



Kinder- und Jugend-  
psychiatrie / Psychotherapie  
Universitätsklinikum Ulm

# KJP Nachmittag

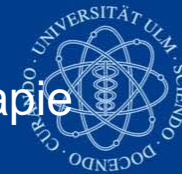
## ADHS, emotionale Labilität und Kindeswohl

Unterstützt durch die Firma Shire

Ulm, 15. Oktober 2014



Prof. Dr. med. Andrea G. Ludolph  
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie  
Universitätsklinikum Ulm





Kinder- und Jugend-  
psychiatrie / Psychotherapie

Universitätsklinikum Ulm

# Die neue DSM-5 Diagnose DMDD:

## Disruptive Mood Dysregulation Disorder

### Modediagnose oder ADHS plus?



Prof. Dr. med. Andrea G. Ludolph

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie

Universitätsklinikum Ulm





# Offenlegung möglicher Interessenkonflikte

Forschungsmittel (unrestricted research grants):

*Universität Ulm / Novartis / EU / BMBF*

Beratungstätigkeit für Firmen (advisory board):

*Shire*

Reisebeihilfen / Vortragshonoraria:

*EU, DFG, Universität Ulm /*

*Janssen-Cilag, Lilly, Shire*

Klinische Prüfungen:

*Janssen-Cilag, Böhringer-Ingelheim, Shire, Otsuka*

Keine Industriegesponserten Vortragsreihen (Speaker´s bureau)

Keine Beteiligung an Firmen





# Gliederung

1. Definition Disruptive Mood Dysregulation Disorder
2. Warum überhaupt eine neue Diagnose?
3. Welche Studien trugen bei?
4. Aktuelle Studienlage
5. Differentialdiagnosen
6. Verlauf und Therapie





# Gliederung

## 1. Definition Disruptive Mood Dysregulation Disorder





## DSM-5: Disruptive Mood Dysregulation Disorder

- A. Schwere wiederkehrende **Wutausbrüche**, die sich verbal (z. B. Beschimpfungen) und/oder im Verhalten (z. B. physische Gewalt gegen Menschen oder Dinge) manifestieren, die in der Intensität oder Dauer der Situation oder Provokation **deutlich unangemessen** sind.
  
- B. Die Wutausbrüche sind **nicht konsistent** mit dem **Entwicklungsniveau**.
  
- C. Die Wutausbrüche kommen im Durchschnitt **dreimal oder häufiger in einer Woche** vor.





## DSM-5: Disruptive Mood Dysregulation Disorder

- D. Die **Stimmung** zwischen den Wutausbrüchen ist **dauerhaft gereizt oder wütend** während der meisten Zeit des Tages , fast jeden Tag und dies wird von anderen beobachtet (z. B. Eltern, Lehrer, Gleichaltrige).
  
- E. Dauer: Kriterien A-D treten **mindestens 12 Monate** auf, kein symptomfreies Intervall länger als 3 Monate.
  
- F. Wutausbrüche u./od. negative Stimmung in **mind. 2 Settings**, (Schule, zu Hause, Gruppen), davon mindestens in einem Setting schwer ausgeprägt



## DSM-5: Disruptive Mood Dysregulation Disorder

G. Alter: Erstdiagnose **mind. 6 Jahre, nicht > 18 Jahre**

H. **Beginn vor dem 10. Lj.**

I. Es gab nie eine abgegrenzte Periode, die länger als einen Tag gedauert hat, in der die vollen Symptomkriterien außer der Dauer für eine manische oder hypomanische Episode erfüllt wurden.

Beachte: eine entwicklungsgemäß adäquate gehobene Stimmungslage, wie sie etwa im Kontext eines sehr positiven Ereignisses oder dessen Antizipation auftritt, sollte nicht als ein Symptom einer Manie oder Hypomanie gewertet werden.

APA, 2013, Plener et al., 2013







## DSM-5: Disruptive Mood Dysregulation Disorder

J. Die Verhaltensweisen treten nicht ausschließlich während einer Episode einer schweren depressiven Störung auf und werden nicht durch eine andere psychische Erkrankung besser erklärt (z. B. Autismusspektrumstörung, posttraumatische Belastungsstörung, Trennungsangst, chronische depressive Störung [Dysthymie]).

Beachte:

Diese Diagnose kann nicht gleichzeitig mit einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionell aufsässigem Verhalten, einer intermittierenden expressiven Störung oder einer bipolaren Störung vergeben werden, obgleich sie mit anderen Störungsbildern gemeinsam vergeben werden kann, inklusive der depressiven Störung, der ADHS, der Störung des Sozialverhaltens und der Störungen mit Substanzkonsum. Betroffene, deren Symptome die Kriterien sowohl für die DMDD als auch für die Störung des Sozialverhaltens mit oppositionell aufsässigem Verhalten erfüllen, sollten nur die Diagnose einer DMDD erhalten. Sollte ein Betroffener je eine manische oder hypomanische Episode erlebt haben, sollte die Diagnose DMDD nicht vergeben werden.





## DSM-5: Disruptive Mood Dysregulation Disorder

K. Die Symptome sind nicht den physiologischen Effekten einer Substanz oder einer anderen medizinischen oder neurobiologischen Bedingung zuzuschreiben.





# Gliederung

2. Warum überhaupt eine neue Diagnose?





# Warum eine neue Diagnose?

1. Bislang gab es keine Kategorie, die die Symptomatologie von Kindern erfasste, die primär und fundamental aufgrund von nicht episodischer Irritabilität beeinträchtigt sind.
2. Bei der ODD ist Irritabilität für die Diagnose nicht zwingend notwendig. ODD kann allein auf der Grundlage von oppositionellem Verhalten diagnostiziert werden.



# Probleme mit kindlicher bipolarer Störung

- Von 1994 – 2003 stieg die Diagnoserate von bipolaren Störungen bei Kindern um 4000 % in den USA
- DMDD wurde entwickelt um Kinder zu identifizieren, die NICHT die Diagnose für bipolare Störung erfüllen aber trotzdem signifikant beeinträchtigt sind.
- Im DSM-5 ist die Diagnose „bipolar disorder not otherwise specified“ gestrichen. Diese wurde allgemein an Kinder vergeben, die nicht die vollen Kriterien einer bipolaren Störung erfüllten.





# Ziele der Task Force für DMDD

Die Arbeitsgruppe, die severe mood dysregulation definiert hat, hatte folgende 5 Ziele:

1. Reliable Operationalisierung von schwer ausgeprägter Irritabilität mit einem hohen Schwellenwert, deutlich jenseits jeglicher DSM-IV Diagnose
2. Identifizierung von Kindern und Jugendlichen, die genauso schwer beeinträchtigt sind wie Betroffene mit bipolarer Störung, sollten von dieser klar abgrenzbar sein mit eigener Diagnose, so dass nicht nur der Schweregrad die beiden Störungen – bipolare Störung und DMDD - differenziert







## Ziele der Task Force für DMDD

3. Diagnose sollte Symptome beinhalten, die auch bei Manie und ADHS auftreten, weil diese Symptome die Rationale für die Diagnose bipolare Störung bei Kindern mit schwerer chronischer Irritabilität bildeten.
4. Der Ausschluss von Kindergartenkindern und solchen Betroffenen, deren Symptome erst nach der Adoleszenz beginnen
5. Ausschluss von Kindern und Jugendlichen mit kurzen Episoden von Manie sowie Ausschluss von solchen, die die Kriterien für episodische bipolare Störung nicht anders spezifiziert erfüllten.





# Gliederung

## 3. Welche Studien trugen bei?





## Studien, die zu DMDD beitragen

- NIMH untersuchte 142 Kinder
- Für die Diagnose von „severe mood dysregulation“ wurde ein Modul des Schedule for affective disorders and schizophrenia in present and lifetime version (KIDDIE-Sads) verwendet.
- Untersuchung erfolgte von erfahrenen Klinikern, die insbesondere in der Unterscheidung von severe mood dysregulation und bipolarer Störung trainiert waren.





## Studien, die zu DMDD beitragen

In dieser NIMH Stichprobe (N=142) war das Durchschnittsalter 11,7 Jahre.

Durchschnittlicher Wert auf der Childrens global assessment scale (CGAS) war 45,8 (SD= 6,9) verglichen mit einem Durchschnittswert von 46,5 (SD= 12,4) von 107 Kindern und Jugendlichen mit bipolarer Störung.

⇒ Kinder/Jugendliche mit DMDD sind genauso schwer beeinträchtigt wie solche mit bipolarer Störung

Ungefähr 60 % der Kinder und Jugendlichen mit „Severe mood dysregulation“ hatten zum Zeitpunkt der Rekrutierung eine Diagnose bipolare Störung.





## Studien, die zu DMDD beitragen

Aus der NIMH-Stichprobe:

- 84,9 % erfüllten die diagnostischen Kriterien für ODD
- 86,3 % erfüllten die Kriterien für ADHS
- 58,2 % erfüllten die Kriterien für Angststörung
- 16,4 % erfüllten die Diagnose für „major depressive disorder“



## DMDD und ODD

15% der ODD Patienten erfüllen DMDD Kriterien, alle Patienten mit DMDD Kriterien erfüllen ODD Kriterien

Schwere affektive Dysregulation mit 10,6 Jahren und chronische Gereiztheit 13,8 Jahren: Prädiktor für unipolare Depression im Erwachsenenalter

Daher: Im Kapitel affektive Störungen

Copeland et al., 2009, Brotman et al., 2006, Leibenluft et al., 2006







# Gliederung

## 4. Aktuelle Studienlage





# DSM-5: Disruptive Mood Dysregulation Disorder –

## DMDD: Korrelate und Prädiktoren bei Vorschulkindern

Untersuchung von 6jährigen Kindern, populationsbasiert

Methode:

462 6jährige Kinder wurden auf DMDD untersucht, mittels  
Strukturiertem klinischen Interview der Eltern.

- Demographische Daten,
- Psychopathologie des Kindes,
- psychosoziales Funktionsniveau,
- Temperament,
- elterliche Psychopathologie,
- Psychosoziales Umfeld

Dougherty L.R. et al, Psychological Medicine, 2014





# DSM-5: Disruptive Mood Dysregulation Disorder – DMDD: Korrelate und Prädiktoren bei Vorschulkindern

## Ergebnisse

In dieser populationsbasierten Gruppe von Vorschulkindern waren 8,2 % von DMDD betroffen (n=38).

60,5 % der Kinder wiesen gleichzeitig weitere emotionale oder Verhaltensauffälligkeiten auf:

- Insbesondere Depression,
- oppositionelle Verhaltensstörung,
- eingeschränktes psychosoziales Funktionsniveau,
- schlechtere Eingliederung in Peer-Gruppe,
- Temperamentfaktoren,
- geringere elterliche Unterstützung und
- Unzufriedenheit in der Partnerschaft der Eltern.





# DSM-5: Disruptive Mood Dysregulation Disorder – DMDD: Korrelate und Prädiktoren bei Vorschulkindern

Prädiktoren im Alter von 3 Jahren für DMDD im Alter von 6 Jahren:

- ADHS
- ODD
- Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten
- Child behaviour checklist Dysregulation Profile
- Geringere Eingliederung bei Gleichaltrigen
- Temperament (geringere Kontrollmöglichkeiten)
- Sucht bei den Eltern
- Höhere elterliche Feindseligkeit

## **Zusammenfassung:**

Die Rate von DMDD von unter 6jährigen betrug 8 %. Es fanden sich zahlreiche prädikative Indikatoren, bei den 6jährigen zahlreiche komorbide Störungen.





# Klinische Merkmale von Grundschulkindern mit massiven Wutausbrüchen („Temper Outburst“)

Fragestellung: Sind schwere disruptive Wutausbrüche diagnostisches Merkmal von Manie/Bipolarer Störung?

Methodik:

51 Kinder im Alter von 5-9 Jahren, die wegen frequenten, massiv beeinträchtigenden Wutausbrüchen klinisch vorgestellt wurden und 24 gesunde Kontrollen (nicht klinische Population) ohne Wutausbrüche.

Elterneinschätzung: mittels klinischem Interview über ihr Kind (lifetime), aktuelle Einschätzung der Eltern von Stimmung und Verhalten,

Lehrereinschätzung: diverse Verhaltensskalen.

Die Kinder wurden selbst untersucht mittels eines Ballonspiels (Testung von Frustrationstoleranz, Regulationsvermögen, emotionale Expression).

Roy A.K., JCAP, 2013





# Klinische Merkmale von Grundschulkindern mit massiven Wutausbrüchen („Temper Outburst“)

## **Ergebnisse:**

Kein Kind erfüllte die Kriterien für eine bipolare Störung oder Depression.

88,2 % ODD

74,5 % ADHS

49 % Angststörungen

33,3 % emotionale Störung des Kindesalters (non MDD depressive Disorders).

21,6 % (n=11) erfüllten die Kriterien für eine schwere emotionale Dysregulation.

Im Ballonspiel fanden sich nur sehr leichte Auffälligkeiten.

Bei den Müttern fiel lediglich auf, dass Angststörungen signifikant häufiger auftraten.





# Klinische Merkmale von Grundschulkindern mit massiven Wutausbrüchen („Temper Outburst“)

Zusammenfassung:

Es fand sich bei Kindern mit “severe temper outburst”  
keine bipolare Störung.



# Prävalenz, Komorbiditäten und Korrelate von DMDD nach DSM-5

Fragestellung: Prävalenz, Komorbidität und Korrelate von DMDD in einer populationbasierten Studie

Methodik:

In drei gemeindebasierten Studien wurden Prävalenzraten bestimmt

N= 3258 Teilnehmer, Alter 2-17 Jahre

7881 Observationspunkte

DMDD wurde mittels psychiatrisch strukturierten Interview diagnostiziert





# Prävalenz, Komorbiditäten und Korrelate von DMDD nach DSM-5

Ergebnisse:

Drei Monats-Prävalenzrate lag zwischen 0,8 – 3,3 % bei Kindergartenkindern.

DMDD trat mit allen häufigen psychiatrischen Störungen auf.

Höchstes Level von Komorbidität mit depressiver Störung

(odds ratio 9,9-23,5)

ODD OR: 52,9-103,0

Bei 62 – 92 % lag bei DMDD gleichzeitig eine andere Störung vor.

Bei 32 – 68 % lag eine emotionale und Verhaltens Auffälligkeit vor (internalisierende und externalisierende Verhaltensauffälligkeiten)

Kinder mit DMDD zeigten soziale Einschränkungen, häufigeren Schulverweis, häufigerer Inanspruchnahme sozialer Services und Armut.





# ADHS und klinische Korrelate von „Irritable Mood“

Fragestellung:

Relation von Irritabilität bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS

Methode

500 Kinder und Jugendliche mit ADHS,

367 Jungen, 133 Mädchen, Alter 6-18,9 Jahre

(Durchschnitt 10,0 Jahre bei den Jungen, 10,9 Jahre bei den Mädchen)





# ADHS und klinische Korrelate von „Irritable Mood“

## Ergebnisse:

### Komorbiditäten:

ODD	43,6 %
Leichte Depression, Dysthymie	18,8 %
Generalisierte Angststörung	13,2 %
Überängstlichkeit	12,4 %

ADHS Patienten mit erhöhter Irritabilität (IRR) wiesen deutlich höhere Raten von affektiven Störungen auf im Vergleich zu den ADHS Patienten ohne IRR (76,2 % versus 9,6 %)

Das gleiche gilt für ODD (83,8 % versus 32,9 %)

Geringere Rate für hyperaktives Verhalten (1,9 % versus 8,9%)



# ADHS und klinische Korrelate von „Irritable Mood“

Unter den ADHS Patienten OHNE Komorbiditäten waren 98,3 %  
ohne Irritabilität.

Es fand sich keine bipolare Störung unter den Kindern.





# Gliederung

## 5. Differentialdiagnosen





# Vergleich bipolare Störung und DMDD

Bipolare Störung	DMDD
<ul style="list-style-type: none"><li>• Episoden von Manie und Depression</li><li>• Lebenslange episodische Erkrankung</li><li>• Im DSM-5 weniger der Fokus auf Irritabilität</li><li>• Kann in jeglichem Alter diagnostiziert werden, jedoch sehr selten in Kindheit;</li><li>• peak onset zwischen 20-30 Jahren</li><li>• Psychose kann auftreten</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Schwere durchgängige Irritabilität</li><li>• entwickelt sich nicht in bipolare Störung</li><li>• Ist assoziiert mit schweren Wutausbrüchen/Wutanfällen</li><li>• Kann nicht vor 6 oder nach 18 Jahren diagnostiziert werden</li> <li>• Nicht assoziiert mit Psychose</li></ul>







# Aufmerksamkeitsdefizithyperaktivitätsstörung

- Häufig komorbid bei DMDD
- Wechsel in der Kriterien Beschreibung im DSM-5 beinhaltet:
  - Alterswechsel des Symptomauftretens von unter 7 zu unter 12
  - Autistische Spektrumsstörung keine Ausschlussdiagnose mehr
  - Reduzierte Symptomanzahl für Erwachsene mit ADHS





# Vergleich ADHS und DMDD

ADHS	DMDD
<ul style="list-style-type: none"><li>• Klassifiziert als neuronale Entwicklungsstörung</li><li>• Normale emotionale Schwingungen (stark ausgeprägt)</li><li>• Keine Stimmungs-/keine Angstkriterien</li><li>• Große Beeinträchtigung beim Lernen und Strukturierung</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Klassifiziert als Affektstörung</li><li>• Stimmungsschwankungen sind signifikant abnormal</li><li>• Nicht episodisch</li><li>• Beeinträchtigt in allen Umgebungen und ist mit gefährlichen Verhaltensweisen assoziiert</li></ul>





# Komorbidity von DMDD und ADHS

86,3% der NIMH Stichprobe von DMDD erfüllt auch die Kriterien für ADHS

Unterschiede wurden in der Amygdalaaktivität zwischen den Gruppen gefunden:

ADHS ohne Irritabilität versus ADHS mit Irritabilität versus bipolare Störung versus gesunde Kontrollen beim Gesichter erkennen.





# Gliederung

## 6. Verlauf und Therapie





## Langzeit Outcome von DMDD

- Posthoc Analyse einer Populationsbasierten Stichprobe
- Betroffene, die im Alter von 10 Jahren die Diagnosekriterien erfüllten waren **7x** häufiger im Alter von 18 Jahren von einer depressiven Störung betroffen.
- Die Lebenszeitprävalenz für DMDD in dieser Stichprobe (n=1420, Alter 9-19 Jahre) lag bei 3,3; nur 0,1 % dieser Stichprobe erfüllten die Kriterien für bipolare Störung





# DMDD: Therapie

Derzeit keine wirklich evidenzbasierte psychopharm.  
Behandlung

Eine kontrollierte Studie zu Valproinsäure mit positivem Effekt

Lithium wirkungslos

Open-label: Wirkung von Risperidon auf Gereiztheit

Einzelfälle: Stimulantiengabe wirkungsvoll

CBT: Emotionsregulation: gute Ergebnisse

Kombination CBT+ Elterntraining vielversprechend

Lichttherapiestudie wird derzeit durchgeführt

f. Überblick: s. Plener et al., 2013





Kinder- und Jugend-  
psychiatrie / Psychotherapie

Universitätsklinikum Ulm

*Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!*



Andrea G. Ludolph

e-mail: [andrea.ludolph@uni-ulm.de](mailto:andrea.ludolph@uni-ulm.de)

