

Differenzialdiagnostik sowie allgemeine und dimremielle Psychotherapie pathologischer Aggressivität

: Günter Krampen

Differenzial-
diagnostische
Einordnung,
Fallbeispiele,
Spekulationen

Pathologische Aggressivität betrifft Störungen des Sozialverhaltens von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, die als antisoziale, dissoziale oder aggressive Störungen zu diagnostizieren sind. Trotz häufig geäußelter Zweifel umfassen die klassifikatorischen Diagnosesysteme (ICD-10 und DSM-IV) entsprechende differenzialdiagnostische Kategorien in größerer Zahl. Für die Behandlung bedürfen diese Diagnosen der Ergänzung um eine Diagnostik, die sich auf die Ätiologie, Komorbidität, Psychodynamik und damit die selektive sowie adaptive Indikationsstellung therapeutischer Maßnahmen bezieht. Dies kann in eine allgemeine und differenzialdiagnostische Psychotherapie pathologischer Aggressivität führen, für die anhand ausgewählter Fallbeispiele Erfahrungen mitgeteilt werden.

Differenzialdiagnostische Einordnung pathologischer Aggressivität: Deskriptive, klassifikatorische Diagnostik

Bei der differenzialdiagnostischen Einordnung von Formen der pathologischen Aggressivität sind im Kontext der modernen deskriptiven, operationalen und klassifikatorischen Diagnosesysteme für psychische Störungen häufiger Verkürzungen und Irrtümer zu verzeichnen. Ein Beispiel dafür bietet etwa Pöldinger (1995, S. 53) in einer neueren Edition zum Thema „Aggressivität und Gewalt: Prävention und Therapie“ aus explizit psychopathologischer Sicht: „Wenn wir uns nunmehr den internationalen Klassifikationssystemen zuwenden, finden wir in der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) im diagnostischen Index lediglich den Hinweis auf nicht-sozialisierte aggressive Störungen, und im amerikanischen diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen (DSM-III) findet sich im Index überhaupt kein Hinweis auf Aggressionen.“ Pöldingers Irrtum beruht (wahrscheinlich) auf dem Fehler, lediglich im Index („Schlagwortregister“) der Klassifikationssysteme für psychische Störungen gesucht und dabei wenig bis nichts gefunden zu haben. Übersehen wird, dass sowohl die ICD-10 als auch das DSM-IV exakt so explizit nicht verwendet werden sollten.

Andere Autoren konzentrieren sich auf zwei oder drei differenzialdiagnostische Kategorien für pathologische Aggressivität. Petermann und Scheithauer (1998) handeln etwa nur die Störung des Sozialverhaltens („SSV“; ICD-10: F91, F91.8; DSM-IV: 312.8) und die Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten („SOT“; ICD-10: F91.3; DSM-IV: 313.81) ab. Kleiber und Meixner (2000) beschränken sich ebenfalls auf diese beiden Störungsbilder, gehen aber zumindest auch kurz auf die antisoziale (dissoziale) Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.2; DSM-IV: 301.7) ein.

Bereits die minimale, sehr einfache Strategie einer Volltextsuche mit Computer-Unterstützung für den Begriff „aggressiv“ ergibt zahlreiche weitere Möglichkeiten der operationalen, klassifikatorischen Diagnostik pathologischer Aggressivität. Im ICD-10-Thesaurus (kostenfrei verfügbar unter www.med.uni-muenchen.de/icd) ergeben sich 17 Treffer, von denen lediglich zwei auszuschließen sind, da sie sich auf die chronisch aggressive Hepatitis (ICD-10: K73.2), mithin keine psychische Störung beziehen. Für den DSM-IV-Thesaurus (auf CD-ROM über den Hogrefe Verlag für Psychologie/Göttingen verfügbar) ergeben sich gar 27 Treffer, von denen sechs auszuschließen sind, da bei ihnen aggressives Verhalten im Kontext von Ausschlussdiagnosen erwähnt wird. Damit werden aggressive, antisoziale oder dissoziale Verhaltensweisen an zumindest 15 Stellen des Kapitels F (Psychische Störungen) der ICD-10 und an 21 Stellen des DSM-IV explizit benannt. In den Textboxen 1 und 2 sind die entsprechenden differenzialdiagnostischen Haupt- und Nebenkategorien nach der ICD-10 und dem DSM-IV aufgeführt und knapp erläutert.

Nach den Textboxen 1 und 2 ergibt sich als Zwischen-Fazit, dass die klassifikatorische Diagnostik hinreichende differenzialdiagnostische Kategorien für Manifestationen von pathologischer Aggressivität umfasst. Dabei werden sowohl nach der ICD-10 als auch nach dem DSM-IV durch das Gebot der multiplen diagnostischen Klassifikation auch Komorbiditäten beachtet, die bei pathologischer Aggressivität häufiger zu beobachten sind. Je nach Fokus können zwei Forschungsansätze zur Komorbidität im Kontext der pathologischen Aggressivität unterschieden werden.

Im ersten Ansatz werden für primäre Störungen des Sozialverhaltens sekundär-komorbid Störungen identifiziert. Empirisch

Erweiterte Version eines Vortrages auf dem 5. Workshop „Aggression“, Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen in Hannover, 17.-18. November 2000

E

i Textbox 1: Differenzialdiagnostische Hauptkategorien in der ICD-10 und im DSM-IV für pathologische Aggressivität und aggressives Verhalten

Störung des Sozialverhaltens („SSV“; ICD-10: F91, auch F91.8/DSM-IV: 312.8, Achse I)

Beginn in Kindheit und Jugendalter, aber auch bei Erwachsenen bei entsprechendem Nachweis diagnostizierbar. *Leitsymptome (für alle F91.x) sind:*

- wiederholendes und andauerndes Muster dissozialen, aggressiven oder aufsässigen Verhaltens
- erhebliche Ausprägung des Verhaltens
- entsprechendes Verhaltensmuster (isolierte dissoziale Handlungen reichen für Diagnose nicht aus)
- Dauer in der Regel minimal sechs Monate oder länger
- eventuell begleitet von geringer oder situationsspezifischer Ausprägung von Überaktivität und Unaufmerksamkeit
- eventuell begleitet von reduziertem Selbstwertgefühl und leichteren emotionalen Verstimmungen

Ausschluss:

Vorliegen von Schizophrenie, Manie, tiefgreifender Entwicklungsstörung, hyperkinetischer Störung (->ggfs. F90.1) oder Depression (^ggfs. F92.0)

Störung des Sozialverhaltens im familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens ICD-10: F91.0

Beginn in Kindheit und Jugendalter, aber auch bei Erwachsenen bei entsprechendem Nachweis diagnostizierbar. *Leitsymptome wie F91.x plus:*

- dissoziales oder aggressives Verhaltensmuster innerhalb der Kernfamilie oder der direkten Lebenskontexte
- gegenüber mehreren oder allen primären Bezugspersonen und dem Familienbesitz
- dabei keine Störung des Sozialverhaltens außerhalb des familiären Rahmens

Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen (ICD-10: F91.1)

Beginn in Kindheit und Jugendalter, aber auch bei Erwachsenen bei entsprechendem Nachweis diagnostizierbar. *Leitsymptome wie F91.x plus:*

- andauerndes, in der Regel Lebensbereiche übergreifendes dissoziales oder aggressives Verhalten
- aggressive Übergriffe werden meistens alleine begangen (selten in Gruppen)
- deutliche und umfassende Beeinträchtigung der sozialen Beziehungen zu anderen
- Beziehung zu peers: Isolation, keine engen Freunde, Zurückweisung oder Unbeliebtheit bei peers
- Beziehung zu Älteren/Statushöheren: oft Unstimmigkeiten, Feindseligkeit, Verärgerungen

^Peine wirksame Einbindung in eine peer-Gruppe („nicht-sozialisierte“

Störung des Sozialverhaltens) Wird auch als nicht-sozialisierte aggressive Störung- oder als Störung des Sozialverhaltens, nur aggressiver Typ bezeichnet.

Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen (ICD-10: F91.2)

Beginn in Kindheit und Jugendalter, aber auch bei Erwachsenen bei entsprechendem Nachweis diagnostizierbar. *Leitsymptome wie F91.x plus:*

- andauerndes, in der Regel Lebensbereiche übergreifendes dissoziales oder aggressives Verhalten
- aggressive Übergriffe werden vor allem in Gruppen, zum Teil aber auch alleine begangen
- Beziehungen zu peers: keinerlei Beeinträchtigung, andauernde Freundschaften liegen vor
- Bezugsgruppe besteht oft aus delinquenten oder dissozialen peers
- Beziehungen zu Autoritätspersonen: oft sehr schlecht (mit wenigen Ausnahmen)

Wird auch als sozialisierte aggressive Störung, Gruppendinger, z. Verhaltensstörung in der Gruppe, gemeinsames Stehlen etc. bezeichnet. Ausschluss:

Bandenmitgliedschaft (ICD-10: Z04.2) ohne manifeste psychische Störung

belegt sind die folgenden *Komorbiditäten für Primärstörungen des Sozialverhaltens:*

- depressive Störungen (Messer & Gross, 1994; Reicher, 1999; Weiss & Catron, 1994);
- hyperkinetische Störungen (Hinshaw & Melnick, 1995; Kühne, Schachar & Tannock, 1997; Shelton et al., 1998);
- Substanzabusus (Bukstein, 1996);
- allgemein hohe psychische Problembelastung und Symptomatik bei Kindern (Kumpulainen et al., 1998; Tolan & Henry, 1996).

Im zweiten Forschungsansatz werden für andere primäre psychische Störungen die Häufigkeiten bestimmt, mit denen pathologische Aggressivität sekundär oder tertiär komorbide auftritt. Empirische Untersuchungsbefunde weisen auf eine erhöhte Häufigkeit (*sekundärer oder tertiärer*) pathologischer Aggressivität bei den folgenden Primärstörungen:

- schizophrene Psychosen (Angermeyer & Schulze, 1998; Faust, Steinert & Scharfenstetter, 1998a, 1998b; Spiessl, Kriskker & Cording, 1998; Steinert, 1995);
- geistige Behinderung (Dankwarth, 1998; Faust et al., 1998a, 1998b; Spiessl et al., 1998);
- hirnorganische Erkrankungen/Demenz (Faust et al., 1998a, 1998b; Steinert, 1995);
- Abhängigkeitsstörungen (Angermeyer & Schulze, 1998; Faust et al., 1998a, 1998b; Steinert, 1995; Vogelgesang, Martin, Stauer & Wagner, 1995);
- schulische Teilleistungs-Störungen (von Aster, 1996);
- Tourette-Syndrome (Budman, Bruun, Park & Olsson, 1998; Stephens & Sandor, 1999);
- Panik-Störung (Korn, Plutchik & van Praag, 1997).

Als Fazit zur klassifikatorischen, operationalen Diagnostik pathologischer Aggressivität ist somit die hinreichende differenzial-diagnostische Differenzierung bei Beachtung von Komorbiditäten zu würdigen. Da sie sich jedoch alleine deskriptiv auf die Symptomebene bezieht und keine differenzielle Indikationsstellung ermöglicht, ist die Diagnostik nach der ICD-10 und dem DSM-IV für die Behandlung pathologischer Aggressivität unzureichend (vgl. hierzu etwa Krampen, 1998). Notwendig ist ihre Ergänzung um eine ätiologisch, prognostisch und psychodynamisch orientierte Differenzialdiagnostik, auf deren Möglichkeiten und Methoden im Rahmen einer allgemeinen und differenziellen Psychotherapie nach einer Skizze der Befundlage zur Prävalenz, Prognose und Ätiologie pathologischer Aggressivität in Abschnitt 3 eingegangen wird.

Prävalenz, Prognose und Ätiologie pathologischer Aggressivität: Skizze zur Befundlage

Für die *Störung des Sozialverhaltens* (SSV; ICD-10: F91/F91.8; DSM-IV: 312.8) werden bei Stadt-Land-Unterschieden (zu Ungunsten der Städte) relativ unabhängig von der sozioökonomischen Schichtzugehörigkeit und der Kultur Zunahmen der Prävalenzraten bis in das frühe Erwachsenenalter berich-

Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, • aufsässigem Verhalten/Störung mit Oppositionellem ' Trotzverhalten („SOT“; ICD-10: F91.3/DSM-IV: 313.81, Achse I)

Beginn in Kindheit (unter 9 bis 10 Jahren), aber auch bei Erwachsenen bei entsprechendem Nachweis diagnostizierbar. *Leitsymptome wie F91.x plus:*

- Muster mit durchgehend feindseligem, aufsässigem, provokativem und trotzigem Verhalten
- vor allem gegenüber persönlich gut bekannten Autoritätspersonen und peers
- ohne schwere dissoziale oder aggressive Handlungen, die Gesetz oder Rechte anderer verletzen
- geringe Frustrationstoleranz, Wut- und Zornausbrüche, externer Attributionsstil

Ausschluss:

Störungen des Sozialverhaltens mit offensichtlich dissozialem oder aggressivem Verhalten (ICD-10: F91.0, F91.1, F91.2)

Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung (ICD-10: F92.0)

Beginn in Kindheit und Jugendalter, aber auch bei Erwachsenen bei entsprechendem Nachweis diagnostizierbar. *Leitsymptome wie F91.x plus:*

- Kriterien einer affektiven/depressiven Störung (ICD-10: F31.xx bis F33.xx)

Andere kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (ICD-10: F92.8)

Beginn in Kindheit und Jugendalter, aber auch bei Erwachsenen bei entsprechendem Nachweis diagnostizierbar. *Leitsymptome wie F91.x plus:*

- Kriterien einer emotionalen Störung des Kindesalters (F93.x) oder
- Kriterien einer neurotischen Störung, Belastungsstörung oder somatoformen Störung (ICD-10: F4x)

Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (ICD-10: F90.1/DSM-IV: 314.01, Achse I)

Beginn in Kindheit und Jugendalter, aber auch bei Erwachsenen bei entsprechendem Nachweis diagnostizierbar. *Leitsymptome wie F91.x plus:*

- Kriterien für eine hyperkinetische Störung (ICD-10: F90)

Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens (ICD-10: F43.24/DSM-IV: 309.3, Achse I).

Leitsymptome:

- Zustand subjektiven Leidens und emotionaler Beeinträchtigung mit Behinderung sozialer Funktionen während der Anpassung an ein kritisches Lebensereignis
- Beginn: innerhalb eines Monats nach dem kritischen Lebensereignis
- Dauer: in der Regel nicht länger als sechs Monate
- primäre Störung des Sozialverhaltens (z.B. Manifestation einer Trauer- oder Stressreaktion in aggressivem oder dissozialem Verhalten)

Pathologische Brandstiftung (Pyromanie; ICD-10: F63.1/DSM-IV: 312.33).

Leitsymptome:

- wiederholte Brandstiftung ohne erkennbare Motive (wie materieller Gewinn, Rache, Extremismus)
- starkes Interesse an Beobachtung von Feuer
- Bericht wachsender Spannung vor und starker Erregung nach der Ausführung

Pathologisches Stehlen (Kleptomanie; ICD-10: F63.2/DSM-IV: 312.32, Achse I).

Leitsymptome:

- häufige Impulse zum Stehlen ohne erkennbare Motive (wie Bereicherung oder Gebrauch) und ohne Planung
- häufig lediglich halbherziges Verbergen der allein durchgeführten Taten
- Bericht wachsender Spannung vor und Gefühl der Befriedigung während und sofort nach der Tat

Andere abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle/Intermittierende Explosible Störung (ICD-10: F63.8/DSM-IV: 312.34, Achse I).

Leitsymptome:

- wiederholte aggressive oder dissoziale Verhaltensmuster ohne „vernünftige Motivation“, die die Interessen des Patienten selbst oder die Interessen anderer Menschen schädigen
- subjektive Berichte von als unkontrollierbar erlebten Verhaltensimpulsen
- dem aggressiven oder dissozialen Verhalten geht eine Anspannung voraus, der während der Ausführung ein Gefühl der Erleichterung folgt

Ausschluss:

- habituell exzessiver Alkohol- und Drogenkonsum (ICD-10: F10 bis F19)
- Störungen des Sexualverhaltens (ICD-10: F52.x) und Essverhaltens (ICD-10: F65.x)

Dissoziale/Antisoziale Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.2/DSM-IV: 301.7, Achse II)

Allgemeine Leitsymptome für Persönlichkeitsstörungen:

- Beginn in Kindheit oder Adoleszenz und im Erwachsenenalter anhaltend
 - abweichende Verhaltens- und Erlebensmuster mit hoher Stabilität und Bandbreite in vielen Lebensbereichen und -Situationen
 - zumeist: hoher Leidensdruck sowie gestörte berufliche und soziale Leistungsfähigkeit
 - große Diskrepanz zwischen Verhalten und geltenden sozialen Normen
- minimal drei der folgenden spezifischen Kriterien müssen (bei F60.2/301.7) manifest sein:
- Mangel an Empathie und Unbeteiligtsein gegenüber Gefühlen anderer
 - deutliche, markante Verantwortungslosigkeit sowie Missachtung sozialer Normen und Pflichten
 - Unvermögen zu längerfristigen sozialen Beziehungen
 - geringe Frustrationstoleranz und geringe Schwelle für aggressives, auch gewalttätiges Verhalten
 - kein Schuldbewusstsein und Unfähigkeit, aus Erfahrung (besonders Bestrafung) zu lernen
 - Neigung, andere zu beschuldigen oder vordergründige Rationalisierungen für eigenes Verhalten anzubieten
 - andauernde Reizbarkeit

Wird auch als soziopathische, asoziale, amoralische oder psychopathische Persönlichkeitsstörung bezeichnet.

Ausschluss:

- Störung des Sozialverhaltens (ICD-10: F91.x)
- emotional instabile Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.3)
- organisch bedingte psychische Störungen (ICD-10: FOx)

Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.3)

¹¹Leitsymptome:

- Beginn in Kindheit oder Adoleszenz und im Erwachsenenalter anhaltend
- generalisierte deutliche Tendenz, Impulse ohne Beachtung der Folgen auszuagieren (erhöhte Impulsivität und mangelnde Selbstkontrolle) und wechselnde, launenhafte Stimmung
- geringe Fähigkeit, vor auszuplanen
- Ausbrüche intensiven Ärgers führen bei leichter Behinderung oder Kritik durch andere oft zu gewalttätigem und explosivem Verhalten
- abweichende Verhaltens- und Erlebensmuster mit hoher Stabilität und Bandbreite in vielen Lebensbereichen und **-Situationen**
- zumeist: hoher Leidensdruck sowie gestörte berufliche und soziale Leistungsfähigkeit

Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, impulsiver Typ (ICD-10: F60.30).

Leitsymptome von F60.3 plus:

- emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle
- häufige Ausbrüche von gewalttätigem und bedrohlichem Verhalten (vor allem bei Kritik)

Wird auch als aggressive oder reizbare (explosible) Persönlichkeitsstörung bezeichnet. Ausschluss:

- dissoziale Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.2)

Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline Typus (ICD-10: F60.31/DSM-IV: 301.83, Achse II).

Leitsymptome von F60.3 plus:

- tiefgreifendes Muster emotionaler Instabilität bei diffusem, gestörtem Selbstbild sowie unklaren Zielen und unklaren persönlichen Präferenzen
- Neigung zu intensiven, aber unbeständigen sozialen Beziehungen, die zu wiederholten emotionalen Krisen mit Suiziddrohungen oder autoaggressiven Handlungen führt

Sadomasochismus/ sexueller Sadismus (ICD-10: F65.5/DSM-IV: 302.84).

Leitsymptome (Sadismus):

- über minimal 6 Monate wiederkehrende intensive sexuelle Phantasien, Bedürfnisse oder Verhaltensweisen, in denen das psychische oder physische Leiden eines Opfers sexuell erregend ist
- Zufügung von Schmerzen, Erniedrigung oder Fesseln als hauptsächlichste Quelle sexueller Erregung und Befriedigung
- Qualen sind zur Stimulation erotischer Gefühle notwendig

In beiden klassifikatorischen Diagnosesystemen treten zahlreiche Erwähnungen aggressiven Verhaltens als diagnostische Leitsymptome im Kontext von Substanzgebrauch, -missbrauch, -abhängigkeit und -entzug auf. Beispiele dafür sind:

- Alkoholintoxikation (ICD-10: F10.Ox, DSM-IV: 303.00)
- Cannabisinduzierte Störung (ICD-10: F12.0x, DSM-IV: 292.89)
- Kokainabhängigkeit (ICD-10: F14.2x, DSM-IV: 304.20)
- Kokainmissbrauch (ICD-10: F14.1, DSM-IV: 305.60)
- Kokaininduzierte Störung (ICD-10: F14.0x, DSM-IV: 292.89)
- Amphetaminmissbrauch (ICD-10: F15.1, DSM-IV: 305.70) **V**
- Amphetaminabhängigkeit (ICD-10: F15.2x, DSM-IV: 304.40)
- Amphetamininduzierte Störung (ICD-10: F15.0x, DSM-IV: 292.89)
- Substanzentzug (ICD-10: Flx.3, DSM-IV: 291.8, 292.0)

■ < (vgl. etwa Loeber & Hay, 1993; Petermann & Scheithauer, ~1998; Saß, Wittchen & Zaudig, 1996). Bestätigt sind dabei früh ausgeprägte, markante Geschlechtsunterschiede in den Prävalenzraten, die für männliche Kinder, Jugendliche und Erwachsene zwischen 6% und 16%, für weibliche Kinder, Jugendliche und Erwachsene zwischen 2% und 9% variieren. Störungen des Sozialverhaltens beginnen zumeist in der späteren Kindheit oder Adoleszenz, seltener vor dem Schuleintritt. Für ihren Verlauf und ihre Prognose wird bei etwa 50% eine Remission im frühen oder mittleren Erwachsenenalter, bei den anderen 50% Chronifizierungen zu einer anti-sozialen/ dissozialen Persönlichkeitsstörung oder zu Anpassungsstörungen mit Risiken von Substanzabusus bzw. -missbrauch, affektiven Störungen, Angststörungen und somatoformen Störungen berichtet (vgl. etwa Loeber & Hay, 1993; Petermann & Scheithauer, 1998; Saß et al., 1996; Tardiff & Koenigsberg, 1985).

Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten (SOT; ICD-10: F91.3; DSM-IV: 313.81) weisen vor der Pubertät markante Geschlechtsunterschiede in den Prävalenzraten (Jungen: 9-16%; Mädchen: 5-8%) auf, die sich nach der Pubertät auf 2% bis 16% angleichen. Sie beginnen häufig langsam und schleichend vor dem achten Lebensjahr. Für etwa 20% werden Chronifizierungen zu einer Störung des Sozialverhaltens (siehe

oben) berichtet (vgl. etwa Kashani, Orvaschel, Rosenberg & Reid, 1989; Petermann & Scheithauer, 1998; Saß et al., 1996). Petermann und Scheithauer (1998, S. 251) betonen für die SOT und die SSV, dass „in allen Studien“ bei Kindern und Jugendlichen „die aggressiven Störungen zu den am häufigsten ermittelten Störungsformen“ zählen.

Die *hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens* (ICD-10: F90.1; DSM-IV: 314.01) weist bei Schulkindern eine Prävalenzrate von 3% bis 5% auf. Häufig ist ein früher Beginn, ihre Manifestation und Chronifizierung nach dem Schuleintritt sowie ein stabilungünstiger Verlauf bis in die Adoleszenz. Für etwa 70% werden Abschwächungen in der späten Adoleszenz oder im Erwachsenenalter, für etwa 30% Chronifizierungen bis in das mittlere Erwachsenenalter mit Risiken für (rezidivierende) Anpassungsstörungen und somatoforme Störungen berichtet (vgl. etwa Saß et al., 1996).

Anpassungsstörungen mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens (ICD-10: F43.24; DSM-IV: 309.3) weisen nach Saß et al. (1996) unter ambulanten Psychotherapiepatienten eine Prävalenzrate von 5% bis 15%. Für vulnerable Erwachsene ist ihr Verlauf häufig rezidivierend. Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle/Intermittierende Explosible Störungen (ICD-10: F63.8; DSM-IV: 312.34) sind nach Saß et al. (1996) eher selten,

Textbox 2: Differenzialdiagnostische Zusatz- und Nebenkriterien für pathologische Aggressivität und aggressives Verhalten in der ICD-10 und im DSM-IV,

die nicht an Leistungsträger weiterzugeben sind, jedoch im Kontext von Anträgen, Falldarstellungen etc. relevant werden können. Beispiele dafür sind:

- Körperliche Misshandlung eines Kindes (ICD-10: T74.1/DSM-IV: V61.21)
- Körperliche Misshandlung eines Erwachsenen (ICD-10: T74.1/DSM-IV: V61.1)
- Sexueller Missbrauch eines Kindes (ICD-10: T74.2/DSM-IV: V61.21)

- Sexueller Missbrauch eines Erwachsenen (ICD-10: T74.2/DSM-IV: V61.1)
- Antisoziales Verhalten im Erwachsenenalter (DSM-IV: V71.01/ICD-10: Z72.8) mit dem Leitkriterium antisozialen Verhaltens, das nicht durch psychische Störung bedingt ist (wie bei professionellen Dieben oder Dealern), mithin bei Ausschluss einer psychischen Störung
- Antisoziales Verhalten in der Kindheit oder Adoleszenz (DSM-IV: V71.02/ICD-10: Z72.8) mit dem Leitkriterium antisozialen Verhaltens, das nicht durch psychische Störung bedingt ist und sich auf einzelne antisoziale Verhaltensweisen bezieht (keine antisozialen Verhaltensmuster), mithin bei Ausschluss einer psychischen Störung

und ihr Verlauf sowie ihre Prognose sind weitgehend unklar. Es gibt aber Hinweise darauf, dass ihr Beginn häufiger in der späten Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter liegt und abrupt ohne Prodromalphase erfolgt. Für die *dissoziale/antisoziale Persönlichkeitsstörung* (ICD-10: F60.2; DSM-IV: 301.7) liegt die Prävalenz bei Männern um 3%, bei Frauen um 1%. Ihr Verlauf ist oft chronisch, z.T. mit Abschwächungen ab dem mittleren Erwachsenenalter (vgl. etwa Saß et al., 1996; Tardiff & Koenigsberg, 1985).

Die modernen Modellbildungen zur Ätiologie antisozialer, dissozialer Verhaltensweisen sowie pathologischer Aggressivität favorisieren übereinstimmend einen biopsychosozialen Ansatz. Dies gilt sowohl für das Modell der kumulierenden Risiken in der Entwicklung längerfristigen antisozialen Verhaltens von Lösel und Bender (1998; siehe auch Lösel, 1999) als auch für das Entwicklungsmodell antisozialen Verhaltens von Loeber (1990; siehe auch Petermann & Scheithauer, 1998). Auch das Handlungsmodell aggressiver und autoaggressiver Dynamik bei psychiatrischen Patienten von Steinert, Vogel, Beck und Kehlmann (1991; siehe auch Steinert, 1995) folgt einem biopsychosozialen Störungsmodell. Recht ähnlich werden in diesen Modellen für die Ätiologie und den Verlauf antisozialer Störungen Risiko- und Schutzfaktoren mit jeweils kumulativen, aber auch kompensatorischen Wirkungen benannt (siehe Textbox 3 und 4).

Theorie und Praxis einer allgemeinen und differenziellen Psychotherapie pathologischer Aggressivität

Mit dem Beginn der Suche nach den gemeinsamen Wirkfaktoren psychotherapeutischer Methoden wurde ab den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts in Folge des Rückgangs des allgemeinen Schulendekens in der Psychologie damit begonnen, das in der Psychotherapie nach wie vor existente Schulendenken durch den Ansatz einer zunächst eklektizistisch orientierten Psychotherapie, später einer allgemeinen und differenziellen Psychotherapie zu überwinden. Im deutschsprachigen Bereich ist dies im Modell der gemeinsamen Wirkfaktoren der Psychotherapie von Grawe, Donati und Bernauer (1994; siehe auch Grawe, 1998) kumuliert. Ihre zentrale These besagt, dass jede Form der effektiven Psychotherapie auf minimal drei Wirkfaktoren basiert. Diese Wirkfaktoren sind am gesamten therapeutischen Prozess mit unterschiedlichem Gewicht beteiligt, wirken dabei stetig zusammen und sind gemeinsam für Therapieerfolge verantwortlich. Sie sind daher nicht nur zu Behandlungsbeginn für die differenzielle Indikationsstellung und die Therapieplanung, sondern zudem auch in al-

Textbox 3: Risikofaktoren für die Ätiologie und den Verlauf antisozialer Störungen

(vgl. vor allem Kazdin, 1995; Kleiber & Meixner, 2000; Loeber, 1990; Lösel, 1999; Petermann & Scheithauer, 1998; Ratzke, Sanders, Diepold, Krannich & Cierpka, 1997):

- prä- und perinatale Risikofaktoren der Entwicklung (ZNS-Schädigungen);
- neurologische Risikofaktoren (wie Läsionen des Frontallappens, Bleivergiftung);
- genetische Risikofaktoren werden diskutiert (molekulargenetisch bislang nicht bestätigte Erblichkeitsschätzungen aus populationsgenetischen Analysen; vgl. etwa Eley, Lichtenstein & Stevenson, 1999; Simonoff, Pickles, Meyer, Silberg & Maes, 1998); männliches Geschlecht bzw. maskuline Geschlechterrolle; Typisierung;
- hormonelle Risikofaktoren werden diskutiert (wie reduzierte Serotonin-Werte, vgl. Heinz, 1999, und erhöhte Testosteronwerte, vgl. etwa Windle & Windle, 1995);
- elterliche Vernachlässigung;

- strenger, autoritärer Erziehungsstil und Konflikte mit Eltern;
- familiäre Belastungen (vgl. etwa Tolan & Henry, 1996);
- niedriger sozioökonomischer Status (vgl. etwa Tolan & Henry, 1996);
- deviante und aggressive Eltern und/oder Geschwister;
- persönliche Gewalt- und/oder Missbrauchserfahrungen;
- Substanzabusus des Vaters (Moss, Mezzich, Yao, Gava-lar et al., 1995);
- Einflüsse devianter Peers;
- eheliche Instabilität (Windle & Windle, 1995);
- früher Beginn der Störung;
- hohe Frequenz und Persistenz des Problemverhaltens;
- hohe Diversifikation des Problemverhaltens;
- hohe Bereichsspezifität des Problemverhaltens;
- andere ausagierende Verhaltensweisen (wie Hyperaktivität, Impulsivität, Unruhe);
- geringe soziale Unterstützung;
- problemvermeidende Bewältigungsstrategien;
- reduzierte Intelligenz und schlechte Schulleistungen;
- verzerrte soziale Wahrnehmung.

Textbox 4: Schutzfaktoren für die Ätiologie und den Verlauf antisozialer Störungen

(vgl. im Überblick etwa Kazdin, 1995; Kleiber & Meixner, 2000; Lösel, 1999; Petermann & Scheithauer, 1998):

- vorhandene soziale Unterstützung (in Familie und/oder durch Freunde/Bekannte);
- stabile emotionale Bindung an (zumindest) eine Bezugsperson;
- bei Kindern: warmherzige Erziehung mit normorientierter Kontrolle;

- aktive, problemorientierte Bewältigungsstrategien;
- soziale Kompetenzen;
- zumindest durchschnittliche Intelligenz;
- Fähigkeit zur affektiven Selbstkontrolle;
- hohe Selbstwirksamkeit;
- Erleben von Sinn, Struktur und Zukunftsperspektiven im Leben;
- erhöhte Schüchternheit;
- für delinquentes Verhalten: erhöhte Ängstlichkeit und psychophysiologische Erregbarkeit.

len Phasen der Behandlung für die adaptive Indikation relevant, damit im therapeutischen Prozess adaptiv und flexibel der jeweils indizierte Wirkfaktor schwerpunktmäßig verstärkt bzw. der aktuell weniger indizierte Wirkfaktor zurückgenommen werden kann. Diese allgemeinen Wirkfaktoren psychologischer Intervention (siehe Grawe et al., 1994; siehe auch Bommert & Plessen, 1978) sind:

(1) die *aktive Hilfe zur Problembewältigung* (Problembewältigungsperspektive), die etwa in den Ansätzen der kognitiv-behavioralen Psychotherapie, der Verhaltenstherapie, der therapeutischen Rollenspiele oder der Entspannungstherapie fokussiert wird;

(2) die *motivationale Klärung und die Förderung der persönlichen Entwicklung* des Patienten (Klärungsperspektive), die etwa in den Ansätzen der Gesprächspsychotherapie, Psychoanalyse, tiefenpsychologisch fundierten Therapie, Gestalttherapie oder Logotherapie fokussiert werden;

(3) die *therapeutische Unterstützung und die Förderung der sozialen Beziehungen* des Patienten (Beziehungsperspektive), die etwa in den Ansätzen der interpersonalen Psychotherapie, der systemischen Therapie und der psychotherapeutischen Motivationstechniken fokussiert werden. Mit Grawe (1995, 1998) können dabei die Ressourcenaktivierung und die Problemaktualisierung unterschieden werden.

Aus diesem Modell der allgemeinen Wirkfaktoren zur Psychotherapie resultieren für die Therapieplanung und differenzielle Indikationsstellung spezifische differenzialdiagnostische Anforderungen. Für die *Eingangsdagnostik* sind dabei nach der Problem-exploration und Anamnese sowie der klassifikatorischen Diagnostik nach ICD-10 bzw. DSM-IV in der Regel zusätzlich eine ätiologisch orientierte Psychodiagnostik (auch unter Bezug auf dimensionale, psychometrische Instrumente), die medizinische Abklärung organischer Krankheitsfaktoren, die psychologische Abklärung von Risiko- und Schutzfaktoren sowie eine psychodynamisch orientierte Diagnostik notwendig (siehe hierzu auch Krampen, 1998).

Die vom Arbeitskreis OPD (1996; siehe auch Schauenburger, Freyberger, Cierpka & Buchheim, 1998) vorgelegte „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik“ (OPD) kann dabei sinnvoll eingesetzt und direkt auf die allgemeinen Wirkfaktoren bezogen werden. In der folgenden Übersicht zu den fünf Achsen der OPD ist der schwerpunktmäßige Bezug ihrer differenzialdiagnostischen Kategorien zu den allgemeinen Wirkfaktoren der Psychotherapie in kursiver Schrift ergänzt.

OPD-Achse I: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen

Problembewältigungsperspektive:

1. Schweregrad des somatischen Befundes
2. Schweregrad des psychischen Befundes
3. Leidensdruck
4. Beeinträchtigung des Selbsterlebens
5. Ausmaß der körperlichen Behinderung

Report Psychologie <26> ■ 9/2001

Klärungsperspektive:

6. Sekundärer Krankheitsgewinn
7. Einsichtsfähigkeit für psychodynamische Zusammenhänge
8. Einsichtsfähigkeit für somato-psychische Zusammenhänge

Beziehungsperspektive:

9. Einschätzung der geeigneten Behandlungsform (Psychotherapie)
10. Einschätzung der geeigneten Behandlungsform (körperliche Behandlung)
11. Motivation zur Psychotherapie
12. Motivation zur körperlichen Behandlung
13. Compliance
14. Symptomdarbietung
 - 14a. somatische Symptomatik stellt sich dar
 - psychische Symptomatik stellt sich dar
15. Psychosoziale Integration
16. Persönliche Ressourcen
17. Soziale Unterstützung
18. Angemessenheit der subjektiven Beeinträchtigung zum Ausmaß der Erkrankung

OPD-Achse II: Beziehung

Beziehungsperspektive:

Liste zur Itemauswahl (1) für das aktive Beziehungserleben des Patienten und das aktive Beziehungserleben des Therapeuten in Bezug auf Patienten
Liste zur Itemauswahl (2) für das passive Beziehungserleben des Patienten und das passive Beziehungserleben des Therapeuten

OPD-Achse III: Konflikt

Klärungsperspektive:

I. Zeitlich überdauernde Konflikte des Patienten
passiver Modus: Konflikte werden „übersehen“ aktiver Modus: Konflikte werden durch sachlichtechnische Beschreibungen ersetzt
LI Abhängigkeit vs Autonomie

- 1.2 Unterwerfung vs Kontrolle
- 1.3 Versorgung vs Autarkie
- 1.4 Selbstwertkonflikte: Selbst- vs Objektwert
- 1.5 Über-Ich- und Schuld-Konflikte
- 1.6 Ödipal-sexuelle Konflikte
- 1.7 Identitätskonflikte
- 1.8 Fehlende Konflikt- und Gefühlswahrnehmung

Problembewältigungsperspektive:

- II. Konfliktvolle äußere Lebensbelastungen
- III. Modus der Verarbeitung lebensbestimmender oder aktueller Konflikte
passiver Modus: Selbstrücknahme, Anpassung, Resignation
aktiver Modus: aktiv, abwehrbetont, kontraphobisch

OPD-Achse IV: Struktur (gut vs mäßig vs gering integriert vs desintegriert)

Klärungsperspektive:

1. Allgemein: Struktur des Selbst in Beziehung zum Anderen
2. Selbstwahrnehmung und -reflexion
3. Selbststeuerung
4. Abwehr: Fähigkeit, Gleichgewicht durch Abwehrmechanismen zu erhalten
5. Objektwahrnehmung: Unterscheidung zw. äußerer und innerer Realität
6. Kommunikation: Ausrichtung auf und Verständnis für andere
7. Bindung: Objektinternalisierung und -konstanz entwickeln und variabel erhalten

OPD-Achse V: Psychische und Psychosomatische Störungen

Problembewältigungs- und Klärungsperspektive:

Achse Va: entspricht ICD-10: F05-F5, F62-F69 und F7-F9

Achse Vb: entspricht ICD-10: F60-F61 (Persönlichkeitsstörungen)

Achse Vc: entspricht ICD-10: A-E und G-Z (körperliche Erkrankungen)

^ Anwendungen der OPD empfehlen sich nicht nur in der Eingangsdiagnostik für die differenzielle Indikationsstellung, sondern auch wiederholt im therapeutischen Prozess für die Optimierung der adaptiven Indikation psychotherapeutischer Maßnahmen. Dies kann in der *Prozessdiagnostik* sinnvoll durch den Einsatz von „Stundenbogen für die Einzel-Psychotherapie und -Beratung für Patienten/Klienten“ (STEPP) und für Therapeuten/Berater (STEPT) ergänzt werden. STEPP und STEPT umfassen jeweils 12 inhaltlich parallel formulierte Items, mit denen am Ende einer psychotherapeutischen Sitzung das Ausmaß der vom Patienten erlebten bzw. vom Therapeuten beim Patienten wahrgenommenen Realisierung der Klärungsperspektive (STEP-K: 5 Items), der Problembewältigungsperspektive (STEP-P: 4 Items) und der Beziehungsperspektive (STEP-B: 3 Items) ökonomisch erfasst werden kann. Die STEPT- und STEPP-Skalen weisen trotz der geringen Itemzahl gute interne Konsistenzen ($.68 < r_{tt} < .92$), eine hinreichende Profilreliabilität ($.46 < \rho_{\text{proftt}} < .81$), mittlere Korrelationen zwischen der Patienten- und Therapeutenperspektive ($.41 < r < .68$) sowie eine faktoriell bestätigte Struktur auf (Krampen & Wald, 2001).

In drei Fallbeispielen (siehe Textbox 5, 6 und 7) zur Behandlung pathologischer Aggressivität **in** der psychotherapeutischen Praxis werden Erfahrungen skizziert, die mit diesem differenzial- und prozessdiagnostisch abgesicherten Ansatz einer Allgemeinen und Differenziellen **Psychotherapie** bei Patienten unterschiedlichen Alters gemacht wurden.

Spekulationen... oder auch Thesen

(1) ... zur differenzialdiagnostischen Abgrenzung sowie Eingangsdiagnostik pathologischer Aggressivität und Prozessdiagnostik in ihrer Behandlung:

- ICD-10 und DSM-IV umfassen hinreichend differenzierte **diagnostische** Kategorien für die deskriptive, operationale Differenzialdiagnostik aggressiven, antisozialen, dissozialen Verhaltens und pathologischer Aggressivität.
- In DSM-IV und ICD-10 wird dies durch Diagnosen „anderer klinisch relevanter Probleme“ unterstützt, die allerdings in der BRD nicht an Leistungsträger o.a. weitergegeben, sondern nur intern verwendet werden dürfen.
- Die operationale, deskriptive Differenzialdiagnostik ist für die Therapieplanung allgemein um eine ätiologische und psychodynamische Diagnostik zu ergänzen.
- Für die Behandlung pathologischer Aggressivität ist die psychodynamisch orientierte Diagnostik wichtiger als die ätiologisch orientierte, wobei die OPD ein gutes Hilfsmittel ist.
- Die OPD erlaubt eine systematisierte (selektive) Indikationsstellung und gibt für die adaptive Indikation Hinweise, die im Rahmen einer

Buchtipps

Winfried Humpert / Hanns-Dietrich Dann

KTM kompakt

Basistraining zur Störungsreduktion und Gewaltprävention für pädagogische und helfende Berufe auf der Grundlage des «Konstanzer Trainingsmodells»

mm

2001. 208 Seiten, Kt DM 48.- / Fr. 43.20 / öS 350.- / • ab 1.1.2002 € 26.95 [D] (ISBN 3-456-83429-2)

Das Konstanzer Trainingsmodell (KTM) liegt nun als Kurztraining mit erweitertem Adressatenkreis vor. Auf der Grundlage der bisherigen Erfahrungen wurde eine vollständige Neukonzeption entwickelt. KTM kompakt ist modular aufgebaut und kann in wenigen Monaten erfolgreich durchgeführt werden.

Dan Olweus

Gewalt in der Schule

im
%
Gowal* in der Schule

Was Lehrer und Eltern wissen sollten - und tun können

Aus dem Norwegischen übersetzt von Inken Völpel-Krohn. Nachdruck 1999 der 2., korrigierten Auflage 1996. 128 Seiten, 6 Abb., £t I DM 24.50 / Fr. 22.30 / öS 181.- / a b 1.1.2002 € 12.95 [D] (ISBN 3-456-82786-5)

Gewalt unter Schulkindern ist zweifellos ein sehr altes Phänomen. In den letzten Jahren hat es in allen europäischen Ländern deutlich an Schärfe zugenommen. Das Olweus-Programm, in diesem Buch beschrieben, wird inzwischen an vielen Schulen mit großem Erfolg eingesetzt.

Die Preisangaben in öS gelten für Österreich als «unverbindliche Preisempfehlung».

H | Verlag Hans Huber
Bern Göttingen Toronto Seattle

Report Psychologie <26> • 9/2001

5)

Textbox 5

Fallbeispiel 1: Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens

(ICD-10: F90.1/DSM-IV: 314.01) bei Vorliegen einer Lese- und Rechtschreibstörung (ICD-10: F81.0/ DSM-IV: 315.00)

Angaben zur Person (PK051086)

8-jähriger Zweitklässler mit einer Schwester (11 Jahre) und einem Bruder (6 Jahre), der bei Mutter (31 Jahre; Hausfrau; Deutsche), Vater (38 Jahre; Maurer; Portugal-stämmiger Luxemburger) und neun portugiesischen Angehörigen des Vaters (3 Vettern und Basen sowie Onkeln, Tanten und Großeltern) in einem deutschen Grenzort zu Luxemburg lebt.

P. ist dreisprachig aufgewachsen: familiäre Hauptsprache ist Portugiesisch, situativ gebundene Umgangssprachen sind Letzeburgisch und Deutsch.

Kein Kindergartenbesuch. Basisdaten zu

Behandlungsbeginn

Anlass: Aufgrund von „Verhaltensstörungen, Schuleschwänzen und schlechter Schulleistungen“ war die Sonderbeschulung (wohnortfern) beantragt und vom Schulpsychologischen Dienst befürwortet worden.

Vorgespräch mit der Mutter: P. sei schüchtern und fühle sich nur zu Hause wohl; seit der Einschulung sei bei P. „der Wurm drin“, würde sich abkapseln, Mitschüler verhasen und die Schule hassen. Geht manchmal nicht zur Schule und „streunt im Wald herum“.

Vorgespräch mit Vater „weiß von nichts“, bringt P. nur manchmal zur Schule, damit er auch hingehet.

Gespräch mit Lehrerin und Rektor: P. sei „asozial und aggressiv“, schlage, kratze und bespucke Mitschüler, stehle (kleine Geldbeträge, Stifte, Cola...) und lüge seit der Einschulung; mangelhafte Leistungen in allen Fächern; stehe ständig auf, sei „hyperaktiv“ und nie bei der Sache.

Erstgespräch mit P.: schleppender Rapport, körperlich verspannt, meidet Blickkontakt, grobmotorisch sehr unruhig. Mag Schule nicht, will aber nicht auf „Schule für Blöde“. Weiß nicht, warum er bei mir ist. Hört Antwort konzentriert zu und wendet ein, er sei auch nicht schlechter als andere, die ihn halt nur für „doof“ halten würden. Deutschkenntnisse schlecht, Letzeburgisch besser, Portugiesisch?

Diagnostische Befunde

ICD-10: teilstrukturiertes klinisches Interview (Kinder-DIPS) im Rahmen einer spieldiagnostischen Szenotestung; Diagnose: ICD-10: F90.1, F81.0 OPD (ausgewählte Befunde): Achse I:

- Schweregrad hoch, Leidensdruck gering
- Selbsterleben erhalt., sek. Krankheitsgewinn erkennbar, Einsicht niedrig
- geringe Th.-Erwartung und -Motivation Achse II:
- Pat. beschuldigt, bedroht, trotz andere(n); sondert und schottet sich ab
- Pat. erlebt andere als belehrend, misstrauisch, zurückweisend
- Th. erlebt Pat. als misstrauisch, zurückweisend, unzugänglich
- Th. erlebt sich Pat. gegenüber als vorsichtig-vertrauensvoll, beschwichtigend

Achse III:

- Konflikt „Unterwerfung vs Kontrolle“: aktiver Verarbeitungsmodus

- konflikthafte Lebenssituation (seit Einschulung) Achse IV:

- durchgängig eher mäßig bis gering integrierte Struktur bei deutlich reduzierter Kommunikationsfähigkeit Achse Va: - ICD-10: F90.1, F81.0

Achse Vb: - entfällt Achse

Vc: - o.B.

Kreativitätstest für Vorschul- und Schulkinder (KVS): hohe

Ideenflüssigkeit (PR = 90) bei reduzierter Ideenflexibilität (PR = 24)

Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder (HAWIK): Gesamt-IQ

reduziert (M minus 2 SD) Raven Standard Progressive Matrizen

(SPM): IQ durchschnittlich

Deutscher Rechtschreibtest, 2. Klasse (DRT-2): PR < 5; DRT-1: PR =

25

Konzentrationstest für das 1. Schuljahr (KT-1): Gesamtwert

Konzentration schwach (PR = 27) bei wenig Fehlern (PR=16)

Medizinische Abklärung: o.B.

Hypothesen zur Genese und Aurrechterhaltung der Störung

Beginn der Störung des Sozialverhaltens mit der Einschulung (vollkommen neue sprachliche und soziale Umgebung für P), die sich seitdem stetig verstärkte und zunehmend die schulischen Leistungen beeinflusste. P. erlebt sich in der Schule als „Fremder“, und die Mitschüler traten ihm als geballte Kraft entgegen. Verstärkung durch die geringen Deutschkenntnisse und die auf den familiären Kontext begrenzten Sozialerfahrungen. P. meidet die Mitschüler (und Schule) und flüchtet in den Wald. Mangelnde Konzentration und Schulleistungen, Impulsivität, Isolation und aggressives Verhalten entstanden in Folge der Einschulung, verstärkten sich in der bisherigen Schulzeit und werden ohne Modifikation der gegebenen Rahmenbedingungen und des Handlungsrepertoires von P. bestehen bleiben oder chronifizieren (potenzieller Dropout mit erheblichen Entwicklungsrisiken).

Behandlungsverlauf und -ergebnis

Differenzielle Indikation und Therapieplanung: OPD-Eingangsdiagnostik indizierte Fokussierung der Beziehungs- . Perspektive (therap. Arbeitsbündnis, Motivierung, Problemaktualisierung, Ressourcenaktivierung) in offenem, wenig strukturiertem spiel- und entspannungstherapeutischem Einzelsetting. Relative Kontraindikation von Spieltherapie bei F81.0 wurde dadurch beachtet, dass für die umschriebene Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten ebenso wie für die Sprachentwicklungsverzögerung (im Deutschen) eine separate pädagogische Förderung in einem pädagogischen Lernzentrum initiiert wurde.

Kurzfristig: aktive Hilfe zur *Problembewältigung* durch Gutachten gegen Sonderschulzuweisung.

Mittelfristig: Fokussierung der Problembewältigungsperspektive (Verhaltenskontrakt; Aufbau sozialer Verhaltensweisen in sensu, in therapeutischen Rollenspielen und später in situ; systematische Relaxationsübungen etc., die u.a. an hoher Ideenflüssigkeit, KVS-FLU. anset-

<
7

zen) mit späterem Übergang in Kinder-Entspannungsgruppe. Ergänzend: Selbst- und Fremdverstärkungsprogramm (unter Einbeziehung der Mutter) zum Abbau hyperaktiven, impulsiven Verhaltens und Aufbau von Verhaltensalternativen.

Adaptive Indikation

Anfangsphase: Entscheidende Verbesserung des therapeutischen Arbeitsbündnisses durch Verhinderung der Sonderschulzuweisung durch Gutachten (ab 7. Sitzung). Die folgende Fokussierung der Problembewältigung erwies sich zunächst (7.-10. Sitzung) als nicht effektiv und führte zu einem Einbruch auf der Beziehungsebene mit Verbesserungen der motivationalen Klärung (10.-11. Sitzung). Durch deren Beachtung konnte die Problembewältigung ab der 11. Sitzung optimiert werden.

Fortgang der Behandlung: Bei guter bis sehr guter therapeutischer Arbeitsbeziehung wurde in wöchentlichen Folgesitzungen (11.-28. Sitzung) die Problembewältigung optimiert, ab der 22. Sitzung verstärkt auch (zumindest hin und wieder) die Klärung (vor allem der Unterwerfungs-Kontroll-Konflikt), was durch relativ schnelle Fortschritte der separaten pädagogischen Sprachförderung begünstigt wurde. Ausschleichen der Einzelbehandlung (29.-35. Sitzung) über Sitzungs-frequenzierungen von 14-tägig bis monatlich.

Veränderung der Beschwerden/
Symptomatik

Kurzfristig: Keine Sonderschulzuweisung, aber Wiederholung des 2. Schuljahres mit regelmäßigem Schulbesuch bei deutlichen Fortschritten in deutscher Sprachkompetenz und „befriedigenden“ bis „ausreichenden“ Schulleistungen.

Therapieabschluss: Abbau der hyperkinetischen Störung und der Isolationstendenzen gegenüber Peers (extern validiert durch Angaben von Lehrern und Eltern). Aufbau sozial angemessener Verhaltensweisen gegenüber Peers (manifest in Kinder-Entspannungsgruppe) bei evtl. Transferproblemen in den Schulbereich. Kein Stehlen und keine Gewalt gegen Sachen, aber hin und wieder „aggressive Ausbrüche“ (Lehrerin) gegenüber Mitschülern. P. begründet dies damit, dass er „sich doch wehren müsse“. Exemplarische Explorationen entsprechender Situationen scheinen dies zu bestätigen.

Katamnesen (jährlich): fünf Jahre nach der Behandlung ist P. auf der wohnortnahen Hauptschule, ist sozial integriert und zeigt keine auffälligen Verhaltensweisen oder Störungen. Lehrer geht davon aus, dass er den qualifizierten HS-Abschluss problemlos absolvieren wird.

Allgemeinen, Differenziellen Psychotherapie auf drei (bis vier) Wirkfaktoren sinnvoll zu beziehen sind.

(2) ... zu den psychodynamischen Merkmalen und Komorbiditäten mit hoher Prävalenz:

- Regelmäßig zu beobachten sind geringer Leidensdruck, geringe Therapieerwartungen und geringe Compliance.
- Daraus resultieren zumeist erhebliche Anfangsprobleme bei der Konstitution einer adäquaten therapeutischen Arbeitsbeziehung.
- Erschwert wird dies durch massive Übertragungsphänomene, die mit Gegenübertragungen verbunden sein können, die z.T. kurz- und mittelfristig kaum zu lösen sind und zu Überweisungen führen müssen.
- Überweisungen können bei Patienten zu affektiven Entlastungen und zur Verbesserung der Therapiemotivation führen.

Häufige Komorbiditäten sind hyperkinetische Störungen (auch bei Erwachsenen, z.T. gehemmt), manifeste Impulsivität, Reizbarkeit, „Poltern“, Substanzabusus, Anpassungs- und Belastungsreaktionen sowie affektive Störungen (deswegen führt die Differenzierung nach externalisierenden vs internalisierenden Störungen hier leicht in die Irre).

(3) ... zur Ätiologie pathologischer Aggressivität

- Die medizinische Abklärung führt häufig in das Nichts oder allenfalls ins Vage.
- Biologische Ursachen bleiben in der Regel so unklar, dass invasive (psychopharmakologische) Behandlungen den Extremfällen explosibler Störungen vorbehalten bleiben sollten (vgl. etwa Citrome & Volavka, 1997; Fava, 1997).
- Gleichwohl ist eine Ätiologie wahrscheinlich,
 - die bei einem erhöhten psychophysiologischen Erregungs- und Aktivierungsniveau startet („schwierige Kinder“),
 - auf die von Bezugspersonen früh mit Ablehnung und rigiden Kontrollversuchen reagiert wird,
 - was zusammen zu hyperkinetischen Manifestationen führt,
 - auf die von der Umwelt verstärkt ablehnend-restriktiv reagiert wird,

- was zur Suppression und/oder Isolation und/oder zu explosiblem Ausagieren führt,

- die fallweise und durch deviante Vorbilder (Peers; ggfs. auch in der devianten Gruppe) verstärkt werden

- und sich über intermittierende Verstärkung generalisieren können.

• Dieses biopsychosoziale Störungsmodell indiziert multimethodale Behandlungssettings im Sinne einer Allgemeinen und Differenziellen (Psycho-)Therapie.

(4) ... zu den Möglichkeiten der allgemeinen, differenziellen Psychotherapie pathologischer Aggressivität:

• Die Effektivitätsnachweise zu Gruppenbehandlungen beziehen sich entweder auf eher milde Formen aggressiven Verhaltens (insbesondere bei Kindern und Jugendlichen; vgl. etwa Kazdin, Mazurick & Siegel, 1994; Lumenda, 1986) oder gehen gegen Null (oder sogar in Richtung einer Verstärkung der Symptomatik; vgl. hierzu im Überblick etwa Andrews, Bonta & Höge, 1990; Kleiber & Meixner, 2000; Lösel & Bender, 1998; siehe auch Kazdin & Was-sell, 1999).

• Gruppenbehandlungen sind daher bei Störungen des Sozialverhaltens (mit antisozialen, dissozialem, aggressivem Verhalten) mit Krankheitswert und dissozialen/antisozialen Persönlichkeitsstörungen kontraindiziert (zumindest in der Anfangsphase).

• Dies gilt insbesondere für manualisierte Gruppenprogramme, die in der selektiven und adaptiven Indikation alleine den Wirkfaktor der Problembewältigung fokussieren und die Beziehung und Klärungsperspektive vernachlässigen.

• Diese Kontraindikation von Gruppenprogrammen bei pathologischer Aggressivität muss fachlich (auch etwa gegenüber Kostenträgern) vertreten werden, da ansonsten falsche Erwartungen geweckt werden und das fachliche Wissen einem kontraproduktiven Ökonomiedenken untergeordnet wird.

• Indiziert ist vielmehr Einzelpsychotherapie mit hoher Sitzungs-frequenz in der Anfangsphase, einer Fokussierung der Beziehungsperspektive in der Anfangsphase und Nutzung des reichhaltigen Repertoires psychotherapeutischer Methoden unter Be-

Textbox 6

Fallbeispiel 2: Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen (ICD-10: F91.2/DSM-IV: 312.8)

Angaben zur Person (KS121280)

17-jähriger Arbeitsloser (mit Realschulabschluss). Einzelkind, lebt meistens bei den Eltern (unregelmäßige kürzere und längere Phasen der Abwesenheit mit unbekanntem Ort); bis vor sechs Monaten 4-monatiger, von Eltern veranlasster Heimaufenthalt: u.a. Gruppen-Konfrontationstherapie; zweimaliges Ausreißen (zu dritt); Wiederaufnahme beim ersten Mal; nach dem zweiten Mal: polizeiliche Rückführung ins Heim, dann Rückkehr zu Eltern. Vater: 52 Jahre, freier Architekt. Mutter: 46 Jahre, Angestellte (Teilzeit, seit ca. 4 Jahren ganztags). Lebt von den Eltern mit Einkünften aus unbekanntem, z.T. bekannten Quellen (Diebstahl, Erpressung).

Basisdaten zu Behandlungsbeginn

Anlass: „Psychotherapeutische Beratung“ ist Auflage des Jugendgerichts, vor dem K. zum ersten Mal wegen Sachbeschädigung (neonazistische Schmierereien an Gebäuden und auf Friedhof) und aggressiver Erpressung (Gruppenstraftaten) stand und eine Bewährungsstrafe mit Auflagen bekommen hat. Kein „Beratungsplatz“ über KJ-Hilfe verfügbar; nach Problemen Kostenerstattungsverfahren.

Gespräch mit Eltern: K. sei vor drei Jahren in „schlechte Gesellschaft“ geraten, und alle ihre Erziehungsversuche (Strafen, Hausarrest etc.) haben nichts bewirkt, weswegen sie den Heimaufenthalt veranlasst hätten, der alles aber nur verschlimmert habe. Bis vor drei Jahren sei alles „gut“ gewesen; Mutter sagt, K. sei ein „schwieriges Kind“ („Schreier“, unruhig und zappelig) gewesen, was sie aber „in den Griff bekommen hätten“ (auf Nachfrage: Strafen, Arrest, kein Taschengeld; Grundschulzeit: Medikamente -Ritalin?). K's Arbeitslosigkeit sei selbst gewählt, da er eine „schöne Ausbildung geschmissen“ (Industrieaufmann) habe (de facto: Kündigung wegen mehrfachem Diebstahl). Haben inzwischen selbst Angst vor ihm und seinem Militarismus (K. sammelt Militaria mit entsprechenden Vorläufern in der Kindheit) und Rechtsradikalismus, den sie als widerwärtig bewerten. Sie wissen nicht, was sie tun sollen, sind selbst zu allem bereit und befürworten alles, was K. „da wieder rausholt“.

Erstgespräch mit K.: kein Rapport; nur provozierende Äußerungen und provokantes Verhalten in und vor dem Gespräch (vorher: mutwillige Zerstörung von Zeitschriften im Wartebereich). Aufklärung über Anlass für das Gespräch - weiß das alles schon lange und besser, ist alles „Kacke“, „muss aber erst mal sein“.

Diagnostische Befunde

ICD-10: Beim zweiten und dritten Kontakt wurde im Gespräch implizit ein teilstrukturiertes klinisches Interview (SKID) versucht; Ergänzung über Aktenanalysen und Fremangaben der Eltern

Diagnose: ICD-10: 91.2

OPD (ausgewählte Befunde): Achse I:

- Schweregrad hoch, Leidensdruck nicht vorhanden
- Selbsterleben erhalt., sek. Krankheitsgewinn nicht er-

• kennbar, Einsicht nicht vorhanden

- Th.-Erwartung und -Motivation, Compliance: nicht "vorhanden"

Achse II:

starke Differenzen zw. Peer- und anderen Beziehungen; hier daher nur Th.-Pat.-Beziehung:

- Pat. kontrolliert misstrauisch, entwertet, bedroht, schottet sich ab

- Pat. erlebt Th. als belehrend, anklagend, sich rechtfertigend

- Th. erlebt Pat. als unzugänglich, beleidigend, bedrohend, provokant

- Th. erlebt sich Pat. gegenüber als resignierend, beleidigt, flüchtend

Achse III:

- Konflikt „Unterwerfung vs Kontrolle“?

- Konflikt „Schuldkonflikte, aktiver Modus“ (leugnend)

- Konflikt „fehlende Konflikt- und Gefühlswahrnehmung“

- konflikthafte Lebenssituation: unbekannt (evtl.

Arbeitslosigkeit?)

- aktiver Verarbeitungsmodus Achse

IV:

- durchgängig eher mäßig bis gering integrierte Struktur bei hoher

Impulsivität und Abwehr sowie fehlender Empathiefähigkeit

Achse Va -ICD-10:

F91.2 Achse Vb:

- evtl. beginnende dissoziale Persönlichkeitsstörung (Verdacht:

F60.2)

Achse Vc: - o.B.

Medizinische Abklärung: verweigert (aber ohne Hypothese)

Hypothesen zur Genese und Aufrechterhaltung der Störung

Weiche Hypothese zur Ätiologie: „klassischer“ Verlauf von erhöhtem psychophysiologischem Aktivierungsniveau über (unterdrückte) hyperkinetische Störung (?) zu antisozialem Verhalten, das in Adoleszenz durch Einflüsse einer devianten, ideologie-behafteten Peer-Group zu manifester Störung des Sozialverhaltens mit Straftaten führte. Entwicklung wurde durch militaristische Spielpräferenzen in der Kindheit (gegen Widerstand der Eltern) sowie soziale Abgrenzungs- und Individuationsmotive begünstigt In der (späten) Kindheit und frühen Adoleszenz führten erste Diebstähle (in Schule, Elternhaus und Geschäften) zu Verstärkungen und weiteten sich in der Peer-Group zu Gruppentaten und Einzeltaten mit Gewalt gegen Personen und Sachen aus. Eventuell: Verstärkung durch Heimaufenthalt, Konfrontationsbehandlung und subjektiven Erfolg des Ausreißen. Aktuell: Erhebliche Ingroup-Outgroup-Diskrepanzen mit Isolation der Ingroup und massiven, stark generalisierten Feindbildern. Deutliches Risiko für die Entwicklung einer dissozialen Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.2) oder von antisozialem (delinquentem) Verhalten im Erwachsenenalter (ICD-10: Z72.8).

Behandlungsverlauf und -ergebnis

Differentielle Indikation und Therapieplanung: OPD-Eingangsdagnostik indizierte Fokussierung der Beziehungsperspektive (therap. Arbeitsbündnis, Motivierung,¹ Problemaktualisierung), ohne die keine problem- und



Fortsetzung
Textbox 6

klärungs-orientierte Behandlung aufgenommen werden kann. Danach sind sowohl motivationale Klärung Reflexion von Motiven, soziale Stellung, Beziehungsverhalten etc.) als auch aktive Hilfe zur Problembewältigung (insbesondere Aufbau alternativer Verhaltensweisen zum Statusgewinn) indiziert. Fortschritte bei therapeutischer Beziehungsklärung ermöglichen dann ggfs. gezielte adaptive Indikation und Therapieplanung, zu der zu Behandlungsbeginn keine weiteren Aussagen gemacht werden konnten.

Adaptive Indikation

über insgesamt neun Termine (1 bis 2 x wöchentlich) keine bedeutsame Verbesserung der therapeutischen Arbeitsbeziehung: Versuchsweise Einführung von STEPP wurde vom Pat. mit Heiterkeit aufgenommen („warum nicht mal machen“): T-Wert = 20 bei allen Skalen (STEPT: 19 < T < 31).

Zuspitzung von Übertragungs- und zunehmenden Gegenübertragungsphänomenen (Wut, Ärger, eine Terminabsage durch Th.), die in kontinuierlicher kollegialer Supervision zwar reflektiert, aber nicht aufgelöst werden konnten.

Entscheidung: Überweisung an Kollegen (aus Supervisionsgruppe).

Fortgang der Behandlung (Kenntnis aus kollegialer Supervision): Hochfrequente Einstiegsbehandlung (2 bis 3 x wöchentlich eine Doppelsitzung) mit relativ „autoritärer“ Beziehungsklärung durch Th. in der ersten Doppelsitzung und stringenten Terminvorgabe, die - trotz Ausreden - vom Pat. mit wenigen Ausnahmen eingehalten werden (Compliance). Nachdem STEPP-B und STEPT-B nach der

8. Sitzung der Zweitbehandlung relativ stabil auf T > 30 bis 40 angestiegen war: Fokussierung der Klärungsperspektive durch Selbstreflexionsübungen, freies Assoziieren, „heftiges“ (aber eher nondirektives) sozialisationsbezogenes Deuten und Versuche eines sokratischen Diskurses. Bis zur 18. Doppelsitzung bei relativ stabilem STEPP-B markanter Anstieg von STEPP-K bei leichter Erhöhung von STEPP-P. Folgesitzungen (19.-34. Sitzung; ab 24. Sitzung: Frequenzreduktion auf 1-2 x wöchentlich 1 Std.) fokussierten Problembewältigung durch therapeutische Rollenspiele, Hausaufgaben zu sozialen Verhaltensweisen, Exploration sozialer Verhaltensweisen sowie strukturierte Berufsreflexions- und -findungsübungen. *Therapieabschluss:* abrupt nach der 34. Sitzung.

Veränderung der Beschwerden/Symptomatik

Kurzfristig: Keine.

Therapieabschluss: keine bekannt gewordene Straffälligkeit und Gewalt. Aufbau alternativer sozialer Verhaltensweisen und Kompetenzen ist gelungen, ihr Einsatz zumindest prinzipiell möglich. Laut Auskunft der Eltern ist K. auf Arbeitssuche und jobbt hin und wieder als Gerüstebauer, Hilfsarbeiter auf Baustellen, „Security“ bei Discos o.a. Kontakte zur devianten Peer-Group werden vermutet.

Katamnese (1 Jahr): keine bekannt gewordene Straffälligkeit und Gewalt. Eltern: K. ist noch ohne Ausbildungsplatz, jobbt aber ziemlich regelmäßig und lebt nach wie vor zumeist bei Eltern, aber von eigenem Geld. Über Kontakte zur devianten Peer-Group ist nichts bekannt. K. selbst verweigert jede Auskunft und Kontakt zum Therapeuten.

zug auf ihre selektive und adaptive Indikation (vgl. hierzu etwa Hanna & Hunt, 1999; Hanna, Hanna & Keys, 1999).

• Die systematische (selektive und adaptive) Indikation therapeutischer Maßnahmen ist dabei sinnvoll auf allgemeine Wirkfaktoren therapeutischer Prozesse zu beziehen.

• Dabei ist die folgende Abfolge häufig, aber nicht regelmäßig:

- (1) Optimierung der Beziehungsperspektive durch
 - (1a) aktive Klärung der Th.-Pat.-Beziehung (1b) Aktivierung der Ressourcen des Patienten (1c) Aktualisierung der Probleme/ des Leidensdrucks
- (2) aktive Hilfe zur Problembewältigung durch
 - (2a) Aufbau sozialer Verhaltensweisen/Kompetenzen (2b) Abbau antisozialen, aggressiven Verhaltens
- (3) Förderung der motivationalen Klärung und persönlichen Entwicklung des Patienten durch
 - (3a) biographische und aktualgenetische Rekonstruktionen
 - (3b) Perspektivenentwicklung und Lebensplanung.

• Selbst dieses Vorgehen sollte nicht mit einer Hoffnung auf schnelle Therapieerfolge verbunden werden, sondern auf mittel- und längerfristige.

Zusammenfassung

Nach einem Überblick zur deskriptiven, operationalen Diagnostik pathologischer Aggressivität (nach den diagnostischen Leitlinien von ICD-10 und DSM-IV) werden drei Fallbeispiele aus der Praxis der allgemeinen und differenziellen Psychotherapie skizziert. Eingegangen wird auf Komorbiditäten, ätiologische Überlegungen, die differenzielle Indikation psychotherapeutischer Interventionen, die Notwendigkeit der Ergänzung der klassifikatorischen Diagnostik um psychodynamische Kategorien, Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene sowie Therapieerfolge und -misserfolge. Einige Spekulationen über die Möglichkeiten der differenzialdiagnostischen Abgrenzung, die Komorbiditäten mit erhöhter Prävalenz und die Ätiologie pathologischer aggressiven Verhaltens sowie die Möglichkeiten seiner Beeinflussung im Rahmen der allgemeinen und differenziellen Psychotherapie schließen sich an.

9

Literatur

- ANDREWS, D. A., BONTA, J. & HÖGE, R. D. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering Psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17, 19-52.
- ANGERMAYER, M. C. & SCHULZE, B. (1998). Psychisch Kranke - eine Gefahr? *Psychiatrische Praxis*, 25, 211-220.
- ARBEITSKREIS OPD (Hrsg.). (1996). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik: Grundlagen und Manual*. Bern: Huber.
- ASTER, M. VON (1996). Psychopathologische Risiken bei Kindern mit umschriebenen schulischen Teilleistungsstörungen. *Kindheit und Entwicklung*, 5, 53-59.
- BOMMERT, H. & PLESSEN, U. (1978). *Psychologische Erhebungsberatung*. Stuttgart: Kohlhammer.

• **Jextbox 7.**

Fallbeispiel 3: Anpassungsstörung mit vorwiegender **Störung des Sozialverhaltens**

(ICD-10: F34.24/DSM-IV: 309.3, Achse I) auf dem Hintergrund einer Dissozialen/Antisozialen Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.2/DSM-IV: 301.7, Achse II)

Angaben zur Person (AJ030557)

47-jähriger mittlerer Angestellter (mittlere Reife, Verwaltungsausbildung), nach 20 Jahren Ehe geschieden, 3 Kinder (19m, 15w, 8w); lebt seit zwei Jahren von Familie getrennt und alleine; Eltern verstorben.

Basisdaten zu Behandlungsbeginn

Anlass: sucht Rat, da er „seit der Scheidung (vor zwei Monaten) nicht mehr zurechtkommt“; Druck im Beruf nimmt zu, Kollegen meiden ihn und „mobben“, worauf er „wütend“ reagiere und schon mal etwas kaputt mache (PC; WC-Tür, da ständig besetzt; „anderer Kleinkrams“) und anderen „die Meinung sagt“...; ständig Ärger mit Vorgesetzten, gegen die er sich „wehrt“, worauf mit Abmahnung und Kündigungsandrohung reagiert wird...

Erstgespräch mit K.: sehr flüssiger Rapport; im Auftreten und in Sprache polternd, will von mir wissen, „was Sache ist, und was er gegen das Mobben machen kann“... Empfehlung: arbeitsrechtliche Abklärung (wird abgelehnt, da das „nichts bringt“) und psychodiagnostische Abklärung mit evtl. Behandlungsempfehlung (wird zögerlich zugestimmt).

Diagnostische Befunde

ICD-10: (zweite Sitzung) teilstrukturiertes klinisches Interview (SKID) *Ä* Diagnose: ICD-10: F43.24, F60.2

OPD (ausgewählte Befunde):

Achse I:

- Schweregrad mittel, Leidensdruck mittel
- Selbsterleben erhalt., sek. Krankheitsgewinn nicht erkennbar, Einsicht nicht vorhanden
- Th.-Erwartung und -Motivation, Compliance: niedrig bis mittel

Achse II:

- Pat. bevormundet, beschuldigt andere; lässt im Stich, trotzt, rivalisiert
- Pat. erlebt Th. als beschützend, beschwichtigend
- Th. erlebt Pat. als belehrend, anklagend, ratsuchend, rechtfertigend
- Th. erlebt sich Pat. gegenüber als akzeptierend

Achse III:

- Konflikt „Unterwerfung vs Kontrolle“ (aktiver Modus)
- Selbstwertkonflikte (aktiver Modus: pseudo-selbstsicher)
- Konflikt „Schuldkonflikte, aktiver Modus“ (aktiver Modus: leugnend)
- Konflikt „fehlende Konflikt- und Gefühlswahrnehmung“
- konflikthafte Lebenssituation: kurz nach Scheidung
- aktiver Verarbeitungsmodus Achse

Achse IV:

- durchgängig gering integrierte Struktur bei erhöhter Impulsivität und Abwehr sowie fehlender Empathiefähigkeit

Achse Va: - ICD-10: F43.24

Achse Vb: - ICD-10: F60.2

Achse Vc: -o.B. Medizinische
Abklärung: o.B.

Hypothesen zur Genese und Aufrechterhaltung der Störung

Biographisch ist seit dem frühen Jugendalter eine dissoziale Störung mit hoher Stabilität und Bandbreite bei Leidensdruck (vor allem in Pubertät, Schule, BW-Zeit und Verwaltungsausbildung) nachweisbar, ohne dass aber Konflikte mit dem Gesetz manifest wurden. Leitsymptome der dauerhaften Reizbarkeit, mangelnden Empathie, geringen Frustrationstoleranz/geringen Schwelle für Gewalt gegen Sachen und für verbale Aggressionen gegen andere sowie des mangelnden Schuldbewusstseins stützten Diagnose einer frühen Störung, für die (zunächst) biographisch keine Erklärungshypothesen verfügbar sind. Die nicht verarbeitete Trennung von Ehefrau und Kindern (vor zwei Jahren) und vor allem die Scheidung (vor zwei Monaten) führten zur Manifestation massiver antisozialer Verhaltensweisen (vor allem im beruflichen Bereich), deren Ursachen und Verantwortlichkeiten extern attribuiert werden und die sich dadurch in einem circulus vitiosus chronifizieren und intensivieren.

Behandlungsverlauf und -ergebnis

Differenzielle Indikation und Therapieplanung: OPD-Eingangsdagnostik indizierte nach Sicherung und Verbesserung von therapeutischem Arbeitsbündnis und Motivierung die Ressourcenaktivierung des Patienten (realisiert über biographische Rekonstruktionen und Hausaufgaben zu früher gezeigten sozialen Verhaltensweisen und Kontakten). Darauf aufbauend war aktive Hilfe zur Problembewältigung (im Beruf) wegen drohender weiterer Abmahnungen und Kündigung dringlich (Vermittlung von PR, Gedankenstopp-Strategien und Strategien des kontrollierten Ausagierens; Übung zunächst einfacher sozialer Verhaltensweisen, wie Grüßen, Bedanken, Bitten, höflich Fragen auch in zunehmend schwereren Situationen in sensu, im Rollenspiel, in situ). Wegen generalisiertem externem Attributionsstil war zunächst die Problemaktualisierung kontraindiziert Längerfristig wurde sie zusammen mit motivationalen Klärungen fokussiert.

Adaptive Indikation

Auf der Basis eines Behandlungsvertrages für zunächst 10 Sitzungen (Frequentierung: 2 x wöchentlich) konnte die Therapiemotivation bei guter Compliance gestärkt und ein adäquates therapeutisches Arbeitsbündnis aufgebaut werden (STEP-B stabil: T > 49). Ressourcenaktivierung und zunehmende Problembewältigung war bereits ab der 3. Sitzung möglich, wobei STEPP auf Vermischung von P und K, STEPT auf Maximierung von P bei Stagnation von K verweisen.

Fortgang der Behandlung: Schrittweise Verlängerung des Behandlungsvertrages um jeweils weitere 10-20 Sitzungen bis zur 94. Sitzung (später 1 x pro Woche, am Schluss mit ausschleichender Frequentierung). Nachdem etwa nach der 25. Sitzung die akute Anpassungsreaktion (F43.24) bewältigt und die manifesten Arbeitsplatzprobleme weitgehend beseitigt waren, wurde die Klärungsperspektive fokussiert (F60.2). Ansatzpunkte waren zunächst die Prä- und Post-Scheidungsphasen, später die Psychodynamik.

Fortsetzung
Textbox 7

und Biographie. Nach ca. 10 gesprächspsychotherapeutisch orientierten Sitzungen (ohne markante Verbesserungen von STEP-K) Übergang zu tiefenpsychologisch fundiertem Vorgehen mit eingeschränkter Regression, auf die der Patient motiviert mit umfangreichem psychodynamischem Material (aus Biographie und aktuellegen-tisch) reagierte. Bezug der Inhalte auf die Lebenssituation und -Perspektiven führten zum Therapieabschluss (ausschleichend).

Veränderung der Beschwerden/Symptomatik

Kurzfristig: Abbau offen-aggressiven Verhaltens gegen Sachen und (verbal) Personen sowie Aufbau basaler sozialer Verhaltensweisen im Beruf nach etwa 12-15 Sitzungen;

nach 25 Sitzungen: keine offenen Manifestationen aggressiven Verhaltens.

Therapieabschluss: Verstärkte Einsicht in eigene Psy-chodynamik mit Reduktion des externen Attributionsstils und der Abwehr; (leichte) Zunahme sozialer Kontakte; stabilisierte Berufssituation; Kontaktaufnahme mit geschiedener Ehefrau und Kindern; Persönlichkeits-Srl- und Störungs-Inventar (PSSI): Skala „Antisozialer Persönlichkeitsstil“: PR = 65.

Katamnese (1 Jahr): Berufliche Situation stabil; regelmäßiger Kontakt zu den beiden jüngeren Kindern und dadurch auch zur „Ex“; positive Urlaubserfahrungen als Alleinreisender in Reisegruppe; kein Therapiebedarf.

BUDMAN, C. L., BRUUN, R. D., PARK, K. S. & OLSON, M. E. (1998). Rage attacks in child-ren and adolescents with Tourette's disorder: A pilot study. *Journal of Clinkal Psychia-try*, 59, 576-580.

BUKSTEIN, O. G. (1996). Aggression, violence, and substance abuse in adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 5, 93-109.

CITROME, L. & VOLAVKA, J. (1997). Psychopharmacology of violence: Part I: Assessment and acute treatment. *Psychiatric Annals*, 27, 691-695.

DANKWARTH, G. (1998). Aggressivität bei intellektuell Minderbegabten. *Psycho*, 24, 432-437.

ELEY, T. C., HOHENSTEIN, P. & STEVENSON, J. (1999). Sex differences in the etiology of aggressive and nonaggressive antisocial behavior: Results from two twin studies. *Child Development*, 70, 155-168.

FAUST, V., STEINERT, T. & SCHARFSTETTER, C. (1998a). Aggressionen bei psychischen Störungen. Diagnose und Therapie, Teil I. *Krankenhauspsychiatrie*, 9, 116-119.

FAUST, V., STEINERT, T. & SCHARFSTETTER, C. (1998b). Aggressionen bei psychischen Störungen. Diagnose und Therapie, Teil II. *Krankenhauspsychiatrie*, 9, 162-168.

FAVA, M. (1997). Psychopharmacologic treatment of pathologic aggression. *Psychiatric Clinics of North America*, 20, 427-451.

GRAWE, K. (1995). Grundriß einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130-145.

GRAWE, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.

GRAWE, K., DONATI, R. & BERN AUER, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.

HANNA, F. J., HANNA, C. A. & KEYS, S. G. (1999). Fifty strategies for counseling defiant, aggressive adolescents: Reaching, accepting, and relating. *Journal of Counseling and Development*, 77, 395-404.

HANNA, F. J. & HUNT, W. P. (1999). Techniques for psychotherapy with defiant, aggressive adolescents. *Psychotherapy*, 36, 56-68.

HEINZ, A. (1999). Serotonerge Dysfunktion als Folge sozialer Isolation. Bedeutung für die Entstehung von Aggression und Alkoholabhängigkeit. *Der Nervenarzt*, 70, 780-789.

HrNSHAW, S. P. h MELNICK, S. M. (1995). Peer relationships in boys with attention-deficit hyperactivity disorder with and without comorbid aggression. *Development and Psychopathology*, 7, 627-647.

KASHANI, J. H., ORVASCHEL, FL, ROSENBERG, T. K. & REID, J. C. (1989). Psychopathology in a Community sample of children and adolescents: A developmental perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 701-706.

KAZDIN, A. E. (1995). *Conduct disorders in childhood and adolescence*. Thousand Oaks: Sage.

KAZDIN, A. E., MAZURICK, J. L. & SIEGEL, T. C. (1994). Treatment outcome among children with externalizing disorder who terminate prematurely versus those who complete psychotherapy. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 549-557.

KAZDIN, A. E. & WASSELL, G. (1999). Barrier to treatment participation and therapeutic change among children referred for conduct disorder. *Journal of Clinkal Child Psychology*, 28, 160-172.

KLEIBER, D. & METXNER, S. (2000). Aggression und (Gewalt-)delinquenz bei Kindern und Jugendlichen. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung* 31, 191-205.

KORN, M. L., PLUTCHIK, R. & VAN PRAAG, H. M. (1997). Panic-associated suicidal and aggressive ideation and behavior. *Journal of Psychiatric Research*, 31, 481-487.

KRAMPEN, G. (1998). Diagnostik nach der ICD-10. Ihr Stellenwert im psychodiagnostischen Prozeß sowie Hinweise zu einschlägiger Fachliteratur und psychodiagnostischen Hilfsmitteln. *Report Psychologie*, 23, 44-52 und 57-63.

KRAMPEN, G. & WALD, B. (2001). Kurzzinstumente für die Prozessevaluation und adaptive Indikation in der Allgemeinen und Differenziellen Psychotherapie und Beratung (STEP). *Diagnostica*, 47, 43-50.

KÜHNE, M., SCHACHAR, R. & TANNOCK, R. (1997). Impact of comorbid oppositional or conduct problems on attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1715-1725.

KUMPULATNEN, K., RAESAENEN, E., HENTTONEN, L., ALMQVIST, F., KRESANOV, K., UNNA, S. I., MOILANEN, L., PIHA, J., PUURA, K. & TAMMINEN, T. (1998). Bullying and Psychiatric Symptoms among elementary school-age children. *Child Abuse and Neglect*, 22, 705-717.

LOEBER, R. (1990). Development and risk factors of juvenile antisocial behavior and delinquency. *Clinkal Psychological Review*, 10, 1-41.

LOEBER, R. & HAY, D. F. (1993). Developmental approaches to aggression and conduct Problems. In: M. Rutter & D. F. Hay (Eds.), *Development through life: A handbook for clinicians* (pp. 488-516). Oxford: Blackwell.

LÖSEL, F. (1999). Delinquenzentwicklung in der Kindheit und Jugend. In: R. Lempp, G. Schütze & G. Köhnen (Hrsg.), *Forensische Psychiatrie und Psychologie des Kindes- und Jugendalters* (S. 221-234). Darmstadt: Steinkopff.

LÖSEL, F. & BENDER, D. (1998). Aggressives und delinquentes Verhalten von Kindern und Jugendlichen - Kenntnisstand und Forschungsperspektiven. In: H.-L. Kröber & K.-P. Dahle (Hrsg.), *Sexualstraftaten und Gewaltdelinquenz. Verlauf-Behandlung - Opferschutz* (S. 13-37). Heidelberg: Kriminalistik.

LUMENDA, B. (1986). *Effektivitätskontrolle eines Verhaltenstrainings mit aggressiven 9- bis 13jährigen*. Dissertation. Graz: Universität, Naturwissenschaftliche Fakultät.

MESSER, S. C. & GROSS, A. M. (1994). Childhood depression and aggression: A covariance structure analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 663-677.

MOSS, H. B., MEZZICH, A., YAO, J. K., GAVALER, J. ET AL. (1995). Aggressivity among sons of substance-abusing fathers: Association with Psychiatric disorder in the father and son, paternal personality, pubertal development, and socioeconomic Status. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 21, 195-208.

PETERMANN, F. & SCHEITHAUER, F. (1998). Aggressives und antisoziales Verhalten im Kindes- und Jugendalter. In: F. Petermann, M. Kusch & K. Niebank (Hrsg.), *Entwicklungspsychopathologie* (S. 243-296). Weinheim: PVU.

PÖLDINGER, W. (1995). Psychopathologie der Aggression. In: G. Nissen (Hrsg.), *Aggressivität und Gewalt Prävention und Therapie* (S. 51-57). Bern: Huber.

RATZKE, K., SANDERS, M., DIEPOLD, B., KRANNICH, S. & CIERPKA, M. (1997). Über Aggression und Gewalt bei Kindern in unterschiedlichen Kontexten. *Praxis der Kinder-Psychologie und Kinderpsychiatrie*, 46, 153-168.

REICHER, H. (1999). Depressivität und Aggressivität im Jugendalter: Gemeinsame und spezifische psychosoziale Charakteristika. *Kindheit und Entwicklung*, 8, 171-185.

SAß, H., WITTCHEN, H.-U. & ZAUDIG, M. (Hrsg.). (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.

SCHAUBENBURGER, H., FREYBERGER, H., CIERPKA, M. & BUCHHEIM, P. (Hrsg.). (1998). *OPD in der Praxis*. Bern: Huber.

SHELTON, T. L., BARKLEY, R. A., CROSSWATT, C., MOOREHOUSE, M., FLETCHER, K., BARRITT, S., JENKINS, L. & METEVIA, L. (1998). Psychiatric and psychological morbidity as a function of adaptive disability in preschool children with aggressive and hyperactive-impulsive-inattentive behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 475-494.

SIMONOFF, E., PICKLES, A., MEYER, J., SILBERG, J. & MAES, H. (1998). Genetic and environmental influences on Subtypes of conduct disorder behavior in boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 495-509.

SPIESSL, H., KRISCHKER, S. & CORDING, C. (1998). Aggressive Handlungen im psychiatrischen Krankenhaus. *Psychiatrische Praxis*, 25, 227-230.

STEINERT, T. (1995). *Aggression bei psychisch Kranken*. Stuttgart: Enke.

STEINERT, T., VOGEL, R., BECK, M. & KEHLMANN, S. (1991). Aggressionen psychiatrischer Patienten in der Klinik: Eine 1-Jahres Studie an vier psychiatrischen Landes-krankenhäusern. *Psychiatrische Praxis*, 18, 155-161.

STEPHENS, R. J. & SANDOR, P. (1999). Aggressive behavior in children with Tourette Syndrome and comorbid attention-deficit hyperactivity disorder and obsessive-compulsive disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 1036-1042.

TARDIFF K. & KOENIGSBERG, H.-W. (1985). Assaultive behavior among Psychiatric out-patients. *American Journal of Psychiatry*, 142, 960-963.

TOLAN, P. H. Sr HILTON, J. (1999). Aggression and Psychopathology among Urban poor children: Comorbidity and aggression effects. *Journal of Consulting and Clinkal Psychology*, 64, 1094-1099.

VOGELGESANG, M., MARTIN, J., STAUFER, H. & WAGNER, A. (1995). Gruppeninterventionsprogramm für Patienten mit aggressiven Störungen. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin*, 16, 149-169.

WEISS, B. & CATRON, T. (1994). Specificity of the comorbidity of aggression und depression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 389-401.

WINDLE, R. C. & WINDLE, M. (1995). Longitudinal patterns of physical aggression: Association with adult social, Psychiatric, and personality functioning and testosterone levels. *Development and Psychopathology*, 7, 563-585.

Günter Krampen; Dipl.-Psych. 1976; Dr. phil. 1980; Habilitation 1985; Approbation Psychologischer Psychotherapeut 1999; Prof. für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Trier.

Anschrift: Universität Trier, Fachbereich I - Psychologie, D-54286 Trier.

WZ
Q