

Störungen der Affektregulation

**Martin Holtmann
Tanja Legenbauer
Dörte Grasmann**

Leitfaden
Kinder- und Jugend-
psychotherapie

 **hogrefe**

Störungen der Affektregulation

Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie Band 22

Störungen der Affektregulation

Prof. Dr. Dr. Martin Holtmann, Prof. Dr. Tanja Legenbauer,
Dr. Dörte Grasmann

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Manfred Döpfner, Prof. Dr. Dr. Martin Holtmann,
Prof. Dr. Franz Petermann

Begründer der Reihe:

Manfred Döpfner, Gerd Lehmkuhl, Franz Petermann

**Martin Holtmann
Tanja Legenbauer
Dörte Grasmann**

Störungen der Affektregulation

 **hogrefe**

Prof. Dr. Dr. Martin Holtmann, geb. 1970. Seit 2010 Direktor der LWL-Universitätsklinik Hamm, Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik.

Prof. Dr. Tanja Legenbauer, geb. 1973. Seit 2014 Professorin für Klinische Psychologie und Psychotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie an der LWL Universitätsklinik Hamm, Medizinische Fakultät der Ruhr-Universität Bochum.

Dr. Dörte Grasmann, geb. 1975. Seit 2011 stellvertretende Ambulanzleiterin für den Bereich Kinder und Jugendliche und wissenschaftliche Geschäftsführerin der Verhaltenstherapie-Ambulanz der Abteilung Klinische Psychologie an der Goethe-Universität Frankfurt a.M.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen
Deutschland
Tel. +49 551 99950 0
Fax +49 551 99950 111
verlag@hogrefe.de
www.hogrefe.de

Format: PDF

Satz: ARThür Grafik-Design & Kunst, Weimar
1. Auflage 2017

© 2017 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen
(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2510-8; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-2510-9)
ISBN 978-3-8017-2510-5
<http://doi.org/10.1026/02510-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Einleitung: Grundlagen und Aufbau des Buches

Stimmungsschwankungen bei Kindern und Jugendlichen haben in den vergangenen Jahren vermehrtes Interesse gefunden. Nicht ganz trennscharf und oft überlappend werden dabei Begriffe wie emotionale Labilität, affektive Dysregulation und Stimmungsinstabilität verwandt, um ein klinisches Bild zu bezeichnen, das neben den plötzlichen und unvorhersehbaren negativen Stimmungsauslenkungen oft zusätzlich charakterisiert ist durch Reizbarkeit und Wutanfälle, hitziges Temperament und niedrige Frustrationstoleranz.

Trotziges Verhalten, Wutanfälle und Stimmungsschwankungen sind allerdings häufige entwicklungspsychologische Phänomene, die insbesondere im Vorschulalter bei einem Großteil der Kinder auftreten. Unbedingt zu vermeiden ist daher die Pathologisierung und Medikalisierung von normalen Entwicklungsphänomenen. Auf der anderen Seite sind jene Kinder und Jugendliche, die auch bei genauer Betrachtung die in den letzten Jahren vorgeschlagenen und erprobten Kriterien für eine Störung der Affektregulation („Severe mood dysregulation“) erfüllen, gekennzeichnet durch schwere Beeinträchtigungen im Alltag, ein hohes Ausmaß begleitender psychischer Störungen, eine häufige Inanspruchnahme von psychosozialen Hilfsangeboten und insbesondere durch einen sehr ungünstigen Verlauf. Es ist also berechtigt und geboten, diese Kinder und Jugendlichen mit tatsächlicher Störung der Affektregulation zu identifizieren, zu begleiten und ggf. zu behandeln, um ihnen eine gelungene Entwicklung zu ermöglichen. Der vorliegende Leitfaden ist diesem Anliegen gewidmet.

Wir begreifen die Störung der Affektregulation dabei anders als das DSM-5 nicht als eigenständige diagnostische Kategorie, sondern als *diagnoseübergreifende Symptomatik*, die im Rahmen verschiedener psychischer Störungen auftreten kann. Auch diese Konzeptualisierung muss aber für den Alltag in Klinik und Praxis handhabbar gemacht werden. Um der Unschärfe, die mit dem Begriff der gestörten Affektregulation verbunden ist, eine konkrete, nachvollziehbare Operationalisierung entgegenzusetzen, stützen wir uns daher in diesem Band auf Kriterien, die von Ellen Leibenluft und ihren Mitarbeitern 2003 für die Severe Mood Dysregulation vorgeschlagen wurden.

Das gegenwärtige Spannungsverhältnis zwischen diagnoseübergreifender Konzeption und konkreten Kriterien, die ein abgrenzbares Störungsbild suggerieren, lässt sich dabei nicht ganz auflösen und prägt auch den vorliegenden Band. Es wird aber unseres Erachtens der zurzeit noch vorläufigen Datenlage am besten gerecht. Dabei ist uns bewusst, dass sich – wie hinter vielen diagnostischen Konstrukten – auch hinter der Störung der Affektregulation verschiedene Ursachen und Konstellationen verbergen können. Die therapeutische und wissenschaftliche Arbeit der vergangenen Jahre und unser Austausch mit vielen Praktikern haben aber auch gezeigt, wie notwendig es ist, konkrete Hilfestellungen im Umgang mit Störungen der Affektregulation anzubieten.

Der Leitfaden möchte trotz der noch vielen wissenschaftlichen Unklarheiten einen praxisbezogenen, evidenzbasierten Beitrag zur Diagnostik und Therapie von Störungen der Affektregulation im Kindes- und Jugendalter leisten. Viele der Bausteine, die

zum Einsatz kommen können, sind dabei in ähnlicher Form bei verwandten Störungsbildern eingesetzt und erprobt worden.

Der Band unterteilt sich in insgesamt fünf Kapitel:

- 1** Im ersten Kapitel wird auf den aktuellen Wissensstand hinsichtlich der Symptomatik und Klassifikation, differenzialdiagnostische Aspekte und begleitende Störungen, Pathogenese, Epidemiologie, Verlauf sowie auf Ergebnisse der Therapieforschung eingegangen. Hierbei stehen Aspekte im Vordergrund, die für die Leitlinienformulierung von besonderer Bedeutung sind.
- 2** Kapitel 2 stellt das Kernstück des Leitfadens dar. Hier werden ausführliche Leitlinien zur Diagnostik und zur Therapie dargestellt. Insbesondere psychotherapeutische Strategien zum Umgang mit Störungen der Affektregulation sowie die Arbeit mit den Eltern und Bezugspersonen werden umfangreich beschrieben.
- 3** Im dritten Kapitel werden empfehlenswerte diagnostische Verfahren und Therapieprogramme ausführlich und praxisnah vorgestellt.
- 4** Das vierte Kapitel enthält für den Praxisalltag hilfreiche diagnostische und therapeutische Materialien.
- 5** Im fünften Kapitel wird der Umgang mit Störungen der Affektregulation an beispielhaften Verhaltensanalysen („Anna hat Wut im Bauch“) und einem ausführlichen Fallbeispiel („Elisa verliert die Kontrolle“) illustriert.

Dieser Band wird durch einen kompakten Ratgeber für Eltern, Lehrer und Erzieher (Holtmann, Legenbauer & Grasmann, 2017) ergänzt. Der Ratgeber informiert über Erscheinungsformen, Ursachen, Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten bei Störungen der Affektregulation. Er richtet sich an Eltern, Erzieher oder andere Bezugspersonen, die mit diesen Symptomen konfrontiert sind sowie an Betroffene selbst.

Hamm und Frankfurt, August 2016

Martin Holtmann, Tanja Legenbauer
und Dörte Grasmann

Inhaltsverzeichnis

1	Stand der Forschung	1
1.1	Historische Entwicklung des Störungsbildes	1
1.2	Symptomatik	4
1.3	Diagnose nach ICD-10 und DSM-5	5
1.4	Differenzialdiagnostische Aspekte und Komorbidität	6
1.5	Ätiologie	9
1.5.1	Genetische, familiäre und psychosoziale Faktoren	9
1.5.2	Neuropsychologische und neurobiologische Modelle der Affektregulation	10
1.6	Epidemiologie und Verlauf	13
1.7	Interventionen	14
1.7.1	Psychotherapeutische Ansätze	15
1.7.2	Pharmakotherapie	16
1.7.3	Chronotherapeutische Behandlung	18
2	Leitlinien	21
2.1	Leitlinien zu Diagnostik und Verlaufskontrolle	21
2.1.1	Exploration	22
2.1.2	Standardisierte Fragebögen und testpsychologische Untersuchung	42
2.1.3	Somatisch-neurologische Diagnostik	47
2.1.4	Diagnosestellung	48
2.1.5	Problem-, Verhaltens-, Plan- und Ressourcenanalyse	52
2.1.6	Verlaufskontrolle	56
2.2	Leitlinien zur Therapie	58
2.2.1	Allgemeine Behandlungsprinzipien	59
2.2.2	Psychoedukation	65
2.2.3	Patientenzentrierte psychotherapeutische Strategien	68
2.2.4	Elternarbeit und Arbeit mit weiteren Bezugspersonen	94
2.2.5	Pharmakotherapie	100
2.2.6	Lichttherapie	107

3	Verfahren zur Diagnostik und Therapie	110
3.1	Klinisches Interview: K-SADS-Modul für Severe Mood Dysregulation	110
3.2	Chronische Reizbarkeit: Affective Reactivity Index	111
3.3	Affektive Dysregulation: CBCL-Dysregulations-Profil	112
3.4	Depressive Symptome	113
3.5	Schlafstörungen	114
3.6	Emotionsregulation	116
3.7	Temperament	116
3.8	Funktionsniveau	117
3.9	Gesundheitsbezogene Lebensqualität	118
3.10	Treatment for ADHD and Impaired Mood (AIM)	119
3.11	Therapieprogramm für Kinder mit aggressivem Verhalten (THAV)	122
3.12	Soziales computerunterstütztes Training für Kinder mit aggressivem Verhalten (ScouT)	122
3.13	Verhaltenstherapeutisches Intensivtraining zur Reduktion von Aggression (VIA)	123
3.14	Baghira-Training für Kinder mit oppositionellem und aggressivem Verhalten	124
4	Materialien	125
M01	Affective Reactivity Index (ARI-Self) – Selbstauskunft	126
M02	Affective Reactivity Index (ARI-Parent) – Eltern-/ Fremdbeurteilung	127
M03	Gefühlsskala	128
M04	Gefühlsdimensionen	129
M05	Gefühlszustände	130
M06	Körpersignale von Emotionen	131
M07	Triggerliste	132
M08	Selbstbeobachtungsbogen für Kinder/Jugendliche	133
M09	Selbstbeobachtungsbogen für Bezugspersonen	134
M10	Meine Werkzeuge zur Emotionsregulation in belastenden Situationen	135
M11	Individuelle Zielerreichungsskala	136
M12	Tagebuchkarte zum Auftreten von Problemverhalten und belastenden Gefühlen	137

5	Fallbeispiele	138
5.1	Beispielhafte Verhaltensanalyse: „Anna hat Wut im Bauch“	138
5.2	Beispielhafter Behandlungsverlauf: „Elisa verliert die Kontrolle“ ..	139
6	Literatur	150

1 Stand der Forschung

1.1 Historische Entwicklung des Störungsbildes

Ein klinisches Bild, das neben plötzlichen und unvorhersehbaren negativen Stimmungsauslenkungen oft zusätzlich charakterisiert ist durch Reizbarkeit und Wutanfälle, hitziges Temperament und niedrige Frustrationstoleranz, hat in den vergangenen Jahren vermehrtes Interesse gefunden. Nicht ganz trennscharf und oft überlappend werden dabei Begriffe wie Störungen der Affektregulation, emotionale Labilität, affektive Dysregulation und Stimmungsinstabilität verwandt, um diese Mischung aus trotzigem Verhalten, Wutanfällen und Stimmungsschwankungen zu beschreiben. Kinder und Jugendliche, die die in den letzten Jahren vorgeschlagenen und erprobten Kriterien für eine Störung der Affektregulation erfüllen, sind gekennzeichnet durch schwere Beeinträchtigungen im Alltag, ein hohes Ausmaß begleitender psychischer Störungen, eine häufige Inanspruchnahme von psychosozialen Hilfsangeboten und durch einen sehr ungünstigen Verlauf.

Definition

Die diagnostische und prognostische Einschätzung und die Behandlung des bunten, aber allen Klinikern vertrauten Symptomkomplexes oder Verhaltensphänotyps der gestörten Affektregulation hat seit dem Ende des 20. Jahrhunderts zu einer kontroversen Debatte geführt. Zugespitzt lautet die Frage: Sollen Kinder und Jugendliche mit chronischer Reizbarkeit und einem Mischbild aus gestörter Affekt- und Verhaltensregulation als bipolar, also manisch-depressiv, diagnostiziert und auch so behandelt werden?

Kontroverse Debatte

Auslöser der Diskussion über die Häufigkeit und das klinische Bild bipolarer Störungen vor der Adoleszenz waren die im Vergleich zu den europäischen Ländern auffällig hohen Diagnoseraten bipolarer Störungen bei Jugendlichen, aber auch kleinen Kindern in den USA. Diese Debatte ist nicht von rein akademischem Interesse, sondern hat unmittelbar Auswirkungen auf das krankheits- (oder gesundheits-)bezogene Selbstverständnis der betroffenen Patienten, die Aufklärung der Familien und die psycho- und pharmakotherapeutischen Behandlungsentscheidungen.

Einen ersten Lösungsansatz zur Überwindung der Kontroverse schlugen Leibenluft et al. (2003) vor. Sie empfahlen die Unterscheidung zwischen einem „engen“ und einem „breiten“ Phänotyp bipolarer Störungen. Dabei entspricht der „enge“ Phänotyp dem klassischen Symptomkomplex einer manischen Erkrankung mit eindeutigen, *episodhaften* Symptomen von gehobener Stimmung und Reizbarkeit, während der „breite“ Phänotyp unspezifischere chronische Symptome wie *nicht episodische* Reizbarkeit („irritability“), schnelle Stimmungsschwankungen, erhöhte Ablenkbarkeit und Aggressivität umfasst, für den die Autoren den Begriff „Severe Mood Dysregulation“ (SMD) vorschlugen. Im Deutschen

Einführung eines „breiten“ Phänotyps bipolarer Störung

hat sich für den Symptomkomplex der SMD der Begriff „affektive Dysregulation“ oder auch „Störung der Affektregulation“ durchgesetzt. Letzterer gab auch dem vorliegenden Band seinen Namen.

Die Symptomatik der SMD war in den etablierten Klassifikationssystemen für psychische Störungen, der ICD und dem DSM, lange nicht angemessen abgebildet. Die Kinder, die von dieser Symptomatik betroffen sind, wurden daher treffend als „diagnostische Waisen“ bezeichnet (Carlson, 1998). Diese Überlegungen führten Anfang 2013 dazu, dass in der 5. Revision des DSM ein neues Krankheitsbild aufgenommen wurde, das unter dem Begriff Disruptive Affektregulationsstörung („Disruptive Mood Dysregulation Disorder“, DMDD) diese Symptomatik beschreibt (American Psychiatric Association, 2013; APA/Falkai et al., 2015). In der ICD ist weiterhin keine eigene Diagnose für die Symptomatik vorgesehen. In europäischen Ländern wird dieser Verhaltensphänotyp daher hilfswise als „kompliziertes ADHS“ oder „ADHS plus“ bezeichnet oder als kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen, depressive Störung oder beginnende emotional-instabile Persönlichkeitsstörung klassifiziert (vgl. Kapitel 1.3). Eine Nähe der SMD-Symptomatik zum bipolaren Spektrum wird allerdings mittlerweile vermehrt kritisch gesehen.

Vergleich von ICD-10 und DSM-5

Historische Entwicklung

Bei aller berechtigter Skepsis gegenüber vermeintlichen Modediagnosen (wie „Pädiatrische Bipolare Störung/Pediatric Bipolar Disorder“) oder neuen diagnostischen „Etiketten“ (wie SMD oder DMDD) lohnt sich ein Blick zurück in die psychiatrische Literatur. Während die Etiketten ihre Namen wechseln, bleibt festzuhalten, dass die mit ihnen bezeichnete Symptomatik keine postmoderne Erfindung oder alleinige Folge von gesellschaftlichen Veränderungen wie Medienkonsum o. Ä. ist. Vielmehr wurde schon in viel früheren Phasen der Geschichte ein gemeinsames Auftreten von mangelnder emotionaler Impulskontrolle, Unruhe und Ablenkbarkeit bei Kindern beschrieben. Manchen Personen der Zeitgeschichte werden diese Verhaltensweisen zugeschrieben, so etwa Alexander dem Großen, Dschingis Khan und Thomas Alva Edison (Resnick, 2000). Seit Ende des 19. Jahrhunderts wurden diese anekdotischen Beobachtungen von Psychiatern immer mehr systematisiert und mit unterschiedlichen diagnostischen Bezeichnungen belegt. So spielten im Laufe der Entwicklung des wissenschaftlichen Konzepts der heute als ADHS bezeichneten Symptomatik immer wieder auch die unregulierten Affekte eine Rolle. In der frühen kinderpsychiatrischen Literatur spricht etwa der englische Psychiater Maudsley (1835–1918) in seinem Lehrbuchkapitel über „Insanity of early life“ (1867) im Zusammenhang mit den „unruhigen Kindern“ auch von „affektivem Irresein“. Etwa 30 Jahre später beschreibt sein schottischer Kollege Thomas Clouston (1840–1915) „irreguläre explosive Tendenzen“ von Kindern, die an einer „übermäßigen Reaktion des Gehirns auf mentale und emotionale Reize“ leiden (Clouston, 1899; zitiert nach Warnke & Riederer, 2013, S. 6). In ihrer einflussreichen Arbeit „Hyperkinetic Impulse Disorder in Children’s Behavior Problems“ führen Lau-

fer, Denhoff und Solomons (1957, zitiert nach Warnke & Riederer, 2013, S. 13) unter den Symptomen der hyperkinetisch-impulsiven Kinder auch *irritability* (Reizbarkeit) und *explosiveness* auf. Diese Begriffe, die stark an die klinischen Beschreibungen der affektiven Dysregulation erinnern, wurden später wegen ihrer vermeintlich geringen Spezifität aus den diagnostischen Kriterien für die ADHS herausgenommen.

Exkurs: Die Kontroverse um das klinische Bild früher bipolarer Störungen

Während US-amerikanische Arbeitsgruppen bei bis zu 20 % ihrer minderjährigen Patienten bipolare Störungen sehen (Biederman et al., 2005; Geller et al., 2002), werden z.B. in Deutschland bipolare Störungen vor der Adoleszenz kaum diagnostiziert und betreffen weniger als 0,5 % der Diagnosen in Kliniken und Praxen (Holtmann et al., 2008). Auch andere europäische Länder berichten durchweg von niedrigen Raten an Heranwachsenden mit bipolaren Störungen (Soutullo, DelBello, Ochsner et al., 2002).

Betrachtet man die Veränderung der Diagnoseraten in den letzten 20 Jahren, so wird deutlich, dass die Prävalenzunterschiede auf einen rasanten Anstieg der Zahlen bipolar erkrankter Minderjähriger in den USA zurückzuführen sind. Zwischen 1994 und 2003 kam es dort zu einer Zunahme der ambulanten Kontakte wegen bipolarer Störungen um das 40-fache, stationäre Behandlungen erlebten einen 4- bis 5-fachen Anstieg, bei einem gleichzeitigen Rückgang der diagnostizierten externalisierenden Störungen (Blader & Carlson, 2007; Moreno et al., 2007). Die klinische Relevanz dieser Entwicklung spiegelt sich in den deutlich gestiegenen Verschreibungszahlen von phasenstabilisierend wirkenden Antipsychotika in den USA um insgesamt 74% in den Jahren 2002 bis 2006. In Deutschland dagegen findet sich zwar ebenfalls ein Zuwachs bipolarer Diagnosen bei Jugendlichen (Holtmann et al., 2010) und eine Zunahme der Verschreibungen von Antipsychotika (Bachmann et al., 2014), jedoch auf vergleichsweise niedrigem Niveau. Möglicherweise sind diese veränderten Zahlen der Hinweis auf eine Neukonzeptualisierung diagnostischer Vorstellungen: Störungen, die „früher“ als gereizt-aggressiv oder psychotisch angesehen wurden, werden heute vielleicht teilweise als manisch-depressiv gedeutet. Insgesamt bleibt jedoch die Gesamthäufigkeit bipolarer Störungsbilder mit 0,27% aller stationären Diagnosen im Jahr 2007 und bundesweit weniger als 400 Fällen weiterhin sehr niedrig, und der Zuwachs beschränkt sich auf die Altersgruppe über 15 Jahren, im Unterschied zu den häufig in den USA diagnostizierten Kindern (Holtmann et al., 2010). Bipolare Erkrankungen bei Kindern können in Deutschland weiter als wirkliche Rarität gelten.

Gründe für unterschiedliche Prävalenzraten in Europa und den USA

Angesichts der transatlantisch vergleichbaren, stabilen Prävalenzzahlen für bipolar erkrankte Erwachsene spricht wenig dafür, dass die unterschiedlichen Prävalenzen und die Zuwachsraten bei Kindern und Jugendlichen auf tatsächliche Unterschiede zurückzuführen sind.

Mehrere Hypothesen zur Erklärung der diskrepanten Entwicklung in den USA und Europa wurden bisher aufgestellt und teilweise widerlegt. So postulieren einige Autoren, dass der höhere Gebrauch an Psychostimulanzien und Antidepressiva in den USA manische Episoden bei entsprechend veranlagten Kindern befördern könnten. Dagegen steht jedoch eine wachsende Anzahl von sorgfältigen Studien, die zeigen, dass Stimulanzien nicht die Entwicklung von bipolaren Störungen begünstigen (Galanter et al., 2003; Tillman & Geller, 2006). Eher scheinen die in den USA üblichen restriktiven Regelungen bei der Kostenerstattung durch die Krankenkassen die Tendenz eines diagnostischen „Herauf-Kodierens“ von vermeintlich „einfachen“ Störungen des Sozialverhaltens und ADHS zugunsten der als gravierender angesehenen bipolaren Störungen zu fördern, um einen Krankenhausaufenthalt zu rechtfertigen.

Höchstwahrscheinlich spielt die entscheidende Rolle jedoch die unterschiedliche diagnostische Bewertung des Mischbildes aus Stimmungsinstabilität, Reizbarkeit und Aufmerksamkeitsstörung im Kindesalter. Identische Fallvignetten, bei denen Manie als Differenzialdiagnose infrage kam, werden von Kinderpsychiatern in den USA viel häufiger als bipolare Störung eingeordnet als von britischen Kollegen (Dubicka, Carlson, Vail & Harrington, 2008).

1.2 Symptomatik

Mischbild aus depressiven Stimmungsauslenkungen, Reizbarkeit und Wutanfällen

Mit dem Begriff Störung der Affektregulation, wie er in diesem Leitfaden verstanden wird, wird ein klinisches Mischbild bei Kindern und Jugendlichen umschrieben, das neben plötzlichen und unvorhersehbaren depressiven Stimmungsauslenkungen zusätzlich gekennzeichnet ist durch Reizbarkeit und Wutanfälle, erhöhte Erregbarkeit, hitziges Temperament und niedrige Frustrationstoleranz. Viele der Kinder sind zudem schnell ablenkbar und unruhig. Das formale Denken ist immer wieder gekennzeichnet durch Gedankenrasen und Ideenflucht, die sich auch in einem erhöhten Rededrang ausdrücken können. Diese „Denkstörungen“ haben manche Autoren als Ausdruck einer Nähe zu manischen Symptomen deuten wollen.

Diagnoseübergreifendes klinisches Bild

Gestörte Affektregulation: Eigenständige Störung oder diagnoseübergreifende Symptomatik? Der vorliegende Leitfaden geht davon aus, dass die Störung der Affektregulation besser nicht als eigenständige, klar abgrenzbare diagnostische Entität angesehen werden sollte, sondern als ein diagnoseübergreifendes klinisches Bild, das im Kontext verschiedener psychischer Störungen komplizierend hinzutreten kann. Dennoch muss auch diese Konzeptualisierung handhabbar gemacht werden für den Alltag in Klinik und Praxis. Um der Unschärfe, die mit dem Begriff der affektiven Dysregulation verbunden ist, eine konkrete, nachvollziehbare Operationalisierung entgegenzusetzen, stützen wir uns daher im Folgenden auf Kriterien, die von Leibenluft et al. (2003) für die Severe Mood Dysregulation vorgeschlagen wurden (vgl. Tabelle 1). Das gegenwärtige Spannungsverhältnis zwischen diagnoseübergreifender Konzeption und konkreten Kriterien, die ein abgrenzbares Störungsbild suggerieren, lässt sich dabei nicht ganz auflösen und prägt den gesamten vorliegenden Band. Es wird aber unseres Erachtens der aktuellen, notwendigerweise noch sehr vorläufigen Datenlage am besten gerecht.

Pathologisierung von Entwicklungsphänomenen vermeiden

Um eine Pathologisierung und Medikalisierung von Entwicklungsphänomenen und eine Ausweitung auf normales Verhalten zu vermeiden und einer unzulässigen Ausweitung und „Verdünnung“ vorzubeugen, kommt es entscheidend darauf an, die Kriterien für die Störung der Affektregulation oder SMD sehr ernst zu nehmen, insbesondere jene mit Bezug zur Häufigkeit und Dauer der Symptomatik. Andernfalls ist über ein „up-coding“ der Psychiatrisierung von normalem Verhalten Tür und Tor öff-

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien für „Severe Mood Dysregulation“ (SMD; nach Leibenluft et al., 2003; vgl. Grimmer et al., 2010).

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
<ul style="list-style-type: none"> – 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 – Dauer der oben genannten Symptome mehr als 12 Monate – Beeinträchtigung in mindestens einem Funktionsbereich: Schule, Familie, Gleichaltrigengruppe 	<ul style="list-style-type: none"> – Vorliegen eines der drei Hauptsymptome einer manischen Störung: <ul style="list-style-type: none"> • deutlich vermindertes Schlafbedürfnis • Größenideen, gesteigerter Selbstwert • gehobene, expansive, euphorische Stimmungslage – Die oben genannte Symptomatik zeigt klar episodischen Charakter (Dauer mehr als vier Tage) – Vorliegen einer Schizophrenie, Suchterkrankung oder Posttraumatischen Belastungsstörung

net. Copeland u. a. (2013) konnten zeigen, dass bei strikter Anwendung der Kriterien die Häufigkeit von Störungen der Affektregulation bei etwa 1 % liegt (zur Epidemiologie vgl. Kapitel 1.6).

1.3 Diagnose nach ICD-10 und DSM-5

In der ICD als dem für die deutschsprachigen Länder maßgeblichen Klassifikationssystem psychischer Störungen ist die Störung der Affektregulation kein „anerkanntes“ eigenständiges Krankheitsbild mit eigenem Diagnoseschlüssel. Dies wird voraussichtlich auch in der anstehenden Revision der ICD so bleiben. Daher ist mithilfe der ICD im traditionellen Sinn eine Diagnostik und Differenzialdiagnostik der Symptomatik affektiver Dysregulation nicht möglich. Ziel in der Praxis sollte es sein, mit den nach der ICD möglichen Diagnosen die Symptomatik der gestörten Affektregulation bestmöglich abzubilden und insbesondere der Komorbidität zwischen internalisierenden und externalisierenden Symptomen Beachtung zu schenken. Im deutschsprachigen Raum werden mehr als 80 % der Patienten mit Störungen der Affektregulation mit Diagnosen aus dem Spektrum der ausagierenden (disruptiven) Verhaltensstörungen klassifiziert, etwa als Hyperkinetische Störungen (mit und ohne begleitende Sozialverhaltensstörung) oder Störungen des Sozialverhaltens (mit oder ohne kombinierte emotionale Störungen) (Holtmann et al., 2008).

Abbildung der Affektregulationsstörung im ICD-10

Die Disruptive Affektregulationsstörung im DSM-5

Im DSM-5 wurde hingegen mit der Disruptiven Affektregulationsstörung (engl. Disruptive Mood Dysregulation Disorder, DMDD) eine eigene Diagnosekategorie für Kinder, die eine schwere Störungen der Affektregulation als Hauptmerkmal aufweisen, geschaffen. Die Kriterien hierfür ähneln in weiten Teilen denen der SMD; wesentlicher Unterschied ist das Fehlen von Symptomen erhöhter Erregbarkeit bei der DSM-5-Diagnose. In europäischen Ländern wird dieser Verhaltensphänotyp hilfsweise oft als „kompliziertes ADHS“ oder „ADHS plus“ bezeichnet (und dann als hyperkinetische Störung diagnostiziert) oder als kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen, depressive Störung oder beginnende emotional-instabile Persönlichkeitsstörung klassifiziert. Die diagnostischen Kriterien für die Disruptive Affektregulationsstörung finden sich detailliert in Leitlinie 4 zur Diagnosestellung.

Sicherung der Diagnose

Störungen der Affektregulation zeigen Ähnlichkeiten und Überlappungen mit vielen anderen psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Insbesondere um die Therapie entsprechend abzustimmen, ist deshalb eine genaue Sicherung der Diagnose unter Erwägung der verschiedenen differenzialdiagnostischen Optionen dringend geboten. Wichtig sind u. a. die Exploration der zeitlichen Reihenfolge des Auftretens von Symptomclustern (affektiv, reizbar-impulsiv) und die Beschreibung ihres Verlaufs, um zu klären, ob beispielsweise primär eine alleinige affektive Störung, eine Störung des Sozialverhaltens oder eine hyperkinetische Störung vorlag, die später Symptome einer SMD nach sich gezogen hat. In den Leitfäden (vgl. Kapitel 2) finden sich hierzu konkrete Empfehlungen und Beispiele.

1.4 Differenzialdiagnostische Aspekte und Komorbidität

Herausforderungen für die Diagnostik

Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Störungen der Affektregulation und anderen psychischen Störungen stellen eine Herausforderung für die Diagnostik dar. Häufig sind begleitende Schlafstörungen, insbesondere ein reduziertes Schlafbedürfnis, und enthemmtes Verhalten. Auch suizidale Gedanken, Äußerungen und Handlungen sind häufiger als bei allen anderen psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters.

Bei genauerer Betrachtung zeigen sich bei vielen der Kinder mit Störungen der Affektregulation auch Besonderheiten im Bereich der sozialen Interaktion, etwa wenn soziale Situationen von ihnen schnell als vermeintlich feindselig oder provozierend erlebt werden und sie darauf heftig mit Ärger, Wut und Angst reagieren. Neuropsychologisch belegbar sind häufig Beeinträchtigungen exekutiver Funktionen, der kognitiven Flexibilität und der Impulskontrolle (Dickstein et al., 2007).

Abgrenzung von Bipolaren Störungen. Einige Befunde zeigen eine Überlappung von Störungen der Affektregulation mit Symptomen aus dem