Aggression und emotionale Dysregulation

Paul Plener

MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN

Köln, 2019

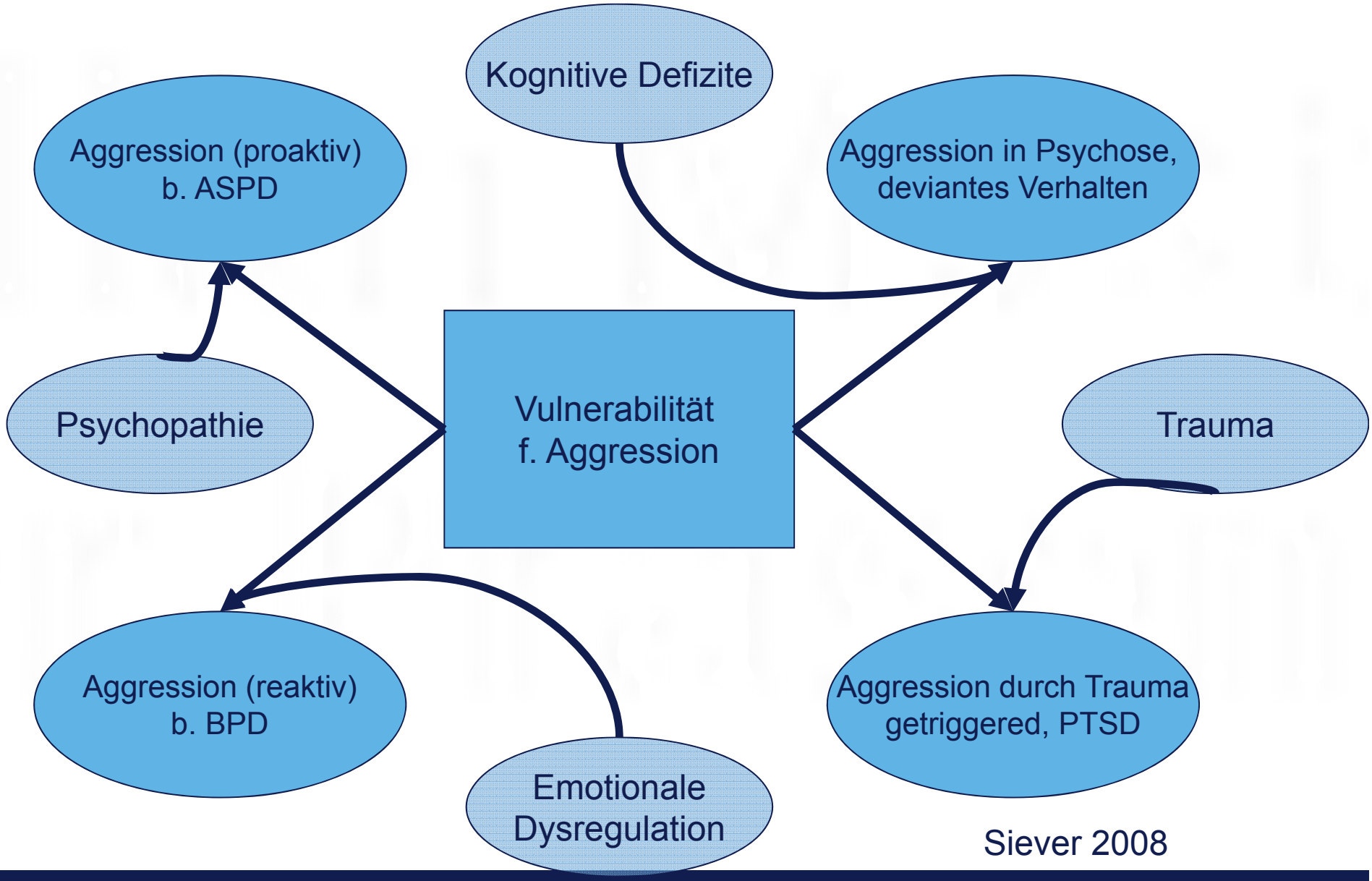
Interessenskonflikte

- Forschungsförderung:
  - BMBF
  - BfArM
  - Volkswagen Stiftung
  - Baden-Württemberg Stiftung
  - Lundbeck
  - Servier
- Vortragshonorar:
  - Shire
- Keine Aktienbeteiligung, kein Advisory board pharm. Industrie

Überblick

- Aggression
- Diagnosen: ICD-10, DSM-5 und ICD-11
- CU traits
- DMDD
- Ausblick
- Diskussion

Ätiologie



Siever 2008

HOT/COLD Aggression

Hans Steiner (2005)

HOT

RADI

- **R**eactive
- **A**ffective
- **D**efensive
- **I**mpulsive

COLD

PIP

- **P**lanned
- **I**nstrumental
- **P**roactive

Klassifikation

- Kontext
  - fam. Rahmen
  - soz. Bindungen
- Opp. aufs. Verhalten
- Komorbiditäten
  - ADHS
  - Depression
  - Emotionen

- Alter
  - Childhood onset
  - adol. onset
  - **WLPE**
- Opp. aufs. Verhalten
- Komorbiditäten

- Alter
  - Childhood onset
  - adol. onset
  - **WLPE**
- Opp. aufs. Verhalten
  - **With chronic irritability-anger**

- Affektive Störungen
- **DMDD**

Störung des Sozialverhaltens: Einteilung

Alter:	**Komorbide Störungen:**	**Callous Un-emotional traits:**	**Typ der Aggr.:**
Beginn in Kindheit (<10a) oder Adoleszenz	ADHS Angst Depression	Hoch oder niedrig	Proaktiv oder reaktiv

Fanti, 2018

Neuroanatomie der Aggression

- Schädigung des frontalen Cortex: HOT ↑
- Läsion, Tumor od. Epilepsie d. Temporallappens: aggressives Verhalten

- fMRT:

- Aktivität im (prä)frontalen Cortex ↓: b. Menschen mit HOT ↑
- Höhere Aktivierung im PFC: weniger hohe Aggressionsscores
- Amygdala Aktivität ↑ beim Betrachten wütender Gesichtsausdrücke b. Menschen mit HOT

- Amygdala Aktivität ↓ b. COLD

Psychophysiologie: kurze Einführung

- Hautleitwiderstand (SC): primär Sympathikus Maß
- HR: Sympathikus/ Parasympathikus: größere HRV adaptive emotionale Regulation, reduzierte HRV: emotionale Dysregulation
- Respiratorische Sinusarrythmie (RSA): Einfluss des Parasympathikus auf HRV: geringe RSA in Ruhe: Maß für schlechte Emotionsregulation
- Gesichts EMG: M. corrugator supercilii, M. zygomaticus Major: empathisches Reagieren
- Blinzel-Startle Reflex: Reflexamplitude: durch Kontext mit negativer Valenz erhöht (Furcht,..), fehlende Startle Potenzierung: geringere Amygdalaaktivierung

Typen und Psychophysiologie

- Syst. Review (n=75 Studien): deutlichste Unterscheidung: mit oder ohne CU traits
- 2 Gruppen von SSV:

SSV+komorbide internalisierende Störung, ängstlich, emotionale Dysregulation, viel reaktive Aggression, feindseliger Attribuationsbias

- hohe HR und SC (autonomes hyper-arousal)
- geringe HRV und RSA in Ruhe, hohe RSA Reaktivität
- hohe SC und Startle Reaktivität b. aversiven und furchteinflössenden Stimuli
- keine EMG Defizite

SSV+CU, antisoziales Verhalten, geringe Angstlevel, wenig Bestrafungssensitivität

- geringe HR und SC in Ruhe und Reaktivität (autonomes under-arousal)
- geringe SC und Startle Reaktivität bei aversiven und furchteinflössenden Stimuli
- geringe M. corr. supercil. Aktivität nach Exposition zu neg. Emotionen

CU Diagnostik

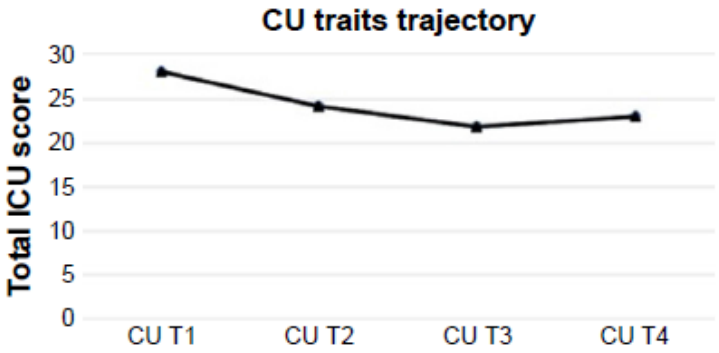
- Antisocial Process Screening Device (APSD) (Frick & Hare, 2001)
- Inventory of calous unemotional traits (ICU) (Frick, 2004)
- Youth Psychopathic Traits Inventory (YPI) (Andershed et al., 2002)
- Child hood Psychopathy Scale (CPS) (Lynam et al., 2005)
- UNSW system (Dadds et al., 2005)
- Child Problematic Traits Inventory (CPTI) (Colins et al., 2014)
- Triarchic Psychopathy Measure (TriPM) (Patrick, 2010)
- Clinical Assessment of Prosocial Emotions (CAPE) (Frick, 2013)

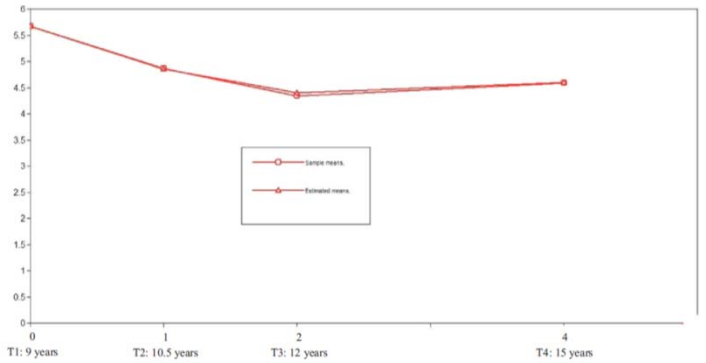
Masi et al., 2018b

CU: Follow up

- FU (8.→14. Lj.): n=144 (alle CBT: Eltern/Patient, 15M);
- Naturalistischer Verlauf: n=59

- CU traits nehmen zunächst ab, Stabilisierung in der Adoleszenz
- Positives Elternverhalten↑ → CU:↓

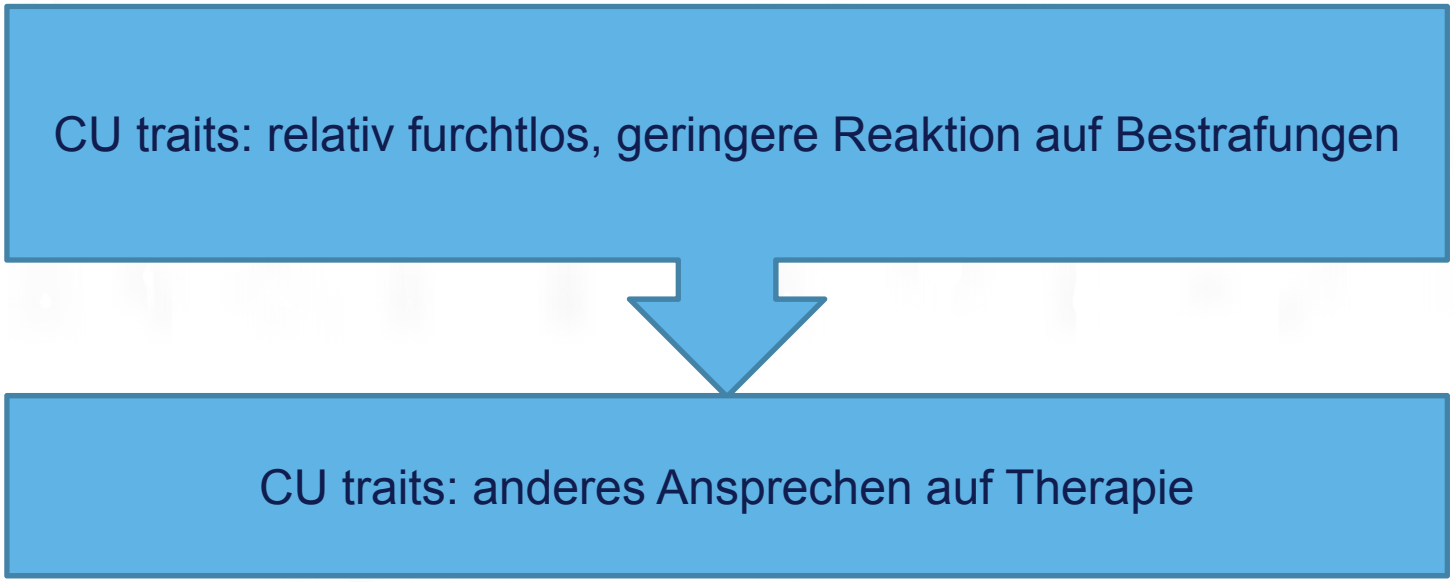




- Höhere CU Level Baseline und geringere Abnahme:
  - Risiko für SSV Diagnose ↑
  - Überweisung in psychiatr. Hilfesystem ↑
  - Substanzkonsum ↑

Masi et al., 2018a; Muratori et al., 2016

CU: klinisch relevant?



- Geringeres Ansprechen auf Elterninterventionen
- Gleiches Ansprechen auf Verwendung positiver Verstärker und Förderung prosozialen Verhaltens
- Geringeres Ansprechen auf negative Verstärker
- Geringeres Ansprechen auf Time-Outs

Pardini, 2006 , Hawse & Dadds, 2005, Waschbusch et al., 2007; Garcia et al., 2018

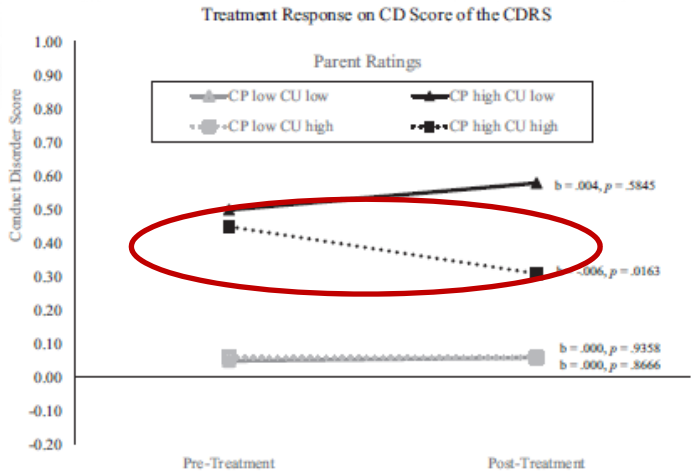
Therapie: CU

- Syst. Review: n=19 Studien (RCT: 8/19)
  - CBT, Elterntrainings, system. Ansätze, Psychoedukation, Emotionserkennungstraining, Soziales Kompetenztraining, Aggressionstraining, Stimulantien

- CU Symptome↓: 4/7 Studien: CBT, Familientherapie, Gruppe, Soz. Kompetenztraining

- Schlechteres Therapie-Outcome bei SSV/antisoziales Verhalten wenn CU traits: 7/15 Studien

- Hohe CU Scores bei SSV: besserer Behandlungserfolg und dennoch höhere Werte am Ende, da Baseline höher (Bansal et al., 2019)



Wilkinson et al., 2016

SSV Interventionen helfen bei CU

- 6a FU des Coping Power Programms (n=107): 9a-15a
- CPP: 24 Gruppensitzungen und 16 Elternsitzungen vs. wöchentliche Multi-Komponenten Therapie (individuell)

- Beide Programme: Abnahme von externalisierendem Verhalten und Substanzkonsum (stärker in CCP)

- Nur in CPP: Reduktion von CU:
  - ev. Gruppentherapie Effekt?

Muratori et al., 2019

DMDD: Prävalenz

- nicht-klinischen Stichprobe:
  - ca. 1% (Hudziak et al., 2005, Stringaris et al., 2018)
  - Altersgruppen: 3-Monats-Prävalenzen (Copeland et al., 2013):
    - Vorschüler: 3,3% (ohne Alterskriterium)
    - 9-13-jährige: 1,1%
    - 9-17-jährige: 0,8%
    - kumulierte Prävalenz (18 Jahre): 4.4%.

- Deutsche kinder- und jugendpsychiatrischen Stichprobe: 4,1%-6.6% (Juksch et al., 2011; Holtmann et al., 2008)

Prävalenz bei Erwachsenen

- N=2505, 14-94 Jahre
- Retrospektiv: 19 (0,8%) haben Kriterien im Grundschulalter erfüllt:
  - häufiger arbeitslos, seltener in Partnerschaft
  - 17 (89,3%) davon, min. eine psychiatr. Erkrankung diagnostiziert worden
  - 12 (0,5%) erfüllen sie momentan noch (63,2% Persistenz)

Straub et al., 2017

Verlauf

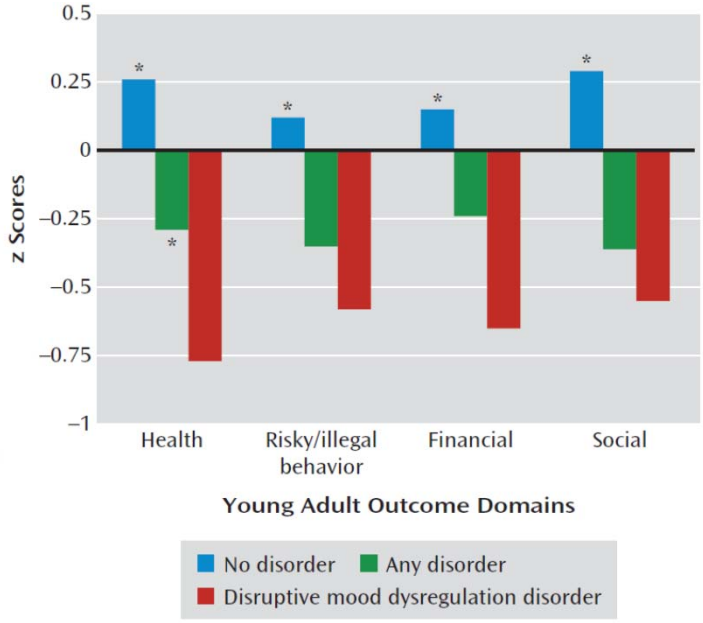
- D: Mit 19 Jahren:
  - höheres Risiko für:
    - Substanzkonsum (Alkohol und Cannabis),
    - affektive Störungen
    - ADHS
    - Suizidalität (Gedanken und Versuche).
  - Keine erhöhte Rate an bipolaren Störungen

- USA: 14, bzw. 20 Jahres Follow-up bei Erwachsenen: erhöhtes Risiko:
    - depressive Störungen
    - Angststörungen
    - disruptive Verhaltensstörungen
    - Drogenabusus

Holtmann et al., 2011; Stringaris et al., 2009; Althoff et al., 2010

Verlauf

- Great Smoky Mountains Study, N=1273, 6 Erhebungen 10-16 Jahre, drei Erhebungen mit 19, 21 und 24-26 Jahre
- DMDD in Kindheit: 4,1%
- DMDD in der Kindheit: Angst- und Depressionswerte erhöht, ärmer, häufiger Polizeikontakte, geringere akademische Abschlüsse, mehr STDs, häufiger Rauchen



Copeland et al., 2014

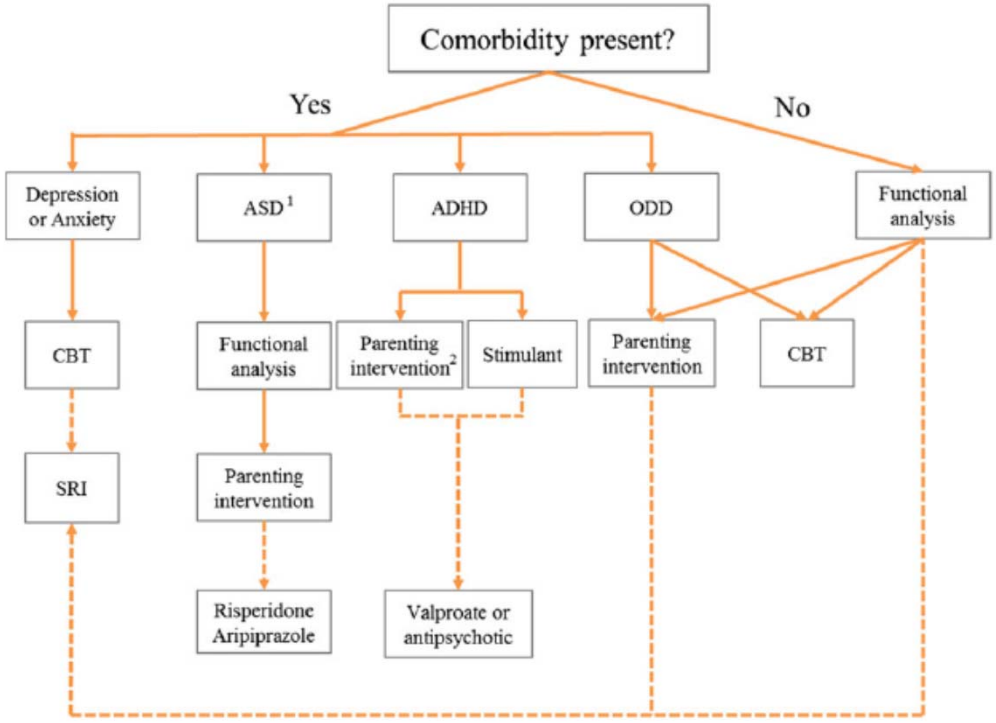
Psychotherapie und -pharmakologie

- Systematischer Review: 57 offene Studien, 28 RCTs
- *„We could not find any clinical trial reporting on the treatment of this disorder“*
- Psychostimulanzien (v.a. b. ADHS) und Verhaltenstraining
- Risperidon oder Valproat als Alternative
- PMT bei jüngeren Kinder, CBT bei Jugendlichen

Tourian et al., 2015; Roy et al., 2014; Bawejaj et al., 2016

Behandlungsalgorithmus: Reizbarkeit

- CBT und PMT (neu: Interpretation Bias Training)
- Psychopharmakologisch:
  - Bei ADHS: MPH
  - Lithium: Keine Evidenz
  - SSRI: v.a. vs. Reizbarkeit
  - Mood Stabilizer: kaum Evidenz
  - AAP: kaum Evidenz, letzte Reserve



Stringaris et al., 2018

Syst. Review: DMDD Therapie

- Systematischer Review für DMDD Studien (n=8): 3 RCTs, 4 open pilot studies, ein case report
- Psychotherapie: 3 Studien:
  - Reduktion bei ADHS + DMDD
  - DMDD in Adoleszenten
- Pharmakologie: 4 Studien:
  - Reduktion bei ADHS+DMDD durch MPH
  - Keine Unterschiede durch Lithium Gabe
  - Reduktion von Reizbarkeit durch Risperidon
  - ADHS + DMDD: Reduktion durch Naltrexon (n=1)

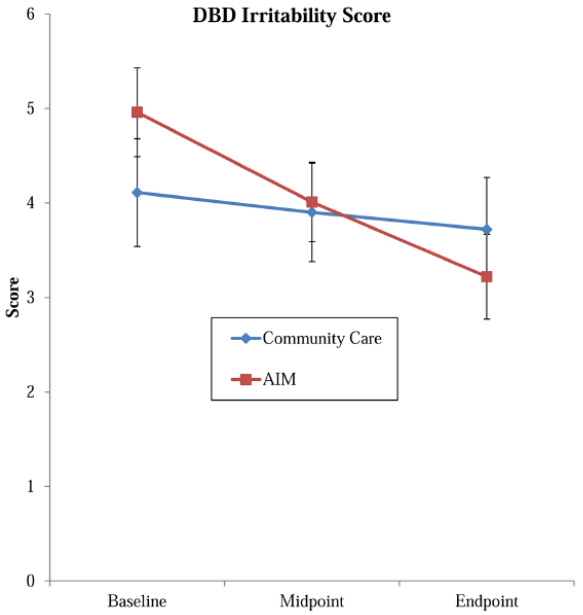
Benarous et al., 2017

RCT: ADHS+DMDD

- RCT (n=56, 7-12a: ADHS +DMDD)
- 11 Wochen Therapie (105 min. Eltern und Kindgruppen) od. community based psychosocial treatment (TAU)

- Verbesserung in Reizbarkeit (Elternrating: ES: 0,63)
- Keine Verbesserung Mood Severity Index (CDRS-R/YMRS):
  - nur bei denen, die Mehrheit der Sitzungen wahrnahmen (ES: 0,53)

- Effekt verschwindet nach Therapie



Waxmonsky et al., 2016

IPT und DMDD

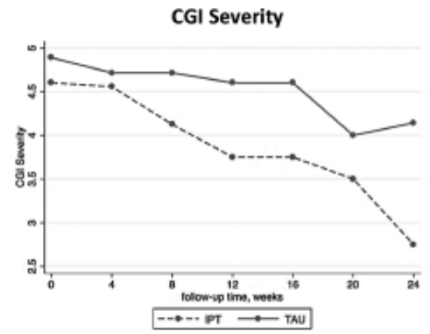
- Randomisierte Pilotstudie (n=19, 12-17a):
  - IPT (10) vs. TAU (9): 24 Wochen

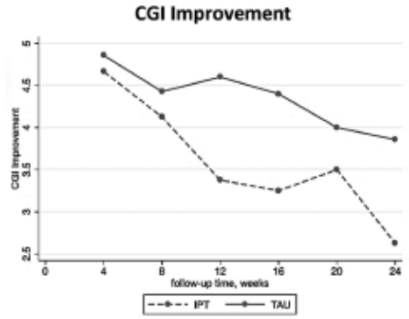
- Eltern und Kinder: IPT+mehr Focus auf Wutausbrüche und deren Management
- Eltern:
  - zu Beginn (Psychoedukation)
  - in der Mitte (Bearbeitung Eltern-Kind Beziehung)
  - Ende: Veränderungen und weiterer Bedarf

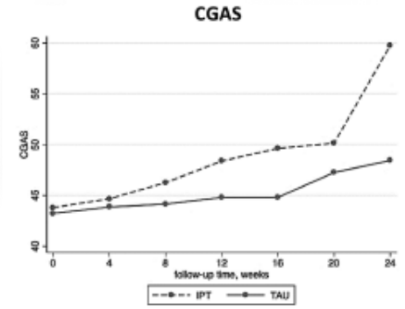
- 80% completer in der IPT Gruppe, 78% in TAU

- CGI-S (ES: 1,56) , CGI-I (ES: 1,25) und CGAS: größere Verbesserung in IPT Gruppe

- K-SADS (Ende):
  - IPT: 1/8 (12,5%) erfüllt DMDD Kriterien
  - TAU: 4/7 (57,1%) erfüllen DMDD Kriterien







Miller et al., 2018

DBT hilft auch bei DMDD

- RCT: n=43 DBT-c (21) vs. Tau (22): 7-12a: 32w, 3m FU
- Individuelle Therapie: Eltern+Kind (32w), Skills Training, Telephoncoaching
- 2 Booster Sitzungen/Monat
- Kein drop out in DBT-C
- Positiver response (CGI-I): DBT-C: 90,4%, TAU: 45,5% (p=.002)
- Remission: DBT-C: 52,4% vs. TAU: 27,3% (p=.09)
- Höheres Funktionsniveau lt. CGAS: DBT-C: 69,43 vs. TAU: 58 (p=.03)

Perepletchikova et al., 2017

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

paul.plener@meduniwien.ac.at