



Übersichtsarbeit

Störungen des Sozialverhaltens

Christina Stadler

Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik Basel

Zusammenfassung. Störungen des Sozialverhaltens (DSM: Conduct Disorder) sind sowohl durch aggressive (z. B. körperliche Auseinandersetzungen) als auch nicht-aggressive Verhaltensmerkmale (z. B. Missachtung von Regeln, Schuleschwänzen) gekennzeichnet. Aussagen hinsichtlich Prognose und Verlauf oder Behandlungsempfehlungen sind aufgrund der Heterogenität der Verhaltenssymptomatik meist nicht für die Gesamtgruppe der Patienten gültig. Als mögliches prognostisches Kriterium wurde bisher im DSM-IV einzig die Subtypisierung nach dem Störungsbeginn berücksichtigt. Die Evidenzgrundlage hierfür ist jedoch nicht eindeutig, und seit Erscheinen des DSM-IV im Jahre 1994 hat sich die empirische Befundlage zu Störungen des Sozialverhaltens beträchtlich erweitert. Für die Neuauflage des DSM-5 wurde die Berücksichtigung weiterer Kriterien diskutiert, insbesondere persönlichkeitspezifischer Risikofaktoren, mädchenspezifischer Merkmale oder dimensionaler Beurteilungskriterien bzw. die Ergänzung eines auf die Kindheit beschränkten Subtyps (Moffitt et al., 2008). Jedoch sind die wesentlichen diagnostischen Kriterien im DSM-5 gleichgeblieben; eine entscheidende Änderung ist die nun mögliche Klassifikation eines *CD specifiers with limited prosocial emotions*. Die Frage, inwieweit die im DSM-5 vorgenommenen Modifikationen hilfreich sind, um den Anforderungen einer psychiatrischen Klassifikation gerecht zu werden, soll in diesem Beitrag auf der Basis der vorliegenden Evidenzgrundlage diskutiert werden.

Schlüsselwörter: Störung des Sozialverhaltens, CD with limited prosocial emotions, DSM-5

Abstract. *Conduct disorders*

The diagnosis conduct disorder (CD) is characterized by aggressive (e.g., physical aggression) as well as nonaggressive symptoms (e.g., violation of rules, truancy). Conclusions regarding the course and prognosis, or recommendations for effective interventions, seem not to be equally valid for the whole patient group. DSM-IV-TR included subtyping age-of-onset as a prognostic criterion, even though the evidence base for subtyping from age of onset was rather sparse. The relevant literature on CD has grown substantially since the publication of DSM-IV-TR in 1994. For the new DSM-5 edition, some important issues were discussed, for example, consideration of personality traits, female-specific or dimensional criteria, and adding a childhood-limited subtype (Moffitt et al., 2008). Nevertheless, the diagnostic protocol for CD was not changed in the most parts in the new edition of the DSM-5; the addition of a CD specifier with limited emotions is the most relevant change. On the basis of the existing evidence base, this review discusses whether the modifications in DSM-5 are helpful for fulfilling the requirements of a reliable and valid psychiatric classification.

Keywords: conduct disorder, CD with limited prosocial emotions, DSM-5

Vom DSM-IV zum DSM-5

Subtypisierung nach Störungsbeginn

Die Kriterien für das Vorliegen einer conduct disorder (CD) sind in der Version der 5. Auflage des Diagnostischen und Statistischen Handbuchs Psychischer Störungen der Amerikanischen Psychiatrischen Fachgesellschaft (DSM-IV-TR, DSM-5; APA, 2013) gleichgeblieben. Auch im DSM-5 wird weiterhin unterschieden, ob die Symptomatik erstmalig vor dem 10. Lebensjahr (childhood-onset subtype) oder nach dem 10. Lebensjahr (adolescent-onset subtype) auftritt bzw. der Beginn nicht klassifiziert werden kann (unspecified onset subtype). Diese Subtypisierung geht auf die Ergebnisse der longitudinalen Studie von Moffitt, Caspi, Dickson, Silva und Stanton (1996) zurück, die erstmalig Hinweise erbrachte,

dass früh beginnende Störungen insbesondere durch eine höhere Hyperaktivität und einen geringeren verbalen IQ der Patienten sowie einem geringeren sozio-ökonomischen Hintergrund zu kennzeichnen sind und sich im Verlauf von den spät-beginnenden Störungen des Sozialverhaltens unterscheiden. Aktuelle Studien auf der Basis von taxometrischen Datenanalysen weisen darauf hin, dass die früh-beginnenden, persistierenden Störungen des Sozialverhaltens sich nicht qualitativ, sondern nur quantitativ von den spät beginnenden Störungen des Sozialverhaltens unterscheiden (Walters, 2011). Darüber hinaus liegen mittlerweile mehrere Hinweise aus Bildgebungsstudien vor, die belegen, dass beide Subtypen keine entscheidenden neuronalen Unterschiede aufweisen (Fairchild et al., 2011; Passamonti et al., 2010; Raine, 2011) und anzunehmen ist, dass auch den spät beginnenden Störungen des Sozialverhaltens eine neurobiologi-

sche Ursache zugrunde liegt. Die vorliegenden Hinweise, dass insbesondere die Qualität frühkindlicher Erfahrungen die Beziehung zwischen individueller Vulnerabilität und Beginn der Störung moderiert (siehe zusammenfassend Fairchild et al., 2013), unterstreicht, dass eine Klassifikation nach Störungsbeginn für den Kliniker möglicherweise weniger hilfreich ist als die Erfassung des Zeitpunkts des Beginns und der Schwere psychosozialer Risiken, um prognostische Aussagen über den Entwicklungsverlauf ableiten zu können.

Definition des Specifiers CD with Limited Prosocial Emotions

Die entscheidende Modifikation im DSM-5 ist die Hinzunahme von psychopathischen bzw. kühl-emotionslosen Persönlichkeitszügen (callous unemotional traits) zur Klassifikation eines eigenen Specifiers. Hinsichtlich der Bezeichnung des Specifiers wurde lange diskutiert, inwieweit die vorgesehene Spezifizierung zu einer Stigmatisierung dieser Patientengruppe beitragen könnte. Alternativ zur anfänglich vorgesehenen Bezeichnung CD with callous unemotional traits wurde deshalb der Begriff CD with callous-unemotional presentation in Erwägung gezogen, um deutlich zu machen, dass es sich bei diesen Merkmalen nicht um unveränderbare Persönlichkeitseigenschaften handelt, sondern diese sehr wohl in und durch die Entwicklung modifizierbar sind. Obwohl der Begriff callous-unemotional traits (im Folgenden übersetzt als kühl-emotionslose Persönlichkeitseigenschaften oder kurz CU Eigenschaften) bereits einheitlich auf breiter Basis Verwendung findet, wurde letztendlich jedoch keine der beiden Bezeichnungen gewählt: Im DSM-5 werden diese nun unter dem Specifier CD with limited prosocial emotions subsumiert.

Für den Subtyp *CD with limited prosocial emotions* müssen zusätzlich zu den Kriterien für das Vorliegen einer CD in den letzten 12 Monaten und in verschiedenen Lebensbereichen (und gegenüber mehreren Personen) mindestens zwei der folgenden vier Kriterien erfüllt sein, die eine defizitäre interpersonelle und emotionale Funktionsfähigkeit beschreiben: Fehlen von Schuldempfinden und Gewissen, Mangel an Empathie, Gleichgültigkeit gegenüber der eigenen Arbeitsleistung und abgeschwächter oder defizitärer Affekt.

Kritische Bewertung zur empirischen Evidenz des CD Specifiers

Um die Validität des neu definierten Specifiers zu beurteilen, ist zu diskutieren, inwieweit der Specifier sensitive und konsistente Merkmale umfasst und inwieweit hin-

sichtlich Verlauf und Prognose sowie Therapiewirksamkeit differenzierte Aussagen abgeleitet werden können. Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob Patienten, für die die Kriterien des Specifiers zutreffend sind, ein spezifisches Profil hinsichtlich zugrundeliegender neuropsychologischer und biologischer Korrelate aufweisen.

Befundlage über die Schwere der Symptomatik und den Verlauf

Die Datenlage zum Zusammenhang zwischen kühl-emotionslosen Persönlichkeitsmerkmalen und der Schwere und Stabilität von CD ist beträchtlich: 93 Studien wurden von der DSM-5 Arbeitsgruppe begutachtet, wovon 38 Studien einen längsschnittlichen Ansatz verfolgten. Bei 73 % der Studien wurde dabei ein spezifisches Verfahren zur Messung von callous-unemotional (CU) Eigenschaften eingesetzt, während bei dem Rest ein breiteres Konstrukt wie Psychopathie erfasst wurde. 91 % ($N = 85$) der Studien erbrachten einen klaren Beleg dafür, dass CU Eigenschaften mit der Schwere als auch der Persistenz der Symptomatik (siehe zusammenfassend Frick, Ray, Thornton & Kahn, 2013) assoziiert sind. Von Bedeutung ist auch die Tatsache, dass 22 Studien belegen konnten, dass der Zusammenhang zwischen CU Eigenschaften und antisozialem Verhalten auch unabhängig von CD Symptomen nachzuweisen ist (z. B. Byrd, Loeber & Pardini, 2012). Ähnliche Zusammenhänge konnten dabei auch für Mädchen mit hohen CU Eigenschaften festgestellt werden: Mädchen sind ebenso wie Jungen durch eine schwerwiegendere Symptomatik charakterisierbar, und CU Eigenschaften sind auch für das weibliche Geschlecht ein Risikofaktor für einen ungünstigen Verlauf (e.g., Kroneman, Hipwell, Loeber, Koot & Pardini, 2011; Keenan, Wroblewski, Hipwell, Loeber & Stouthamer-Loeber, 2010; McMahon, Witkiewitz & Kotler, 2010; Pardini & Frick, 2013; Pardini, Stepp, Hipwell, Stouthamer-Loeber & Loeber, 2012).

Diese Studien, die sowohl an nicht-klinischen als auch klinischen Stichproben durchgeführt wurden, unterstreichen somit weitgehend übereinstimmend die Bedeutung von CU Eigenschaften zur Vorhersage von antisozialem aggressivem und delinquentem Verhalten. Epidemiologische Studien weisen darauf hin, dass 2.9 % der kindlichen Population hohe CU Merkmale aufweist, wobei ein Drittel dieser Gruppe auch die Kriterien für eine CD aufweist (Rowe et al., 2010). Inwieweit hohe CU Eigenschaften unabhängig von einer psychiatrischen Diagnose mit klinischen Beeinträchtigungen assoziiert sind, muss Gegenstand zukünftiger Studien sein. Assoziiert mit einer Störung des Sozialverhaltens stellen sie jedoch ein bedeutendes und weitgehend spezifisches Entwicklungsrisiko dar (siehe hierzu auch Herpers et al., 2012), was die Definition des Specifiers gerechtfertigt.

Befundlage zu spezifischen neuropsychologischen und neurobiologischen Korrelaten

Patienten mit kühl-emotionslosen Persönlichkeitsmerkmalen weisen nicht nur hinsichtlich ihrer Symptomatik ein spezifisches Profil auf, sondern sie unterscheiden sich auch in Bezug auf neurobiologische Ursachen. CU Eigenschaften scheinen zu einem beträchtlichen Teil genetisch determiniert (Fontaine, Rijdsdijk, McCrory & Viding, 2010) während aggressives Verhalten stärker dem Einfluss negativer Umweltfaktoren unterliegt (Viding, Jones, Frick, Moffitt & Plomin, 2008; Viding, Fontaine, Oliver & Plomin, 2009). Hinsichtlich neuropsychologischer Korrelate konnten wiederholt Defizite in der Verhaltensmodulation im Sinne einer höheren Sensitivität auf Belohnungsreize und einer defizitären Reaktivität auf bestrafende Reize nachgewiesen werden (Frick et al., 2003). Eine Vielzahl vorliegender Untersuchungen weist zudem darauf hin, dass sich dieser Subtyp durch spezifische Defizite hinsichtlich der Ansprechbarkeit auf emotionale Reize charakterisieren lässt und diese Auffälligkeiten mit spezifischen verhaltensbezogenen als auch endokrinologischen und physiologischen Korrelaten assoziiert sind (siehe zusammenfassend Frick et al., 2013; Herpers, Rommelse, Bons, Buitelaar & Scheepers, 2012). Insbesondere zeigt diese Gruppe eine erhöhte Furchtlosigkeit sowie sensationssuchendes Verhalten. Entsprechend gibt es Hinweise, dass CU Eigenschaften negativ mit Angst oder Neurotizismus assoziiert sind (Frick & White, 2008) und Defizite in der Verarbeitung emotionaler Gesichtsstimuli, die Furcht oder «distress» ausdrücken, gegeben sind (Dadds, El Masry, Wimalaweera & Guastella, 2008). Nach der systematischen Übersichtsarbeit von Bons et al. (2013) sind hohe CU Eigenschaften bei Patienten mit Störungen des Sozialverhaltens mit einer defizitären motorischen und affektiven Empathie in Zusammenhang zu bringen und weniger mit Auffälligkeiten in der kognitiven Empathie. Die vorliegenden Ergebnisse werden von Bons und Mitarbeitern dahingehend interpretiert, dass bei der Patientengruppe mit hohen CU Eigenschaften eine autonome Hypoerregbarkeit kennzeichnend ist, das heißt ein geringer Herzfrequenz- und Hautleitfähigkeitsanstieg bei emotionalen Reizen negativer Valenz gegeben ist, insbesondere bei traurigen und furchtauslösenden Reizen. Diese Annahme wird auch durch die Ergebnisse funktioneller Bildgebungsstudien gestützt (Jones, Laurens, Herba, Barker & Viding, 2009; Marsh et al. 2008).

Befundlage zur Therapieresponse

Von der DSM-5 Arbeitsgruppe wurden 18 Therapiestudien hinsichtlich der Therapiewirksamkeit bei Patienten mit erhöhten CU Eigenschaften begutachtet. In 83 % der Studien konnte eine geringere Therapiewirksamkeit bei Vorliegen von CU Eigenschaften nachgewiesen werden. Dies traf

gleichermaßen für Jugendliche zu, die aufgrund von strafrechtlichen Delikten in stationären Maßnahmenvollzugsanstalten untergebracht waren (Falkenbach, Poythress & Heide, 2003; Gretton, McBride, Hare, O'Shaughnessy & Kumka, 2001; O'Neill, Lidz & Heilbrun, 2003; Spain, Douglas, Poythress & Epstein, 2004) als auch für Kinder und Jugendliche in psychiatrischen Einrichtungen (Stellwagen & Kerig, 2010a; Stellwagen & Kerig, 2010b). Eine der eingeschlossenen Studien weist darauf hin, dass unabhängig von externalen Verhaltensproblemen der Erfolg eines Summer-Treatment Programms für Patienten mit ADHS und Verhaltensproblemen mit der von den Kindern beurteilten CU Eigenschaften assoziiert ist (Haas et al., 2011). Auch in der Studie von Stadler, Kröger, Clement und Grasmann (2012) zeigten Patienten mit einer Störung des Sozialverhaltens und hohen CU Eigenschaften nach Durchführung des, ähnlich zum Summer-Treatment Programm entwickelten, verhaltenstherapeutischen Intensivtrainings, eine geringere Reduktion externaler Verhaltensprobleme als Patienten mit nicht erhöhten CU Merkmalen.

Auch wenn bisherige Studien überwiegend darauf hinweisen, dass therapeutische Ansätze bei CD Patienten mit hohen CU Merkmalen im Allgemeinen weniger wirksam sind, liegen jedoch auch Untersuchungen vor, die positive Behandlungseffekte nachweisen konnten: Beispielsweise konnten Waschbusch, Carrey, Willoughby, King und Andrade (2007) und Kolko und Pardini (2010) zeigen, dass ADHS Patienten mit externalen Verhaltensproblemen und hohen CU Eigenschaften dann von einer umfassenden, intensiven verhaltenstherapeutischen Behandlung gleichermaßen profitierten, wenn sie gleichzeitig mit Stimulanzien behandelt wurden. Auch Ansätze, die darauf abzielen, eine positive Eltern-Kind-Beziehung und die emotionale Verbundenheit bei kleinen Kindern zu fördern, erscheinen vielversprechend dahingehend, die Ausprägung kindlicher CU Merkmale durch eine spezifische Eltern-Kind Intervention zu reduzieren (Thomas & Zimmer-Gembeck, 2007). Auf der Basis dieser Untersuchungsergebnisse verspricht sich die DSM-5 Arbeitsgruppe durch die Klassifikation des CD Specifiers nicht nur die Möglichkeit, differentielle Therapieeffekte zukünftig besser untersuchen zu können, sondern insbesondere die Entwicklung und Evaluation spezifischer Therapiemöglichkeiten für diese Patientengruppe.

Aussagen zur Konsistenz und konkurrenten Validität des Specifiers

Auch wenn die Berücksichtigung von CU Eigenschaften zur Phänotypisierung der heterogenen Gruppe von Patienten mit Störungen des Sozialverhaltens in den letzten Jahren weitgehend einheitlich etabliert wurde, besteht bisher keine Empfehlung dahingehend, wie dieses Konstrukt am besten zu erfassen ist. Vorliegende Daten zur internen Konsistenz der im DSM-5 verwendeten Einschätzung anhand der erfassten vier Kriterien weisen nur auf eine moderate

interne Konsistenz hin (Cronbach's $\alpha = 0.56$, Frick & Moffitt, 2010). Inwieweit das von Frick entwickelte psychiatrische Interview zur Erfassung des Subtyps (Clinical Assessment of prosocial emotions, CAPE 1.1.) zufriedenstellende psychometrische Kennwerte aufweist, ist bisher nicht untersucht.

Es existieren darüber hinaus mehrere Verfahren, kühl-emotionslose Persönlichkeitseigenschaften im Fremd- und Selbsturteil zu erfassen. Das am häufigsten eingesetzte Verfahren Inventory of Callous Unemotional Traits (ICU) weist eine gute interne Reliabilität (Cronbach's $\alpha = 0.69\text{--}0.83$) und konkurrente Validität auf (e.g. Essau, Sasagawa & Frick, 2006; Kimonis, Frick, Munoz & Aucoin, 2008; Roose, Bijttebier, Decoene, Claes & Frick, 2010), das gilt gleichermaßen für die deutschsprachige Version (Essau et al., 2006). Dieses Verfahren findet insbesondere bereits in der Forschung breite Anwendung, um Patienten mit Störungen des Sozialverhaltens phänotypisch differenziert zu beschreiben (z. B. Jones et al., 2009; Schwenck et al., 2011; Stadler et al., 2011). Neben dem ICU zählt der Youth Psychopathic Inventory (Andershed, Kerr, Stattin & Levander, 2002) zu den bekanntesten Verfahren, für den auch eine deutsche Fassung vorliegt (Stadlin, Pérez, Schmeck, Di Gallo & Schmid, submitted). Sowohl in der englischsprachigen als auch in der deutschsprachigen Version weisen die psychometrischen Kennwerte auf ein einsetzbares Verfahren hin (Andershed, 2010; Andershed et al., 2002; Andershed, Hodgins & Tengstrom, 2007; van Baardewijk et al., 2008). Positiv an diesem Selbstbeurteilungsverfahren ist, dass die Items nicht negativ konnotiert sind und somit die Gefahr, den Fragebogen sozial erwünscht zu beantworten, gering ist.

Klinische Bewertung und Ausblick

Die Berücksichtigung einer Subgruppe von Patienten mit erhöhten kühl-emotionslosen Persönlichkeitseigenschaften mit dem Ziel, die bisher unspezifische und heterogene Diagnosegruppe von Störungen des Sozialverhaltens zu spezifizieren, ist aus mehreren Gründen als positiv zu bewerten: Die im DSM-5 definierte Subgruppe beschreibt Patienten mit Störungen des Sozialverhaltens, die sowohl durch eine schwerwiegende Symptomatik als auch durch einen ungünstigen Verlauf gekennzeichnet sind. Ziel ist es, diejenigen Patienten zu identifizieren, die eine intensive und spezifische Therapie benötigen.

Erst die klinische Praxis wird jedoch zeigen, inwieweit der neue CD Specifier sich etablieren wird und beitragen kann, die angestrebten Ziele tatsächlich zu erreichen. Die nachvollziehbare Absicht der DSM-5 Arbeitsgruppe, die Gefahr der Stigmatisierung durch die Vermeidung des negativ konnotierten Begriffs callous-unemotional traits oder callous-unemotional presentation zu reduzieren, birgt auf der anderen Seite das Risiko, die eigentlich bedeutsame Pathologie durch eine weniger klare Bezeichnung möglicher-

weise nicht adäquat zu benennen und somit Kinder, die spezifische Hilfe brauchen, unzureichend zu identifizieren. Ein ähnliches Problem ist derzeit in der aktuellen Version der ICD-10 gegeben: Auch die in der ICD-10 vorgesehene konzeptuell ähnliche, aber unklar definierte Untergruppe der Störung des Sozialverhaltens mit fehlenden sozialen Bindungen ist weder für klinische Erfordernisse noch für zentrale Forschungsfragen hilfreich im Sinne einer Homogenisierung von notwendigen Untergruppen.

Für den klinischen Alltag ist eine Berücksichtigung dieses Subtyps von zentraler Bedeutung. So weisen beispielsweise die Daten der epidemiologischen Schweizer Untersuchung an 596 in stationären Maßnahmeeinrichtungen untergebrachten Kindern und Jugendlichen darauf hin, dass diejenigen Jugendlichen mit einer Störung des Sozialverhaltens, die eine auf dem YPI gemessene hohe Ausprägung interpersoneller und affektiver Schwierigkeiten aufweisen, nicht nur diejenigen sind, bei denen eine Maßnahme weniger positive Effekte zeigen, sondern diese auch signifikant häufiger eine stationäre Maßnahme abbrechen (Schmeck, Schmid, Koelch & Fegert, 2013).

Da nicht zu befürchten ist, dass aufgrund der Hinzunahme des Specifiers die Prävalenzrate von CD steigen wird, da dieser Subtyp nur dann zu klassifizieren ist, wenn die allgemeinen Kriterien für das Vorliegen einer CD erfüllt sind, kann ein derartiges Vorgehen auch für die Neuauflage der ICD-11 empfohlen werden. Jedoch erscheint es sinnvoll, neben der Berücksichtigung kühl-emotionslosen Persönlichkeitseigenschaften bzw. fehlenden prosozialen Emotionen, auch andere Klassifizierungskriterien, die den Verlauf oder die Prognose einer CD ebenfalls entscheidend beeinflussen, und die von der DSM-5 Arbeitsgruppe weniger systematisch untersucht wurden, einzubeziehen. Lahey und Waldman (2012) stellen beispielsweise zur Diskussion, die Gruppe der Patienten mit einer Störung des Sozialverhaltens zu spezifizieren, bei denen gleichzeitig komorbide interne Störungen gegeben sind wie Angststörungen oder Depressionen. Auch diese Subklassifikation könnte einen wesentlichen Beitrag leisten, Patienten zu identifizieren, die durch ein spezifisches neuropsychologisches und neurobiologisches Profil zu charakterisieren sind und spezifische Behandlungsmaßnahmen erfordern. In der Regel zählt bei dieser Patientengruppe eine defizitäre Emotionsregulation zu den kennzeichnenden Merkmalen verbunden mit einer hohen Tendenz, vorwiegend impulsiv-aggressives Verhalten zu zeigen (Pardini & Frick, 2013). In der ICD-10 stellt die mögliche Diagnose Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F91.2) einen Versuch dar, diese Patientengruppe zu identifizieren, jedoch ohne Bezugnahme auf ätiologische Faktoren, beispielsweise eine hohe Rate frühkindlicher psychosozialer Risikofaktoren oder traumatischer Erfahrungen. Inwieweit diese Subgruppe besser als «Distress Disorder» (Watson, O'Hara & Stuart, 2008) oder als Traumafolgestörung bzw. Traumaentwicklungsstörung (Schmid, Fegert & Petermann, 2010; Steiner et al., 2011) zu bezeichnen ist, bleibt zu diskutieren. Da eine Vielzahl von Untersuchungen den Zusammenhang zwischen frühen

traumatischen Erfahrungen, psychosozialen Risiken, oder psychischer Erkrankung der Eltern und der Entwicklung von Störungen des Sozialverhaltens bestätigt, erscheint die Definition einer Subgruppe jedoch als durchaus überlegenswert. In der ICD-10 besteht zumindest durch die multi-axiale Klassifikation die Möglichkeit, psychosoziale Risiken zu klassifizieren, was gerade für die Patienten mit Störungen des Sozialverhaltens in jedem Fall zu empfehlen ist. Viele der auf Achse V erfassten elterlichen und umweltbezogenen Risikofaktoren leisten neben den erfassten kindlichen Risikofaktoren einen wesentlichen Beitrag zur Vorhersage des Verlaufs von Störungen des Sozialverhaltens (siehe bspw. Odgers et al., 2007) und sind wesentlich für die Umsetzung von Behandlungsmaßnahmen (Jaffee, Belsky, Harrington, Caspi & Moffitt, 2006; Scott & Connor, 2012). Inwieweit in der Neuauflage der ICD-11 darüber hinaus ein spezifischer Subtyp definiert werden soll, um diese Hochrisikogruppe zu klassifizieren, bleibt ebenfalls zu diskutieren. Zweifelsfrei bedarf es jedoch spezifischer Empfehlungen für diese Gruppe der Patienten hinsichtlich der indizierten psychotherapeutischen und medikamentösen Behandlung, die sich von der im DSM-5 klassifizierten Patienten mit CD und fehlenden prosozialen Emotionen eindeutig unterscheiden.

Was ist neu?

Die entscheidende Modifikation im DSM-5 ist die Hinzunahme von kühl-emotionslosen Persönlichkeitszügen (callous unemotional traits) zur Klassifikation des Specifiers CD with limited prosocial emotions. Sowohl für den klinischen Alltag als auch die Forschungspraxis ist die Berücksichtigung dieses Subtyps von hoher Relevanz. Risikofaktoren, für die ebenfalls eine überzeugende empirische Evidenz für den Schweregrad und den Verlauf von Störungen nachgewiesen wurde, gilt es jedoch ebenfalls zu berücksichtigen. Entsprechend der Vorgehensweise der ICD-Klassifikation ist hier insbesondere auf die Bedeutung komorbider Störungen als auch psychosozialer Risiken (Achse V) hinzuweisen. Zukünftige Studien sollten darüber hinaus die Frage berücksichtigen, inwieweit die Berücksichtigung dimensionaler oder mädchenspezifischer Kriterien für Störungen des Sozialverhaltens zu einer Verbesserung unserer psychiatrischen Klassifikation von Störungen des Sozialverhaltens beitragen kann.

Literatur

- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – Text revision (DSM-IV-TR)* (5th ed.). Washington DC: Autor.
- Andershed, H. (2010). Stability and change of psychopathic traits: What do we know? In R. T. Salekin & D. R. Lynam (Eds.), *Handbook of child and adolescent psychopathy* (pp. 233–250). New York, New York: Guilford.
- Andershed, H., Hodgins, S. & Tengstrom, A. (2007). Convergent validity of the Youth Psychopathic Traits Inventory (YPI) – Association with the Psychopathy Checklist: Youth Version (PCL:YV). *Assessment*, 14, 144–154.
- Andershed, H., Kerr, M., Stattin, H. & Levander, S. (2002). Psychopathic Traits in Non Referred Youth: Initial test of a new assessment tool. In E. Blaauw & L. Sheridaan (Eds.), *Psychopaths – Current international perspectives* (pp. 131–158). The Hague: Elsevier.
- Bons, D., van den Broek, E., Scheepers, F., Herpers, P., Rommelse, N. & Buitelaar, J. K. (2013). Motor, emotional, and cognitive empathy in children and adolescents with autism spectrum disorder and conduct disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41, 425–443.
- Byrd, A. L., Loeber, R. & Pardini, D. A. (2012). Understanding desisting and persisting forms of delinquency: The unique contributions of disruptive behavior disorders and interpersonal callousness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53, 371–380.
- Dadds, M. R., El Masry, Y., Wimalaweera, S. & Guastella, A. J. (2008). Reduced eye gaze explains «fear blindness» in childhood psychopathic traits. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47, 455–463.
- Essau, C. A., Sasagawa, S. & Frick, P. J. (2006). Callous-unemotional traits in a community sample of adolescents. *Assessment*, 13, 454–469.
- Fairchild, G., Passamonti, L., Hurford, G., Hagan, C. C., von dem Hagen, E. A., van Goozen, S. H. et al. (2011). Brain structure abnormalities in early-onset and adolescent-onset conduct disorder. *American Journal of Psychiatry*, 168, 624–633.
- Fairchild, G., Hagan, C. C., Walsh, N. D., Passamonti, L., Calder, A. J. & Goodyer, I. M. (2013). Brain structure abnormalities in adolescent girls with conduct disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, 86–95.
- Falkenbach, D. M., Poythress, N. G. & Heide, K. M. (2003). Psychopathic features in a juvenile diversion population: reliability and predictive validity of two self-report measures. *Behavioral Sciences & the Law*, 21, 787–805.
- Fontaine, N. M., Rijdsdijk, F. V., McCrory, E. J. & Viding, E. (2010). Etiology of different developmental trajectories of callous-unemotional traits. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49, 656–664.
- Frick, P. J., Cornell, A. H., Bodin, S. D., Dane, H. E., Barry, C. T. & Loney, B. R. (2013). *Clinical Assessment of Prosocial Emotions: Version 1.1 (CAPE 1.1)*. Retrieved from <http://psyc.uno.edu/Fric20Lab/CAPE.html>
- Frick, P. J., Cornell, A. H., Bodin, S. D., Dane, H. E., Barry, C. T. & Loney, B. R. (2003). Callous-unemotional traits and developmental pathways to severe conduct problems. *Developmental Psychology*, 39, 246–260.
- Frick, P. J. & Moffitt, T. E. (2010). *A proposal to the DSM-5 Childhood Disorders and the ADHD and Disruptive Behavior Disorders Work Groups to include a specifier to the diagnosis of conduct disorder based on the presence of callous-unemotional traits*. Retrieved from <http://www.dsm5.org/>
- Frick, P. J., Ray, J.-V., Thornton, L. C. & Kahn, R. E. (2013). Can callous-unemotional traits enhance the understanding, diagnosis, and treatment of serious conduct problems in children and

- adolescents? A comprehensive review. *Psychological Bulletin*, 140, 1–57. doi 10.1037/a0033076
- Frick, P.J. & White, S.F. (2008). Research review: the importance of callous-unemotional traits for developmental models of aggressive and antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 49, 359–375.
- Gretton, H.M., McBride, M., Hare, R.D., O'Shaughnessy, R. & Kumka, G. (2001). Psychopathy and recidivism in adolescent sex offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 28, 427–449.
- Haas, S.M., Waschbusch, D.A., Pelham, W.E., Jr., King, S., Andrade, B.F. & Carrey, N.J. (2011). Treatment response in CP/ADHD children with callous/unemotional traits. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, 541–552.
- Herpers, P.C., Rommelse, N.N., Bons, D.M., Buitelaar, J.K. & Scheepers, F.E. (2012). Callous-unemotional traits as a cross-disorders construct. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 2045–2064.
- Jaffee, S.R., Belsky, J., Harrington, H., Caspi, A. & Moffitt, T.E. (2006). When parents have a history of conduct disorder: how is the caregiving environment affected? *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 309–319.
- Jones, A.P., Laurens, K.R., Herba, C.M., Barker, G.J. & Viding, E. (2009). Amygdala hypoactivity to fearful faces in boys with conduct problems and callous-unemotional traits. *The American Journal of Psychiatry*, 166, 95–102.
- Keenan, K., Wroblewski, K., Hipwell, A., Loeber, R. & Stouthamer-Loeber, M. (2010). Age of onset, symptom threshold, and expansion of the nosology of conduct disorder for girls. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 689–698.
- Kimonis, E.R., Frick, P.J., Munoz, L.C. & Aucoin, K.J. (2008). Callous-unemotional traits and the emotional processing of distress cues in detained boys: testing the moderating role of aggression, exposure to community violence, and histories of abuse. *Development and Psychopathology*, 20, 569–589.
- Kolko, D.J. & Pardini, D.A. (2010). ODD dimensions, ADHD, and callous-unemotional traits as predictors of treatment response in children with disruptive behavior disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 713–725.
- Kroneman, L.M., Hipwell, A.E., Loeber, R., Koot, H.M. & Pardini, D.A. (2011). Contextual risk factors as predictors of disruptive behavior disorder trajectories in girls: The moderating effect of callous-unemotional features. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 52, 167–175.
- Lahey, B.B. & Waldman, I.D. (2012). Annual research review: Phenotypic and causal structure of conduct disorder in the broader context of prevalent forms of psychopathology. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 53, 536–557.
- Marsh, A.A., Finger, E.C., Mitchell, D.G., Reid, M.E., Sims, C., Kosson, D.S. et al. (2008). Reduced amygdala response to fearful expressions in children and adolescents with callous-unemotional traits and disruptive behavior disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 165, 712–720.
- McMahon, R.J., Witkiewitz, K. & Kotler, J. (2010). Predictive validity of callous-unemotional traits measured in early adolescence with respect to multiple antisocial outcomes. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 752–763.
- Moffitt, T.E., Caspi, A., Dickson, N., Silva, P. & Stanton, W. (1996). Childhood-onset versus adolescent-onset antisocial conduct problems in males: Natural history from ages 3 to 18 years. *Development and Psychopathology*, 8, 399–424.
- Moffitt, T.E., Arseneault, L., Jaffee, S.R., Kim-Cohen, J., Koenen, K.C., Odgers, C.L. et al. (2008). Research review: DSM-5 conduct disorder: Research needs for an evidence base. *Journal of Child Psychology And Psychiatry, and Allied Disciplines*, 49, 3–33.
- Odgers, C.L., Milne, B.J., Caspi, A., Crump, R., Poulton, R. & Moffitt, T.E. (2007). Predicting prognosis for the conduct-problem boy: Can family history help? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46, 1240–1249.
- O'Neill, M.L., Lidz, V. & Heilbrun, K. (2003). Adolescents with psychopathic characteristics in a substance abusing cohort: Treatment process and outcomes. *Law and Human Behavior*, 27, 299–313.
- Pardini, D. & Frick, P.J. (2013). Multiple developmental pathways to conduct disorder: Current conceptualizations and clinical implications. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22, 20–25.
- Pardini, D., Stepp, S., Hipwell, A., Stouthamer-Loeber, M. & Loeber, R. (2012). The clinical utility of the proposed DSM-5 callous-unemotional subtype of conduct disorder in young girls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51, 62–73 e64.
- Passamonti, L., Fairchild, G., Goodyer, I.M., Hurford, G., Hagan, C.C., Rowe, J.B. et al. (2010). Neural abnormalities in early-onset and adolescence-onset conduct disorder. *Archives of General Psychiatry*, 67, 729–738.
- Raine, A. (2011). An amygdala structural abnormality common to two subtypes of conduct disorder: A neurodevelopmental conundrum. *American Journal of Psychiatry*, 168, 569–571.
- Roose, A., Bijttebier, P., Decoene, S., Claes, L. & Frick, P.J. (2010). Assessing the affective features of psychopathy in adolescence: A further validation of the inventory of callous and unemotional traits. *Assessment*, 17, 44–57.
- Rowe, R., Maughan, B., Moran, P., Ford, T., Briskman, J. & Goodman, R. (2010). The role of callous and unemotional traits in the diagnosis of conduct disorder. *Journal of Child Psychology And Psychiatry, and Allied Disciplines*, 51, 688–695.
- Schmeck, K., Schmid, M., Koelch, M. & Fegert, F. (2013). *Delinquent adolescents in Switzerland – Results of an epidemiological study*. 15th International Congress of European Society for Child and Adolescent Psychiatry, 6–10th July, Dublin, Ireland.
- Schmid, M., Fegert, J.M. & Petermann, F. (2010). Traumaentwicklungsstörung: Pro und Contra. *Kindheit und Entwicklung*, 19, 47–63.
- Schwenck, C., Schmitt, D., Sievers, S., Romanos, M., Warnke, A. & Schneider, W. (2011). Kognitive und emotionale Empathie bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS und Störung des Sozialverhaltens. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 39, 265–276.
- Scott, S. & O'Connor, T.G. (2012). An experimental test of differential susceptibility to parenting among emotionally-dysregulated children in a randomized controlled trial for oppositional behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53, 1184–1193.
- Spain, S.E., Douglas, K.S., Poythress, N.G. & Epstein, M. (2004). The relationship between psychopathic features, violence and treatment outcome: The comparison of three youth measures of psychopathic features. *Behavioral Sciences & the Law*, 22, 85–102.

- Stadler, C., Kroeger, A., Weyers, P., Grasmann, D., Horschinek, M., Freitag, C. et al. (2011). Cortisol reactivity in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder and disruptive behavior problems: The impact of callous unemotional traits. *Psychiatry Research*, 187, 204–209.
- Stadler, C., Kröger, A., Clement, H.-W. & Grasmann, D. (2012). Störungen des Sozialverhaltens. Wirksamkeit des intensivtherapeutischen Behandlungsansatzes VIA. *Kindheit und Entwicklung*, 21, 103–113.
- Stadlin, C., Pérez, T., Schmeck, K., Di Gallo, A. & Schmid, M. (submitted). Faktorielle Validität des deutschsprachigen Youth Psychopathic Inventory (YPI). *Kindheit und Entwicklung*.
- Steiner, H., Silverman, M., Karnik, N. S., Huemer, J., Plattner, B., Clark, C. E. et al. (2011). Psychopathology, trauma and delinquency: Subtypes of aggression and their relevance for understanding young offenders. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5, 21.
- Stellwagen, K. K. & Kerig, P. K. (2010a). Relation of callous-unemotional traits to length of stay among youth hospitalized at a state psychiatric inpatient facility. *Child Psychiatry and Human Development*, 41, 251–261.
- Stellwagen, K. K. & Kerig, P. K. (2010b). Relating callous-unemotional traits to physically restrictive treatment measures among child psychiatric inpatients. *Journal of Child and Family Studies*, 19, 588–595.
- Thomas, R. & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). Behavioral outcomes of Parent-Child Interaction Therapy and Triple P-Positive Parenting Program: A review and meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 475–495.
- van Baardewijk, Y., Stegge, H., Andershed, H., Thomaes, S., Scholte, E. & Vermeiren, R. (2008). Measuring psychopathic traits in children through self-report. The development of the Youth Psychopathic Traits Inventory-Child Version. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31, 199–209.
- Viding, E., Jones, A. P., Frick, P. J., Moffitt, T. E. & Plomin, R. (2008). Heritability of antisocial behaviour at 9: Do callous-unemotional traits matter? *Developmental Science*, 11, 17–22.
- Viding, E., Fontaine, N. M., Oliver, B. R. & Plomin, R. (2009). Negative parental discipline, conduct problems and callous-unemotional traits: Monozygotic twin differences study. *British Journal of Psychiatry*, 195, 414–419.
- Walters, G. D. (2011). The latent structure of life-course-persistent antisocial behavior: Is Moffitt's developmental taxonomy a true taxonomy? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 96–105.
- Waschbusch, D. A., Carrey, N. J., Willoughby, M. T., King, S. & Andrade, B. F. (2007). Effects of methylphenidate and behavior modification on the social and academic behavior of children with disruptive behavior disorders: The moderating role of callous/unemotional traits. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36, 629–644.
- Watson, D., O'Hara, M. W. & Stuart, S. (2008). Hierarchical structures of affect and psychopathology and their implications for the classification of emotional disorders. *Depression and Anxiety*, 25, 282–288.

Prof. Dr.phil. Dr.med. Dipl.-Psych. Christina Stadler

Kinder- und Jugendpsychiatrie Basel
Schaffhauserstrasse 55
4058 Basel
christina.stadler@upkbs.ch

CME-Fragen



- Welche Kriterien werden in der Neuauflage des DSM-5 als Klassifikationskriterium neu berücksichtigt?
 - Klassifikation nach dem Störungsbeginn
 - Mädchenspezifische Kriterien
 - Affektive interpersonelle Eigenschaften
 - Ätiologische Faktoren
 - Psychosoziale Risikofaktoren
- Was wird im DSM-5 nicht als Klassifikationsmerkmal für den neuen Specifier genannt?
 - Fehlen von Schuldempfinden und Gewissen
 - Mangel an Empathie
 - Gleichgültigkeit gegenüber der eigenen Leistung
 - Vorwiegend instrumentelle Aggression
 - Drei der Merkmale der Merkmale von a) bis d) müssen erfüllt sein
- Was zählt nicht in engerem Sinne zu den charakteristischen neurobiologischen Merkmalen des neuen DSM-5?
 - Specifiers CD with limited prosocial emotions?
 - Autonome Hyporeaktivität bei emotionalen Reizen aversiver Valenz
 - Verminderte affektive und motorische Empathiefähigkeit
 - Sensationssuchendes Verhalten
 - Kognitive Empathiedefizite
 - Störung der Emotionswahrnehmung
- Bei wie viel Prozent der Kinder, die kühl-unemotionale Persönlichkeitsmerkmale aufweisen, sind gleichzeitig die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllt?
 - 2.9 %
 - 1 %
 - 3–6 %
 - 0.3 %
 - 6–12 %

5. Welcher der genannten Aspekte in der Diskussion um den Nutzen des neuen DSM-5 Subtyps ist nach der Autorin als nicht kritisch zu beurteilen?

- a) keine Berücksichtigung psychosozialer Risikofaktoren innerhalb eines multiaxialen Klassifikationssystems

b) fehlende Berücksichtigung der Bedeutung hoher komorbider Störungen bei SSV

c) Eine Zunahme der Prävalenzraten von SSV

d) Der Spezifier hat keine prädiktive Validität

e) Andere Subtypen werden unzureichend berücksichtigt

Um Ihr CME-Zertifikat zu erhalten (mind. 3 richtige Antworten), schicken Sie bitte den ausgefüllten Fragebogen **mit einem frankierten Rückumschlag** bis zum **1.7.2014** an die nebenstehende Adresse. Später eintreffende Antworten können nicht mehr berücksichtigt werden.

Professor Dr. Beate Herpertz-Dahlmann
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Neuenhofer Weg 21
52074 Aachen
Deutschland

FORTBILDUNGSZERTIFIKAT

Die Ärztekammer Niedersachsen erkennt hiermit 2 Fortbildungspunkte an.

«Mädchen mit Störungen des Sozialverhaltens»

Stempel

Kinder- und Jugend-
psychiatrie und
Psychotherapie
3/2014

HUBER



Die Antworten bitte deutlich ankreuzen!

	1	2	3	4	5
a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich versichere, alle Fragen ohne fremde Hilfe beantwortet zu haben.

Name

Berufsbezeichnung, Titel

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Datum

Unterschrift