

1 Erscheinungsbild, Entwicklungspsychopathologie und Klassifikation

Fallbeispiele

Der 8-jährige *Fabian* fällt in der Schule durch häufige Konflikte mit anderen Kindern auf, die er beschimpft und teilweise körperlich aggressiv angeht. Er fühlt sich schnell durch Kleinigkeiten provoziert und sieht die Schuld im Nachhinein bei den anderen. Bei Aufforderungen durch die Lehrkräfte reagiert er gereizt und verweigert sich zum Teil, indem er sich unter den Tisch setzt. Zu Hause führen Grenzsetzungen der Eltern, z.B. bezüglich Medienkonsum, häufig zu langen Wutanfällen, in denen er gegen Gegenstände tritt und kaum zu beruhigen ist, sodass seine Eltern häufig nachgeben. Eine negative Rückmeldung bezüglich Fabians Verhalten beim Elternsprechtag in der Schule und die angespannte Situation zuhause veranlassen die Familie, sich in einer psychotherapeutischen Praxis vorzustellen.

Der 16-jährige *Ole* wird in der Schule von anderen gefürchtet, da er dafür bekannt ist, jüngeren Mitschüler*innen das Taschengeld abzunehmen. Deshalb hat er schon häufiger Schulverweise bekommen. Zuletzt hat er einem Jungen damit gedroht, ihn mit einem Klappmesser zu verletzen. Schon im Kindergarten ist Ole den Erzieher*innen aufgefallen, weil er Kinder dazu anstiftete, die Spielsachen anderer zu zerstören. Im Grundschulalter kam es zu verbalen, aber auch körperlichen Auseinandersetzungen mit seinen Lehrkräften und seinen Eltern. In der Klasse gibt er häufig den Ton an. Gegenüber seinen jüngeren Geschwistern und anderen Jugendlichen nutzt er seine körperliche Größe aus, um sie einzuschüchtern. Zuletzt schwänzte er immer häufiger die Schule, weshalb sich das Jugendamt eingeschaltet und die Aufnahme einer Psychotherapie empfohlen hat.

Lernziele

- Sie sind mit dem Erscheinungsbild vertraut und verstehen, welche Faktoren die Heterogenität des Störungsbildes prägen.
- Sie können die Symptome der unterschiedlichen Diagnosen benennen und können sie voneinander abgrenzen.
- Sie haben einen Überblick, worin sich ICD-10, ICD-11 und DSM-5 unterscheiden.

1.1 Erscheinungsbild und Entwicklungspsychopathologie

Bei Störungen des Sozialverhaltens (SSV) handelt es sich um eine heterogene Störungsgruppe, die oppositionelle, aggressive und dissoziale Verhaltensweisen umfasst, die als sich wiederholende Verhaltensmuster auftreten und dabei wichtige altersrelevante Normen und Regeln sowie grundlegende Rechte anderer verletzen. Diese Störungsgruppe beinhaltet einerseits oppositionelles Trotzverhalten, das ein unangemessenes Verweigerungsverhalten in der Interaktion beschreibt, das meist gegenüber Erwachsenen wie Eltern und Lehrkräften auftritt. Dazu zählen lange Diskussionen und verbale Auseinandersetzungen. Die betroffenen Kinder werden häufig als aufässig und feindselig wahrgenommen (s. Fallbeispiel Fabian). Dieser Störungsbereich mit vornehmlich oppositionellem Verhalten gilt als etwas leichtere Form der Störung, wird jedoch auch als ein möglicher Vorläufer einer schwerwiegenderen Symptomatik betrachtet. Erste Symptome treten üblicherweise erstmals im Vorschulalter bis in die mittlere Kindheit auf (Falkai et al., 2018). Darüber hinaus kann verbal oder körperlich aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen oder Gegenständen auftreten, bis hin zu dissozialen Verhaltensweisen, die Verletzungen der Rechte anderer umfassen und offen (z. B. Raub) oder verdeckt (z. B. Lügen, Diebstähle) gezeigt werden. Bei dieser Symptomatik wird auch von einer Störung des Sozialverhaltens im engeren Sinne gesprochen (s. Fallbeispiel Ole). Diese Störung kann ebenfalls erstmals im Vorschulalter auftreten, typischerweise liegt der Beginn aber im mittleren Kindes- bis Jugendalter (Falkai et al., 2018).

Im Rahmen der Entwicklung kann es auch zu einem vorübergehenden oder vereinzelten Auftreten solcher oppositionellen, aggressiven und dissozialen Verhaltensweisen bei Kindern und Jugendlichen kommen, ohne dass dies als klinisch auffällig gewertet wird (Görtz-Dorten, Döpfner & Banaschewski, 2023). Erst wenn sich ein deutliches Muster über einen längeren Zeitraum abzeichnet und das Ausmaß im Vergleich zu Gleichaltrigen deutlich erhöht ist, wird die Diagnose einer SSV in Betracht gezogen. Das Problemverhalten muss immer in Bezug zur aktuellen Entwicklungsphase des Kindes oder der jugendlichen Person gesetzt werden. Darüber hinaus kann es bei Störungen des Sozialverhaltens sein, dass die Betroffenen selbst keinen oder nur geringen Leidensdruck berichten und keine oder kaum Beeinträchtigung durch ihre Symptomatik wahrnehmen. Das Umfeld, wie Familie, Gleichaltrige oder pädagogische Fachkräfte, nimmt das Verhalten jedoch häufig als störend wahr, sodass für eine Einordnung des Verhaltens Informationen aus verschiedenen Quellen berücksichtigt werden müssen (► Kap. 4).

Good to know

Da oppositionelles und trotziges Verhalten im Vorschul- und Jugendalter störungsunabhängig häufiger vorliegt, gilt es hier besonders aufmerksam zu sein

bei der Differenzierung zwischen Verhalten, das im Normbereich liegt und solchem, das davon abweicht (Falkai et al., 2018).

Neben einer Einordnung in oppositionelles oder aggressiv-dissoziales Problemverhalten ist eine weitere Differenzierung des Erscheinungsbildes in dieser heterogenen Störungsgruppe für eine valide Prognose und individuelle Behandlungsplanung wichtig, denn betroffene Kinder und Jugendliche können sehr unterschiedliche Phänotypen aufweisen und sich in Ursachen und Entwicklungsverläufen stark voneinander unterscheiden.

Oppositionelles Verhalten kann in drei Symptombereiche (ärgerlich/gereizte Stimmung, streitsüchtig/trotziges Verhalten und Rachsucht) eingeteilt werden, die bei Betroffenen unterschiedlich stark ausgeprägt sein können. Diese Dimensionen konnten in empirischen Studien nachgewiesen werden (Falkai et al., 2018; Stringaris & Goodman, 2009). Davon abweichende Binnenstrukturen oppositionellen Verhaltens umfassen häufig zumindest zwei Dimensionen: eine affektive Komponente wie Irritabilität und eine verweigernd-oppositionelle Komponente (Burke, Hipwell & Loeber, 2010; Rowe et al., 2010). Trotz dieser Uneindeutigkeiten verdeutlichen die Befunde die Variabilität des individuellen Erscheinungsbildes.

Darüber hinaus existiert eine Gruppe von Kindern und Jugendlichen, die insbesondere durch starke Wutanfälle, chronische Reizbarkeit und starken Ärger auffällt (World Health Organization, 2019/2021; Weltgesundheitsorganisation, 2015, 2016). Eine andere Gruppe ist dagegen durch Emotionslosigkeit und mangelnde Empathie gekennzeichnet, was als reduzierte prosoziale Emotionalität (englisch: callous unemotional traits) bezeichnet wird. Diese kann sowohl bei oppositionellem als auch bei aggressiv-dissozialem Problemverhalten auftreten. Studien zeigen, dass 10–50% der Kinder und Jugendlichen mit einer SSV zusätzlich durch diese Merkmale gekennzeichnet sind (Kahn, Frick, Youngstrom, Findling & Youngstrom, 2012; Rowe et al., 2010). Betroffene weisen oft ein starkes Ausmaß an Symptomatik auf, sprechen schlechter auf etablierte Behandlungsmethoden an und haben ein höheres Risiko für negative Langzeitfolgen (Frick, Ray, Thornton & Kahn, 2014).

Auch aggressives oder dissoziales Verhalten muss differenziert betrachtet werden. Dabei erfolgt häufig eine Einteilung nach Form, heißt eingesetzter Methode, und Funktion, also der dahinterstehenden Motivation (Evans, Frazer, Blossom & Fite, 2019). Es kann in Form von verbaler und körperlicher oder auch relationaler Aggression auftreten. Relationale Aggression, dazu zählt Manipulieren, lästern und das Beschädigen der sozialen Position einer Person, wird als eher weibliche Symptomatik diskutiert (Ackermann et al., 2019). Auf Motivebene hat sich eine Unterteilung in proaktive und reaktive Aggression gestützt auf Theorie sowie Empirie durchgesetzt (Evans et al., 2019). Proaktive Aggression wird eingesetzt, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen, während reaktive Aggression eine Reaktion auf eine wahrgenommene Bedrohung oder Provokation darstellt. Nach Vitiello & Stoff (1997) kann eine genauere Einteilung in feindselig (Person direkt Schaden) versus instrumentell (bestimmtes Ziel erreichen), offen (Kämpfen, Wutanfälle) versus verdeckt (Stehlen, Feuer legen), direkt (in Konfrontation mit Person) versus indi-

rekt (Beziehung betreffend) und affektiv (ungeplant, impulsiv) versus räuberisch (geplant, zielgerichtet) erfolgen. Allen gemein ist eine Einteilung bezüglich eines Erscheinungsbildes mit eher kontrolliert-proaktiver-instrumenteller Ausrichtung und eines Subtyps mit eher impulsiver-reaktiv-feindlicher Aggression. Da beide Aggressionsmotive genetische Überschneidungen aufweisen und miteinander korrelieren, wird angenommen, dass beide gleichzeitig vorhanden sein können (Romero-Martínez, Sarrate-Costa & Moya-Albiol, 2022).

Merke

Aggressives Verhalten wird häufig klassifiziert nach

- Form: verbal, körperlich und relational
- Motiv: proaktiv und reaktiv

Zusätzlich kann eine SSV danach unterschieden werden, ob die Symptomatik bereits in der Kindheit beginnt, oder erst im Jugendalter auftritt, sowie danach, welche Lebensbereiche betroffen sind. Viele Aspekte der beschriebenen Erscheinungsbilder einer SSV werden in den Klassifikationssystemen durch unterschiedliche Diagnosen und Zusatzkodierungsmöglichkeiten abgebildet.

1.2 Klassifikationssysteme und Symptomatik

Die Diagnosesysteme *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen 5* (DSM-5; Falkai et al., 2018) und *Internationale Klassifikation psychischer Störungen 10/11* (ICD-10/ICD-11; World Health Organization, 2019/2021; Weltgesundheitsorganisation, 2015, 2016) enthalten diverse Störungen des Sozialverhaltens, konvergieren bezüglich der zugehörigen Symptomkriterien, unterscheiden sich jedoch auch in wichtigen Details. Alle Diagnosesysteme differenzieren zwischen Störungen mit oppositionellem Verhalten und SSV im engeren Sinne mit dissozialer und/ oder aggressiver Symptomatik. Im DSM-5 und der ICD-11 liegen hierfür entsprechend zwei unterschiedliche Störungskategorien vor, während in der ICD-10 diese beiden Störungsbereiche zu einer Gesamtkategorie unter den Störungen des Sozialverhaltens zusammengefasst werden.

1.2.1 DSM-5

Im DSM-5 (Falkai et al., 2018) befinden sich die Diagnosen Störung mit oppositionellem Trotzverhalten und SSV im Kapitel *Disruptive, Impulskontroll- und Sozialverhaltensstörungen*.

Die Diagnose einer *Störung mit oppositionellem Trotzverhalten* ist nach DSM-5 (Falkai et al., 2018) gekennzeichnet durch vermehrte und wiederkehrende trotzige, ungehorsame und feindselige Verhaltensweisen. Im Gegensatz zu der Diagnose SSV liegt jedoch kein ausgeprägtes körperlich-aggressives, dissoziales oder delinquentes Verhalten vor. Zusätzlich kann der Schweregrad von leicht, mittel bis schwer abhängig von der Anzahl betroffener Kontexte (1, 2, oder ≥ 3) angegeben werden. Um nach DSM eine Störung mit oppositionellem Trotzverhalten diagnostizieren zu können, muss über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten ein anhaltendes Muster von ärgerlicher/gereizter Stimmung, streitsüchtigem/trotzigem Verhalten und/oder Rachsucht vorliegen. Dafür müssen mindestens vier der vorgegebenen acht Symptome in der Interaktion mit mindestens einer Person gezeigt werden, die kein Geschwister ist:

Die betroffene Person hat oft Wutanfälle. Zudem äußert sich eine ärgerliche oder gereizte Stimmung darin, dass die betroffene Person schnell in Zorn gerät, empfindlich auf Kleinigkeiten reagiert und sich leicht aus der Fassung bringen lässt. Die betroffene Person ist oft verärgert und fühlt sich schnell persönlich angegriffen. In zwischenmenschlichen Beziehungen können sich streitsüchtige und trotzige Verhaltensweisen zeigen, die zu wiederholten Konflikten mit Autoritätspersonen führen. Es kommt häufig vor, dass Anweisungen bewusst ignoriert oder Regeln missachtet werden. Für eigenes Fehlverhalten wird selten die Verantwortung übernommen; stattdessen wird die Schuld bei anderen gesucht, und bewusstes Provozieren oder Verärgern steht im Vordergrund. Schließlich zeigt sich Rachsucht in absichtlich bösartigen oder rachsüchtigen Handlungen (Falkai et al., 2018).

Um die Störung mit oppositionellem Trotzverhalten von Normvariationen des kindlichen und jugendlichen Verhaltens abzugrenzen, fordert das DSM-5, dass bei Kindern unter 5 Jahren die Symptome über mindestens 6 Monate an den meisten Tagen auftreten sollen und bei Kindern die 5 Jahre oder älter sind, dass das Verhalten über 6 Monate mindestens einmal pro Woche auftreten soll. Darüber hinaus ist vorausgesetzt, dass die Störung mit Leidensdruck für das Kind oder für andere Personen im unmittelbaren sozialen Umfeld verbunden ist oder negativen Einfluss auf soziale, schulische, berufliche oder andere wichtige Funktionsbereiche ausübt.

Die Kriterien der *Störung des Sozialverhaltens* nach DSM-5 (Falkai et al., 2018) umfassen eine Vielzahl verschiedener aggressiver und dissozialer Symptome. Es kann eine Spezifizierung nach Subtyp mit Beginn in der Kindheit, mit Beginn im Jugendalter oder unspezifiziertem Beginn erfolgen. Zudem kann angegeben werden, ob zusätzlich reduzierte prosoziale Emotionalität vorliegt. Auch bei dieser Diagnose kann eine Schweregradeinteilung von leicht, mittel bis schwer erfolgen, wobei sich diese nach Anzahl erfüllter Symptomkriterien und Schädigungspotenzial der erfüllten Kriterien richtet. Um nach DSM-5 eine SSV diagnostizieren zu können, muss ein sich wiederholendes und anhaltendes Verhaltensmuster vorliegen, durch das die grundlegenden Rechte anderer oder wichtige altersentsprechende gesellschaftliche Normen oder Regeln verletzt werden. Dafür müssen mindestens 3 von 15 Kriterien aus den Bereichen Aggressives Verhalten gegenüber Menschen und Tieren, Zerstörung von Eigentum, Betrug oder Diebstahl und Schwere Regelverstöße während der letzten zwölf Monate erfüllt sein, wobei mindestens ein Kriterium auch in den letzten 6 Monaten erfüllt sein muss:

Zu aggressiven Verhaltensweisen zählt die Schikane und Einschüchterung anderer, aber auch das Aussprechen von Drohungen und das Beginnen körperlicher Auseinandersetzungen. Dabei kann es auch zum Einsatz einer Waffe kommen, um andere zu schädigen oder zu körperlicher Grausamkeit. Zu möglichen Symptomen gehören Tierquälerei, Raub, Erpressung sowie sexuelle Übergriffe. Darüber hinaus kann es zu Sachbeschädigungen kommen, bei denen Eigentum mutwillig zerstört wird, u. a. durch das absichtliche Legen von Bränden. Die betroffene Person zeigt eine Neigung zu betrügerischem Verhalten und Diebstahl, bricht in fremde Wohnungen, Gebäude oder Fahrzeuge ein oder lügt häufig zum eigenen Vorteil. Hierzu gehört auch das Stehlen wertvoller Gegenstände, ohne dabei in direkten Kontakt mit den Geschädigten zu treten. Schließlich ignoriert die betroffene Person häufig gesellschaftliche Normen und Regeln. Sie bleibt ohne Einwilligung nachts außer Haus oder läuft mehrfach von zu Hause weg. Bereits in jungen Jahren kann es zu Schulabsentismus kommen (Falkai et al., 2018).

Zusätzlich besteht im DSM-5 die Option, die Diagnose durch die Kodierung *mit reduzierter prosozialer Emotionalität* weiter zu spezifizieren (Falkai et al., 2018). Dafür müssen mindestens zwei der beschriebenen Merkmale über mindestens 12 Monate über verschiedene Situationen und Personen hinweg vorhanden und für die Person typisch sein:

Der betroffenen Person mangelt es an Einsicht oder Schuldgefühlen, wenn sie sich falsch verhalten hat, und sie scheint kaum von den negativen Folgen ihrer Handlungen berührt zu sein. Es fehlt ihr an Mitgefühl, da sie sich nicht für die Emotionen und Bedürfnisse anderer interessiert und wirkt oft unbeteiligt oder unberührt. Außerdem zeigt sie wenig Engagement für Leistung und Erfolg. Selbst bei Misserfolgen bleibt sie unbeeindruckt und bemüht sich nicht, ihre Situation zu verbessern (Falkai et al., 2018).

Die im DSM-5 neu eingeführte Diagnose *Disruptive Affektregulationsstörung* für Kinder im Alter zwischen 6 und 18 Jahren ist charakterisiert durch chronische Reizbarkeit und häufige, schwere Wutanfälle (Falkai et al., 2018). Die Symptomkriterien weisen gewisse Überschneidungen mit der Störung mit oppositionellem Trotzverhalten auf (► Kap. 3.3). Die *Disruptive Affektregulationsstörung* bezeichnet nach DSM jedoch eine eigenständige diagnostische Kategorie im Rahmen der affektiven Störungen, wodurch die Relevanz des Stimmungskriteriums im Kontrast zur Störung mit oppositionellem Trotzverhalten betont wird. In der ICD-11 wird diese Diagnose nicht übernommen, sondern als Zusatzkodierung angeboten.

Studien: Geschlechtsunterschiede in der Symptomatik

Die Prävalenzen für Störungen des Sozialverhaltens fallen für Jungen höher aus als für Mädchen (► Kap. 2.1) und Studien zum Störungsbild beinhalten zum Großteil oder auch ausschließlich männliche Populationen, weshalb über betroffene andere Geschlechter immer noch weniger bekannt ist (Freitag et al., 2018). Studien, die weibliche Betroffene berücksichtigen, geben jedoch Hinweise auf mögliche Geschlechtsunterschiede bezüglich der Symptomatik, die in den Klassifikationssystemen bisher nicht berücksichtigt werden:

- Eine Untersuchung zu Symptom-Subgruppen bei Jungen und Mädchen mit Verhaltensauffälligkeiten zeigt, dass sich bei beiden Geschlechtern die Verhaltensprobleme anhand der Anzahl der Symptome in einen niedrigen oder hohen Schweregrad einteilen lassen (Smaragdi, Blackman, Donato, Walsh & Augimeri, 2020). Bei Jungen, jedoch nicht bei Mädchen, ergeben sich zwei weitere Symptom-Subgruppen – Regelverstöße und aggressives Verhalten – die der Einteilung von Symptomen einer Störung des Sozialverhaltens im DSM-5 entsprechen.
- Bei Jungen und Mädchen mit SSV ergeben sich bei Konrad et al. (2021) keine Geschlechtsunterschiede bezüglich Schweregrad, sowie Betrugs- oder Diebstahlsymptomen. Jedoch zeigen Mädchen weniger körperliche Aggression und Zerstörung von Eigentum sowie vermehrt schwere Regelverstöße. Die häufigsten Symptome bei Mädchen sind *Lügen* (30%), *Schuleschwänzen* (26%) und der *Beginn von Schlägereien* (23%), während bei Jungen vorrangig der *Beginn von Schlägereien* (38%), *Lügen* (36%) und *Stehlen* (28%) auftreten.
- Bei Ackermann et al. (2019) zeigen Mädchen mit SSV mehr relationale Aggression als Jungen mit SSV. Dagegen ergeben sich Geschlechtsunterschiede bezüglich körperlicher Aggression nur in einer unauffälligen, jedoch nicht in der klinischen Stichprobe. Sowohl in der SSV- als auch in der unauffälligen Gruppe haben Jungen eine stärkere reduzierte prosoziale Emotionalität als Mädchen.
- Weitere Studien weisen darauf hin, dass reduzierte prosoziale Emotionalität bei Mädchen mit SSV und in Bevölkerungsstichproben geringer ausgeprägt ist als bei Jungen und dass Jungen wahrscheinlicher die Kriterien der Zusatzkodierung erfüllen (Fontaine, Rijsdijk, McCrory & Viding, 2010; Ueno, Ackermann, Freitag & Schwenck, 2021).

1.2.2 ICD-10

In der ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation, 2015, 2016) finden sich Störungen des Sozialverhaltens im Bereich *F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend* und werden unter der Gesamtkategorie *Störungen des Sozialverhaltens* zusammengefasst. Darunter gliedern sich verschiedene Subtypen je nach Schwerpunkt der Symptome (Oppositionelles Verhalten und/oder Aggressiv-dissoziales Verhalten), betroffenen Kontexten (z. B. nur Kernfamilie/direkte Lebensgemeinschaft) und beeinträchtigten sozialen Beziehungen (z. B. bei fehlenden sozialen Bindungen) sowie dem Vorliegen komorbider Störungen (z. B. mit hyperkinetischer Störung).

Good to know

Der Begriff SSV gilt für jede der hier aufgeführten ICD-10 als auch für die später beschriebenen ICD-11 Diagnosen, die sowohl oppositionelles als auch aggressiv-dissoziales Verhalten umfassen. Im Englischen werden die beiden Bereiche als

»oppositional defiant disorder« und »conduct disorder« sprachlich stärker von einander getrennt und im DSM-5 als Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten und Störung des Sozialverhaltens geführt (Falkai et al., 2018). Daraus resultiert eine gewisse Komplexität, da der Begriff SSV teilweise nur mit denjenigen Störungen im engeren Sinne assoziiert wird, aber in der ICD auch für oppositionelle Störungen gilt. In diesem Buch wird der Terminus SSV wie in der ICD als übergeordneter Begriff für alle Diagnosen, also oppositionelle, aggressive und dissoziale Störungen, verwendet.

Die folgende Tabelle (► Tab. 1.1) gibt einen Überblick über die Subtypen der SSV nach ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation, 2015, 2016) aus dem Kapitel *F91.– Störungen des Sozialverhaltens*.

Tab. 1.1: Subtypen der SSV nach ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation, 2015, 2016)

Diagnose nach ICD-10	Beschreibung des Störungsbildes
F91.0 Auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens	Aggressiv-dissoziales Verhalten, das völlig oder zumindest fast vollständig auf den häuslichen Rahmen oder die Interaktion mit der Kernfamilie/ direkten Lebensgemeinschaft begrenzt ist und oppositionelles oder trotziges Verhalten übersteigt. Die allgemeinen Symptomkriterien müssen erfüllt sein, eine gestörte Eltern-Kind-Beziehung ist alleinstehend nicht hinlänglich.
F91.1 Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen	Aggressiv-dissoziales Verhalten, das mit einer andauern- den und tiefgreifenden Beeinträchtigung der Beziehungen der*des Betroffenen zu anderen Menschen, insbesondere anderen Kindern, einhergeht. Die allgemeinen Symptomkriterien müssen erfüllt sein und nicht nur oppositionelle, aufsässige und trotzige Verhaltensweisen umfassen.
F91.2 Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen	Aggressiv-dissoziales Verhalten, das mit einer überwiegend guten sozialen Einbindung in die Altersgruppe einhergeht. Die allgemeinen Symptomkriterien müssen erfüllt sein und nicht nur oppositionelle, aufsässige und trotzige Verhaltensweisen umfassen.
F91.3 Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten	Ungehorsames und trotziges Verhalten ohne Auftreten schwerer dissozialer oder aggressiver Verhaltensweisen. Typischerweise tritt die Störung bei jüngeren Kindern auf. Die allgemeinen Symptomkriterien müssen erfüllt sein, ungezogenes Verhalten alleinstehend ist nicht hinlänglich.
F91.8/F91.9 Sonstige bzw. nicht näher bezeichnete Störung des Sozialverhaltens	Verhalten, das die Symptomkriterien einer Störung des Sozialverhaltens erfüllt, eine Zuordnung zu einer Subgruppe aber nicht ermöglicht.

Zusätzlich können in der ICD-10 kombinierte Diagnosen vergeben werden. Dies bedeutet, dass unter einem einzelnen ICD-10 Code neben einer SSV eine weitere psychische Störung verschlüsselt wird. Einen Überblick gibt die folgende Tabelle (► Tab. 1.2).

Tab. 1.2: Kombinierte Diagnosen nach ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation, 2015, 2016)

Kombinierte Diagnose nach ICD-10	Beschreibung des Störungsbildes
F90.1 Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	Störung des Sozialverhaltens, die kombiniert mit einer Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung auftritt.
F92.– Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	Störung des Sozialverhaltens, die kombiniert mit einer emotionalen Störung wie depressiver Störung oder Angststörung auftritt.

1.2.3 ICD-11

In der ICD-11 (WHO, 2019/2021) wurden grundlegende Änderungen durchgeführt, durch die teilweise eine Angleichung an das DSM-5 erzielt wurde. In der ICD-11 wird die Überkategorie *F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend* aus der ICD-10 aufgehoben. Störungen des Sozialverhaltens fallen nun unter die separate Kategorie *Disruptives Verhalten oder dissoziale Störungen* und ähneln damit der Einordnung im DSM-5. Während in der ICD-10 alle Störungen des Sozialverhaltens in eine Gesamtkategorie zusammengefasst werden, liegen in der ICD-11, wie im DSM-5, für Störungen mit oppositionellem Verhalten und SSV im engeren Sinne zwei getrennte Störungskategorien vor. Die Möglichkeit Kombinationsdiagnosen zu vergeben, fällt in der ICD-11, wie bereits im DSM-5, für alle Störungsbereiche weg. Es werden nun voneinander getrennte Mehrfachdiagnosen gestellt. In der ICD-11 wird zudem neu die Möglichkeit gegeben, bei der SSV mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten durch eine Zusatzkodierung anzugeben, ob chronische Reizbarkeit und Ärger und/oder reduzierte prosoziale Emotionalität vorliegt. Daraus ergeben sich in der ICD-11 in Kapitel 6C90 mehrere Subtypen der SSV mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten, die in der folgenden Tabelle (► Tab. 1.3) aufgelistet werden.

Tab 1.3: Subtypen der SSV mit oppositionellem und aufsässigem Verhalten nach ICD-11 (eigene Übersetzung; World Health Organization, 2019/2021)

Diagnose nach ICD-11	Subdiagnosen
6C90.0 Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten und chronischer Reizbarkeit oder Wut	<ul style="list-style-type: none"> 6C90.00 Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten und chronischer Reizbarkeit oder Wut, mit limitierten prosozialen Emotionen 6C90.01 Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten und chronischer Reizbarkeit oder Wut, mit typischen prosozialen Emotionen

Tab 1.3: Subtypen der SSV mit oppositionellem und aufsässigem Verhalten nach ICD-11 (eigene Übersetzung; World Health Organization, 2019/2021) – Fortsetzung

Diagnose nach ICD-11	Subdiagnosen
6C90.1 Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten ohne chronische Reizbarkeit oder Wut	<ul style="list-style-type: none"> • 6C90.0Z Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten und chronischer Reizbarkeit oder Wut, nicht näher bezeichnet • 6C90.10 Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten ohne chronische Reizbarkeit oder Wut, mit limitierten prosozialen Emotionen • 6C90.11 Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten ohne chronische Reizbarkeit oder Wut, mit typischen prosozialen Emotionen • 6C90.1Z Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten ohne chronische Reizbarkeit oder Wut, nicht näher bezeichnet
6C90.Z Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten, nicht näher bezeichnet	

Im Bereich SSV mit dissozialem Verhalten wird nach ICD-11, kongruent zum DSM-5, nur noch ein Subtyp mit Beginn in der Kindheit vom Subtyp mit Beginn im Jugendalter unterschieden (vor oder nach dem 10. Lebensjahr). Auch hier kann durch eine Zusatzkodierung angegeben werden, ob reduzierte prosoziale Emotionsnalität vorliegt. Die daraus resultierenden Subtypen der SSV werden in Kapitel 6C91 des ICD-11 klassifiziert. Die folgende Tabelle (► Tab. 1.4) gibt einen Überblick.

Tab 1.4: Subtypen der SSV mit dissozialem Verhalten nach ICD-11 (eigene Übersetzung; World Health Organization, 2019/2021)

Diagnose nach ICD-11	Subdiagnosen
6C91.0 Störung des Sozialverhaltens mit dissozialem Verhalten, Beginn im Kindesalter	<ul style="list-style-type: none"> • 6C91.00 Störung des Sozialverhaltens mit dissozialem Verhalten, Beginn im Kindesalter, mit limitierten prosozialen Emotionen • 6C91.01 Störung des Sozialverhaltens mit dissozialem Verhalten, Beginn im Kindesalter, mit typischen prosozialen Emotionen • 6C91.0Z Störung des Sozialverhaltens mit dissozialem Verhalten, Beginn im Kindesalter, nicht näher bezeichnet
6C91.1 Störung des Sozialverhaltens mit dissozialem Verhalten, Beginn im Jugendalter	<ul style="list-style-type: none"> • 6C91.10 Störung des Sozialverhaltens mit dissozialem Verhalten, Beginn im Jugendalter, mit limitierten prosozialen Emotionen • 6C91.11 Störung des Sozialverhaltens mit dissozialem Verhalten, Beginn im Jugendalter, mit typischen prosozialen Emotionen