

## **Themen:**

### **1. ADHS und disruptive Störung der Stimmungsregulation (Disruptive Mood Dysregulation Disorder – DMDD)**

In im Mai 2013 erschienenen DSM-V findet sich als neues eigenständiges Krankheitsbild die Disruptive Mood Dysregulation Disorder (DMDD). Sie beschreibt 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. Die Wutausbrüche kommen im Durchschnitt dreimal oder häufiger in einer Woche vor. 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, Lehrern, Gleichaltrige).

Die Einführung dieser diagnostischen Entität war zuvor lange umstritten. Seit Mitte der 1990er-Jahre war es zu einem Anstieg der Diagnose einer bipolaren Störung im Kindesalter zumindest in den USA gekommen, wobei diese Diagnose bei Kindern mit einer Störung des Sozialverhaltens, die zusätzlich eine affektive Labilität aufwiesen, vergeben wurde. Die Kernfrage war, ob die Kombination von ADHS mit chronischer Heritabilität als Frühform bipolarer Störungen zu fassen sei. Im Gegensatz zu den USA wurde dieses Mischbild aus ADHS und affektiver Dysregulation in Europa dagegen häufig als kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen, depressive Störung oder emotional-instabile Persönlichkeitsstörung klassifiziert und die Diagnose einer bipolaren Störung im Kindes- und Jugendalter selten gestellt.

Die Hauptunterscheidung zwischen DMDD und einer Störung des Sozialverhaltens bei oppositionell-aufässigem Verhalten ist das Vorhandensein einer affektiven Symptomatik bei DMDD. Bei DMDD wird eine persistierende Verschlechterung der Stimmungslage zwischen den Wutausbrüchen gefordert.

In wenigen bisher vorliegenden Studien konnte gezeigt werden, dass Kinder mit einer ADHS und komorbider DMDD auf eine Kombinationsbehandlung mit verhaltenstherapeutischer Intervention und Methylphenidat ebenso gut ansprechen, wie Kinder, die eine ADHS ohne begleitende Komorbidität hatten. Die Behandlung der ADHS zeigte auch einen positiven Effekt auf die depressive Symptomatik.

Evidenzbasierte Therapieverfahren zur Behandlung von DMDD fehlen bisher. Es wird davor gewarnt, Behandlungsempfehlungen für die Therapie der bipolaren Störung oder der ADHS auf die Behandlung von DMDD zu übertragen. Ansätze aus der kognitiven Verhaltenstherapie scheinen erfolgversprechend zu sein.

### **2. Der besondere Fall**

Hier haben sich wieder ADHS-Betroffene und deren Eltern bereit erklärt, ihre Geschichte zu erzählen und auf Fragen zu antworten.