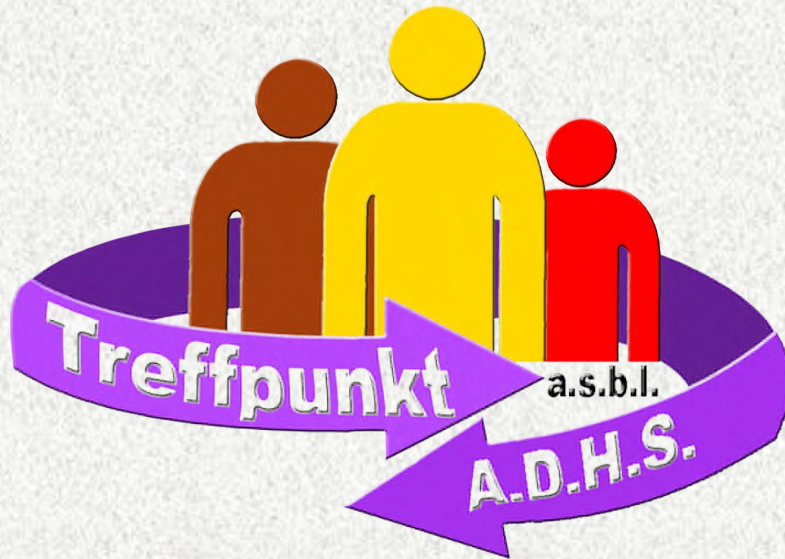


ADHS & verwandte Störungen im Entwicklungsverlauf - update 2010 B1 -

Vortrag von Dr. Lucien NICOLAY

Freitag, den 24. September im Treff-adhs

ADHD-Awareness-week 2010



Aufmerksamkeits- **D**efizit- **H**yperaktivitäts- **S**törung

<http://www.treffadhs.lu>

Beratung - Diagnostik - Therapie

Info - Tel : 31 02 62 - 529

(Dienstags und Donnerstags 14:30-17:30)

Treffadhs: 11, rue du cimetière L-8018 Strassen

ADHS & verwandte Störungen im Entwicklungsverlauf - update 2010 B -

Schwerpunkt B1:

ADHS & ASD/AS, SMD & Bipolarität

1 Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung im Entwicklungsverlauf

Diagnostische ADHS-Kriterien

DSM-IV-Kriterien für ADHS

- mindestens 6 Symptome von Unaufmerksamkeit oder hyperaktiv-impulsivem Verhalten
- Die Symptome/ das Verhalten entspricht nicht der Entwicklungsstufe des Kindes
- Bestehen seit mindestens 6 Monaten
- Treten in verschiedenen sozialen Bereichen auf (2 oder mehr)
- Führen zu einer Beeinträchtigung in den wichtigsten Lebensbereichen
- Haben sich bis zum 7. Lebensjahr entwickelt
- Lassen sich nicht durch andere Störungen erklären wie z.B. schwere mentale Retardierung, tiefgreifende Entwicklungsstörung, Psychose
- 3 Typen: Fehlende Aufmerksamkeit, hyperaktiv oder beides zusammen

Aufmerksamkeitsdefizit-Symptome (DSM-IV)

- Achtet nicht auf Einzelheiten
- Kann Aufmerksamkeit schlecht aufrechterhalten
- Scheint nicht zuzuhören
- Beachtet Anweisungen nicht bis zum Ende
- Schwierigkeiten, Aufgaben oder Tätigkeiten zu organisieren
- Vermeidet Aufgaben, die eine stetige geistige Anstrengung erfordern
- Verliert Dinge, die für Aufgaben erforderlich sind
- Lässt sich leicht ablenken
- Vergesslich bei Alltagstätigkeiten

Die Symptome müssen „oft“ oder häufiger auftreten

Hyperaktiv-impulsive Symptome

- Zappelt mit den Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Sitz hin und her
- Verlässt seinen Platz in der Klasse, wenn es nicht angemessen ist
- Lläuft zu viel herum oder klettert übermäßig
- Kann kaum ruhig spielen
- Ist „immer auf dem Sprung“ oder „von einem Motor getrieben“
- Redet zu viel
- Sprudelt die Antworten heraus, bevor die Fragen fertig formuliert sind
- Hat Schwierigkeiten zu warten, bis er an der Reihe ist
- Unterbricht oder stört andere

Symptome müssen "oft" oder häufiger auftreten

2 Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung im Entwicklungsverlauf

Symptome im Wandel

ADHS im Säuglingsalter:

- Sehr hohes psychophysiologisches Aktivitätsniveau, motorische Unruhe oder aber extrem ruhiges pflegeleichtes Verhalten (idem bei ASS)
- Regulationsstörungen (Schlaf-/Wach, Ess- oder Ausscheidungsrhythmus) / ungünstige Temperamentmerkmale (idem bei ASS)
- Sprunghaftigkeit und dysphorische Unruhe
- Ablehnung von Körperkontakt (idem bei ASS)
- Langdauernde Schreiphase (mehr als 3 Stunden an mehr als 3 Tagen pro Woche über mehr als 3 Monate) (häufig bei ASS)
- Für Eltern anstrengend / negative Eltern-Kind-Interaktion (idem bei ASS)

ADHS im Kleinkind- und Vorschulalter:

- Hohe plan-, ziel-, rastlose Aktivität oder aber stark selbstversunkenes und extrem stilles Verhalten (ersteres bei SMD; letzteres bei ASS)
- Geringe Intensität und Ausdauer beim Spielen im Einzel- oder Gruppensetting
- Schnelle, häufige und abrupte Handlungswechsel
- Inadäquates Sozialverhalten bzgl. Regeleinhaltung, oppositionelles Verhalten (ähnlich bei ASS)
- Starke Trotzreaktionen
- Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung, entweder sehr früh oder aber deutlich verzögert (stark verzögert bei ASS)
- Teilleistungsschwächen im sensorischen oder motorischen Bereich; Entwicklungsdefizite (extrem bei ASS)
- Erhöhte Unfallgefährdung (ASS kennt keine Gefahr)
- Fehlende konstante Freundschaft., Isolation v. Kind & Eltern (idem bei ASS)

ADHS im Grundschulalter:

- Ablenkbarkeit, wenig Ausdauer, Probl. bei Hausaufgaben/im Unterricht
- Verträumtheit, Langsamkeit, Vergesslichkeit (AS?)
- Inadäquates Sozialverhalten bzgl. Regeleinhaltung in unterschiedlichen Lebensbereichen, Stören im Unterricht, Aggressionen, keine sozialen Bezüge, Isolation, Außenseitertum
- Emotionale Probleme: instabil, Wutanfälle, geringe Frustrationstoleranz, Weinerlichkeit (SMD, Bipolarität?)
- Desorganisiert, chaotisch
- Viel reden, unpassende Geräusche/Laute, schnelles/überhastetes Sprechen (SMD, Manie?)
- Motorische Ungeschicklichkeit, häufige Unfälle, schlechte Schrift
- Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten oder der Sprache (z.B. LRS), Lernschwierigkeiten
- Verzögerung in Schulkarriere, Umschulungen, Klassenwiederholungen
- Leistungsunsicherheit, geringes Selbstbewusstsein
- Ablehnung durch Gleichaltrige

ADHS im Jugendalter:

- Aufmerksamkeitsstörung
- Reduzierte motorische Unruhe, aber (innere) Rastlosigkeit (SMD, Manie?)
- Inadäquates Sozialverhalten: oppositionelles, aggressives, delinquentes Verhalten, Anschluss an Randgruppen (25-50%), Delinquenz
- Leistungsverweigerung, phlegmatisches Verhalten, hohe Unmotiviertheit (AS?)
- Alkohol- & Drogenmissbrauch (Manie, Bipolarität?)
- Emotionale Auffälligkeiten: Ausraster, Ängste, Depressionen (SMD?)
- Geringes Selbstwertgefühl (BL?)
- Erhöhte Risikobereitschaft (Manie?), häufiger Verkehrsunfälle, häufiger Frühschwangerschaften

ADHS im Erwachsenenalter:

- Aufmerksamkeitsschwäche, Vergesslichkeit, Reizoffenheit
- Innere Unruhe, hohe körperliche Betätigung, leichte Ungeschicklichkeit (oft blaue Flecken) (Manie?)
- Impulsivität, unüberlegte Handlungen, leben im „Hier“ und „Jetzt“ (Manie?)
- Desorganisation in Zeit, Finanzen, Problemlösung, Selbstkontrolle
- Mangelnde Affektkontrolle, hohe Reizbarkeit, geringe Frustrationstoleranz, Wutausbrüche, Aggressionen bei kleinen Kränkungen (SMD, Temper Dysregul D., BL?)
- Stressintoleranz, Überreaktion oder Angstreaktion auf alltägliche Stressoren (AS?)
- Affektlabilität, Stimmungsschwankungen, weitere psychische & Persönlichkeits-Störungen (BL, Bipolarität ?)
- Überdurchschnittlicher Wechsel von Partnerschaften und Arbeitsstellen (Manie?)
- Erhöhte Risikobereitschaft, mehr Arbeits- und Verkehrsunfälle, Delinquenz und Suchtmittel als Selbstmedikation (BL, Manie?)
- Geringe Schulbildung

3 Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung im Entwicklungsverlauf

Utah-Kriterien im Kindesalter & im Erwachsenenalter

nach Wender P.H. & Tomb D.A. (2010)

resp. Wender-Reimherr AADDS (2003)

Utah-Kriterien in der Kindheit

A. Enge Kriterien nach DSM-IV (siehe oben)

B. Weiter gefasste „Wender-Utah“-Kriterien

Kriterien 1 und 2 müssen obligatorisch erfüllt sein plus wenigstens ***ein*** zusätzliches Merkmal aus 3 bis 6.

1. Hyperaktivität
2. Aufmerksamkeitsstörung
3. Verhaltensprobleme in der Schule
4. Impulsivität
5. Übererregbarkeit
6. Gefühlsausbrüche

N.B.: Leider keine Subtypen

Zusatzstörungen in der Kindheit & Jugend

z.B.:

- Kommunikations- &/oder Lernstörungen
- Neurologische Auffälligkeiten
- Trotzig-oppositionelles Verhalten
- Dissoziales V (Diebstähle), gewalttätiges Verhalten
- Tic-Störung, Tourette-Syndrom
- Störung durch Nikotin, Alkohol, Drogen, ...

Abgrenzung von Autismus-Spektrum-Störungen, Affektiven Störungen, frühkindl. Schizophrenie, Angststörungen (Trennungsangst), Traumafolgestörung, Bindungsstörungen, ...

Utah-Kriterien im Erwachsenenalter, revidiert nach Rösler, Retz, Stieglitz (2008)

- A. Motorische Hyperaktivität / Rastlosigkeit (**obligat!**)
- B. Aufmerksamkeitsstörungen (**obligat!**)
- C. *Affektive Labilität*
- D. *Temperament (heißes, explosives T.; „hot temper“)*
- E. *Emotionale Überreagibilität / Stressintoleranz*
- F. *Desorganisation*
- G. *Impulsivität*

Mindestens 2 aus den fakultativen Kriterien C bis G; verschiedene Kombinationen möglich; leider keine diagnostischen Subtypen; zur Operationalisierung der Kriterien: siehe HASE (2008)

Komorbide Störungen im Erwachsenenalter

z.B.:

- Substanzgebrauch
- Persönlichkeitsstörungen
- Affektive Störungen
- Angststörungen (Panikst.)
- Zwangsstörung
- Essstörung
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Restless Legs
- Andere resp. somatische Leiden, ...

plus

Probleme im Lebensalltag: Partnerschaft, Sexualität, Beruf, Freizeit, Freunde, Verkehrsdelikte, Straftaten, ...

Ergebnisse rezenter Studien zum Erwachsenenalter

Lara u.a. (2009). (mit 600 Pdn aus 10 Ländern): bei 50% Fortbestehen der ADHS im Erw.alter. Diese Wahrscheinlichkeit ist um so höher, je ausgeprägter die Symptomatik im K.& J.-alter, je mehr komorbide Störungen, je häufiger ein kombinierter Typus vorliegt.

Biedermann u.a. (2006 & 2008)(epidemiologische Vergleichsstudien): Schlechtere Schulabschlüsse & berufl. Qualifikation, häufiger arbeitssuchend, geschieden, straffällig – und das ebenfalls im Verhältnis zu ihrer intellektuellen Leistungsfähigkeit!

Powers u.a. (2008) (prospektive Studie über 9 Jahre):

Wenn frühe Stimulanzientherapie (ab Grundschulalter)
=> später besserer Schulabschluss als
nichtbehandelte ADHS-Kinder; trotzdem bleibt
schulisches Leistungsniveau unter dem Niveau der
Kinder ohne ADHS.

Kessler u.a. (2009)(bei 4000 Fabrikarbeitern): doppelt so hohes
Risiko f. Arbeitsunfälle, wenn unbehandelt.

Barkley (2005), Barkley & Cox (2007), Verster u.a. 2008):
Schwerwiegende Beeinträchtigung der Fahr-
tüchtigkeit durch erhöhte Unaufmerksamkeit &
Impulsivität, wenn keine medik. Behandlung. Frühe
Medikation führt zu einer signifk. Verbesserung der
Fahrtüchtigkeit!

4 ADHS und/oder Autismus-Spektrum-Störungen?

ADHS &/oder frühkindlicher Autismus &/oder Asperger-Syndrom?

(siehe: ICD/DSM: F84.0 / 299.00; F84.5 / 299.80)

Von ASD/ASS Betroffene (Prävalenz <1%) zeigen

Qualitative Einschränkungen der sozialen Interaktion,
Kommunikation und Sprache

Sowie stereotypes Verhalten & Sonderinteressen.

Ein diagnostisches Kriterium des frühkindlichen Autismus ist
die abweichende Entwicklung **vor** dem 3. Lj.

Während beim Asperger-Syndrom (& Atypischem Autismus)
Entwicklungsauffälligkeiten oft erst **nach** dem 3. Lj.
deutlich werden.

Differenzialdiagnose: verzögerte/gestörte Sprachentwicklung, rezeptive
Sprachst., Intelligenzminderung. Ebenfalls Abgrenzung zu Schizophrenie,
Bindungsstörung, Zwangsstörung, ... (ADHS kann dagegen gemeinsam
auftreten!)

Bei ASS sind Symptome einer ADHS häufig!

Auch bei ASS wirken die ADHS-typischen Medikamente (moderat bis gut) hinsichtlich der ADHS-Kernsymptome sowie auf komorbides oppositionelles oder aggressives Verhalten und Wutausbrüche. Allerdings sind im Vgl. zu Nicht ASS-Kindern mit ADHS die unerwünschten Arzneiwirkungen häufiger.

Typische ASS-Frühsymptome (2.Lj.) sind u.a.:

Mangelnder Blickkontakt, reduzierte gemeinsame Aufmerksamkeit, fehlende Reaktion auf die elterliche Stimme & Sprachentwicklungsverzögerung.

Ab 2.-3. Lj.: hohe Stabilität der ASS-Symptome & -Diagnose

ASD/ASS-Frühsymptome (nach Kamp-Becker u.a. 2010 sowie Zwaigenbaum u.a. 2009)

Sozial-kommunikative Fertigkeiten: reduzierter Blickkontakt & geteilte (gemeinsame) Aufmerksamkeit; Auffälligkeiten in der Affektregulation (z.B. wenig positive & mehr negative Affekte); kein sozial-reziprokes Lächeln: reduziertes soziales Interesse; wenig geteilte Freude (ohne dabei körperlichen Kontakt aufzunehmen, wie z.B. beim Kitzeln); keine Reaktion auf eigenen Namen; Auffälligkeiten in der Entwicklung von Gesten (z.B. Zeigen); mangelnde Koordination von verschiedenen Kommunikationskanälen (Blickkontakt, mimischer Gesichtsausdruck, Gesten Vokalisationen)

Spielverhalten: reduziertes Imitieren (z.B. spielerisches Nachahmen von Handlungen mit Objekten); exzessive Manipulation/visuelle Exploration von Spielsachen u.a. Objekten; repetitive Handlungen mit Spielsachen u.a. Objekten

Sprache & Kognition: Verzögerungen, Ausbleiben oder Auffälligkeiten bez.: kognitive Entwicklung; Anfänge der Sprachentwicklung (Brabbeln i.S. von abwechselndem sozialem Brabbeln); Sprachverständnis & Sprachproduktion (z.B. ungewöhnl. erste Wörter oder repetitiver Sprachgebrauch); auffällige Prosodie resp. Intonation der Stimme

Verlust von Fertigkeiten (Sprache, sozio-emotionale Bindungen)

Visuelle u.a. sensorische oder motorische Auffälligkeiten: auffälliges Verfolgen oder Fixieren von Reizen (z.B. Licht) oder ungewöhnliches Betrachten von Objekten; un- oder Überempfindlichkeit gegenüber Geräuschen oder anderen sensorischen Reizen; geringes Aktivitätsniveau & verzögerte fein- & grobmotorische Entwicklung

Selbstregulation: Auffälligk. bez. Schlaf, Essen & Aufmerksamkeit

Beim **Asperger-Syndrom** fehlt dagegen eine klinisch bedeutsame Verzögerung der produktiven & rezeptiven Sprache oder der kognitiven Entwicklung. Selbsthilfefertigkeiten, adaptives Verhalten, Neugier an der Umgebung sind zumindest in den ersten 3 L.jahren unauffällig. (N.B.: Schlafstörungen häufig!)

Trotz des Fehlens einer SEV fallen den Eltern ein stereotyper & nicht-sozialer Gebrauch der Sprache bei Asperger-Kindern früh auf. Stereotype Verhaltensweisen nehmen im EV zu & insbes. das Vorliegen zwanghaft ritualisierter Verhaltensweisen differenziert zwischen ASS und ADHS.

Die Beobachtung von repetitiven, stereotypen Verhaltensweisen, insbesondere bei durchschnittlich begabten Kindern, ist ein valider Indikator für den Verdacht auf Asperger (AS).

Die erwähnten Auffälligkeiten nehmen aber über die gesamte Lebensspanne eher ab. Es reduzieren sich bis ins Erwachsenenalter vor allem die stereotypen Bewegungsmuster & selbstverletzendes Verhalten. Stereotype Interessen & zwanghaftes Verhalten bleiben dagegen relativ stabil.

Die in einer retrospektiven Untersuchung einer Forschergruppe aus Marburg, Berlin & Fulda (s. Kamp-Becker u.a. 2010 in : Kindheit & Entwicklung 13; 3/2010) zu den **Frühsymptomen des Asperger-Syndroms** identifizierten 10 Frühsymptome zeigen eine sehr gute Vorhersagekraft. Auch Asperger-Kinder mit ADHS zeigen diese charakteristischen Symptome. So kann gut zwischen einer ADHS-Symptomatik als Komorbidität & einer ADHS als Differenzialdiagnose unterschieden werden.

ASPERGER-Frühsymptome (angelehnt an ADI-R)

1. Erste Sorge der Eltern
2. Auffälligkeiten im Kindergarten
3. Aktuelle Sorge

Freie Antworten zu 1 & 2: Hinweise auf früh beginnende & deutliche Auffälligkeiten im Kontaktverhalten: kein, wenig oder inadäquater Kontakt

Freie Antworten zu 3: Hinweise auf stereotype Bewegungen oder Verhaltensweisen, stereotype Interessen, zwanghaft-ritualisierte Verhaltensweisen, Veränderungsängste oder sensorische Auffälligkeiten

AS-Frühsymptome (Kindergartenalter; 4.-5. Lj.)

4. Reaktion auf Annäherung anderer Kinder

5. Fantasiespiel mit Gleichaltrigen

Ad 4: reagiert selten positiv auf Annäherungsversuche anderer Kinder; Reaktionen sind begrenzt & unvorhersehbar oder reagiert nur positiv auf ein sehr vertrautes Kind

Ad 5: beteiligt sich nicht an Fantasiespielen mit anderen Kn; wenn doch, dann nicht in einer auf Gegenseitigkeit beruhenden Weise &/oder Fantasiehandlungen sind in ihrer Variationsbreite stark eingeschränkt

AS-Frühsymptome (Kindergartenalter; 4.-5. Lj.)

6. Angebot zu teilen

7. Geteilte Aufmerksamkeit (auf etwas zeigen, um Interesse auszudrücken)

Ad 6: bietet selten oder nie anderen an, etwas zu teilen, z.B.
Nahrung, Spielzeug, Lieblingsgegenstände

Ad 7: benutzt keine oder selten spontane zeigende Gesten
als Kommunikationsmittel mit begleitendem
Blickkontakt

AS-Frühsymptome (gesamte Entwicklung)

8. Soziales Geplauder

9. Stereotyper Sprachgebrauch

Ad 8: spricht nicht oder kaum mit anderen allein um
freundlich & gesellig zu sein, sondern lediglich um
Bedürfnisse mitzuteilen oder Informationen zu geben

Ad 9: repetitive Sprachmuster, die **sicher** ungewöhnlich
sind: stereotyper Inhalt, nicht-soziale Verwendung,
häufige Selbstgespräche

AS-Frühsymptome (gesamte Entwicklung)

10. Zwänge/Rituale: mindestens über einen Zeitraum von 3 Monaten

Ad 10: fixierte, starre Handlungsabfolgen mit deutlichen emotionalen Reaktionen, wenn diese unterbrochen oder nicht eingehalten werden (nicht: Zu-Bettgeh-Rituale)

Auswertung: Wenn wenigstens 6, resp. bei über 11-jährigen 5, der 10 Symptome zutreffen, besteht ein fundierter Verdacht auf Asperger. Dieser Trennwert unterscheidet ebenfalls AS-Patienten mit komorbider ADHS von Patienten mit reiner ADHS!

5 ADHS und/oder affektive (Regulations-)Störungen?

ADHS &/oder Manie/Bipolarität

(siehe: ICD/DSM: F30; F31 / 296)

Aktuelle Frage: Kann ADHS in Bipolare Störung übergehen, - wegen überlappender Symptomatik?

(hierzu: Holtmann, 2008 & 2009; Baroni u.a., 2009; Meyer u.a. 2009; Duffy u.a. 2010)

US-amerikanische Diagnosepraxis: klin. Mischbild aus ADHS, Reizbarkeit & Affektschwankungen wird als „bipolare Störung“ angesehen & auch dementsprechend pharmakol. behandelt.

20% der ADHS-Kinder zeigen eine solche schwerwiegende Symptomatik: „Severe Mood Dysregulation“ (SMD) oder nach Leibenluft u.a. (2003) „Schwere Dysregulation von Affekt & Verhalten“.

30% der Kinder mit SMD entwickeln als Erwachsene eine bipolare Störung.

Familiäre Belastung & Langzeitverlauf von SMD & „echter Bipolarität“ unterscheiden sich jedoch deutlich, trotz überlappender Symptomatik

Die Beobachtung von „Hochrisiko-Kindern“ (10fach erhöhtes Risiko, selbst an Bipolarität zu erkranken) bipolarer Eltern über 15 Jahre zeigt, dass diese häufiger Angstsymptome & Schlafstörungen entwickeln & darauf folgend affektive Störungen & Substanzmissbrauch - aber keine ADHS! Bei Risikokindern, aber auch bei Kindern ohne erkrankten Elternteil ist in der Hälfte der Fälle eine Depression die erste Episode einer Bipolaren Erkrankung. Im Gegensatz zu einer Unipolaren Depression beginnt diese bei Bipolarer Erkrankung tendenziell früher & ist häufiger mit melancholischen, atypischen, suizidalen & psychotischen Symptomen verbunden. Hypomanien werden zudem oft nicht erkannt & die Symptomüberlappung mit Depression, Schizophrenie, ADHS oder Borderlinestörung erschweren die Diagnose.

20-40% der Heranwachsenden*) mit einer manifesten depressiven Episode werden in den nächsten 5 Jahren eine manische Episode erleiden. Von Bedeutung dafür sind insbesondere rasch wechselnde extreme Hoch- & Tiefphasen der Stimmung, rhythmische Variationen von Impulsivität, Aktivität & affektive Fluktuationen, die ein bis 2 Monate, in Ausnahmen auch mehrere Monate anhalten können. Solche Schwankungen zusammen mit einer positiven Familienanamnese/Vulnerabilität gelten als Trigger für die spätere Entwicklung einer bipolaren Erkrankung. Eine größere Studie zur Validierung des „First Episode Mania Prodrome Inventory“ (n. P. Conus) steht noch aus.

Juckel sowie Conus u.a. ,ref. nach Klein, F. (27.04.2010) zum 18. EPA-Kongress (27.02-01.03.2010) in München

*) nach Duffy u.a., 2010: nur etwa 10%!

ICD-10-Kriterien für bipolare affektive Störungen (F31) & Manie (F30):

Bipolare affektive Störung (F31):

- mindestens 2 abgrenzbare Episoden einer deutlichen affektiven Störung
- eine davon mit manischen Merkmalen (Manie*, Hypomanie oder gemischte Episode)

***) entspricht Bipolar I-Störung nach DSM-IV**

ICD-10-Kriterien für bipolare affektive Störungen (F31) & Manie (F30):

Manie (F30):

- A. Gehobene expansive oder gereizte Stimmung über mindestens 7 Tage in einem für den Betroffenen deutlich abnormen Ausmaß (N.B.: 4 Tage bei Hypomanie, entspr. Bipolar II-Störung nach DSM-IV)
- B. Mindestens 3 der folgenden Merkmale (resp. 4, wenn die Stimmung nur gereizt ist) müssen vorliegen & eine schwere Störung des alltäglichen Lebensführung verursachen

...=>>>>

zu Manie (F30) B:

1. Gesteigerte Aktivität oder motorische Ruhelosigkeit
2. Gesteigerte Gesprächigkeit („Rededrang“)
3. Ideenflucht & subjektives Gefühl des Gedankenrasens
4. Verlust normaler sozialer Hemmungen
5. Vermindertes Schlafbedürfnis
6. Überhöhte Selbsteinschätzung & Größenwahn
7. Ablenkbarkeit oder andauernder Wechsel von Plänen & Aktivitäten
8. Tollkühnes oder rücksichtsloses Verhalten
9. Gesteigerte Libido oder sexuelle Taktlosigkeit

C. Die Episode ist nicht auf einen Missbrauch psychotroper Substanzen oder auf eine organische psychotische Störung zurückzuführen

zum Cycling bei Bipolarität (Wiederkehrende Wechsel zwischen den Polen Manie & Depression); = **enger Phänotyp**

Bei Erwachsenen: längere Intervalle, unterbrochen von Phasen relativen Wohlbefindens (Euthymie)

N.B.: Rapid Cycling: mehr als 4 Episoden im Jahr

Bei Kindern: extrem kurze Zyklenfolgen möglich, wie etwa „ultra rapid cycling“ (wenige Tage anhaltende Episoden) oder wie „ultradian cycling“ (stündlich bis minütlich wechselnde Phasen)

80% der bipolaren Kinder erleben im Mittel 3 bis 4 Episoden pro Tag, von denen viele gemischt sind. Kinder haben zudem viel mehr symptomatische Tage als Erw.

(vgl: Bolhofner, 2004, Birmaher u.a., 2006)

In der Adoleszenz gleicht sich die Symptomatik der des Erwachsenenalters zunehmend an, wobei insgesamt häufiger psychotische Symptome auftreten.

Fazit: Also auch bei dieser Krankheit ist die bipolare Symptomatik variabler & weniger klar eingrenzbar als bei Erwachsenen

N.B. Unterschiedliche Diagnosepraxis:

Einige US-amerikanische Gruppen diagnostizieren bipolare Störungen auch bei Kindern mit nicht-episodischer chronischer Reizbarkeit (Irritierbarkeit) & bei schnellen, vielfach pro Tag auftretenden Stimmungsschwankungen, erhöhter Ablenkbarkeit & Aggressivität.

In Europa diagnostiziert man diesen „breiteren“ Phänotyp eher als „komplizierte ADHS“ mit affektiver Dysregulation“, „kombinierte Störung des Sozialverhaltens & der Emotionen“, „depressive Störung“ oder „emotional-instabile Persönlichkeitsstörung“.

Etwa 15-20% der ADHS-Kinder weisen eine solche erschwerende Symptomatik auf & zeigen darüber hinaus ein reduziertes Schlafbedürfnis, sexuell enthemmtes Verhalten & suizidale Krisen

Seit Operationalisierung / Kriterien nach Leibenluft u.a. (2003) als „Schwere Störung der Stimmungsregulation“ (SMD) ist Krankheitsverlauf näher untersucht worden. Nachfolgend die diagnostischen Kriterien für **„Severe Mood Dysregulation“ =>>>>>**

SMD-Einschlusskriterien:

- Außergewöhnlich veränderte Stimmung (v.a. Ärger & Traurigkeit) über mindestens die Hälfte eines Tages, nahezu täglich
- Mindestens 3 Symptome erhöhter Erregbarkeit: Schlafstörung, Ablenkbarkeit, Gedankenrasen, Unruhe, Ideenflucht, Rededrang, Intrusivität
- Wutanfälle, Reizbarkeit, verbale oder körperliche Aggressivität mehr als dreimal pro Woche

⇒ Alter 7-17 Jahre, Beginn der Symptomatik vor dem 12. L.jahr

⇒ Dauer der o.g. Symptome mehr als 12 Monate

⇒ Beeinträchtigung in mindestens einem Funktionsbereich: Schule, Familie, Peergroup

SMD-Ausschlusskriterien:

- Vorliegen eines der 3 Kardinalsymptome einer manischen Episode:
 - deutlich vermindertes Schlafbedürfnis
 - Größenideen, gesteigerter Selbstwert
 - Gehobene, expansive, euphorische Stimmungslage
- Die oben genannten Symptome zeigen klar episodischen Charakter (Dauer: mehr als 4 Tage)
- Vorliegen einer Schizophrenie, Suchterkrankung oder posttraumatischen Belastungsstörung

Vergleichsstudien (Baroni, Luckenbaugh u.a., 2009; Brotman u.a., 2007) belegen:

Kinder mit erfüllten SMD-Kriterien weisen relevante Unterschiede zu Kindern mit episodischer Reizbarkeit auf. Die episodische Reizbarkeit geht mit einem erhöhten Risiko der Entwicklung einer bipolaren Störung einher während chronische Irritabilität die Wahrscheinlichkeit erhöht, zunächst an einer ADHS und im jungen Erwachsenenalter an einer Depression zu erkranken.

Auch bezüglich der familiären psychiatrischen Belastung unterscheiden sich die Gruppen. In der SMD-Gruppe waren 2,7% der Eltern bipolar erkrankt, in der Gruppe Minderjähriger mit episodischer Irritabilität ein Drittel der Eltern. Also sollte man zurzeit bei Kindern mit chronischer Irritabilität keine bipolare Störung diagnostizieren.

Der Symptomkomplex der SMD wird erst 2013 in abgewandelter Form im DSM-V (APA, 2010) vertreten sein, allerdings unter der Bezeichnung

„Temper Dysregulation Disorder with Dysphoria“

A. Diese Störung/Krankheit ist gekennzeichnet durch schwere rezidivierende Gefühlsausbrüche/Wutanfälle als Reaktion auf alltägliche Stressoren.

Die Gefühls-/Wutausbrüche manifestieren sich mündlich oder verhaltensmäßig, in Form von verbaler

1. Raserei/Wutausbrüche, körperlichen Aggressionen gegenüber Menschen oder Eigentum.
2. Die Reaktion ist grob & unverhältnismäßig, was die Intensität & Dauer anbelangt.
3. Diese Reaktionen passen nicht zu dem Entwicklungsniveau

„Temper Dysregulation Disorder with Dysphoria“

- B. Frequenz: Die Stimmungsausbrüche treten durchschnittlich drei- bis viermal die Woche auf (oder öfters?)
- C. Stimmung zwischen den Ausbrüchen:
 - 1. Die Stimmung ist nahezu jeden Tag zwischen den Ausbrüchen anhaltend negativ (reizbar, zornig, &/oder traurig)
 - 2. Diese negative Stimmung lässt sich von anderen beobachten (Eltern, Lehrer, Gleichaltrige)
- D. Dauer: Die C-Kriterien müssen wenigstens 12 Monate andauern. In dieser Zeit war die Person niemals für mehr als 3 Monate hintereinander symptomfrei bezüglich der Kriterien A-C .
- E. Stimmungsausbrüche &/oder negative Stimmung zeigen sich in mindestens 2 Bereichen, davon wenigstens in einem Bereich schwer.

„Temper Dysregulation Disorder with Dysphoria“

- F. Das chronologische Alter beträgt mindestens 6 Jahre (oder es besteht eine entwicklungsmäßige Äquivalenz dazu)
- G. Erstmanifestation: vor dem 10. Lebensjahr
- H. In dem letzten Jahr gab es niemals eine deutlich unterscheidbare Periode von mindestens einem Tag während der ungewöhnlich gehobene Stimmung/ Euphorie, erhöhte Mitteilsamkeit beim Ausbruch oder der Verschlechterung vorlagen, begleitet von 3 der B-Kriterien für Manie (Größenideen, gesteigertes Selbstwertgefühl, vermindertes Schlafbedürfnis, Rededrang, Ideenflucht, Ablenkbarkeit, Zunahme zielgerichteter Aktivitäten, übermäßiges Engagieren in risikohafte Aktivitäten)

„Temper Dysregulation Disorder with Dysphoria“

- I. Das Verhalten zeigt sich nicht ausschließlich im Verlauf einer psychotischen oder Affektiven Störung (Major Depression, Dysthymie, Bipolare Störung) & ist nicht besser durch eine andere Störung zu beschreiben (z.B. Autismusspektrumstörung/ Tiefgreifende Entwicklungsstörung, posttraumatische Belastungsstörung, Trennungsangst) Die Diagnose kann aber gestellt werden, wenn gleichzeitig eine oppositionelle Störung, eine dissoziale Störung, ADHS oder eine Substanzabhängigkeit vorliegen. Die Symptome sind aber nicht auf die direkte Wirkung einer Droge oder eine allgemeine medizinische oder neurologische Erkrankung zurückzuführen.

(nicht-offizielle Übersetzung aus dem Englischen von L. NICOLAY)

FAZIT:

Affektive Dysregulation sollte nicht im Sinne einer früh beginnenden bipolaren Störung interpretiert werden; die unter diesen Symptomen leidenden Kinder entwickeln im jungen Erwachsenenalter nicht Bipolarität, sondern eher eine depressive Symptomatik, antisoziale Störungen, Substanzmissbrauch & suizidale Krisen (- so dass es man zusätzlich an die Abgrenzung zur Borderlinestörung denken muss). Von der Depressivität switchen knapp 10% in Richtung Bipolarität.

(Achtung: **Hypomane Symptome erkennen!**)

Junge Menschen aus der Hochrisikogruppe mit einem Mischbild aus ADHS & begleitender Severe Mood Disorder resp. Temper-Dysregulation Disorder with Dysphoria müssen aufmerksam begleitet werden & ggfs psychotherapeutisch & psychopharmakologisch versorgt werden.

QUELLEN / FACHLITERATUR

- Kindheit & Entwicklung (19. Jahrgang) 3/2010. Schwerpunkt: Autismus-Spektrum-Störungen. Göttingen: Hogrefe
- Persönlichkeitsstörungen Theorie & Therapie (14. Jahrgang) 1/2010. Themenheft: ADHS- Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung Stuttgart: Schattauer
- Retz, W. & Klein R.G. (2010). Attention-Deficit-Hyperactivity- Disorder (ADHD) in Adults. Basel: Karger
- Nigg, J.T. (2009). What causes ADHD? Understanding what goes wrong and why. Guilford Press / UK
- Pliszka, S.R. (2009). Treating ADHD and Comorbid Disorders. Guilford Press / UK

Merci fir Äer ausdauernd Opmierksamkeet!

Dr. paed. Lucien NICOLAY

ADHD-Awareness-week

24. September 2010