

Kinder, die für das Nein der Welt nicht geschaffen sind

Diagnostik und Behandlung der Affektiven Dysregulation. Ein klinischer Vortrag

Michael Schulte-Markwort

07.12.2022



Karl, vier Jahre.

„Mama, das ist eine Maus in meinem Bauch, die manchmal so wild wird!“

Das ist doch gut, dass du das sagst. Dann gehen wir zu Herrn Schulte-Markwort und der operiert die raus.“

“Mama, das geht doch nicht. Die gehört zu mir!“

Fallvignetten.

Ein siebenjähriger Junge wird vorgestellt, weil er sowohl in der Schule als auch zu Hause (mit einem älteren Bruder und einer jüngeren Schwester) ständig in Streitereien verwickelt sei, erhebliche Wutanfälle habe, in denen er schreie und andere beschimpfe, häufig soziale Situationen sprengt und zu Hause auch mit körperlichen Attacken Geschwister und Eltern misshandelt. Hinterher tut ihm sein Verhalten regelmäßig Leid. Dieses Verhalten sei mit Schulbeginn deutlich geworden, vorher sei der Junge durch eine übermäßige Irritierbarkeit aufgefallen. Seine Schulleistungen seien gut. Mehrere psychotherapeutische Behandlungsversuche seien frustriert verlaufen. Die Empfehlungen an die Eltern lauteten regelmäßig, dass sie konsequenter sein müssten.

Eine Behandlung mit Risperidon in Kombination mit einer Therapie der Eltern bringt schnell Entlastung.

Fallvignetten.

Ein zehnjähriges Mädchen wird vorgestellt, weil seit ein paar Jahren zu Hause ein zunehmendes aggressives Verhalten zeigt. In der Schule ist sie unauffällig, eher still und zurückhaltend, zu Hause schlägt sie inzwischen im Rahmen erheblicher Wutanfälle die Mutter und ist während dieser Attacken, die bis zu einer Stunde anhalten können, nicht ansprechbar, schreit Schimpfwörter, die sie sonst nie benutzt und ist hinterher traurig und beschämt.

Eine intensive Beratung der Eltern mit dem Ziel einer Haltungsänderung (Trost statt Strafe) bringt eine Linderung, reicht aber nicht aus, um das Mädchen und die Familie zu stabilisieren, sodass eine zusätzliche Behandlung mit Risperidon begonnen wird. Darunter kann sich das Mädchen gut steuern.

Fallvignetten.

Ein achtjähriger Junge fällt schon immer durch eine erhebliche motorische Unruhe und Konzentrationsdefizite auf. In den letzten zwei Jahren sind insbesondere abends Wutanfälle dazugekommen, in denen er Gegenstände wirft und seine Eltern massiv beleidigt. In der Schule stört er ständig den Unterricht, hat einen ungesteuerten Rededrang und keine Freunde.

Eine ambulante Therapie mit Behandlung der Eltern (bei unterschiedlichen Psychotherapeuten) und medikamentöser Unterstützung mit Methylphenidat sowie Risperidon hat keinen zufriedenstellenden Erfolg gezeitigt, sodass der Junge aktuell in der Klinik stationär auf Aripripazol + Lisdexamphetamin eingestellt wird.

Fallvignetten.

Ein sechszehnjähriges Mädchen wird nach vielen frustranen Versuchen der psychotherapeutischen Behandlung und Erziehungsberatung vorgestellt, weil sie schon seit dem Kindergarten ungesteuerte Wutanfälle habe. Sie gefährde inzwischen sich und andere durch riskantes Verhalten, Alkoholexzesse, immer wieder auftretende wütende Attacken auf andere, aber auch auf sich selbst, indem sie sich ritze. Der Verbleib auf dem Gymnasium sei gefährdet. Sie habe eine Borderlinestörung.

Heute, vier Jahre später, nach intensiver Psychotherapie unter Einbezug der Eltern (Mutter in einer Müttergruppe) und medikamentöser Behandlung mit Risperidon und Lisdexamphetamin (bis heute) studiert sie erfolgreich Psychologie.

Begriffsverwirrung. Historie.

Es gibt Kinder mit ADHS, bei denen neben den Kernsymptomen noch zusätzlich Symptome einer gestörten Affektregulation (# Impulskontrolle) bestehen.

Bipolare Störung
ADHS plus

Severe Mood Dysregulation

Disruptive Mood Dysregulation Disorder

Leibenluft et al., 2006

Diagnostische Verunsicherung.

Es gibt Patienten, mehrheitlich Mädchen, die mit dem Verdacht auf eine Borderline-Störung vorgestellt werden. Sie zeigen Symptome von Impulsdurchbrüchigkeit insbesondere im Sinne von Selbstverletzungen und riskantem Verhalten, sind aber in ihrer Bindungssicherheit nicht eingeschränkt und haben psychisch gesunde Eltern und Geschwister, die ebenfalls bindungssicher sind.

Diagnostische Kriterien der DMDD/SMD.msm

- Außergewöhnlich veränderte Stimmung
 - (v. a. Ärger und Traurigkeit) über mindestens die Hälfte eines Tages, nahezu täglich
- Mindestens drei Symptome erhöhter Erregbarkeit:
 - Schlafstörung, Ablenkbarkeit, Gedankenrasen, Unruhe, Ideenflucht, Rededrang, Aufdringlichkeit
- Wutanfälle, Reizbarkeit, verbale oder körperliche Aggressivität
 - mehr als dreimal pro Woche
- Alter 7 bis 17 Jahre, Beginn der Symptomatik vor dem 12. Lebensjahr (auch Vorschulalter!)
- Dauer der oben genannten Symptome mehr als 12 Monate (Behandlungsbeginn früher)
- Beeinträchtigung in mindestens einem Funktionsbereich: Schule, Familie oder Gleichaltrigengruppe

nach Holtmann et al., 2017

Häufigkeit (ohne Komorbidität AD(H)S.

- 1% (Holtmann et al., 2016) für Deutschland
- 0,79% (Grau et al., 2018) für die Schweiz
- 0,8% - 3,3% (Lin et al., 2021)
- 3% (Laporte et a., 2021)
- 0,12% – 5,26% (Copeland et al., 2013)
- 8,2% bei sechsjährigen (Dougherty et al., 2014)
- bis zu 31% in klinischen Populationen (Freeman et al., 2016)

Komorbiditäten.

92,8% bis 96,6%

Zum Zeitpunkt der Erstvorstellung in der Regel mehrjähriger Verlauf

AD(H)S (31%; Eyre et al., 2017)

Störung des Sozialverhaltens (cave: Differentialdiagnose!)

Zwangsstörungen

Angststörungen

Depressionen!

Althoff et al., 2016; Lin et al., 2021

Problem der Phänomenologie.

Phänomenologisch sind DMDD und ODD nicht zu unterscheiden!*

Das führt vorschnell zu dem Schluss, dass DMDD keine valide Diagnose ist.

Differentialkriterium = Verwahrlosung
Einsichtsfähigkeit
Scham und Schuldgefühle

Klinische Diagnostik.

Impulskontrollstörung
Affektive Dysregulation

AD(H)S

DMDD

Dissozialität

Borderline

Konzentration

Ich-dyston

Verwahrlosung

Beziehung

KI/TAP

„Das Nein der Welt“

Bindungsschwäche

Ich-Schwäche

(schwellensensitiv)

(hypersensitiv)

Hypersensitivität.

- Kein einheitliches Konzept
- Keine klinische Anerkennung
- Dennoch klinische Evidenz!
 - haptisch
 - psychisch
 - akustisch
- Gehäuft in Kombination mit DMDD

Anamnese.

- Gehäuft frühkindliche Dysregulation
 - Schreibabys
 - Regulationsstörungen
 - Fütterstörungen
- Manchmal erst in ersten sozialen Situationen
- Manchmal erst mit zunehmendem Schuldruck

Ätiologie. Vieles unklar.

- Familiäre Häufung
- Genetische Disposition
- Angeborene Konstitution

Laporte et al., 2021

Klinisches Vorgehen.

- Ausführliche Anamnese mit dem Kind!
- Und Eltern

- WISC
- KI/TAP bei V.a. AD(H)S

- Neuropädiatrische DD bei V.a. komplex-fokale Anfälle

Klinisches Vorgehen.

- Ausführliche (!) Aufklärung
- Antiintuitiv: Trost statt Strafe
- Namensfindung
- Deeskalation (Mikroanalysen)
- Antizipation

Psychotherapie.

- Spieltherapie mit Fokus Steuerungsfähigkeit
- Psychotherapie mit Fokus Antizipation
- Elternbehandlung
 - psychoedukativ und/oder psychotherapeutisch (Gruppentherapie)
- SKT

Psychopharmakotherapie.

- DMDD: Risperidon (0,25mg-1,5mg)
- Alternative off-label: Aripripazol (5-10mg)
- Auslassversuche und Intervallbehandlung
- Einschlafstörungen: Melatonin 2mg, Mirtazapin 7,5mg
- AD(H)S plus DMDD: Mph plus Risperidon

- Eltern werden Experten für die richtige Dosierung

Prognose.

- Unbehandelt: Chronifizierung + Depression
- Fehldiagnose: Exazerbation der Symptomatik
- Behandelt: gut
- Langzeitbehandlung!
- Intervallbehandlung

Diagnose oder klinische Symptomatik bei?

- Diagnose!
- Unmittelbar und spezifisch wirksame Interventionen
- Klinische Evidenz
- Angst vor Überdiagnostik bislang unbegründet

Rückblick. Entschuldigung.

- Viele eigene Falschdiagnosen
- AD(H)S, Borderline, Störung des Sozialverhaltens
- Überforderung von Eltern und Beziehung zum Kind

Dimension Affektivität.

- Nach wie vor zu wenig berücksichtigt in der Nosologie
- Untersteuerung: DMDD, AD(H)S
- Dissozialität: Impulskontrolledefizit, Wahrnehmungsverzerrung
- Übersteuerung: Angst, Depression

Zum Schluss.

- DMDD ist eine klinisch evidente Diagnose
- Diagnostik und Handling sind eine große Erleichterung
 - für Kinder und ihre Familien
 - für Ärzte
- Nach wie vor werden Kinder mit dieser Diagnose verkannt
- „Konsequenz“ lässt die Symptomatik exazerbieren
- Ich bin klinisch dankbar für diese Diagnose

Vielen Dank. Und herzliche Einladung.

