

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft *Psychosoziale Gesundheit*

KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE (1)

DISSOZIALES VERHALTEN IM KINDES- UND JUGENDALTER

Störungen des Sozialverhaltens nehmen zu, und dies schon im Kindes- und Jugendalter. Beispiele: siehe erwähnte Fachbegriffe im nachfolgenden Kasten.

Welches sind die wichtigsten Symptome und Krankheitsbilder? Wie unterscheiden sich Jungen und Mädchen? Was könnte es sonst noch sein? Was geschieht, wenn mehrere Krankheiten zusammenkommen? Wie häufig sind Störungen des Sozialverhaltens und nimmt es wirklich zu? Wie entwickelt sich eine solche Störung im Laufe des Lebens und wie kommt es überhaupt dazu? Welche Rolle spielen Erbanlage, sonstige biologische Einflüsse, vor allem aber das Umfeld (Familien- und Wohnverhältnisse), das elterliche Erziehungsverhalten, die Einflüsse gleichaltriger Gruppen – und der Medien (nicht zuletzt Video- und Computerspiele mit aggressiven Handlungen)? Welches sind die wichtigsten Defizite in einer solchen Persönlichkeitsstruktur und wie behandelt man dissoziale Störungen?

Nachfolgend eine komprimierte Übersicht.

Erwähnte Fachbegriffe:

dissozial – asozial – oppositionelles Trotzverhalten – dissoziale Verhaltensweisen – antisoziale Impulse – Sozialisation – intrapsychische Reifung – Störung des Sozialverhaltens – delinquente Handlungen – soziales Schicksal – instrumentell-dissoziales Verhalten – Ehrenkodex – deviantes (abweichendes) Verhalten – Psychopathie – Persönlichkeitsstörung – seelisch kranke Rechtsbrecher – Forensik – ängstlich-gehemmte

Charaktervariante mit Aggressionen – posttraumatische Belastungsstörung – Zwangsstörung – organische Persönlichkeitsstörung – Hirnschädigung – Hirnhautentzündung – postiktale Zustände – Krampfanfälle – Schläfenlappen-Epilepsie – Flashbacks – Anpassungsstörungen – Lebensveränderungen – emotional instabile Persönlichkeitsstörung – intermittierende explosive Störung – Komorbidität – Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) – hyperkinetische Störung – hyperaktive Störung des Sozialverhaltens – Depressionen – Angststörungen – Lügen – Diebstähle – Aggressionen – Treten – Beißen – Schlagen – Grausamkeit – Tierquälen – Erpressung – bewaffneter Raubüberfall – Schule schwänzen – Eigentum zerstören – vorsätzliche Brandstiftung – Einbruch – sexuelle Übergriffe – Empathie – Einfühlungsvermögen – Schuldgefühle – Angst – Emotionen – Arbeitsplatzwechsel – Scheidung – impulsiv-feindseliges Verhalten – unzureichende Handlungskontrolle – Selbstkontroll-Mangel – geringe Frustrationstoleranz – kognitive Verzerrungen – ängstlich-aggressives Verhalten – überkontrolliert – ängstlich – depressiv – schüchtern – Dissozialität bei Mädchen – Dissozialität bei Jungen – explosives Verhalten – Wutausbrüche – Gewalttaten – Eigentums-Zerstörung – emotionaler Dauer-Stress – Sachbeschädigung – Eigentumsdelikte – Körperverletzung – Schwarzfahren – Raufereien – Zornesausbrüche – Kriminalstatistik – Gewaltkriminalität – Vererbung – genetische Aspekte – psychobiologische, psychologische, psychosoziale und soziologische Faktoren – neuroanatomische und neurobiologische Störungen – Unfall-Folgen – Stirnhirn-Verletzung – fehlende Gewissensbildung – unzureichende Gemütskontrolle – hormonelle Ursachen – Neurotransmitter – Botenstoffe – Testosteron – Dominanz-Verhalten – Impulsivität – Temperament – Konfliktsituationen – aggressive Lösungsstrategien – Intelligenzniveau – Umgebungs-Einflüsse – Straffälligkeit – Wohnverhältnisse – Erziehungspraktiken – Misshandlung – elterliche Konflikte – elterliche Trennung – widrige Familienverhältnisse – kritikloses Neugierverhalten – „schlechter Einfluss“ – Ausgrenzung – Isolation – negative Erfahrungen – Diebstahl – Vandalismus – Negativ-Kontakte – Medien-Einfluss – Videospiele – Computerspiele – Armut – Drogenkriminalität – Bindungsstörungen – Empathie-Defizit – unzureichende Gewissensbildung – Beziehungsstörungen – mangelhafte Gemütsstiefe – Ich-Reifung – Gewissensbisse – Gewissensstruktur – Verhaltenshemmung – Selbstbeherrschung – Verantwortungsbewusstsein – Impulskontrolle – tiefgehende Beleidigungen – Kränkungen – exogene Stressfaktoren (Hitze, Lärm, Schmerz) – Rauschdrogenkonsum – Alkoholeinfluss – Schrei-Baby – Problem-Fälle – multimodale Therapie – Pädagogik – Psychotherapie – Pharmakotherapie (Lithium, Antiepileptika, nieder- und hochpotente Neuroleptika, Antidepressiva, Methylphenidat u.a.m.) – Elternberatung – Schulberatung – traumatische Re-Inszenierung – Jugendhilfemaßnahmen – u.a.m.

Man liest und hört es jeden Tag und ist immer wieder aufs Neue bestürzt: Unsere Kinder und Jugendlichen „laufen zunehmend aus dem Ruder“. Das mag ein Informations-Überschuss-Problem sein („medialer Overkill“), aber es wäre auch falsch, Augen und Ohren zu verschließen. Es führt kein Weg an der bitteren Erkenntnis vorbei: Die einst(?) fest gefügten gesellschaftlichen Strukturen wanken, die Verhaltens-Konsequenzen werden immer deutlicher, das Fehlverhalten in seiner vielfältigsten Form schlägt auf immer jüngere Jahrgänge durch.

Da mag es hilfreich sein, dass hier nicht nur soziale Defizite (und damit wir alle?) ihren unheilvollen Einfluss verbreiten, sondern auch biologische Ursachen, die allerdings auch früher schon vorhanden sein mussten. Beispiel: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung („Zappelphilipp“) mit nicht selten sozial grenzwertigen Verhaltensweisen. Der Struwwelpeter-Autor und Nervenarzt Dr. Heinrich Hoffmann (1871) bringt auch dafür Entlastung, nämlich „die Geschichte vom bösen Friederich“. Doch muss man wohl auch dem Einwand Recht geben, der da besagt: Wenn es die biologische Grundlage schon immer gegeben hat, warum nimmt das dissoziale Verhalten gerade jetzt so bedrängend zu? Hier muss doch eins zum anderen kommen (Summations-Effekt) – und wir sind wieder bei den psychosozialen Defiziten unserer Zeit und Gesellschaft.

So kann es auch nicht verwundern, dass sich gerade die Kinder- und Jugendpsychiater vermehrt mit diesem Problem auseinandersetzen müssen. Eines dieser Kapitel im 2004 erschienen Lehrbuch der *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters* (s. u.) trägt deshalb auch diesen Titel. Um was handelt es sich?

C. Eggers, J. M. Fegert, F. Resch (Hrsg.):

PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE DES KINDES- UND JUGENDALTERS

Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2004, 1.001 S., 87 Abb., 131 Tab., € 129,95.

ISBN 3-540-42916-6

Oppositionelles Trotzverhalten und dissoziale Verhaltensweisen

Oppositionelles Trotzverhalten oder dissoziale Verhaltensweisen wie Lügen, kleinere Diebstähle oder aggressives Verhalten gegenüber anderen kommen bei einer großen Zahl von Kindern im Verlauf ihrer Entwicklung vorübergehend vor, ohne dass von einer schwerwiegenden Verhaltensstörung gesprochen werden kann. Beinahe 80% aller Kinder zeigen zum Ende des 2. Lebensjahres in der Interaktion mit Gleichaltrigen aggressive Verhaltensweisen wie Treten, Beißen oder Schlagen. Wenn das Wegnehmen von Spielgegenständen hinzugenommen wird, erhöht sich die Zahl auf über 90%, gibt der Autor dieses

Kapitels Prof. Dr. Klaus Schmeck von der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm zu bedenken.

Doch im Verlauf der Entwicklung gelingt es der Mehrzahl unter adäquater Anleitung und durch kompetente Erziehung ihre aggressiven und antisozialen Impulse immer besser zu kontrollieren. Das ist dann auch ein zentraler Aspekt der so genannten Sozialisation und intrapsychischen Reifung.

Wenn dies jedoch nicht in den Griff zu bekommen ist, sich ständig wiederholt oder gar zum andauernden Muster von dissozialen, aggressiven oder oppositionell-aufsässigen Verhaltensweisen wird, dann spricht man von einer *Störung des Sozialverhaltens*, deren Prognose (Heilungsaussichten) umso schlechter ausfällt, je früher sie beginnen und desto erfolgloser sie – wenn überhaupt – behandelt werden können. Dann droht mit hoher Wahrscheinlichkeit eine chronische Störung, die nicht selten in delinquenten Handlungen endet. Und damit ist das soziale Schicksal fast besiegelt.

Die wichtigsten Einzel-Hinweise und Symptome

Welches sind nun die grundlegenden Symptome oppositionellen Trotz- und Stör-Verhaltens nach den beiden federführenden Klassifikationen, nämlich dem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-IV-TR) der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA) und der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (WHO)?

- *Oppositionelles Trotzverhalten*: wird schnell ärgerlich, streitet sich häufig mit Erwachsenen, widersetzt sich ständig den Anweisungen und Regeln, verärgert andere meist absichtlich, gibt anderen die Schuld für eigene Fehler, ist oft empfindlich und leicht verärgert, wütend und beleidigt, ja boshaft und nachtragend.
- *Störungen des Sozialverhaltens*: aggressives Verhalten gegenüber Menschen und Tieren, d. h. verschüchtert und bedroht andere, beginnt häufig Schlägereien, fügt anderen mit Waffen schwere körperliche Schäden zu, ist körperlich grausam gegenüber Menschen und quält Tiere, schließlich Erpressung oder bewaffneter Raubüberfall. Oder konkret und auf verschiedenen Ebenen angesiedelt: Bleibt nachts ohne elterliche Erlaubnis von zu Hause weg und/oder schwänzt häufig die Schule (vor dem 13. Lebensjahr), lügt zur Erlangung von Vorteilen, stiehlt wertvolle Gegenstände, zerstört fremdes Eigentum, begeht vorsätzliche Brandstiftung, bricht in Autos und Gebäude ein, zwingt andere zu sexuellen Handlungen u. a.

Verschiedene Unterteilungsmöglichkeiten

Interessant sind dabei verschiedene Unterteilungs-Möglichkeiten. Zum einen die Frage: Beginn in der Kindheit (d.h. vor dem 10. Lebensjahr) oder „erst“ in der Adoleszenz (d.h. nach diesem Zeitraum)? Hier die Unterschiede:

- Bei frühem Beginn sind es vor allem Jungen, deren Beziehung zu Gleichaltrigen gestört ist und auch bleibt, die häufig zu körperlichen Aggressionen neigen und schließlich in eine so genannte Antisoziale Persönlichkeitsstörung münden.
- Bei späterem Beginn sind Jungen und Mädchen gleich häufig, ihre Beziehung zu Gleichaltrigen ist eher ungestört, körperliche Aggressionen sind seltener, das Fehlverhalten bleibt in der Regel kaum bestehen und eine Antisoziale Persönlichkeitsstörung ist nur selten zu erwarten.

Oder kurz: Je früher, desto ungünstiger die Zukunftsaussichten.

Bemerkenswert auch die Unterteilung in Subtypen von aggressivem und dissozialem Verhalten. Hier gibt es allerdings wissenschaftlich kontroverse Meinungen. Nachfolgend trotzdem eine Unterteilung in Stichworten:

- Beim so genannten *instrumentell-dissozialem Verhalten* geht es vor allem darum, sich einen Vorteil zu verschaffen, d.h. materieller Gewinn oder Macht, wobei die entscheidenden Beweggründe übersteigertes Selbstvertrauen und Machtgefühl sind und in der Regel kein Leidensdruck und deshalb auch keine Veränderungsbereitschaft zu erkennen ist. Allerdings – so manche Kritiker – dieses (Fehl-)Verhalten gehört in bestimmten Randgruppen der Gesellschaft durchaus zur Norm und der dort herrschende Ehrenkodex legt großen Wert auf Aspekte, die gesamtgesellschaftlich bereits als deviantes (abweichendes) Verhalten gemäßregelt werden.

Diese Wesensart hat große Ähnlichkeit mit Persönlichkeitszügen, die früher für die Psychopathie als kennzeichnend angesehen wurden: oberflächlicher Charme, keine dauerhaften Beziehungen, keine Empathie (Einfühlungsvermögen), keine Schuldgefühle, keine Angst und nur oberflächliche Emotionen (Gefühlsregungen). Und deshalb auch einen häufig instabilen (mehrfache Ehen, wechselnde Arbeitsplätze), wenn nicht gar antisozialen Lebensstil (wiederholte Aggressionen, Verhaftungen).

Wie immer die Wissenschaft heute darüber denken mag, eines ist sicher: Wer beides in sich vereinigt, nämlich eine Störung des Sozialverhaltens mit solchen psychopathischen Wesenszügen, der macht es sich und anderen schwer, seit jeher, da besteht kein Zweifel.

- Beim so genannten *impulsiv-feindseligen Verhalten* steht keine ausreichende Handlungskontrolle zur Verfügung, die diese „spontane Wesensart“ wirkungsvoll steuern könnte. Die Konsequenzen sind durchgehend negativ (also nicht einmal materieller Gewinn oder Machtzuwachs wie beim rein instrumentell-dissozialem Verhalten).

Die Auslöser sind meist reaktiv, d.h. auf vermeintliche oder tatsächliche Bedrohungen oder Provokationen gerichtet. Die gemütsmäßige Beteiligung ist hoch, d.h. Ärger, Wut und auch Angst sind so gut wie immer zu finden.

Als Grundlagen gelten Schwierigkeiten mit der Selbstkontrolle, verstärkt durch eine geringe Frustrationstoleranz und so genannte kognitive Verzerrungen (d.h. die Handlungen der anderen werden grundsätzlich negativ bewertet, was ihre Auswirkungen auf die eigene Person anbelangt, beispielsweise der subjektive Eindruck von Benachteiligung, Bedrohung u. a.). Die Reaktionen sind impulsiv und damit ungeplant und – im Gegensatz zum instrumentell-dissozialem Verhalten – nur mit Nachteilen gepflastert.

Die Konsequenzen liegen auf der Hand – und bleiben doch dauerhaft und beinahe unbeirrbar konstant durchgezogen. Das legt den Verdacht nahe, hier könnte es sich um eine biologische Grundlage handeln, d.h. der Betreffende hätte dann noch weniger Einfluss auf eine willentliche Korrektur.

- Im Alltag findet sich allerdings häufig eine *Mischung* dieser beiden Subtypen, wobei die Kinder- und Jugendpsychiater aber doch versuchen, einen jeweiligen Schwerpunkt herauszuarbeiten. Denn danach richten sich nicht zuletzt Therapie und Langzeitbetreuung (einschließlich möglicher medikamentöser Maßnahmen).

Schließlich findet sich noch eine dritte Gruppe, nämlich

- ein *ängstlich-aggressives Verhalten*: Gerade im forensischen Bereich (also jener psychiatrischer Experten, die sich mit seelisch kranken Rechtsbrechern befassen) wurde immer wieder deutlich: Es gibt auch gewalttätige Menschen, die im Alltag eher überkontrolliert, ängstlich, ja depressiv und schüchtern sind, und dennoch in Extremsituationen aggressive Durchbrüche erleben, deren Gewalttätigkeit die der anderen beiden Gruppen oft noch übersteigt.

Tatsächlich war schon früher klar geworden: Schwerwiegende Straftaten sind nicht nur von ausgesprochen unbeherrschten Jugendlichen zu erwarten, sondern – auf den ersten Blick paradoxerweise – auch von überstark beherrschten jungen Menschen. Sie begehen zwar deutlich weniger, dafür aber oft noch

gewalttätigere Verbrechen gegen andere als die weniger kontrolliert erscheinenden jugendlichen Delinquenten.

Diese ängstlich-gehemmte Charaktervariante aggressiven Verhaltens wird jedoch nicht zu den Störungen des Sozialverhaltens gerechnet. Hier fallen eher Kinder und Jugendliche nach posttraumatischen Belastungs- oder Zwangsstörungen auf (siehe die entsprechenden Kapitel).

Wie unterscheiden sich Jungen und Mädchen?

Dissoziales Verhalten ist eine männliche Domäne, davon war man jedenfalls früher derart überzeugt, dass es für die von Mädchen ausgeübten „verwerflichen Verhaltensweisen“ lange Zeit keine wissenschaftlichen Kriterien gab. Das von Mädchen eher ausgeübte dissoziale Verhalten, das durch indirekte, vor allem verbal aggressive Reaktionen, durch Ausgrenzung oder rufschädigende Nachrede gekennzeichnet ist, wird in den wissenschaftlichen Klassifikationskriterien bis heute nicht befriedigend aufgeführt. Das macht entsprechende Geschlechts-Angaben schwer.

Trotzdem kann man aufgrund der bisher vorliegenden Untersuchungen davon ausgehen, dass in allen Altersgruppen Mädchen etwa 50% weniger delinquente Verhaltensweise zeigen wie Jungen. Auch ist der Beginn vor dem 10. Lebensjahr, was ja erfahrungsgemäß besonders negativ durchschlägt, bei Mädchen sehr viel seltener als bei Jungen. Interessant aber der Altersschwerpunkt beginnenden kriminellen Verhaltens bei Jugendlichen generell: Mädchen eher in der Zeit um das 13., Jungen um das 17. Lebensjahr herum.

Mit anderen Worten: Mädchen sind deutlich seltener von Störungen des Sozialverhaltens betroffen. Wenn aber aggressive oder dissoziale Verhaltensweisen bei ihnen vorliegen, wird es genauso bis ins Erwachsenenalter durchgezogen wie bei den Jungen (und nicht selten noch konsequenter als beim männlichen Geschlecht).

Differentialdiagnose: Was könnte es sonst noch sein?

Aggressives und sozial unangepasstes Verhalten kann natürlich auch bei anderen seelischen Störungen auftreten. Beispiele: schizophrene Psychosen, affektive Störungen (manisch-depressive Erkrankungen), tief greifende Entwicklungsstörungen u. a. Besonders sorgfältig abzuklären aber sind folgende Erkrankungen mit einem möglichen Aggressions-Potential:

- Eine *organische Persönlichkeitsstörung*, beispielsweise als Folge einer Hirnschädigung durch Unfall, aber auch Hirn(haut)-Entzündungen. Bei Schädel-Hirn-Verletzungen vor allem im Stirnhirnbereich mit

Gemütslabilität, Reizbarkeit und der Unfähigkeit, aggressive Durchbrüche oder sozial unangemessenes Verhalten zu steuern. Ähnliches gilt auch für so genannte postiktale Zustände nach einem Krampfanfall (z. B. bei Schläfenlappen-Epilepsie).

- *Posttraumatische Belastungsstörungen* sind die verzögerte Reaktion auf ein belastendes Lebensereignis von katastrophalem Ausmaß. Leidensbild: quälende Flashbacks (plötzliche und vor allem lebensnahe Wiedererinnerungen) mit Furcht und Vermeidungsverhalten, aber auch Stumpfheit und Teilnahmslosigkeit. Daneben aber auch massive und teilweise sogar äußerst gewalttätige aggressive Durchbrüche, wie sie vor dem Ereignis bei dieser Person noch nie wahrgenommen wurden.
- *Anpassungsstörungen* sind die Folge einschneidender Lebensveränderungen. Beispiele: Emigration, Flucht, Trennungserlebnisse. Früher bezeichnete man sie als abnorme Trauerreaktionen. Wie auch immer: Aggressive oder dissoziale Verhaltensweisen sind dabei nicht ausgeschlossen, wenn auch weniger schwer ausgeprägt. Und vor allem wiederum vor dem belastenden Ereignis nicht (oder zumindest deutlich schwächer) beobachtbar.
- So genannte *emotional instabile Persönlichkeitsstörungen* sind – besonders wenn sie zum impulsiven Typ gehören – gekennzeichnet durch die Neigung zu Streitereien und Konflikten mit anderen, was auch Wutausbrüche und Gewalttaten einschließen kann. Dabei ist das explosive Verhalten kaum oder nur unzureichend kontrollierbar. In diesem Falle werden allerdings die sozialen Normen eher unabsichtlich verletzt.
- Schließlich wird auch eine *intermittierende explosible Störung* definiert, deren Hauptmerkmal zeitlich begrenzte Episoden von schwerer Gewalttätigkeit oder Zerstörung fremden Eigentums ist, weil die aggressiven Impulse nicht kontrolliert werden können. Dieses Fehlverhalten steht vor allem im deutlichen Missverhältnis zu den auslösenden Belastungsfaktoren.

Wenn eine Krankheit zur anderen kommt

Man spricht davon, dass die häufigste Diagnose der Zukunft, zumindest im seelischen Bereich, die Komorbidität sein werde. Das heißt: Es liegen mindestens zwei, wenn nicht gar mehr im Grunde eigenständige Störungen vor, die sich negativ summieren können, mit allen Folgen. Was kann nun bei den Störungen des Sozialverhaltens noch zusätzlich belastend hinzukommen?

- Zum einen eine *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)*, die dann als hyperkinetische (hyperaktive) Störung des Sozialverhaltens bezeichnet wird. So etwas soll in etwa 50% der Fälle objektivierbar sein. Dabei ist noch nicht geklärt, was zuerst belastete bzw. zum Auslöser der zweiten Störung geworden sein könnte. Die einen Wissenschaftler meinen, zuerst eine Störung des Sozialverhaltens, dann die hyperaktive Krankheit. Die anderen behaupten: ADHS führt in einem hohen Prozentsatz zu delinquentem, zumindest aber grenzwertigem Verhalten und schließlich haben wir beides gleichwertig zu verkraften. Wie auch immer:

Bei gleichzeitigem Auftreten einer hyperaktiven Störung und einer solchen des Sozialverhaltens (wobei Letzteres sogar etwas schwächer ausgeprägt sein kann) ist das Risiko für kriminelles Verhalten beim Heranwachsenden und schließlich im Erwachsenenalter deutlich erhöht.

Schon Kinder mit ADHS plus Sozialverhaltensstörung haben im Vergleich zu solchen mit reinen Störungen des Sozialverhaltens einen deutlich früheren Beginn, nehmen einen eher chronischen Verlauf und fallen durch erheblich mehr Aggressionen auf.

- Nicht selten finden sich bei Störungen des Sozialverhaltens zusätzlich *depressive und Angststörungen*. Dabei bleibt die Frage bisher ungeklärt, ob sich beides parallel entwickelt oder ob Ängste und depressive Zustände die Folgen von sozialem Fehlverhalten sind. Letzteres hat einiges für sich: Andauernder emotionaler Stress als Konsequenz negativer Umweltreaktionen auf das störende Verhalten können natürlich Angstzustände und Depressionen auslösen. Das ist vor allem für eine chronische Stör-Entwicklung entscheidend (denn das Umfeld reagiert – notgedrungen – auf entsprechend reizbar-aggressives Verhalten der Betroffenen ebenfalls dauerhaft mit Gegenmaßnahmen, die auch den „Verursacher“ eines Tages zermürben müssen – ein Teufelskreis).

Von praktischer Bedeutung ist die Erkenntnis: Wenn Angst- und Sozialverhaltensstörungen zusammen belasten, drohen noch ausgeprägtere aggressive Zustände und zuletzt eine Chronifizierung (Dauerleiden).

Wie häufig sind die Störungen des Sozialverhaltens?

Gerade die Häufigkeits-Angaben bei grenzwertigen Verhaltensweisen zeigen, wie man solche Zahlen – je nach Bedürfnis – nach oben oder unten interpretieren kann, ohne dadurch im eigentlichen Sinne zu manipulieren. So haben 60 bis 80% der Jugendlichen wenigstens einmal in ihrem Leben eine delinquente Handlung begangen (Beispiele: Sachbeschädigung, Eigentumsdelikt, Körperverletzung, Schwarzfahren). Nach anderen Untersuchungen nähern

sich die Zahlen sogar der 100%-Quote. Doch nur ein Bruchteil davon, nämlich rund jeder Zehnte erfüllt die kennzeichnenden Merkmale für eine Störung des Sozialverhaltens (7,3%) und nur 6% von ihnen sind in wirklich schwerwiegende Fehlhandlungen verwickelt, die bis zur Verhaftung führen.

In Deutschland wurden aufgrund einer repräsentativen Befragung rund 3% aller Mädchen und 6% aller Jungen von ihren Eltern als ausgeprägt aggressiv eingeschätzt. Beispiele: häufige Raufereien oder Angriffe, Bedrohen, Zornesausbrüche, Zerstören von eigenen und fremden Gegenständen u. a. In der Selbstbeurteilung schätzen sich bei den 11- bis 18-jährigen etwa 6% aller Mädchen und rund 7% aller Jungen als „sehr aggressiv“ ein.

So schätzt man entsprechender Häufigkeitsangaben auf etwa 6 bis 8% mit einer Schwankungsbreite von 2 bis 16%.

Alters- und geschlechtsbedingte Unterschiede

Nur wenige werden schon im frühen Alter auffällig, meist beginnt es bei Jugendlichen bis zum 17. Lebensjahr, um danach wieder zurückzugehen. Dies betrifft beide Geschlechter, wobei die Differenz zu Lasten der Jungen im Kindesalter deutlich größer ist und im Jugendalter wieder zurückgeht. Das heißt: Störungen des Sozialverhaltens beginnen bei Mädchen erst spät – oder werden erst später erkannt (da die kennzeichnenden Merkmale bisher vor allem auf das Fehlverhalten von Jungen zugeschnitten sind). Schlussfolgerung:

Mädchen sind seltener aggressiv, während nicht-aggressive dissoziale Verhaltensweisen dann doch wieder gleich häufig und beim weiblichen Geschlecht sogar etwas öfter zu finden sind.

Nimmt das Fehlverhalten zu?

Die Frage, ob in den letzten Jahren eine Zunahme von Gewaltbereitschaft oder gar gewalttätigem Verhalten festgestellt werden konnte, lässt sich – im Gegensatz zur öffentlichen Meinung – nicht leicht und vor allem gar nicht so einfach wissenschaftlich objektivierbar beantworten. Doch selbst bei zurückhaltender Interpretation der (unterschiedlich deutbaren) Datenlage spricht einiges für eine reale Zunahme von Gewalttaten unter Kindern und Jugendlichen.

In den USA sind sie sogar deutlich gestiegen (ohne vergleichbare Zunahme nicht-aggressiver Straftaten). Die deutsche Kriminalstatistik spricht von einer

Erhöhung um das 3,3-fache bei Jugendlichen und um ca. 4/5 bei Heranwachsenden. Dies ist selbst bei jungen Erwachsenen nicht zu finden.

Auch bei Kindern ist die Zunahme der Gewaltkriminalität unübersehbar, bis hin zu Raub, gefährlicher bzw. schwerer Körperverletzung, ja Vergewaltigung oder vorsätzlicher Tötung. Das ist eine bedenkliche Entwicklung.

Wie verläuft eine Störung des Sozialverhaltens?

Bei Vorschul-Kindern sind es vor allem oppositionelle Verhaltensstörungen, die schon in der Grundschulzeit in aggressives Verhalten übergehen können. Bei Heranwachsenden folgen dann schwerwiegendere dissoziale Verhaltensweisen wie Grausamkeit gegenüber Menschen und Tieren, Diebstähle oder Einbrüche. Deshalb gilt die Regel:

Das stabilste aller frühzeitig erfassbaren Persönlichkeitsmerkmale ist aggressives Verhalten, das bereits in der Grundschule auffällt. Von hoher Bedeutung für den weiteren (ggf. kriminellen) Verlauf ist der Zeitpunkt des erstmaligen Auftretens.

Kinder, die beispielsweise erst im 13. Lebensjahr auffällig werden, haben deutlich bessere soziale Heilungsaussichten als jene, die schon im Grundschulalter impulsives, oppositionelles oder gar aggressives Verhalten zeigen. Und wer es bereits vor dem 6. Lebensjahr zu schwerwiegenden Störungen des Sozialverhaltens kommen lässt, dem droht später als Erwachsener eine Antisoziale Persönlichkeitsstörung (Einzelheiten siehe das entsprechende Kapitel über Persönlichkeitsstörungen).

Allerdings gilt es bei dieser bitteren Erkenntnis bestimmte psychosoziale Details zu beachten, die die Kinder- und Jugendpsychiater in ihre Prognose einzubauen pflegen.

Wie kommt es zu Störungen des Sozialverhaltens?

Im Gegensatz zur gängigen Meinung über Aggressivität, Gewalt oder Kriminalität, die sich gerne auf einzelne, hervorstechende Merkmale stürzt („schon der Vater war...“, „was soll unter diesen Verhältnissen auch schon draus werden...“) ist die Realität komplexer. So etwas nennen die Experten ein multifaktorielles Entstehungskonzept, bei dem biologische, psychobiologische, psychologische, psychosoziale und soziologische Faktoren eine Rolle spielen – wenn auch mit wechselnden Schwerpunkten und verschiedenen Untertypen.

Zum anderen aber gilt, dass biologische oder psychobiologische Aspekte in der Erklärung von impulsiv geprägten aggressiven Verhaltensstörungen einen höheren Stellenwert einnehmen. Umgekehrt ist bei dissozial-delinquenten Verhaltensweisen mehr von psychosozialen und gesellschaftlich geprägten Faktoren auszugehen. Oder kurz gefasst:

Beim einen sind es mehr kind-, beim anderen mehr umwelt-bezogene Risiken und in beiden Fällen eine seelische Struktur, die sich gegen sozial schädigende Verhaltensweisen nicht ausreichend zur Wehr setzen kann. Denn auch dem abgebrühtesten Delinquenten ist im Grunde klar, was er jetzt gerade Unrechtmäßiges tut. Kann er sich dagegen stemmen oder wird er (wieder einmal) versagen?

Welches sind die wichtigsten Einflussfaktoren?

Welches sind nun die wichtigsten Einflussfaktoren im Einzelnen? Nachfolgend eine Übersicht in Stichworten:

- Spricht man über **biologische Einflussfaktoren**, dann wird das gerne als unausweichliches Schicksal entschuldigt. Das ist aber ein grundlegendes Missverständnis. Unter biologischem Zwang steht niemand, es wird höchstens die Wahrscheinlichkeit verstärkt oder abgeschwächt, die zum Auftreten bestimmter Verhaltensweisen oder gar Störungen führen kann.

So wird Delinquenz auch nicht einfach vererbt, sondern „lediglich“ die Bereitschaft für solche Verhaltensweisen. Dabei gibt es allerdings Unterschiede. Aggressives Verhalten beispielsweise zeigt einen höheren genetischen (Erb-) Einfluss als delinquentes Fehlverhalten, bei dem die Umwelteinflüsse eine größere Rolle spielen. Und:

Je früher dissoziales Verhalten in der Entwicklung auftritt, umso stärker scheinen Erbeeinflüsse vorzuliegen. Je später es hingegen stört, desto bedeutsamer sind offensichtlich Umwelteinflüsse.

Oder konkret: Erbeeinflüsse nehmen kontinuierlich ab, Umwelteinflüsse kontinuierlich zu bei folgenden dissozialen Verhaltensweisen: Oppositionelles Trotzverhalten – aggressive Durchbrüche – Eigentums- bzw. Sachbeschädigung – Verletzung sozialer Normen (Schule schwänzen, von zu Hause weglaufen). Häufiges Beispiel: Trotzverhalten ist am ausgeprägtesten genetisch bestimmt, die Verletzung sozialer Normen am deutlichsten umweltbedingt.

- Bei den **neuroanatomischen bzw. neurobiologischen Störungen** kam man durch frühere Unfall-Beobachtungen, die den unteren Teil des Stirnhirns (also in Augenhöhlen-Nähe) betrafen zu der Erkenntnis, dass

Veränderungen in diesem Gehirnbereich – ob anatomisch, psychophysiologisch oder biochemisch – Probleme im Sinne mangelnder Empathie (Zuwendung), fehlender Gewissensbildung oder unzureichender Gemüts- bzw. Verhaltenskontrolle auslösen können.

- Bei den **neurochemischen und hormonellen Aspekten** wurde immer wieder auf bestimmte Neurotransmitter (Botenstoffe) hingewiesen, insbesondere was Impulskontrolle und aggressives Verhalten (z. B. Zunahme von Ärgerlichkeit, Aggressivität oder gar Feindseligkeit) anbelangt. Auch das männliche Geschlechtshormon Testosteron kann hierbei eine Rolle spielen (z. B. bezüglich Dominanz-Verhalten und verbaler Aggressivität).
- Ähnliches gilt **psychophysiologische Befunde** wie Herz-Kreislauf (z. B. Pulsrate), Hautleitfähigkeit u. a.
- Noch komplexer, im Einzelfall aber erstaunlich informativ sind die **psychobiologischen Einflussfaktoren**. Dazu zählen beispielsweise
 - die *Impulsivität*: Das heißt spontan, aber ohne Überlegung bis hin zur Neigung zu unerwarteten, plötzlichen Handlungen ohne sorgfältiges Abwägen durch mangelhafte Impulskontrolle, d.h. unzureichenden inneren Widerstand gegen ein offensichtlich drohendes Fehlverhalten. Dies betrifft schon Kinder und führt dann zu gehäuften aggressiven körperlichen Auseinandersetzungen bis hin zu kriminellen Entgleisungen.
 - Ähnliches gilt für das *Temperament*, eine grundlegende Persönlichkeitseigenschaft, die sich schon früh ausbildet, wobei natürlich auch Umwelteinflüsse einwirken.

Als ein „schwieriges Temperament“ bezeichnet man leichte Irritierbarkeit, negative Reaktionen auf unvertraute Reize oder Situationen und eine vorwiegend negative Stimmungslage.

Wenn sich derlei schon im Alter von 2 bis 3 Jahren äußert, droht ein erhöhtes Risiko für spätere Verhaltensstörungen, insbesondere in Zusammenhang mit aggressiven bzw. dissozialen Verhaltensweisen. Beteiligt daran sind offenbar auch ein hohes Neugierverhalten, das sich negativ vor allem mit einer erniedrigten Neigung zur Schadensvermeidung auswirken kann.

- Bei den *neuropsychologischen Defiziten* geht es besonders um die Intelligenz. Ist sie unterdurchschnittlich und zudem noch von einer unzureichenden

verbalen Ausdrucksfähigkeit begleitet, sind die Heilungsaussichten ebenfalls ungünstig. Niedrige Intelligenz ist vor allem keine Folge dissozialen Verhaltens. Sie ist schon zu Beginn des Fehlverhaltens vorhanden, was den ja ohnehin schon komplexen Entwicklungsgang ganz empfindlich zu stören vermag – mit allen Konsequenzen (Beispiel: in frustrierenden oder Konfliktsituationen die Neigung, überwiegend körperlich aggressive Lösungsstrategien zu wählen).

Auch macht sich die unglückselige Eigenschaft bei so genannten reaktiv-aggressiven Kindern besonders bemerkbar. Sie tendieren dazu, das Verhalten anderer häufig und unzutreffenderweise als feindselig zu interpretieren, während sie ihre eigenen aggressiven Neigungen kaum als negativ wahrnehmen können.

Weitere Einflussfaktoren für Störungen des Sozialverhaltens

Zu den wichtigsten – von der *Umgebung* ausgehenden – Einflussfaktoren mit der Gefahr erhöhter Straffälligkeit gehören beispielsweise Armut, schlechte Wohnverhältnisse, Vernachlässigung, inadäquate Erziehungspraktiken und Misshandlungen. Und bei Vater und/oder Mutter gehäufte elterliche Konflikte, Trennungen, psychische Störungen und die Neigung zur Kriminalität (vor allem im Sinne einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung).

In tröstlicher Hinsicht aber folgende interessante und insbesondere wegweisende und damit ggf. nutzbare Erkenntnis:

Diejenigen, die trotzdem nicht in eine negative Entwicklung abstürzen, verdanken dies folgenden (positiven) Eigenschaften:

- den widrigen Familienverhältnissen weniger (stark) ausgesetzt
- höhere Intelligenz
- geringer ausgeprägtes kritikloses(!) Neugierverhalten
- weniger Kontakte zu delinquenten Gleichaltrigen

Was die Aspekte elterliches Erziehungsverhalten, die Einflüsse gleichaltriger Gruppen bzw. der Medien sowie Armut u. a. anbelangt, so haben sich folgende Erkenntnisse herausgeschält:

- Beim *elterlichen Erziehungsverhalten* schlägt bei ohnehin dissozialen oder zumindest aggressiven Kindern Folgendes negativ zu Buche:

Zu viele oder zu wenige soziale Korrektur-Eingriffe, vor allem keine konsequente Einhaltung der sozialen Regeln: zuerst weitgehend desinteressiert, später – möglicherweise von außen darauf aufmerksam gemacht – überschie-

ßend und gereizt reagierend; aber auch – genauso nachteilig – stillschweigend geduldetes Fehlverhalten bzw. erst nach auffällig aggressivem Verhalten die notwendige Aufmerksamkeit schenken (positive Verstärkung) oder lediglich von unangenehmen Aufgaben befreien, um dadurch vielleicht doch noch eine Korrektur zu erzwingen (negative Verstärkung).

- Die *Einflüsse gleichaltriger Gruppen* sind ebenfalls von großer Bedeutung – im Guten wie im Schlechten. Aggressive Kinder werden rasch ausgegrenzt und wenden sich dann – falls sie nicht alleine bleiben – anderen mit gleichen Schwierigkeiten zu. Dadurch können sie keine positiven, sondern nur negative Erfahrungen sammeln. Dies findet sich vor allem bei dissozialen Jugendlichen mit spätem Beginn und weniger Straftaten (wie Diebstähle oder Vandalismus).

Im frühen Erwachsenenalter nimmt das antisoziale Verhalten nicht zuletzt deshalb ab, weil diese Negativ-Kontakte aufhören (was jedoch noch nichts über die Gesundung der innerseelischen Struktur des Betreffenden aussagt, hier kann es unter ungünstigen Bedingungen zu jeder Zeit zu einer erneuten Belebung dieses unglückseligen Einflusses kommen).

- Der *Einfluss der Medien* wie Fernsehen, Video- und Computerspiele auf aggressives Verhalten wird zwar kontrovers diskutiert, letztlich aber eher negativ beurteilt (wenn auch gelegentlich von psychohygienischen Effekten die Rede ist, die sich aber bisher schlüssig nicht beweisen ließen).

Die Beobachtung von Aggressionen löst in der Regel eigene Aggressionen aus, besonders bei entsprechender Disposition. Dafür gibt es nebenbei – je nach Nation bzw. Einführung des Fernsehens – drastische Beispiele (z. B. USA/Kanada – Südafrika). Besonders problematisch sind interaktive Videospiele mit gewalttätigem Inhalt mit aktiver Beteiligung und damit gefährlichem Lerneffekt. Und:

Je perfekter und damit lebensnaher die Medien-Technik, desto größer die Gefahr.

Allerdings geben die Wissenschaftlicher zu bedenken: Zwar wird die Schwelle für aggressives Verhalten durch entsprechende mediale Gewalt-Anregungen gesenkt, doch letztlich entscheidet die jeweilige psychische Struktur darüber, ob der Medien-Konsum zu realen gewalttätigen Konsequenzen führt oder nicht.

- *Armut und die damit drohenden psychosozialen Probleme* entwickeln ebenfalls eine unselige Wirkung. Dies besonders dann, wenn die Armut der Familie demütigende oder beschämende Situationen auslöst (z. B. Wohnverhältnisse, sich nicht an den üblichen Freizeitmöglichkeiten

beteiligen können). Oder wenn es dadurch zu beängstigenden Situationen, wenn nicht gar Gefährdungen kommt (Wohnviertel mit hoher Gewalt- oder Drogenkriminalität).

Dann richten nicht wenige Kinder und Jugendliche ihre eigenen Problemlösungsstrategien an der gewalttätigen Umgebung aus (Überlebensstrategie in feindlicher Umgebung). Und so wird es dann auch bald zum akzeptablen Mittel zur Lösung von Alltagskonflikten, auch im letztlich friedlichen Umfeld.

Defizite in der seelischen Persönlichkeitsstruktur

Defizite in der psychischen Struktur eines Menschen drohen beispielsweise bei Bindungsstörungen, Empathie-Defizit, unzureichender Gewissensbildung u. a. Was versteht man darunter?

- *Bindung* ist eine besondere Art zwischenmenschlicher Beziehung, in der die Beteiligten durch Gefühle miteinander verbunden sind. Das beginnt im Säuglingsalter und verliert sich auch nicht im letzten Lebensdrittel. Störungen in der Bindungs-Entwicklung führen nicht zuletzt zu Schwierigkeiten in der Gemütsregulation. Dadurch wird insbesondere impulsives, wenn nicht gar enthemmtes Verhalten verstärkt. Beispiele: Defizite in puncto Moral, Empathie (Zuwendung), Fürsorge und dem Gefühl der Verpflichtung gegenüber anderen.

Werden solchen Fähigkeiten beeinträchtigt, drohen vor allem bei Heranwachsenden, bei denen der elterliche Einfluss schwindet und die Gruppe der Gleichaltrigen an Bedeutung gewinnt, eine massive Zunahme dissozialer Verhaltensweisen, falls keine sozial hemmenden innerseelischen Funktionen entwickelt werden konnten.

Dies gilt für Jungen deutlich stärker als für Mädchen. Während unsicher gebundene Mädchen eher überangepasst werden, zeigen unsicher gebundene Jungen unkooperatives und aggressives Verhalten. Kinder mit sicherer Bindung hingegen verfügen über eine bessere Impulskontrolle, weniger Konzentrationsstörungen und Feindseligkeit.

Und was noch folgenschwerer ist: Menschen mit solch unsicheren Bindungseigenschaften geben dies auch weiter, nicht zuletzt in ihrem eigenen Erziehungsverhalten.

- Unter *Empathie* versteht man – wie mehrfach angedeutet – Zuwendung oder ein Sich-einfühlen-Können in den seelischen Zustand eines anderen Menschen. Kindern und Jugendlichen sowie Erwachsenen mit dissozialem oder delinquentem Verhalten geht diese Fähigkeit weitgehend ab. Sie betrifft insbesondere früh beginnende Störungen des

Sozialverhaltens: mangelnde Schuldgefühle, niedrige Emotionalität (Gemütsiefe) und eben fehlende Empathie.

Auch hier sind es wieder die Erwachsenen, die entsprechende Defizite ihrer Kinder durch ihre eigene emotionale Mangel-Situation noch verstärken.

- *Aggressiv* wird jeder einmal, doch die meisten erwerben eine ausreichende Kontrolle über mögliche aggressive Impulse. Das gehört in der Entwicklung einer Persönlichkeit zur so genannten Ich-Reifung. Aggressives Verhalten kann auch als eine gestörte Balance zwischen aggressionsfördernden und -hemmenden Prozessen gesehen werden, die sowohl seelischer als auch körperlicher Art sein können.

Zu den seelischen aggressions-hemmenden Faktoren zählen Furcht, internalisierte (verinnerlichte) gesellschaftliche Normen, Gewissensbisse und Schuldgefühle. Wenn das nicht vorhanden ist, vor allem wenn nicht sofortige negative Konsequenzen drohen, nehmen die Gewissensstrukturen Schaden – und die aggressiven Neigungen können sich ungehemmt ausbreiten.

Jetzt steuert keine Verhaltenshemmung und Selbstbeherrschung (Verantwortungsbewusstsein, Berücksichtigung anderer, Impulskontrolle) mehr Einstellung und Lebensweise. Somit sind einem dissozialen oder delinquenten Verhalten Tür und Tor geöffnet.

Situationsbedingte Einflüsse

Nun kennt man aber den Fall, dass sogar besonders schwerwiegende Gewalttaten auch von Menschen verübt werden, die noch nie durch aggressives Verhalten aufgefallen sind. Dann müssen es meist spezifische Situationen sein, die Angreifer und Opfer gemeinsam in diese missliche Lage zwingen. Dies ist in der Mehrzahl der Fälle lebensgeschichtlich erklärbar.

Zu solchen situativen Auslösern zählen beispielsweise ernste Normverletzungen, heftige Frustrationen, tiefgehende Beleidigungen und zwischenmenschliche Konflikte sowie sogar Stressfaktoren wie Hitze, Lärm oder Schmerz. Zusätzlich bahnend wirken Drogen (z. B. Crack) und vor allem Alkoholeinfluss.

Wie behandelt man dissoziale Störungen?

Die Therapie sollte so früh wie möglich erfolgen, was natürlich eine auch frühest-mögliche Diagnose und konsequente Betreuung voraussetzt, oder noch günstiger: Prävention (rechtzeitige Vorbeugung). Das kann übrigens schon vor der Geburt des Kindes beginnen, in dem beispielsweise schwangere Frauen mit eigenem problematischem sozialen Hintergrund (jung, allein

erziehend, psychische Probleme, ausgeprägter Nikotin-, Alkohol- oder Drogenmissbrauch) gezielt beraten werden, um ihnen die Konsequenzen ihrer möglicherweise ungünstigen Verhaltensweise bzw. ihres folgenschweren Erziehungsstils rechtzeitig vor Augen zu führen.

Ähnliches gilt übrigens auch für so genannte „Schrei-Babys“, die durch ihr schwieriges Temperament ein hohes Risiko entwickeln, von ihren „genervten“ Eltern misshandelt zu werden. Hier drohen beispielsweise selbst nach Abklingen der Schrei-Phase langfristige und tief greifende Beziehungsstörungen mit allen späteren Folgen.

Was die Kinder selber anbelangt, so müssen sie möglichst früh als potentieller „Problem-Fall“ erkannt und betreut werden. Dies ist aber ausgerechnet bei schwierigem familiärem Hintergrund am seltensten möglich.

Die konkreten Behandlungsrichtlinien sind Aufgabe der Kinder- und Jugendpsychiater, der dafür spezialisierten Psychologen und sonstigen Therapeuten und sollen hier nur in Stichwörtern umrissen werden:

Multimodale Therapie (also Kind, Eltern und sonstige Umgebung wie Schule, Gleichaltrige) mit verschiedenen Behandlungsansätzen, z. B. pädagogisch, psychotherapeutisch, medikamentös, dazu Eltern- und Schulberatung u. a.

Nicht zu vergessen die Behandlung so genannter komorbider Störungen (also zusätzlich hyperaktive, depressive, angstgestörte Kinder).

Dazu der Einsatz positiver Verstärker (gerade bei dissozialen Kindern häufig sehr hilfreich), die Vorgabe klarer Strukturen, der systematische Aufbau tragfähiger Beziehungen.

Und schließlich die Möglichkeiten einer stationären Therapie in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung oder Klinik. Dort kommen dann auch spezifische Behandlungskonzepte zum Tragen. Da es sich in diesem Fall meist um fortgeschrittene Problem-Fälle handelt, zentriert sich das Bemühen vor allem auf die übergeordnete Aufgabe: den Teufelskreis negativer Erfahrungen durchbrechen, Verständnis für die Entstehungsgeschichte der Störung gewinnen, mögliche traumatische Re-Inszenierungen (erneute seelische Verwundungs-Gefahren) erkennen und gemeinsam schon im Ansatz bearbeiten bzw. überwinden. Langfristig ganz besonders wichtig: Tragfähige Beziehungen sowie das Gefühl aufbauen, dass man auch etwas geben muss, wenn man etwas erhalten will (z. B. Zuwendung, gemütsmäßige Sicherheit, Unterstützung in allen Lebenslagen).

Dass in speziellen Fällen auch bestimmte Arzneimittel hilfreich sein können, leuchtet wohl gerade bei dissozialen Verhaltensweisen im Kindes- und Jugendalter am ehesten ein. Dies bedarf allerdings eines besonderen Kennt-

nisstandes, was die zuständigen Therapeuten (meist Kinder- und Jugendpsychiater) anbelangt, zumal es sich hier um nicht immer risikolose psychotrope Arzneimittel (also Medikamente mit Wirkung auf das Seelenleben) handelt. Beispiele: Lithium, die Antiepileptika wie Carbamazepin, niederpotente Neuroleptika (also eher dämpfende antipsychotisch wirkende Psychopharmaka), hochpotente Neuroleptika (nicht sedierend, vor allem antipsychotisch wirkend), bestimmte Antidepressiva (z. B. selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) und das umstrittene, aber offensichtlich bei gesicherter Heilanzeigen bisher unübertroffene Methylphenidat bei hyperaktiven Kindern.

Schlussfolgerung

Welche Schlussfolgerungen und Konsequenzen sieht der Autor dieses Lehrbuch-Kapitels, Prof. Dr. Klaus Schmeck von der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm in seinem lesenswerten Beitrag? In Stichworten:

- Störungen des Sozialverhaltens nehmen offenbar zu, insbesondere was Aggressionen anbelangt.
- Es handelt sich jedoch um eine sehr heterogene (unterschiedliche) Gruppe von Störungen und damit Betroffenen. Deshalb gilt es alles sorgfältig zu untersuchen und zu diagnostizieren und damit überhaupt erst gezielt behandeln oder möglicherweise sogar vorbeugen zu können.
- Vor dem 10. Lebensjahr beginnende aggressive und dissoziale Verhaltensweisen neigen besonders häufig dazu, zu chronifizieren, d.h. eine dauerhafte (lebenslange?) Last für den Betroffenen und sein Umfeld zu werden. Beginnen diese Störungen erst während der Adoleszenz (also im Jugendalter), sind sie eher vorübergehender Natur.
- Da es sich um mehrfache Ursachen handeln kann, muss auch auf mehreren Ebenen therapiert werden. Das kann zu unterschiedlichen Schwerpunkten führen: psychotherapeutisch, soziotherapeutisch, pharmatherapeutisch, Jugendhilfemaßnahmen u. a.
- Beschränken sich diese Maßnahmen aber nur auf den Betroffenen, bleibt der Erfolg begrenzt. Auch das Umfeld muss miteinbezogen werden, also Eltern und die Gleichaltrigen.
- Je früher die Behandlungsmaßnahmen (z. B. schon im Vorschulalter), desto größer der vor allem mittel- bis langfristige Therapieerfolg, insbesondere die Chance, die Störung des Sozialverhaltens nicht chronisch werden oder gar in einer dissozialen Persönlichkeitsstörung enden zu lassen.

LITERATUR

Ein unter dem Einfluss von Zeit und Gesellschaft offenbar immer wichtiger werdendes Thema, und zwar weltweit. Deshalb auch überwiegend englischsprachige Fachliteratur. Nachfolgend einige Fachbücher und wissenschaftliche Publikationen in deutscher Sprache:

Bierhoff, H. W., U. Wagner (Hrsg.): Aggression und Gewalt. Phänomene, Ursachen und Interventionen. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart-Berlin-Köln 1998

Döpfner, M. u. Mitarb.: Aggressivität und Dissozialität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Arbeitsbericht der Universität Köln 1996

Döpfner, M. u. Mitarb.: Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen in den neuen und alten Bundesländern. Ergebnisse einer bundesweiten repräsentativen Studie. ... zeitschrift für Klinische Psychologie 27 (1998) 9

Döpfner, M. u. Mitarb.: Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Verhalten. PsychiatrieVerlagsUnion, Weinheim 1998

Dutschmann, A.: Verhaltenssteuerung bei aggressiven Kindern und Jugendlichen. dgvt-Verlag, Tübingen 2000

Esser, G. u. Mitarb.: Prävalenz und Verlauf psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Ergebnisse einer prospektiven Längsschnittstudie. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 20 (1992) 232

Fegert, J. M. u. Mitarb. (Hrsg.): Freiheitsentziehende Maßnahmen in Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Votum-Verlag, Münster 2001

Fiedler, P.: Persönlichkeitsstörung. PsychologieVerlagsUnion, Weinheim 2001

Mummendey, A.: Aggressives Verhalten. In: W. Stroebe (Hrsg.): Sozialpsychologie. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1996

Nissen, G. (Hrsg.): Aggressivität und Gewalt, Prävention und Therapie. Verlag Hans Huber, Bern 1995

Petermann, F.: **Verhaltenstraining mit aggressiven Kindern und Jugendlichen.** In: G. Nissen (Hrsg.): Aggressivität und Gewalt, Prävention und Therapie. Verlag Hans Huber, Bern 1995

Saß, H., S. Herpitz (Hrsg.): **Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen.** Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 1999

Schmidt, M. H.: **Dissozialität und Aggressivität: Wissen, Handeln und Nichtwissen.** Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 26 (1998) 53

Streek-Fischer, A. (Hrsg.): **Adoleszenz und Trauma.** Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1998

Streek-Fischer, A.: **Jugendliche mit Grenzenstörungen – Selbst- und fremddestruktives Verhalten in stationärer Psychotherapie.** Praxis für Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 49 (2000) 497

Tress, W. u. Mitarb. (Hrsg.): **Persönlichkeitsstörungen.** Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 2002

Turkat, I. D.: **Die Persönlichkeitsstörungen.** Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto-Seattle 1991

Wetzels, P., C. Pfeiffer: **Kindheit und Gewalt: Täter- und Opferperspektiven aus der Sicht der Kriminologie.** Praxis für Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 46 (1997) 143

Wiesnet, E., B. Gareis: **Schuld und Gewissen bei jugendlichen Rechtsbrechern.** Patmos-Verlag, Düsseldorf 1976