

KJP Cella
**PRAXIS FÜR KINDER- UND
JUGENDPSYCHIATRIE**

ADHS-Elternkurs

Durchgang 09-11/2022

Der Kurs im Überblick

- 20.09.2022
 - Kennenlernen, Einführung, Infos und Diagnostik
- 27.09.2022
 - Die multimodale Therapie
- 11.10.2022
 - Situationsanalysen und Austausch
- 01.11.2022
 - Situationsanalysen, Austausch und Abschluss

Gliederung

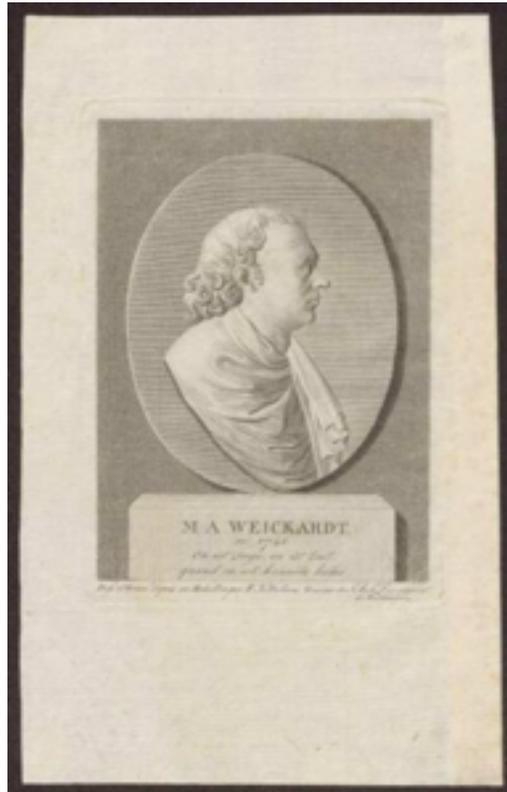
- Vorstellungsrunde
- Einführung ins Thema
- Fallbeispiele
- Diagnostik
- Diagnosekriterien und ICD-10
- Differentialdiagnosen
- Therapie

Vorstellungsrunde

Wer wir sind und was wir wissen möchten

Einführung ins Thema

Geschichte



- Die Symptomkombination von motorischer Unruhe, Verhaltensauffälligkeiten und Konzentrationsstörungen wurde 1775 erstmals von Melchior Adam Weikard beschrieben



Geschichte

- 1937 konnte erstmalig von Bradley bei Kindern mit schweren Verhaltensstörungen eine Symptomreduktion durch Amphetamine (Benzedrin) festgestellt werden.
- In den 1940ern wurde zunächst der Begriff „minimal brain damage“ (MBD) eingeführt, 1962 durch das Konzept „minimale cerebrale Dysfunktion“ (MCD) ersetzt wurde
- Im ICD-9 wurde die Symptomkonstellation unter dem Konzept Hyperkinetisches Syndrom, mit Einführung von ICD-10 unter der Kategorie Hyperkinetische Störungen definiert.

Epidemiologie

- Im Kindes- und Jugendalter liegt **Prävalenz** weltweit bei 5.3 %, wobei international keine wesentlichen Unterschiede bestehen.
- In Deutschland liegt die Häufigkeit elternberichteter Diagnosen einer ADHS nach der KiGGS-Studie des Robert-Koch-Instituts bei etwa 5 %.
- Für das Erwachsenenalter konnte in einer Metaanalyse von sechs Studien eine Prävalenz von 2.5 % festgestellt werden.

Forschungsstandpunkt

- **Genetischer Zusammenhang:**

- DRD4, DRD5 (Dopamin-Rezeptoren), SLC6A3 (Dopamin-Transporter), SNAP-25 (Membran-Protein), HTR1B (Serotonin-Rezeptor)

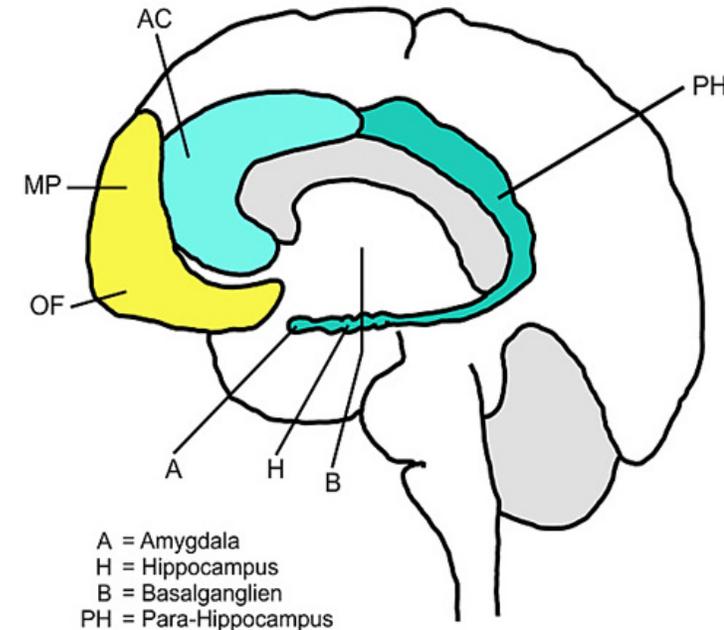
- **Hirnentwicklung**

- Risikofaktoren: Alkohol/Tabak-Konsum, geringes Geburtsgewicht, hypoxische Hirnschädigung, Epilepsie, traumatische Hirnschädigung
 - > ausführliches Elterngespräch zu Beginn der Diagnostik!

Forschungsstandpunkt

• Hirnmetabolismus

- Diskutiert werden geringerer Stoffwechsel, geringere Durchblutung, limbische Dysfunktion



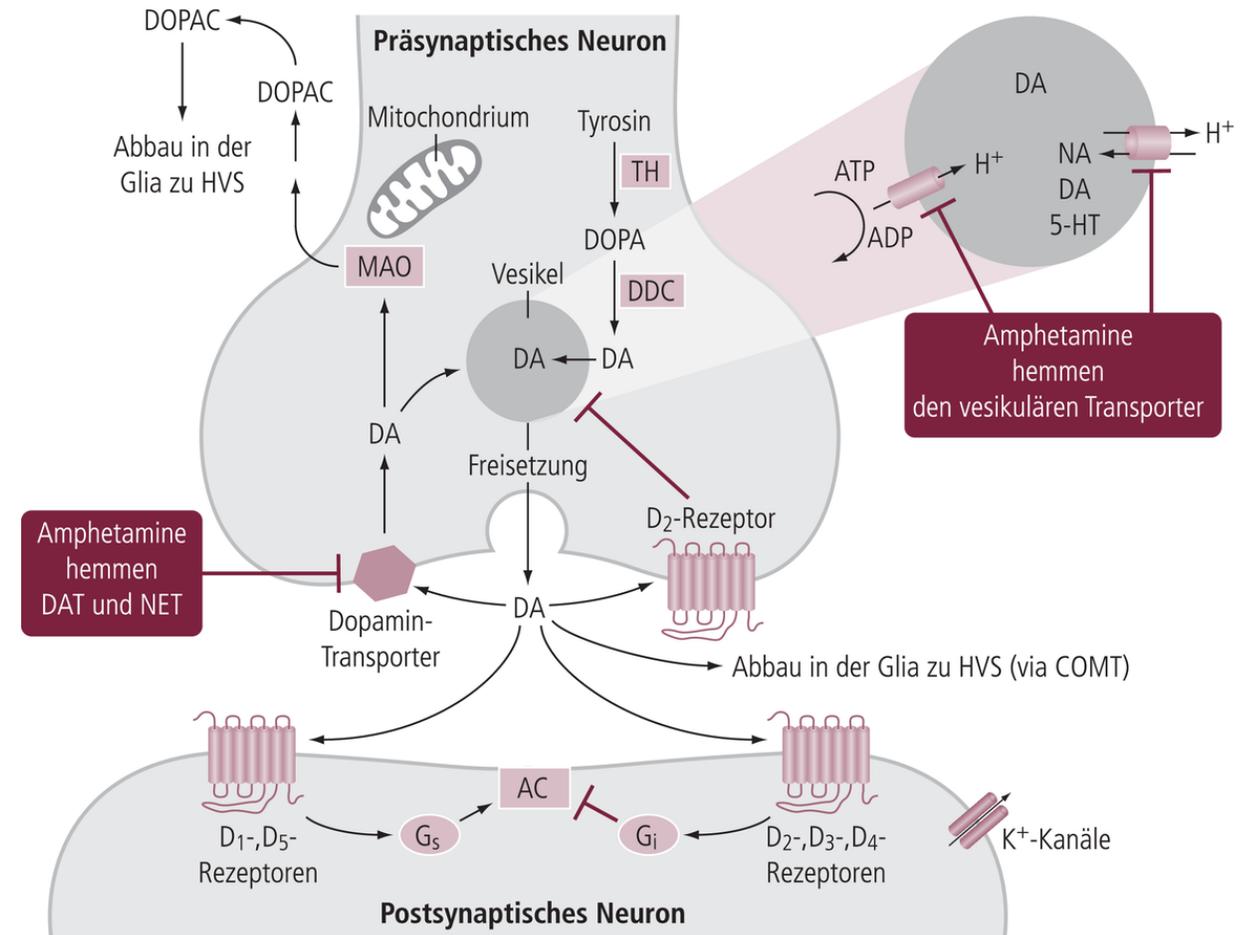
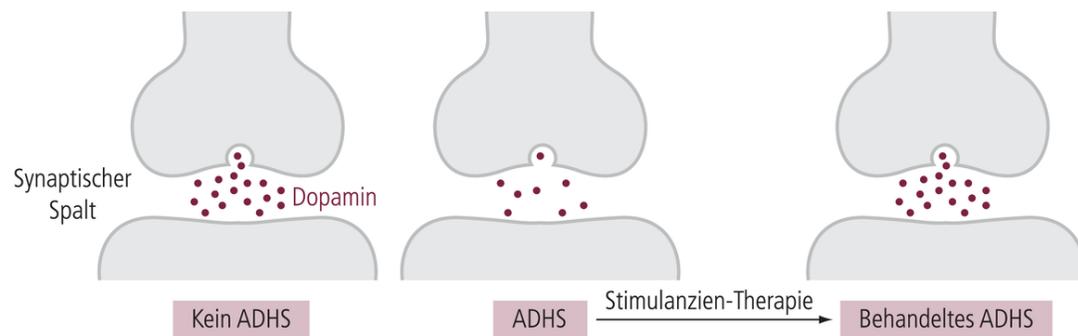
A = Amygdala
H = Hippocampus
B = Basalganglien
PH = Para-Hippocampus

AC = anteriorer cingulärer Cortex
MP = medialer präfrontaler Cortex
OF = orbitofrontaler Cortex

Forschungsstandpunkt

• Neurotransmitter

- Schwache Evidenz bzgl. Neurotransmitter-Defizit
- Dennoch: Ansprechen auf Stimulanzien!



Fallbeispiele

Fallbeispiel 1

F. (9 J.), wiederhole aktuell die 1. Grundschulklasse in einer Kleingruppe einer WG, nachdem er in der Regelgrundschule bereits zu Beginn mehrmals suspendiert wurde.

Er sei laut Lehrern impulsiv, rasch unkonzentriert und regelinkzeptant. Eine Beschulung sei nur sehr begrenzt möglich, die Eltern müssten in 3 von 4 Fällen F. früher von der Schule abholen.

Die soziale Interaktion und Integration in der gleichaltrigen Peer-Group sei erschwert, häufig würde F. nicht bei Einladungen berücksichtigt. Nach der Trennung der Eltern gebe es beim Vater zunehmend Konflikte, die Mutter sei eher gewährend. Keine Vormedikation.

Fallbeispiel 2

L. (8 J.), bekannte motorische Unruhe seit 5. LJ, Integrationsplatz, Frühförderung. Aktuell 2. Schulsuspendierung in der 3. Klasse aufgrund von Impulsdurchbrüchigkeit, Regelinkzeptanz und oppositionellem Verhalten.

Ein „ADHS“ sei durch drei ambulante Psychiater vor-diagnostiziert mit Empfehlung einer Medikation. Die allein-erziehende Mutter habe selbst ein ADHS, eine Medikation lehne sie ab. Bisherige Therapieversuche mittels Konzentrationstrainings, Neurofeedback ohne Erfolg.

L. sei zunehmend rückzügig, wenig zugänglich und werde kaum noch freudvoll erlebt.

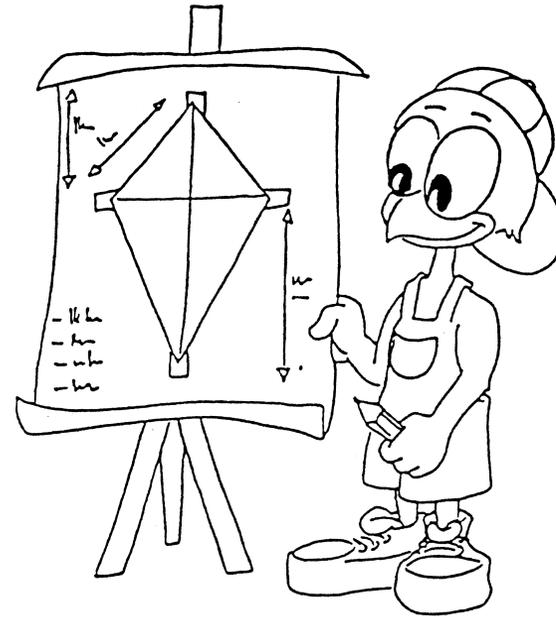


Kenne ich etwas Ähnliches?

Diagnostik

Diagnostik

- ausführliches Erfragen
- Selbst- und Fremdbeurteilung
- Verhaltensbeobachtung (ggf. auch in der Gruppe)
- Konzentrationstestung
 - TAP, RehaCom, Qb
- Conners-Bögen
- (orientierende) IQ-Testung
- Fragebögen zur emotionalen Belastung
- Ergänzende, projektive Verfahren
- Im Einzelfall erweiterte Diagnostik
 - Labordiagnostik, Sehschule, HNO-/AWVS-Diagnostik, Erfassen von FAS-Symptomen, ggfs. EEG, MRT, ...



Ich mache mir einen Plan!

Diagnosekriterien

Diagnosekriterien

- **Konzentrationsprobleme und Unaufmerksamkeit**

- schafft es oft nicht, genau auf Einzelheiten zu achten
- hat oft Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit längere Zeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten,
- scheint oft nicht zuzuhören, wenn direkt angesprochen,
- folgt Anweisungen oft nicht vollständig
- hat oft Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren
- vermeidet oft, mag nicht oder ist widerwillig bei Aufgaben, die längere geistige Anstrengung erfordern
- verliert oft Gegenstände, die für Aufgaben oder Aktivitäten nötig sind
- ist oft leicht von äußeren Reizen oder irrelevanten Gedanken abgelenkt,
- ist oft vergesslich bei täglichen Aktivitäten

Diagnosekriterien

- **Hyperaktivität und Impulsivität**

- hampelt oft mit Händen oder Füßen
- verlässt oft den Sitzplatz in Situationen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird,
- läuft oft herum oder klettert in unpassenden Situationen
- ist oft nicht in der Lage, ruhig zu spielen oder an Freizeitaktivitäten ruhig teilzunehmen,
- ist oft „auf dem Sprung“ oder handelt „wie getrieben“
- redet oft übermäßig viel
- platzt oft mit einer Antwort heraus, bevor die Frage fertig gestellt ist oder beendet die Sätze anderer
- kann nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist
- unterbricht oder stört andere häufig (z. B. platzt in Gespräche, Spiele oder andere Aktivitäten hinein)

Schweregrade

Leicht:

Es treten wenige oder keine Symptome zusätzlich zu denjenigen auf, die zur Diagnosestellung erforderlich sind, und die Symptome führen zu nicht mehr als geringfügigen Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsbereichen.

Mittel:

Die Ausprägung der Symptome und der funktionellen Beeinträchtigung liegt zwischen „leicht“ und „schwer“.

Schwer:

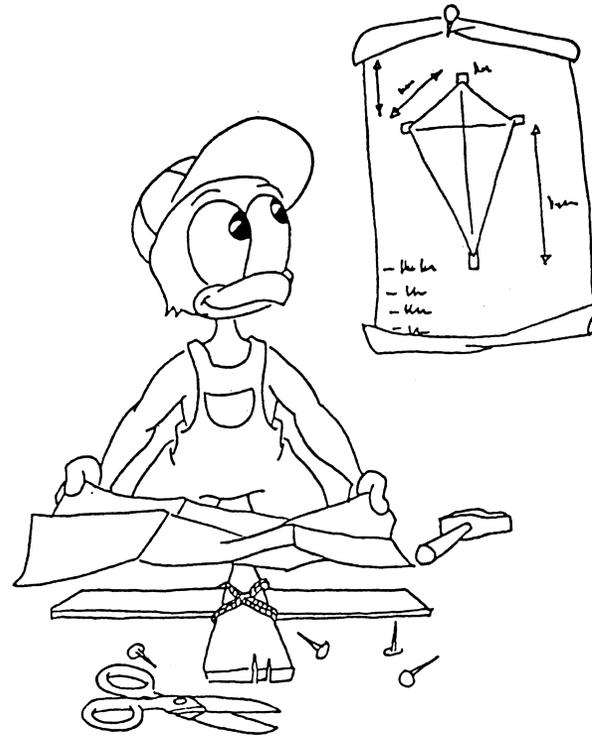
Die Anzahl der Symptome übersteigt deutlich die zur Diagnosestellung erforderliche Anzahl oder mehrere Symptome sind besonders stark ausgeprägt oder die Symptome beeinträchtigen erheblich die soziale, schulische oder berufliche Funktionsfähigkeit



Sorgfältig und bedacht!

ICD 10 - Klassifizierung

- F Psychische und Verhaltensstörungen
- F9 psychische und Verhaltensauffälligkeiten mit Beginn in der Kindheit oder Jugend
- F90 Hyperkinetische Störungen
- F90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung
- F90.1 Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens
- F90.8 Sonstige hyperkinetische Störungen
- F90.9 Hyperkinetische Störung, nicht näher bezeichnet
- F98 Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- F98.8 Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend - Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität



Halt – Stopp, überprüfen!

Differentialdiagnostik

- (kindl.) Depression
- Bipolare Störung
- Angststörung
- Zwangsstörung
- Tic-Störung
- Entwicklungs-/Lernstörungen
- Traumafolgestörungen
- Bindungsstörungen

- Teilleistungsstörungen

- Autismusspektrumsstörung
- Störung des Sozialverhaltens
- FAS-Syndrom
- Psychotische Störungen (Prodromalstadium)
- Substanzkonsumstörungen
- Schlafstörungen

Ausblick

Überblick Therapie

- **Psychoedukation**

- Aufklärung und Beratung der Eltern, des Kindes/Jugendlichen und seiner Erzieher bzw. Klassenlehrer

- **Elterntraining**

- und Hilfen in der Familie (einschließlich Familientherapie) zur Verminderung möglicher Belastungen in der Familie

- **Hilfen in Kindergarten und Schule**

- einschließlich Wechsel der Gruppe zur Verminderung möglicher Belastungen

Überblick Therapie

- **Pharmakotherapie**

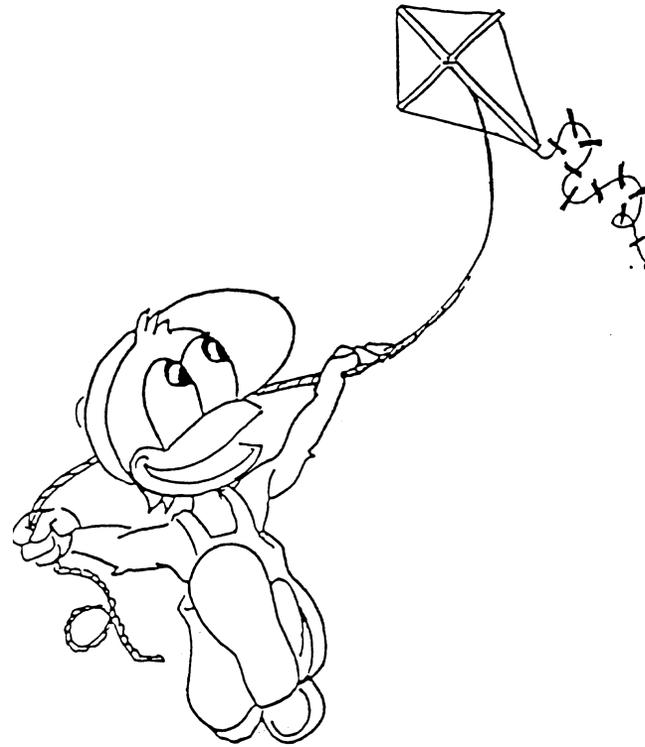
- frühestens ab moderaten Symptomen
- zur Stützung von Gehirnfunktionen mit dem Ziel einer Verminderung von Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Überaktivität

- **Kognitive Therapie**

- ab dem Schulalter
- zur Verminderung von impulsiven und unorganisierten Aufgabenlösungen (Selbstinstruktionstraining) oder zur Anleitung der Änderung des Verhaltens bei Problemen (Selbstmanagement), siehe Verhaltenstherapie

- **Lerntherapie**

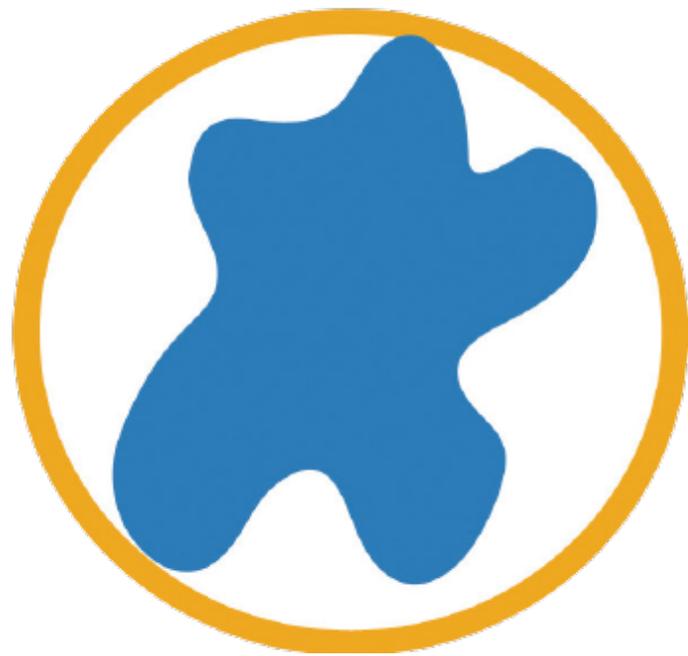
- bei einer begleitenden Teilleistungsstörung wie Legasthenie oder Dyskalkulie



Das habe ich gut gemacht!

Gibt es Fragen?

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!



KJP Cella
**PRAXIS FÜR KINDER- UND
JUGENDPSYCHIATRIE**

ADHS-Elternkurs

Durchgang 09-11/2022

Der Kurs im Überblick

- XX.XX.202X
 - Kennenlernen, Einführung, Infos und Diagnostik
- XX.XX.202X
 - Die multimodale Therapie
- XX.XX.202X
 - Situationsanalysen und Austausch
- XX.XX.202X
 - Situationsanalysen, Austausch und Abschluss

Der Kurs im Überblick

- 20.09.2022
 - Kennenlernen, Einführung, Infos und Diagnostik
- 27.09.2022
 - Die multimodale Therapie
- 11.10.2022
 - Situationsanalysen und Austausch
- 01.11.2022
 - Situationsanalysen, Austausch und Abschluss

Gliederung

- Begrüßung, Einführung in den Tag
- Wiederholung
- Thema von heute: „multimodale Therapie“

Kurze Wiederholung

Diagnostik

- ausführliches Erfragen
- Selbst- und Fremdbeurteilung
- Verhaltensbeobachtung (ggf. auch in der Gruppe)
- Konzentrationstestung
 - TAP, RehaCom, Qb
- Conners-Bögen
- (orientierende) IQ-Testung
- Fragebögen zur emotionalen Belastung
- Ergänzende, projektive Verfahren
- Im Einzelfall erweiterte Diagnostik
 - Labordiagnostik, Sehschule, HNO-/AWVS-Diagnostik, Erfassen von FAS-Symptomen, ggfs. EEG, MRT, ...

Diagnosekriterien

- **Hyperaktivität und Impulsivität**

- hampelt oft mit Händen oder Füßen
- verlässt oft den Sitzplatz in Situationen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird,
- läuft oft herum oder klettert in unpassenden Situationen
- ist oft nicht in der Lage, ruhig zu spielen oder an Freizeitaktivitäten ruhig teilzunehmen,
- ist oft „auf dem Sprung“ oder handelt „wie getrieben“
- redet oft übermäßig viel
- platzt oft mit einer Antwort heraus, bevor die Frage fertig gestellt ist oder beendet die Sätze anderer
- kann nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist
- unterbricht oder stört andere häufig (z. B. platzt in Gespräche, Spiele oder andere Aktivitäten hinein)

Diagnosekriterien

- **Konzentrationsprobleme und Unaufmerksamkeit**

- schafft es oft nicht, genau auf Einzelheiten zu achten
- hat oft Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit längere Zeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten,
- scheint oft nicht zuzuhören, wenn direkt angesprochen,
- folgt Anweisungen oft nicht vollständig
- hat oft Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren
- vermeidet oft, mag nicht oder ist widerwillig bei Aufgaben, die längere geistige Anstrengung erfordern
- verliert oft Gegenstände, die für Aufgaben oder Aktivitäten nötig sind
- ist oft leicht von äußeren Reizen oder irrelevanten Gedanken abgelenkt,
- ist oft vergesslich bei täglichen Aktivitäten

Differentialdiagnostik

- (kindl.) Depression
- Bipolare Störung
- Angststörung
- Zwangsstörung
- Tic-Störung
- Entwicklungs-/Lernstörungen
- Traumafolgestörungen
- Bindungsstörungen

- Teilleistungsstörungen

- Autismusspektrumsstörung
- Störung des Sozialverhaltens
- FAS-Syndrom
- Psychotische Störungen (Prodromalstadium)
- Substanzkonsumstörungen
- Schlafstörungen

Die multimodale Therapie

Therapieansätze

Ansätze in der Therapie

- Kind/er
- Eltern
- Umfeld
 - KiGa
 - Schule
 - Sportgruppen
 - ...

Kind/er

- Aufklärung („ich bin nicht böse“)
- Therapeutisch
 - Ergotherapie
 - Verhaltenstherapie
 - Gruppentherapie
- Training
- Einsatz von Medikamenten

Eltern

- Aufklärung (z.B. Teil 1 und 2)
- Elterntraining (vllt. Teil 3 und 4?)
- Familienberatung
- Erziehungsberatung
- Planen und Einsetzen von Jugendhilfen

Umfeld

- Austausch mit KiGa und Schule
 - Individuelle Absprachen treffen
 - Transparenz bzgl. ADHS (?)
- Soziale Gruppen mit
 - „gutem“ Betreuungsschlüssel
 - strukturierten Settings
 - selbstwertstärkendem Charakter (?)

Auswahlfaktoren

Problembereiche

- Aufmerksamkeit
- Konzentration
- Impulsivität
- Hyperaktivität
- oppositionelles Verhalten / Trotzverhalten

weitere Faktoren

- Alter
- Dringlichkeit
- Begleitsymptomatik
- Erreichbarkeit der Angebote

Auswahlfaktoren

Ziele

- langfristig
- individuell je nach den Bedürfnissen
- sollten ständig überprüft und angepasst werden

Beispiele für Ziele

- Verbesserung der Impulskontrolle
- Sozialkompetenz / Verbesserung der Situation in der Peergroup
- Konzentrations- und Aufmerksamkeitsspanne
- Zeitmanagement und Selbststrukturierung
- Stärkung des Selbstwertgefühls
- Verbesserte familiäre Situation (Eltern-Kind und/oder Geschwistersituation)
- Anleitung zur Selbstregulation
- Vorbeugung wiederkehrender Frustrationserlebnisse (und damit einhergehenden emotionalen Problemen)
- Schulleistungen / Ermöglichen einer begabungsgerechten Beschulung

Therapiebausteine

Therapiebausteine

- Regelmäßige Beratung für Eltern und Kinder, aber auch „Helfer“
- Elterntraining
- Familienberatung
- Verhaltenstherapie (Lösungsmöglichkeiten für konkretes Problemverhalten)
- Gruppeninterventionen
 - Konzentrationsgruppe
 - Soziales KompetenztrainingKo
 - Kleine Gruppen -> „Selbsthilfegruppeeffekt“
- Sport / Ergo / Psychomotorik zur Förderung von Bewegung und Wahrnehmung
- Therapien von Begleiterkrankungen (Lerntherapie, LRS Förderung, emotionale Probleme)

Elterntraining/-beratung

- Konkrete (wiederkehrende) Situationen
- Tipps und Tricks im Umgang mit der Symptomatik
- Häufig Stärkung der allgemeinen Erziehungskompetenz
 - auf Positives achten
 - Spaß- und Spiel-Zeit
 - Regeln formulieren und effektiv einsetzen
 - Loben
 - Konsequenzen setzen
- Begleitung auf dem Weg in Struktur und Verlässlichkeit
- Absprachen mit Lehrern/Erziehern fördern
- APPs -> bald Einsatz von DiGAs (?)

Verhaltenstherapie

- Einzeltherapeutisches Herangehen an Schwierigkeiten des Alltags mit ADHS
- Struktur und Planung „erlernen“
- Einsatz von Hilfsmitteln erlernen
 - APPs -> bald Einsatz von DiGAs (?)
 - Ordner (Locher!)
 - Termine direkt eintragen...
- Einsatz therapeutischer Manuale
- Erfolgserlebnisse sammeln
- Stärken fokussieren (z.B. kreatives Arbeiten und Denken)
- Aber auch Eigen- und Fremdwahrnehmung, Gefühlsarbeit, etc.

Gruppenangebote

- Häufig negative Erfahrungen gesammelt
- Zu viele andere Kinder
- Zu wenig gesteuert / strukturiert

Also:

Hier in der Praxis...

- Soziales Kompetenztraining
- Konzentrationsgruppe
- Jungen / Mädchengruppe
- Kreativprojekt (Ferien)

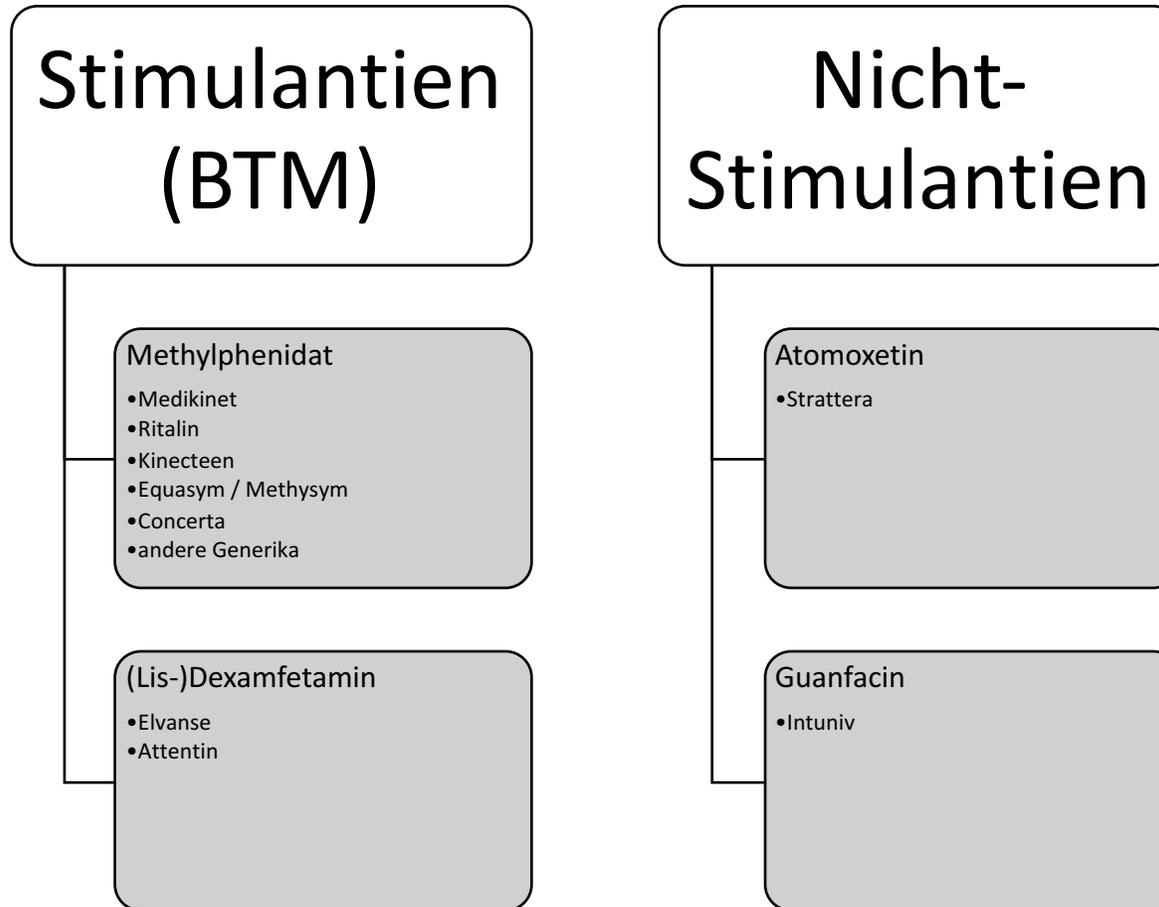
Es geht aber auch vieles woanders!

Ergotherapie

- Heilmittelkatalog:
 - Indikation bei ADHS:
 - Schädigung der globalen mentalen Funktionen
 - Psychosoziale Funktionen
 - Schädigung der spezifischen mentalen Funktionen
 - Aufmerksamkeit und Gedächtnis
 - Psychomotorik und Verhalten
 - Emotionale Funktionen, Selbstwahrnehmung
 - Dauer / Länge
 - Maximal 4 Rezepte à 10 Termine
 - Aber: Auch die Behandlung von Begleitsymptomatik ist manchmal wichtig!
(z.B. Fein- und Grobmotorik)
 - Evtl. auch im Rahmen von Gruppenangeboten

Medikamentöse Therapie

Ein Überblick



Methylphenidat

- Goldstandard
- Erhöht die Konzentration von Dopamin (und Noradrenalin) im synaptischen Spalt
 - Wirkt erregend auf den Sympathikus -> Konzentration und Aufmerksamkeit erhöhen sich
- Unterliegt dem Betäubungsmittelgesetz
 - besondere Regelungen für Rezeptierung
 - Achtung! Urlaub...
- Viele verschiedene Varianten
 - Sehr individuell titrierbar
 - Mehrere „Versuche“ möglich
- In D zugelassen ab 6 Jahren, sonst OLU

Lisdexamfetamin

- Zweitlinienpräparat
 - keine / nicht ausreichende Wirkung von MPH
- Wirkweise nicht gänzlich geklärt
 - In der Endstrecke ebenso Erhöhung von Dopamin und Noradrenalin
-> erregend auf den Sympathikus -> Konzentration und Aufmerksamkeit erhöhen sich
- Unterliegt dem Betäubungsmittelgesetz
 - besondere Regelungen für Rezeptierung
 - Achtung! Urlaub...
- Lange Wirkdauer
- längere Einnahme (volle Wirkung erst nach einigen Tagen)
- Pulver kann auch in Getränk gemischt werden
- Präparat in D: Elvanse[®]
- Kurwirksame Form = Dexamfetamin (Attentin[®])

Atomoxetin

- Wirkt als „selektiver Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer“
- kein BTM
- Präparate: Strattera[®], Generika
- Bei Unverträglichkeit oder nicht ausreichender Wirkung von MPH
- Höheres Potential für Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten (v.a. Psychopharmaka)

Guanfacin

- „Neuestes Mitglied“
- Eigentlich mal als Blutdrucksenker gedacht
- Präklinische Forschungen: Guanfacin verbessert bei Versuchstieren neben Impulskontrolle und Aufmerksamkeit auch die Leistung des Arbeitsgedächtnisses
- Genauer Mechanismus bei ADHS nicht geklärt
- z.B. bei Kindern mit hohem Blutdruck oder Einschlafproblemen
- CAVE! Kreislaufprobleme, Sedierung
- daher: abendliche Einnahme...

ABER!

Viel hilft nicht immer viel!

Gibt es Fragen?

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!