



# Störungen des Sozialverhaltens

FA Repetitorium  
2014





# Überblick

Definition

Prävalenz

Ätiologie

Diagnostik

Intervention

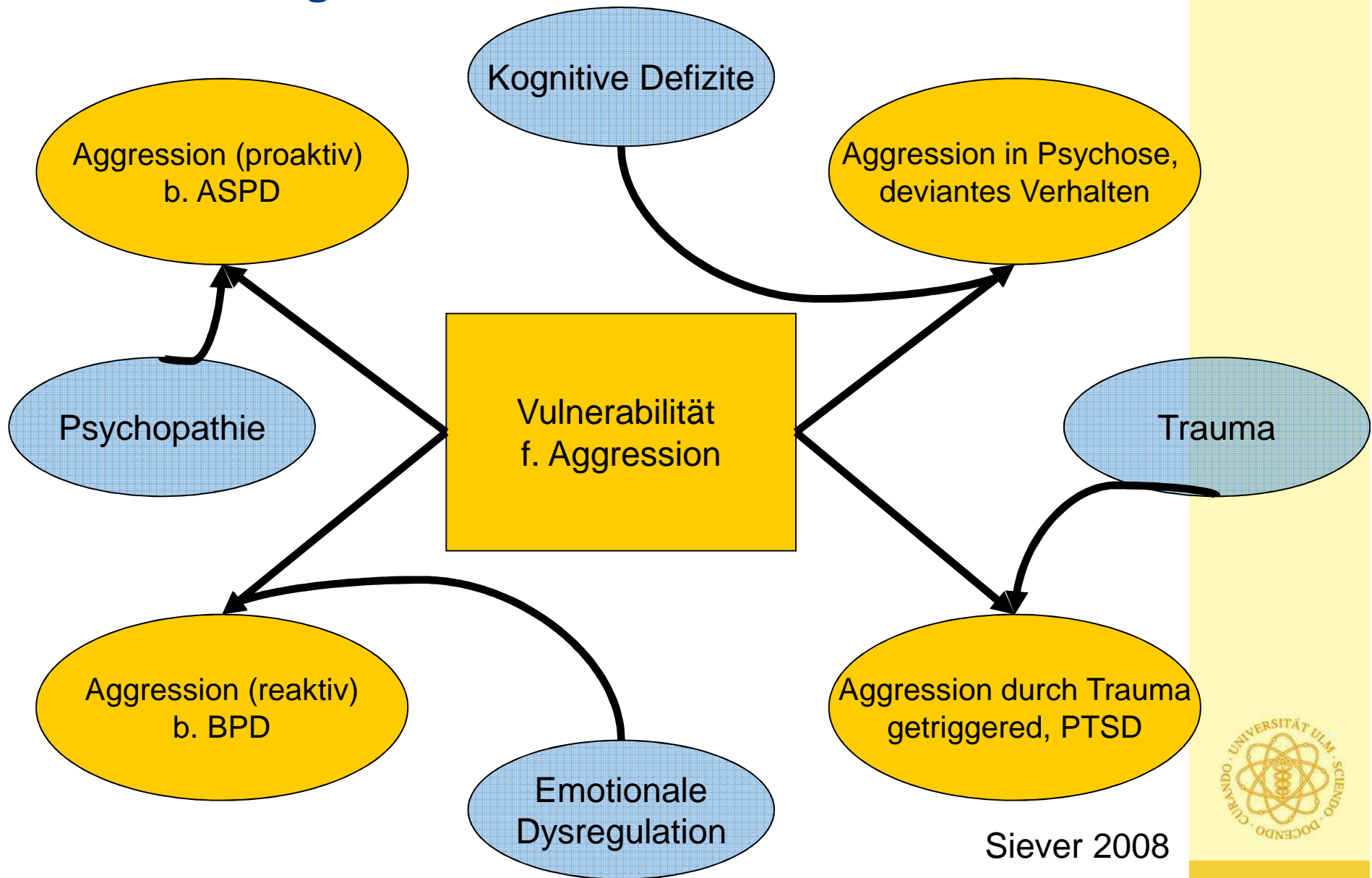
    Psychosozial

    Psychopharmakologie





# Ätiologie

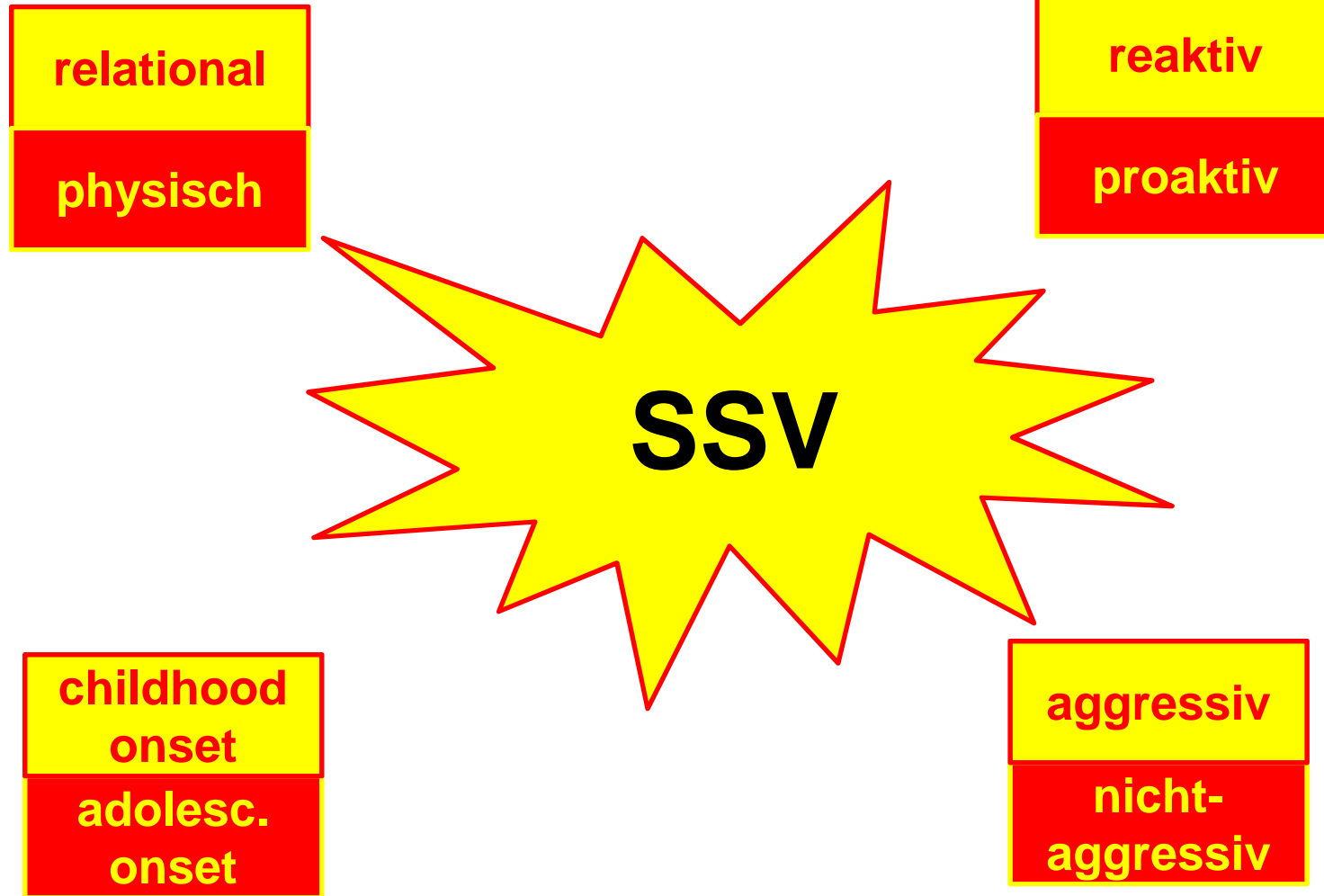


Siever 2008





## SSV und Aggression



Lahey & Waldman, 2012





# HOT oder COLD Aggression

Hans Steiner (2005)

## HOT

### RADI

- R**eactive
- A**ffective
- D**efensive
- I**mpulsive

## COLD

### PIP

- P**lanned
- I**nstrumental
- P**roactive





## Definition

### **SSV=**

Muster dissozialen, aggressiven od.  
aufsässigen Verhaltens mit Verletzungen  
altersentsprechender sozialer Erwartungen.

>6Monate

Oft gleichzeitig schwierige psychosoziale  
Umstände

Ev. mit Symptomen einer emotionalen Störung  
(Angst, Depression) gemeinsam





## Leitsymptome

- Deutliches Maß an Ungehorsam, Streiten od. Tyrannisieren
- Ungewöhnlich häufige od. schwere Wutausbrüche
- Grausamkeit gegenüber anderen Menschen od. Tieren
- Erhebliche Destruktivität gegenüber Eigentum
- Zündeln
- Stehlen
- Häufiges Lügen
- Schuleschwänzen
- Weglaufen von zu Hause





# ICD-10

Ort des Auftretens + Komorbidität	
Code	Name
F 90.1	<b>Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens</b>
F 91.0	<b>Störung des Sozialverhaltens</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• auf familiären Rahmen beschränkt</li><li>• bei fehlenden sozialen Bindungen</li><li>• bei vorhandenen soz. Bindungen</li></ul>
F 91.1	
F 91.2	
F 91.3	
F 92.0	<b>kombinierte SSV und der Emotionen</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• SSV mit depressiver Störung</li><li>• sonstige</li></ul>
F 92.8	







## Epidemiologie

### USA:

- ♂: 6-16 %
- ♀: 2-9 %

### GB:

- ♂: 6.9 % (5-10a)- 8,1 % (11-16a)
- ♀: 2.8 % (5-10a)- 5.1 % (11-16a)

### D:

#### KIGGS:

- N=2863
- ♂: 10.5 % (7-10a)- 10.9 % (11-17a)
- ♀: 6.7 % (7-10a)- 8.4 % (11-17a)

### Rhein Neckar Kreis:

- N=3981, 4. Klasse
- 6-13% CD: ♂:♀ = 5:1

Ravens-Sieberer et al., 2008, Hölling et al. 2007, NICE 2006, Siminoff et al. 1997, Carlson et al. 1997, Biederman et al. 1999, Wrowley & Riggs 1995, Young et al. 1995, Haffner et al., 2001





## Neuentwicklungen im DSM 5

- DMDD
- ODD
- DMDD
- CU traits



## DSM 5: Disruptive Mood Dysregulation Disorder

- A. Charakterisiert durch **schwere Wutausbrüche** bei gewöhnlichen Stressoren
1. Die Ausbrüche manifestieren sich verbal oder im Verhalten, durch Beschimpfungen, oder physische Gewalt gegen Menschen oder Dinge.
  2. Die Reaktion ist in Intensität oder Dauer der Situation oder Provokation deutlich unangemessen
  3. Die Reaktion ist nicht konsistent mit dem Entwicklungsniveau
- B. *Frequenz*: Die Wutausbrüche kommen **dreimal oder häufiger** in einer **Woche** vor.
- C. *Stimmung zwischen den Wutausbrüchen*:
1. Die Stimmung ist fast jeden Tag zwischen den Wutausbrüchen persistierend negativ ( gereizt, wütend u./od. traurig)
  2. Die negative Stimmung ist durch andere beobachtbar (z.B. Eltern Lehrer, peers).





## DSM 5 Disruptive Mood Dysregulation Disorder

D. *Dauer*: **min. 12 Monate**, kein symptomfreies Intervall länger als 3 Monate.

E. Wutausbrüche u./od. negative Stimmung in **min. 2 Settings**, davon min., in einem Setting schwer ausgeprägt

F. Alter: **min. 6 Jahre**

G. **Beginn vor dem 10. Lj.**

H. Im vergangenen Jahr nie eine abgegrenzte Periode mit abnorm gesteigerter Stimmungslage länger als einen Tag





## CU traits

Fehlendes Schuldgefühl

Fehlende Empathie

Kaltes Benutzen anderer für eigene Zwecke

Stabil von Kindheit bis ins Erwachsenenalter

Prädiktor für Psychopathie und Delinquenz im  
Erwachsenenalter:

Mehr Kapitalverbrechen, längere Gefängnisstrafen

Frick & White, 2008, Lynam et al., 2007,  
Enebrink et al., 2005, Pardini & Fite, 2010





## DSM 5: Callous and Unemotional Specifier

1. Erfüllt SSV Kriterien
2. 2 od. mehr durchgängig f. min. 12 Monate in min. 2 Settings, Informationen aus mehreren Quellen

Fehlen von Reue und Schuld (außer bei Angst vor Bestrafung)

Fehlen von Empathie

Gleichgültigkeit bzgl. Performanz

Oberflächlicher od. fehlender Affekt

Frick & Moffitt, 2010, [www.dsm5.org](http://www.dsm5.org)





## DSM 5 ODD

A. A persistent pattern of angry and irritable mood along with defiant and vindictive behavior as evidenced by four (or more) of the following symptoms being displayed with one or more persons other than siblings.

### **Angry/Irritable Mood**

1. Loses temper
2. Is touchy or easily annoyed by others.
3. Is angry and resentful

### **Defiant/Headstrong Behavior**

4. Argues with adults
5. Actively defies or refuses to comply with adults' request or rules
6. Deliberately annoys people
7. Blames others for his or her mistakes or misbehavior

### **Vindictiveness**

8. Has been spiteful or vindictive at least twice within the past six months

B. <5 years: on most days for 6 months, >5: at least 1x/week, non normative

C. significant impairment.

[www.dsm5.org](http://www.dsm5.org)





## CU traits

Defizit in Wahrnehmung negativer emotionaler Stimuli

Defizit Zeichen von Angst und Streß bei anderen wahrzunehmen

Wenig sensitiv vs. Bestrafung

Erwarten in aggressiven Situationen ein positiveres Ergebnis

Mehr furchtloses oder „thrill seeking“ Verhalten

Weniger Ängstlichkeit, weniger Neurotizismus

Geringere Cortisol Spiegel im Speichel (Loney et al., 2006, Hawes et al., 2009)

Oxytocin Rezeptor Polymorphismus: OXTR\_rs237885 AA genotype (Beitchman et al., Epub 2012)

fMRI: Amygdala bei Kindern: herabgesetzte Aktivierung bei ängstlichen Gesichtern (Marsh et al., 2008)

Frick & White, 2008







## DMDD als ODD specifier?

15% d. ODD Patienten: DMDD

alle DMDD Patienten: ODD

„Severe mood dysregulation“ im Alter von 10.6 und  
„chronic irritability“ im Alter von 13.8: Prädiktor f. unipolare  
Depression im Erwachsenenalter

-> DMDD kein „specifier“ sondern eigene Diagnose in  
„mood disorder“ Abschnitt: klinischer Verlauf

Copeland et al., 2009, Brotman et al., 2006, Leibenluft et al., 2006





## CD – CU specifier

### Pittsburgh Youth study

- N= 1517 Jungen, 2-year follow up
- Klasen: 1, 4 und 7, top 30% antisoziales Verhalten: oversampling
- Eltern-, Lehrer- und self-report, Polizeiakten

15.7% ADHD

13.4% ODD ohne CD

5.9% CD (93.2% childhood onset)



## CD – CU specifier

ADHD Symptome: Prädiktor für moderate/schwere Gewalt

ADHD und ODD Symptome: Prädiktor f. Angst/Depression und soziale Probleme

ADHD allein: schulische Probleme

Hyperaktiv/impulsive Symptome:

Prädiktor für moderate/schwere Gewalt , ODD, SSV,  
Angst/Depression und soziale Probleme

Unaufmerksamkeit: schulische Probleme

SSV und ODD Symptome: Prädiktor für Anzeigen aufgrund kriminellen Verhaltens

SSV Symptome: Prädiktor für moderate/schwere Gewalt und Diebstahl

CU traits Prädiktor für:

– moderate/schwere Gewalt, Jahre im Gefängnis, Anklage wegen Straftaten, geringere Angst/Depression



## CD – CU specifier

Pardini &  
Fite, 2010

ADHD symptoms predicted moderate/serious violence

ADHD and ODD symptoms predicted anxiety/depression

***„The findings stress the importance of considering CU traits as a risk factor for serious and persistent forms of criminal behavior“***

CU traits predicted:

- moderate/serious violence, number of years with criminal charge and receiving serious criminal charge, lower anxiety/depression

**Pardini & Fite, 2010**





## CU Prävalenz I

British Child and Adolescent Mental Health survey:

– N=7,977, 5-16 Jahre, follow up (3 Jahre): 5,326

DSM IV CD: 2% (1.5% Mädchen, 2.5% Jungen):

- 46.1% hohe CU traits
- 2.9% hohe CU traits, kein SSV

CD+CU:

- Schwerere Verhaltensstörung,
- Höheres Risiko einer SSV Diagnose 3 Jahre später
- Höheres Risiko einer späteren psychiatrischen Diagnose
- Häufigere Polizeikontakte

Rowe et al., 2010





## CU Prävalenz II

community sample (3.-7. Klasse, n=1136, SSV: 16%):

- 32% mit CU
- 7% CU ohne SSV

klinisches sample (Alter: 5-18, n=566, SSV: 13%):

- 50% mit CU
- 32% CU ohne SSV

Kahn et al., 2012





## CU: klinisch relevant?

**CU traits: relativ furchtloses Temperament und weniger empfindlich vs. Bestrafungen**





## CU: clinical relevant?

**CU traits: relativ furchtloses Temperament und weniger empfindlich vs. Bestrafungen**



**Sprechen auf Behandlung anders an**

Weniger Ansprechen auf Elterninterventionen:

- Gutes Ansprechen bei Interventionen, die positive Verstärkung und Belohnung fördern
- Keine Effektivität: Interventionen, die effektivere disziplinarische Strategien vermitteln

Weniger gutes Ansprechen auf VT

Pardini, 2006 , Hawse & Dadds, 2005, Waschbusch et al., 2007







## ODD-SSV-ASPS

80% d. Jungen mit SSV hatten früher ODD

40-60% d. Jungen ODD entwickeln SSV

35% ~ 50% d. Jungen mit SSV entwickeln eine ASPS

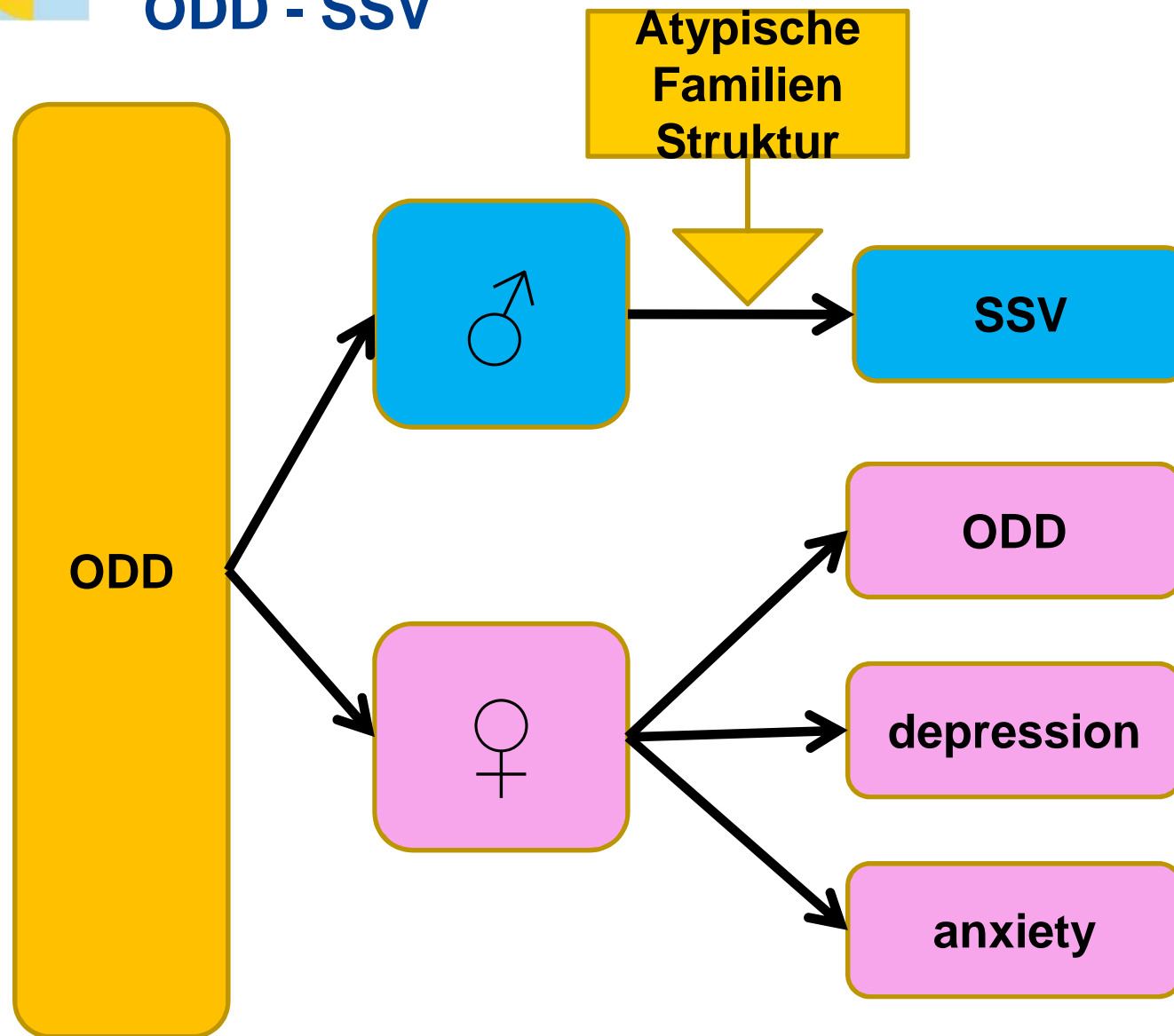
60-90% der Erwachsenen mit ASPS hatten früher eine SSV

Moffitt et al., 2008





## ODD - SSV



n= 1420, 4 jährliche Wellen, Alter: 9-16

Rowe  
et al.,  
2002





# Ätiologie





## Psychosoziale Risikofaktoren f. Aggression, pränatal

Trennung der Eltern vor Geburt

Geringes Einkommen der Herkunftsfamilie

Mutter: häufiges antisoziales Verhalten in der  
Jugendzeit

Geburt d. Kindes vor dem 21. Lj.

kein high-school Abschluß

Rauchen während der Schwangerschaft

Tremblay et al. 2004





# HOT oder COLD Aggression

Hans Steiner (2005)

## HOT

stärkerer Einfluß des  
Hypothalamus und des  
limbischen Systems

Impulsivität: eher  
serotonerges System

## COLD

stärkerer Einfluß  
höherer kortikaler  
Strukturen

Beteiligung  
dopaminergere  
Strukturen



## Neuroanatomie der Aggression

Schädigung des frontalen Cortex: HOT ↑  
Läsion, Tumor od. Epilepsie d.  
Temporallappens: aggressives Verhalten

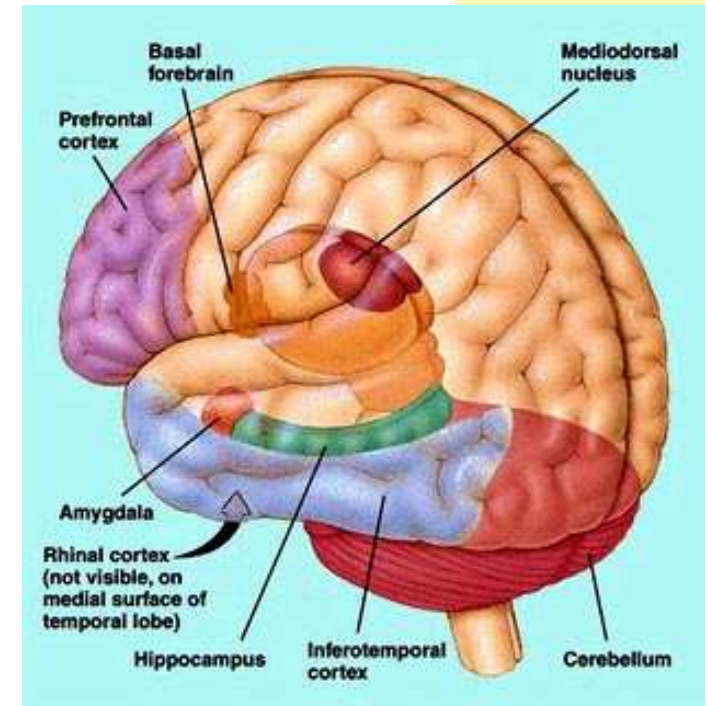
fMRT:

Aktivität im frontalen Cortex ↓: b.  
Menschen mit HOT ↑

Höhere Aktivierung im PFC: weniger hohe  
Aggressionsscores

Gesteigerte Aktivität der Amygdala beim  
Betrachten wütender Gesichtsausdrücke b.  
Menschen mit HOT

ABER: reduzierte Amygdala Aktivität b.  
COLD





## Neuroanatomie der Aggression

Schädigung des frontalen Cortex: HOT ↑  
Läsion, Tumor od. Epilepsie d.  
Temporallappens: aggressives Verhalten

fMRT:

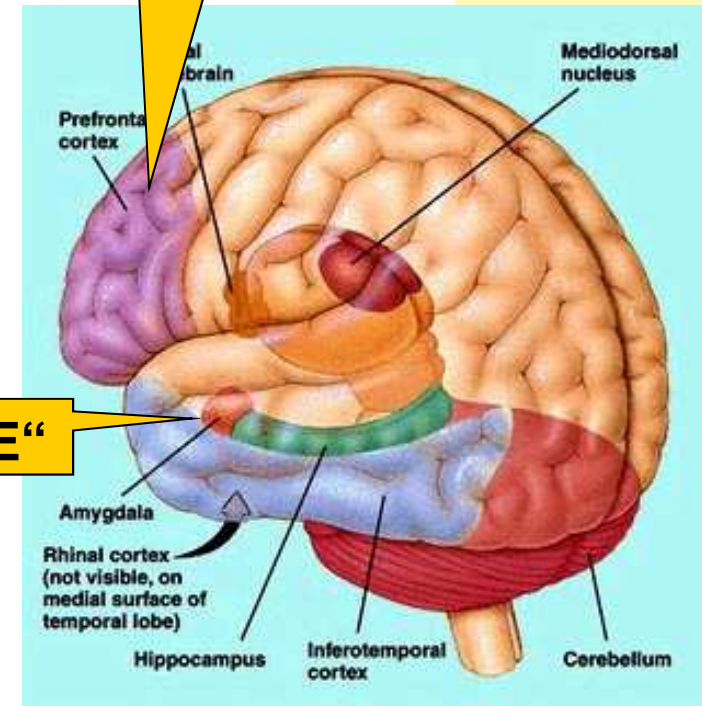
Aktivität im frontalen Cortex ↓: b.  
Menschen mit HOT ↑

Höhere Aktivierung im PFC: weniger hohe  
Aggressionsscores

Gesteigerte Aktivität der Amygdala beim  
Betrachten wütender Gesichtsausdrücke b.  
Menschen mit HOT

ABER: reduzierte Amygdala Aktivität b.  
COLD

„BRAKES“



„DRIVE“

Frontaler Cortex hat  
inhibitorischen Einfluß  
auf Amygdala und  
Hypothalamus



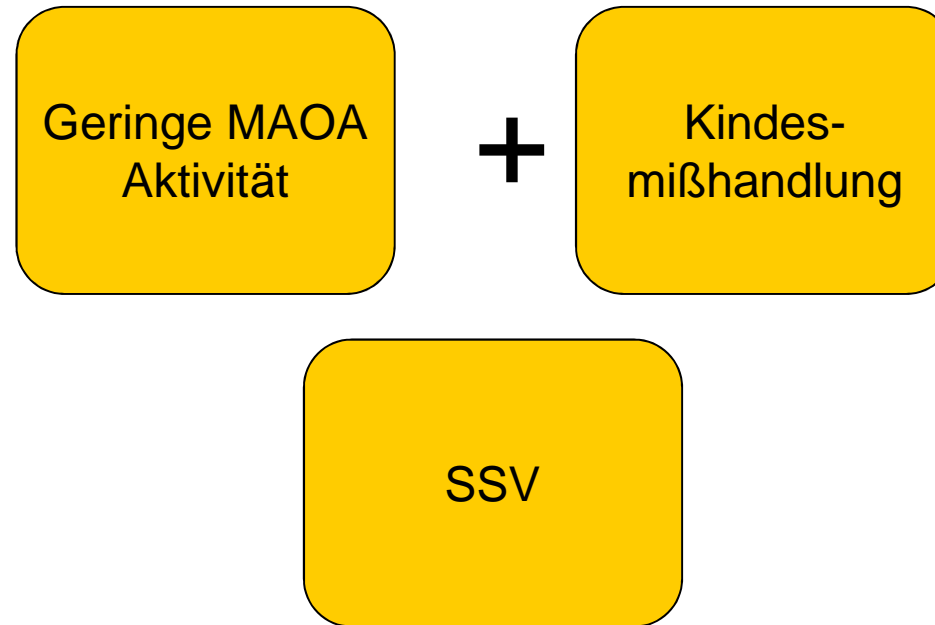
## Ätiologie: Neurotransmitter

- **Serotonin**
- **Dopamin**
- **GABA**
- **Noradrenalin**
- **Stickstoffmonoxid**
- **Oxytocin / Vasopressin**
- **Steroide (Testosteron, Östrogene)**





...und jetzt kommt noch die Umwelt dazu...



Effekt von Kindesmißhandlung auf aggressives Verhalten: signifikant stärker bei Kindern mit geringer MAOA Aktivität:

Mehr antisoziales Verhalten

Mehr Störungen des Sozialverhaltens

Mehr Verurteilungen für Gewalttaten

Caspi et al. 2003





## Protective Faktoren

Hoher IQ

„ruhiges“ Temperament

Fähigkeit gut mit anderen in Kontakt zu kommen

Gute schulische Arbeitshaltung

Außerschulische Kompetenzen

Gute Beziehung zu min. einem Elternteil od. anderem wichtigem Erwachsenen

Prosoziale peers

Schulatmosphäre, die Wert auf Erfolg, Verantwortung und Selbstdisziplin legt

### -> Risk-Resilience-Modell

Kein klarer Alleinauslöser: Mischung protektiver- und Risikofaktoren





# Diagnostik





# Diagnostik I

## Symptomatik

Interview mit Kind/ Jugendlicher u. Eltern (getrennt u. zusammen)

Kind: Familienbeziehungen, peer-Beziehungen, Freizeitverhalten, (Computerspiele), Delinquenz, Substanzkonsum, sex. Entw., Selbstbild

Eltern: Umgang mit Problemen, Stress, soz. Integration, Erziehungsmethoden, Umgang mit Aggression

## Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte:

Entw., Pränatale u. Geburtsanamnese (Alk, Drogen, Infektionen, Medikamente, Hypoxie, Streß in der SS), Med. Vorgeschichte (Anfallsleiden, Unfälle), körperl./ sex. Mißbrauch, Adoptionen, Schullaufbahn





# Diagnostik II

## Psych. Komorbidität

HKS, Drogen, Depression, Angst, Suizidalität, Paranoia

## Rahmenbedingungen:

Familienanamnese (Modelle, Mißbrauch, Psych. Störungen in Familie, Umweltbedingungen, Schule)

## Apparative Labor- und Testdiagnostik

Standardfragebogen bzgl. Verhalten (Eltern Lehrer, Kind/ Jugendlicher)

Testdiagnostik: IQ, Sprache, Teilleistungsstörungen

Körperl. U. neurolog. Untersuchungen b. Verdacht (Substanzkonsum, Mißbrauch, neurlog. Auffälligkeiten)

Drogenscreening b. Verdacht od. Anamnese

## Entbehrlich:

Apparative Diagnostik ohne anamnestische Hinweise

Projektiv-psycholog. Diagnostik





## Eltern dissozialer Kinder zeigen häufiger:

Mangel an klaren Alltagsregeln

- (abends zu Hause sein, Hausaufgaben, Mithilfe)

Inkonsistente Bestrafungsregeln

kaum nicht-aggressive Strafen

- (time-out; "abarbeiten", Entzug von Privilegien)

rigorose Ankündigung von Strafmaßnahmen

- (keine Diskussion über Kompromisse)





## Erziehungsstile- Pittsburgh Youth study

Longitudinale Studie: 14 Jahre: 7-19a

**Autoritär:** wenig Unterstützung, viel Kontrolle, körperliche Züchtigung

**Zuverlässig:** viel Unterstützung, viel Kontrolle, gute Kommunikationsskills, keine körperliche Züchtigung, adäquate Kontrolle

**Gewährend:** viel Unterstützung, wenig Kontrolle

**Vernachlässigend:** wenig Unterstützung, wenig Kontrolle, körperliche Züchtigung

Maccoby & Martin 1983, Hovee et al. 2008





## Erziehungsstile- Pittsburgh Youth study

Longitudinale Studie: 14 Jahre: 7-19a

**Autoritär:** wenig Unterstützung, viel Züchtigung

**Zuverlässig:** viel Unterstützung, gute Kommunikationsskills, Kontrolle

**Gewährend:** viel Unterstützung, wenig Kontrolle

**Vernachlässigend:** wenig Unterstützung, wenig Kontrolle, körperliche Züchtigung

Vernachlässigendes  
Erziehungsverhalten:  
Risikofaktor f. Mitglied einer  
moderaten oder schwer  
deliquenten Gruppe







## Familienzentrierte Interventionen

„PMT“= parent management training

Grundkonzept:

- Verhaltensprobleme werden durch maladaptive Eltern-Kind Interaktionen entwickelt und aufrechterhalten

Elterntraining: Muster der Eltern- Kind Interaktion verändert- mehr prosoziales statt erzwungenes Verhalten innerhalb d. Familie

- Klare und konsistente Regeln
- Positive Verstärkung
- Milde Konsequenzen
- Kompromißbereitschaft





# Psychosoziale Intervention

Präventions- und frühe Interventionsprogramme sind effektiv, wenn..

1. Unterstützung von Kind, Familie und Lehrer/Erzieher erfolgt.
2. Gezielte Interventionen regelmäßig hochfrequent erfolgen
3. Die Intervention ausreichend lang ist (mind. 2 Jahre)
4. Spezifische Interventionen zur Reduktion psychosozialer Risikofaktoren (gewalttätiges Familienklima, vernachlässigender oder misshandelnder Erziehungsstil) erfolgen
5. Eine Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktion erfolgt (Kommunikation, Problemlöse-Verhalten, Copingstrategien)
6. die Intervention möglichst früh erfolgt (Alter des Kindes 0-6 Jahre)
7. eine intensive Kollaboration zwischen Familie, Schule, Jugendamt, Jugendgerichtshilfe und KJP erfolgt

Connor, 2006





## Medikamentöse Behandlung

Beste Evidenz zur Zeit für

- Risperidon und
- Valproat

**KEINE Zulassung** für ein Medikament zur  
Behandlung von F90.1, F91.x oder F92

In RCT waren alle atypischen & konventionellen  
Neuroleptika Placebo überlegen

Connor et al 2006, Tcheremissine et Lieving 2006, Ruths et Steiner 2004, Tcheremissine et al 2004, Steiner et al 2003, Humble et Berk 2003, McDougle et al 2003, Bassarath 2003, Gérardin et al 2002





## Psychopharmakologische Behandlung in D:

n= 17,450

Antipsychotika: 1.09/1000 in letzten 7 Tagen

Hohe Rate: „off-label“

„behavioral use“: Einsatz zur Verhaltenssteuerung

Koelch et al., 2009





# Psychopharmakologische Behandlung I

Atypische Antipsychotika: wirken auf verschiedene Rezeptoren:  
Serotonin, Dopamin, NMDA,  
Noradrenalin, GABA

Um verschiedene neurobiologische Ziele anzusprechen: Kombination v. AA und Anticonvulsivum

*„Clozapine plus an anti-convulsant should be used for the most resistant and severe cases“*

Comai et al., 2012





## Psychopharmakologische Behandlung II

- Experts (n=46) opinion: consensus Untersuchung
- 1. Schritt: psychosoziale Interventionen und PMT
- Stimulantien, AAs und Mood stabilizer als Mittel der ersten Wahl



# Psychopharmakologische Behandlung III

Treatment Options	1	2	3	4	5	6	7	8	9				1st	2nd	3rd	N	
										$\bar{x}$	sd	TOC*					
Behavior therapy										◆	8.3	1.0	54.4	93.5	6.5		46
Patient and/or family education										◆	8.2	1.1	50	97.8	2.2		45
Parent management training										◆	8.0	1.1	37	88.9	11.1		45
Managing the environment										◆	7.8	1.1	32.6	86.0	14.0		43
Consultation with teachers										◆	7.6	1.0	23.9	88.9	11.1		45
Family support and advocacy										◆	7.4	1.3	26.1	76.1	23.9		46
Multi-systemic therapy										◆	7.2	1.7	24.4	67.4	30.2	2.3	43
Cognitive behavior therapy (CBT)										◆	6.7	1.6	15.2	62.2	33.3	4.4	45
Social skills training										◆	6.7	1.4	6.7	60.0	37.8	2.2	45
Anger management group										◆	6.3	1.9	15.2	51.1	40.0	8.9	45
Individual counseling										◆	6.1	1.9	6.7	47.7	40.9	11.4	45



Pappadopoulos et al., 2011



## Psychopharmakologische Behandlung IV

Mittel d. 1. Wahl f. SSV und ODD nach erfolgloser VT od. PMT:

Stimulantien

Weiters:

- Risperidon
- Lithium
- Valproinsäure

Pappadopoulos et al., 2011







## Psychopharmakologische Behandlung V

Indikationen f. Beginn v. AA Behandlung (nach erfolgloser psychosozialer Intervention):

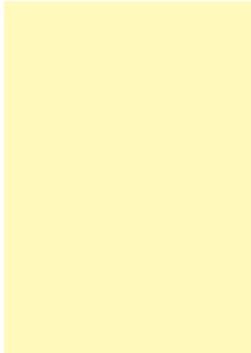
- Attackiert und verletzt andere schwer
- Fügt sich selbst schwere Verletzung zu od. Suizidversuch
- Schlägt Kopf auf
- Schneidet oder verbrennt sich selbst

Pappadopoulos et al., 2011





# Psychopharmakologische Behandlung VI



Treatment Options	1 2 3 4 5 6 7 8 9									$\bar{x}$	sd	TOC*	1 <sup>st</sup>	2nd	3rd	N
Anticonvulsant/mood stabilizer							—•—			7.8	1.1	24.4	90.5	9.5		42
Antidepressant				—•—						5.0	1.6	0	22.0	53.7	24.4	41
Alpha agonist				—•—						4.8	1.9	2.2	25.0	40.0	35.0	40
Beta blocker			—•—							3.8	1.6	0		57.5	42.5	40
Another atypical antipsychotic			—•—							3.5	1.9	0	7.1	31.0	61.9	42
Conventional antipsychotic		—•—								3.0	1.5	0	2.4	34.1	63.4	41
Benzodiazepine	—•—									2.5	1.3	0		19.5	80.5	41

\*TOC – Treatment of Choice, rated a 9 by at least 50% of participants; AAP – Atypical Antipsychotic; sd = Standard deviation

**FIG. 6.** Assume a patient has had only a partial response to an AAP for aggressive-destructive behavior. Rate the appropriateness of adding any of the listed medications.





# Psychopharmakologische Behandlung VII

Treatment Options	1 2 3 4 5 6 7 8 9									$\bar{x}$ sd TOC*			1st	2nd	3rd	N
													Line			
Evaluate adherence to monoRx before polypharmacy:										8.7	0.6	66.7	100.0			43
Track target symptoms over time when using polypharmacy:										8.5	0.8	62.2	97.6	2.4		42
Wait after making changes to 1 med before changing regimen										8.5	0.6	53.3	100.0			43
Avoid changing more than one medication at a time										8.5	0.7	53.3	100.0			43
Re-evaluate diagnosis before trying polypharmacy										8.2	1.0	46.7	95.3	4.7		43

Treatment Options	1 2 3 4 5 6 7 8 9									$\bar{x}$ sd TOC*			1st	2nd	3rd	N
													Line			
Relapse despite adherence to treatment										8.5	0.8	60.9	97.7	2.3		43
Marked increase in LFTs										8.4	1.1	63.6	97.6		2.4	41
Persistent EPS										8.4	0.9	53.3	95.2	4.8		42
Neutropenia										8.4	1.4	60.9	97.6		2.4	42

Pappadopoulos et al., 2011





**Vielen Dank  
für Ihre  
Aufmerksamkeit**

