Petermann & Beckers, 2014; vgl. Tabelle 2).

Tabelle 1: Altersabhängige Formen des Ärgerausdrucks und des aggressiven Verhaltens (nach Loeber & Hay, 1997)

Säuglingsalter	In der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres gelingt es Säuglingen, nachdem sie Ursache-Wirkungs-Beziehungen verstehen, Ärger gezielt auszudrücken. Der Säugling verfolgt in diesem Fall jedoch noch keine Schädigungsabsicht; bei dem Ärgerausdruck handelt es sich um eine Emotion, die weitgehend aggressiven Wutäußerungen entspricht. Bereits in dieser Altersgruppe treten Geschlechtsunterschiede auf: Jungen sind emotional labiler und drücken mit größerer Intensität Emotionen aus, Mädchen regulieren ihre emotionale Befindlichkeit besser und zeigen weniger Ärgerreaktionen als Jungen.
Kleinkindalter	Im zweiten und dritten Lebensjahr kommt es zu Wutausbrüchen und Aggression gegen Erwachsene und Gleichaltrige. Gleichgeschlechtliche Interaktionen geraten leichter in Konflikt als Paare von Jungen und Mädchen.
Vorschulalter und Grundschuljahre	Jungen neigen mehr zur körperlichen Aggression, Mädchen eher zu indirekten (relationalen) Aggressionsformen. Nur bei wenigen Kindern kommt es in der Grundschulzeit zu Grausamkeiten gegenüber anderen Kindern und Tieren.

Ärger-
Ausdrucks-
formen

Tabelle 2: Verschiedene Ausdrucksformen aggressiven Verhaltens (erweitert nach Viatiello & Stoff, 1997)

Ausdrucksform aggressiven Verhaltens	Erläuterung
feindselig vs. instrumentell	<ul style="list-style-type: none"> – mit dem Ziel, einer Person direkt Schaden zuzufügen – mit dem Ziel, indirekt etwas Bestimmtes zu erreichen
offen vs. verdeckt	<ul style="list-style-type: none"> – feindselig und trotzig, eher impulsiv und unkontrolliert (z.B. kämpfen) – versteckt, instrumentell und eher kontrolliert (z.B. stehlen oder Feuer legen)
reaktiv vs. proaktiv	<ul style="list-style-type: none"> – als Reaktion auf eine wahrgenommene Bedrohung oder Provokation – zielgerichtet ausgeführt, um etwas Bestimmtes zu erreichen
körperlich (direkt) vs. indirekt	<ul style="list-style-type: none"> – in offener, direkter Konfrontation mit dem Opfer – die sozialen Beziehungen einer Person betreffend und manipulierend
affektiv vs. „räuberisch“	<ul style="list-style-type: none"> – unkontrolliert, ungeplant und impulsiv – kontrolliert, zielorientiert, geplant und versteckt

Die reaktiv-aggressiven Kinder weisen Probleme auf, die Handlungsabsichten ihrer Interaktionspartner zu erkennen. Sie besitzen eine stark verzerrte soziale Wahrnehmung, das heißt sie unterstellen in uneindeutigen Situationen den Interaktionspartnern Feindseligkeit (Merk, Orobio de

Castro, Koops & Matthys, 2005). Reaktiv-aggressive Kinder zeigen häufig internalisierende Probleme – vor allem im Kontext der Ärger- und Wutregulation. Sie werden häufig von Gleichaltrigen zurückgewiesen, besitzen einen niedrigen sozialen Status bei Gleichaltrigen und werden oft von Gleichaltrigen viktimisiert (vgl. Petermann & Petermann, 2015a). Im Vergleich zu proaktiv-aggressiven Kindern sind reaktiv-aggressive eher jünger (vgl. Connor, Steingard, Cunningham, Anderson & Melloni, 2004) und es fehlt ihnen in der Erziehung an elterlicher Wärme und Fürsorge (vgl. Brendgen, Vitaro & Bukowski, 2001).

Proaktiv-aggressive Kinder nehmen im Umgang mit Gleichaltrigen häufig eine Führungsrolle ein und nutzen andere zu ihrem Vorteil aus; sie schätzen Sozialkontakte zwar angemessen ein, wählen aber vor allem aggressives Verhalten, da sie sich dadurch persönliche Vorteile versprechen. Proaktiv-aggressive Kinder leben in Familien, in denen die elterliche Aufsicht gar nicht oder nur gering ausgeprägt ist.

Die Ausdrucksformen aggressiven Verhaltens unterscheiden sich sowohl nach den Intentionen als auch den konkreten Verhaltensmerkmalen sehr deutlich; in der Regel sind ihnen unterschiedliche Risikofaktoren und Entwicklungsverläufe zuzuordnen. Welches aggressive Verhalten auftritt, hängt entscheidend vom Alter und Geschlecht ab. So wählen Jungen eher direkte (körperliche) Formen und Mädchen eher indirekte (relationale) und verbale. Bestimmte Aggressionsformen sind für das Kindesalter typisch (z. B. oppositionelles Trotzverhalten), andere für das Jugendalter (z. B. dissoziales Verhalten). Insbesondere im Jugendalter ist aggressives Verhalten häufig mit dem Übertreten gesetzlicher und gesellschaftlicher Normen (z. B. kleine Diebstähle, Drogenmissbrauch) verbunden; solche Abweichungen bleiben bei dem größten Teil der Jugendlichen auf einen Zeitraum von wenigen Jahren begrenzt (vgl. Loeber, Stouthamer-Loeber & Raskin White, 1999; Moffitt, 1993).

Unter-
schiedliche
Risikofaktoren und Ent-
wicklungs-
verläufe

Aktuell kann man nach der Dunedin-Längsschnittstudie drei Verlaufsformen aggressiven Verhaltens unterscheiden:

- das auf die Kindheit beschränkte aggressive Verhalten,
- ein im Jugendalter erstmals auftretendes Verhalten, das im Erwachsenenalter bei Männern anhält und bei Frauen sich zurückbildet und
- ein aggressives Verhalten, das in der Kindheit beginnt und chronifiziert (vgl. Odgers et al., 2008).

Eine moderne Ausdrucksform aggressiven Verhaltens stellt Cyber-Mobbing dar; hierbei wird aggressives Verhalten unter Nutzung moderner Informations- und Kommunikationstechniken praktiziert (Petermann & Marées, 2013). Insgesamt handelt es sich dabei um ein Verhalten, das u. a. die folgenden Ausdrucksformen umfasst und eine hohe Ähnlichkeit zu Mobbing aufweist (vgl. Riebel, 2008):

Cyber-
Mobbing

- *Belästigung*: Wiederholtes Senden belästigender Nachrichten per E-Mail, Handy etc.

- *Ausschluss*: Gezieltes Ausschließen einzelner Personen von Online-Aktivitäten und Online-Gruppen.
- *Outing*: Digitale Verbreitung von Geheimnissen einer Person, um diese zu schädigen.
- *Verunglimpfung*: Veröffentlichen oder Versenden gehässiger, unwahrer oder verletzender Inhalte (Texte, aber vor allem Fotos oder Videos) über eine Person im Internet, um deren Ruf oder Beziehungen zu schaden oder die Opfer zu demütigen.

Aggression
als wieder-
holendes
Verhaltens-
muster

Für die massiver ausgeprägten Ausdrucksformen aggressiven Verhaltens ist kennzeichnend, dass ein sich wiederholendes Verhaltensmuster auftritt, das die Verletzung grundlegender Rechte anderer sowie wichtiger, altersrelevanter Normen und Regeln umfasst. Nach dem DSM-5 (APA, 2015) muss eine bestimmte Anzahl an Verhaltensweisen vorliegen, um eine Diagnose zu rechtfertigen; darüber hinaus müssen klinisch bedeutende, psychosoziale Beeinträchtigungen auftreten. Folgende Aspekte sind bei der Diagnose „Störung des Sozialverhaltens“ im Einzelnen zu berücksichtigen (vgl. Kasten 1).

Bei den oppositionellen Verhaltensauffälligkeiten wird eine Binnendifferenzierung in drei Dimensionen diskutiert (Stringaris & Goodman, 2009). *Irritabilität* beschreibt Wutausbrüche, gereiztes Verhalten und Ärgeremotionen, *verweigerndes Verhalten* beschreibt das Nichtbeachten von Regeln, Widerworte geben und andere ärgern; *verletzendes Verhalten* beschreibt boshafte und gehässig Handlungsweisen.

Das DSM-5 (APA, 2015) unterscheidet zwischen den Diagnosen Störung des Sozialverhaltens, der Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten und der Disruptiven Affektregulationsstörung. Die diagnostischen Kriterien der Störung des Sozialverhaltens nach DSM-5 umfassen eine Vielzahl unterschiedlicher Symptome.

Kasten 1: Diagnostische Kriterien für die Störung des Sozialverhaltens nach DSM-5 (Abdruck erfolgt mit Genehmigung aus der deutschen Ausgabe des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition © 2013, Dt. Ausgabe: © 2015, American Psychiatric Association. Alle Rechte vorbehalten)

- A. Es liegt ein repetitives und anhaltendes Verhaltensmuster vor, durch das die grundlegenden Rechte anderer oder wichtige altersentsprechende gesellschaftliche Normen oder Regeln verletzt werden. Dies manifestiert sich durch das Auftreten von mindestens drei der folgenden 15 Kriterien aus einer der nachfolgenden Kategorien während der letzten zwölf Monate, wobei mindestens ein Kriterium in den letzten sechs Monaten erfüllt sein muss:

Aggressives Verhalten gegenüber Menschen und Tieren

1. Schikaniert, bedroht oder schüchtert andere häufig ein.
2. Beginnt häufig Schlägereien.
3. Hat Waffen benutzt, die anderen schweren körperlichen Schaden zufügen können (z. B. Schlagstock, Ziegelstein, zerbrochene Flasche, Messer, Schusswaffe).
4. War körperlich grausam zu Menschen.

5. Quälte Tiere.
6. Hat in Konfrontation mit dem Opfer gestohlen (z. B. Überfall, Taschendiebstahl, Erpressung, bewaffneter Raubüberfall).
7. Zwang jemanden zu sexuellen Handlungen.

Zerstörung von Eigentum

8. Beging vorsätzlich Brandstiftung mit der Absicht, schweren Schaden zu verursachen.
9. Zerstörte vorsätzlich fremdes Eigentum (jedoch nicht durch Brandstiftung).

Betrug oder Diebstahl

10. Brach in eine fremde Wohnung, ein fremdes Gebäude oder Auto ein.
11. Lügt häufig, um sich Güter oder Vorteile zu verschaffen oder um Verpflichtungen zu entgehen (d. h. „legt andere herein“).
12. Stahl Gegenstände von erheblichem Wert ohne direkten Kontakt mit dem Opfer (z. B. Ladendiebstahl, jedoch ohne Einbruch, sowie Fälschungen).

Schwere Regelverstöße

13. Bleibt schon vor dem Alter von 13 Jahren trotz elterlicher Verbote häufig über Nacht weg.
 14. Lief mindestens zweimal über Nacht von zu Hause weg, während er/sie noch bei den Eltern oder bei einer anderen Bezugsperson wohnte oder kam einmal erst nach einem längeren Zeitraum zurück.
 15. Schwänzt schon vor dem Alter von 13 Jahren häufig die Schule.
- B. Die Verhaltensstörung verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsbereichen.
- C. Bei Personen, die 18 Jahre oder älter sind, sind die Kriterien einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung nicht erfüllt.

Bestimme, ob:

F91.1 Typ mit Beginn in der Kindheit: Die Person zeigt mindestens ein charakteristisches Symptom der Störung des Sozialverhaltens vor dem Alter von 10 Jahren.

F91.2 Typ mit Beginn in der Adoleszenz: Die Person zeigt kein charakteristisches Symptom der Störung des Sozialverhaltens vor dem Alter von 10 Jahren.

F91.9 Typ mit Nicht Näher Bezeichnetem Beginn: Die Kriterien für die Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens sind erfüllt, wegen unzureichender Informationen ist aber die Bestimmung, ob das erste Symptom vor dem 10. Lebensjahr oder erst später begonnen hat, nicht möglich.

Bestimme, ob:

Mit reduzierter prosozialer Emotionalität. Damit dieses klinische Erscheinungsbild in Frage kommt, müssen mindestens zwei der folgenden Eigenschaften konstant für die Dauer von mindestens zwölf Monaten personen- und situationsübergreifend erfüllt gewesen sein. Diese Eigenschaften spiegeln dabei das für die Person typische interpersonelle Beziehungs- und emotionale Reaktionsmuster für diesen Zeitabschnitt wieder und es handelt sich dabei nicht um gelegentliche Vorkommnisse in einigen Situationen. Daher sind für die Überprüfung der Kriterien dieses klinischen Erscheinungsbildes mehrere Informationsquellen notwendig. Zusätzlich zu dem Selbsturteil sind die Angaben von Dritten erforderlich, welche die Person über längere Zeitabschnitte genannt haben (z. B. Eltern, Lehrer, entfernte Familienangehörige, Gleichaltrige).

Mangel an Reue oder Schuldbewusstsein: Fühlt sich nicht schlecht oder schuldig, wenn er oder sie etwas falsch macht (ausgeschlossen ist Reue, die die Person nur zeigt, wenn sie ertappt wird und/oder ihr eine Strafe droht). Die Person zeigt nur wenig Skrupel bezüglich der negativen Konsequenzen eigener Handlungen. Zum Beispiel ist sie nicht reumütig, wenn sie jemand anderen verletzt hat, oder sorgt sich nicht um die Konsequenzen von Regelverletzungen.

Gefühlskälte – Mangel an Empathie: Beachtet nicht oder interessiert sich nicht für die Gefühle von anderen. Die Person wird als gefühllos und gefühllos beschrieben. Bei eigenen Handlungen beschäftigen sie mehr die Konsequenzen für die eigene Person als die Konsequenzen für andere; dies gilt sogar auch dann, wenn diese bei anderen zu erheblichen Schäden führen.

Gleichgültigkeit gegenüber eigener Leistung: Zeigt keine Besorgnis bei schlechter/problematischer Leistung in der Schule, auf der Arbeit oder bei anderen wichtigen Aktivitäten. Die Person bemüht sich nicht, gute Leistung zu erbringen; auch dann nicht, wenn die Erwartungen klar formuliert sind. Typischerweise macht sie andere für die eigene schlechte Leistung verantwortlich.

Oberflächlicher oder mangelnder Affekt: Drückt keine Gefühle aus oder zeigt anderen gegenüber keine Emotionen. Ausgenommen ist eine Art und Weise, bei der der Affekt flach, unaufrichtig oder oberflächlich erscheint (z. B. Handlungen stehen im Widerspruch zum gezeigten Affekt; kann Gefühle schnell „an-“ und „ausschalten“) oder wenn der Ausdruck von Gefühlen dem eigenen Vorteil dient (z. B. Gefühle werden gezeigt, um andere zu manipulieren oder einzuschüchtern).

Bestimme den aktuellen Schweregrad:

Leicht: Zusätzlich zu den für die Diagnose erforderlichen Symptomen sind wenige oder keine weiteren Probleme des Sozialverhaltens vorhanden und die Probleme des Sozialverhaltens fügen anderen nur geringen Schaden zu (z. B. Lügen, Schule schwänzen, ohne Erlaubnis nachts außer Haus bleiben, andere Regelverletzungen).

Mittel: Die Anzahl der Probleme des Sozialverhaltens und die Auswirkung auf andere liegen zwischen denen, die als leichtgradig, und jenen, die als schwergradig beschrieben werden (z. B. Stehlen ohne direkten Kontakt mit dem Opfer, Vandalismus).

Schwer: Zusätzlich zu den für die Diagnose erforderlichen Symptomen sind viele weitere Probleme des Sozialverhaltens vorhanden oder die Probleme des Sozialverhaltens fügen anderen beträchtlichen Schaden zu (z. B. erzwungene sexuelle Handlungen, körperliche Grausamkeit, Benutzen einer Waffe, Stehlen in Konfrontation mit dem Opfer, Einbruchsdelikte).

Die Diagnose „Störung des Sozialverhaltens“ ist von der weniger schwerwiegenden Störung mit oppositionellem Trotzverhalten abzugrenzen, bei der zwar vermehrt und wiederkehrend trotzig, ungehorsame und feindselige, jedoch keine ausgeprägten körperlich-aggressiven oder delinquenten Verhaltensweisen gezeigt werden (vgl. Kasten 2).

Das DSM-5 erlaubt eine Unterteilung der Störung des Sozialverhaltens nach dem Zeitpunkt des Beginns (vor oder nach dem 10. Lebensjahr) und der Intensität (gering, moderat, hoch). Diese Unterteilung nach dem Störungsbeginn resultiert aus empirischen Studien, die zeigen, dass ein früher Beginn andere Komorbiditäten aufweist als ein später Beginn. Bei einem frühen Beginn treten delinquente Handlungen, Substanzmissbrauch, Stehlen, Unterbringen außerhalb des Elternhauses und vermehrte offene Aggressionen auf; ein später Beginn führt zu einer geringeren Zahl von Beeinträchtigungen und einer günstigeren, jedoch geschlechtsspezifischen Prognose. Zudem kann nach dem DSM-5 kodiert werden, ob eine reduzierte prosoziale Emotionalität vorliegt. Damit wird das Konzept der „callous-unemotional traits“ in das Klassifikationssystem aufgenommen,

Früher oder
später Be-
ginn ent-
scheidend

das für die weitere Prognose und die Therapieplanung von Bedeutung sein kann.

Kasten 2: Diagnostische Kriterien für die Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten nach DSM-5 (Abdruck erfolgt mit Genehmigung aus der deutschen Ausgabe des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition © 2013, Dt. Ausgabe: © 2015, American Psychiatric Association. Alle Rechte vorbehalten)

- A. Ein mindestens sechs Monate lang anhaltendes Muster von ärgerlicher/gereizter Stimmung, streitsüchtigem/trotzigem Verhalten oder Rachsucht, nachgewiesen über mindestens vier Symptome irgendeiner der folgenden Kategorien, das sich in der Interaktionen mit mindestens einer Person zeigt, die kein Geschwister ist.

Ärgerliche/gereizte Stimmung

1. Wird schnell wütend.
2. Ist häufig reizbar oder lässt sich leicht ärgern.
3. Ist häufig verärgert und beleidigt.

Streitsüchtiges/trotziges Verhalten

4. Streitet sich häufig mit Autoritätspersonen oder – bei Kindern und Jugendlichen – mit Erwachsenen
5. Widersetzt sich häufig aktiv den Anweisungen oder Regeln von Autoritätspersonen oder weigert sich, diese zu befolgen.
6. Verärgert andere häufig absichtlich.
7. Schiebt häufig die Schuld für eigene Fehler oder eigenes Fehlverhalten auf andere.

Rachsucht

8. War boshaft oder rachsüchtig, mindestens zweimal in den vergangenen 6 Monaten.

Beachte: Zur Abgrenzung von Verhalten, das sich im Normbereich bewegt und klinisch auffälligem Verhalten, sollte die Persistenz und Häufigkeit dieser Verhaltensweisen herangezogen werden. Bei Kindern unter 5 Jahren sollte das Verhalten an den meisten Tagen in einer Zeitspanne von mindestens 6 Monaten auftreten, wenn nicht anderweitig definiert (Kriterium A8). Bei Personen, die 5 Jahre oder älter sind, sollte das Verhalten mindestens einmal pro Woche über mindestens 6 Monate auftreten, wenn nicht anderweitig definiert (Kriterium A8). Diese Häufigkeitskriterien sind eine Orientierungshilfe hinsichtlich des minimalen Niveaus für die Definition der Häufigkeit der Symptome. Jedoch sollten auch andere Faktoren in Betracht gezogen werden, beispielsweise ob die Häufigkeit und Intensität des Verhaltens außerhalb des Normbereiches für das Entwicklungsniveau, das Geschlecht und den kulturellen Hintergrund des Einzelnen liegt.

- B. Die Verhaltensstörung ist verbunden mit Leidensdruck für die Person selbst oder für andere Personen im unmittelbarem sozialen Umfeld (z. B. Familie, Gleichaltrigengruppe, Arbeitskollegen) oder sie hat negative Auswirkungen auf soziale, pädagogische, berufliche oder andere wichtige Funktionsbereiche.
- C. Die Verhaltensweisen treten nicht ausschließlich im Verlauf einer psychotischen, depressiven oder bipolaren Störung oder bei einer Störung durch Substanzkonsum auf. Ebenfalls sind nicht die Kriterien einer Disruptiven Affektregulationsstörung erfüllt.

Bestimme den aktuellen Schweregrad:

Leicht: Die Symptome begrenzen sich auf eine Situation (z. B. auf zu Hause, auf die Schule, auf die Arbeit, mit Gleichaltrigen).

Mittel: Manche Symptome zeigen sich in mindestens zwei Situationen.

Schwer: Manche Symptome zeigen sich in drei oder mehr Situationen.

DMDD als
neue
Störung

Neu im DSM-5 wurde die Disruptive Affektregulationsstörung (Disruptive Mood Dysregulation Disorder, DMDD)“ aufgenommen. Diese Störung ist durch schwere wiederkehrende Wutausbrüche gekennzeichnet, die sich verbal (z. B. verbales Toben) und/oder im Verhalten (z. B. physische Aggression gegenüber Personen oder Gegenständen) manifestieren und die in Bezug auf Intensität und Dauer der Situation und des Anlasses völlig unangemessen sind. Die Stimmung zwischen den Ausbrüchen ist an beinahe jedem Tag über die meiste Zeit des Tages anhaltend reizbar oder ärgerlich und kann von anderen wahrgenommen werden. Diese Symptome sind in mindestens zwei Lebensbereichen nachweisbar (z. B. häusliches Umfeld, Schule oder in der Gleichaltrigengruppe) und sind dabei in mindestens einem dieser Lebensbereiche schwergradig ausgeprägt. Die Störung sollte nicht vor dem 6. Lebensjahr diagnostiziert werden, muss sich aber zwischen dem 6. und 10. Lebensjahr manifestieren.

Nach der ICD-10 wird diese Störungsform als Subgruppe der Störungen des Sozialverhaltens behandelt (s. Tabelle 3). Damit wird auf die Übergänge von oppositionellen Verhaltensstörungen zu den massiveren Formen aggressiver Verhaltensstörungen hingewiesen.

In der ICD-10 werden je nach Symptomatik, Umgebung, betroffenen sozialen Bereichen und einhergehenden zusätzlichen Störungen, sechs Typen der Störungen des Sozialverhaltens unterschieden (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: Typen der Störungen des Sozialverhaltens nach ICD-10 (WHO, 2014)

Auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens (F91.0)	Aggressiv-dissoziales Verhalten, das völlig auf den häuslichen Rahmen oder die Interaktion mit Familienmitgliedern beschränkt ist und oppositionelles oder trotziges Verhalten übersteigt.
Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen (F91.1)	Aggressives Verhalten, das oppositionelles oder trotziges Verhalten übersteigt und mit einer andauernden Beeinträchtigung der Beziehungen des Kindes zu anderen Personen einhergeht (insbesondere zur Gruppe der Gleichaltrigen).
Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen (F91.2)	Aggressives Verhalten, das oppositionelles oder trotziges Verhalten übersteigt, bzw. ein andauerndes delinquentes Verhalten, aber mit guter sozialer Einbindung in die Altersgruppe.
Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten (F91.3)	Ungehorsames und trotziges Verhalten bei Fehlen schwerer delinquenten oder aggressiver Verhaltensweisen, das typischerweise vor dem neunten Lebensjahr auftritt.
Andere bzw. nicht näher bezeichnete Störung des Sozialverhaltens (F91.8/F91.9)	Störungstyp, bei dem die Kriterien einer Störung des Sozialverhaltens erfüllt werden, eine Zuordnung zu einer Subgruppe aber nicht möglich ist.
Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92.x)	Störung des Sozialverhaltens, die in Kombination mit einer emotionalen Störung (z. B. Depression oder Zwangsgedanken) auftritt.