

ADHS – Welche Therapie ist die Beste - Psychotherapie kontra Medikation?



Leben mit ADHS
Symposium 10.10.2013
Sozialdienst kath. Frauen



Klaus Skrodzki
Kinder- und Jugendarzt



Mögliche Interessenkonflikte

- Stellvertretender Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e. V.
- Beisitzer im Vorstand des ADHS Deutschland e.V.
- Mitglied der Leitungsgruppe des Zentralen-ADHS-Netzes
- Mitglied ADHS-Netz-Forchheim
- Mitglied im Advisory Board von Lilly, Medice ; Novartis ; Shire
- Referent für BAEK, LAEK Bayern, BVKJ, KBV, KV-Bayern, Berufsverband der Heilpädagogen, Lilly, Medice, Novartis, Shire.
- Seminarleiter für Ärzte, Therapeuten, Erzieher, Lehrer und Eltern
- Ermächtigter Arzt für Lebenshilfe - Tagesstätte und Frühförderung
- Keine Aktien oder Anteile an pharmazeutischen Firmen

ADHS - Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung

(DSM IV 314.0 / ICD 10 F 90.0)

Kombination:

- Aufmerksamkeitsschwäche
- Impulsivität
- Hyperaktivität

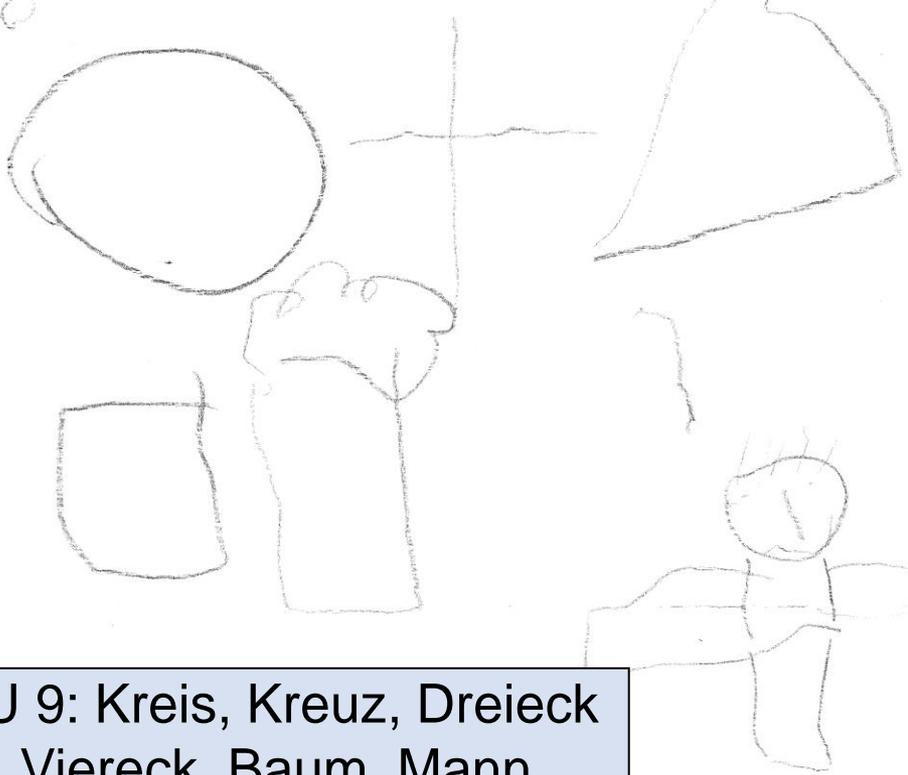
nicht dem Alters- und Entwicklungsstand entsprechend

- Auffälligkeiten vor 7. Lebensjahr
- Auftreten in mehr als einem Bezugssystem
(Elternhaus / Schule)
- länger als 6 Monate andauernd

- Häufigste Verhaltensstörung im Kindes- und Jugendalter
- Häufigkeit in Deutschland: 4 - 6%
- 500.000 Kinder und Jugendliche zwischen 6 und 18
- Vorkommen in allen Altersgruppen
- 30 - 60% der im Kindesalter Betroffenen haben als Erwachsene weiterhin bedeutsame Beschwerden

Kindergarten / Schule

- hört nicht gut zu, schaut nicht genau hin
- wenig Ausdauer, Geduld
- halten sich nicht an Regeln, ungehorsam, bockig
- flippen leicht aus, Wutanfälle, aggressiv
- ständig in Bewegung, dauernd Reden, Geräusche
- waghalsig, vermehrt Unfälle
- Schrift, Heftführung chaotisch
- Lern-Leistungsprobleme
- Lese-Rechtschreib-Schwäche, Rechenschwäche (in 20-30%)
- Freundschaften halten nicht lange
- Selbstbewusstsein niedrig



U 9: Kreis, Kreuz, Dreieck
Viereck, Baum, Mann,

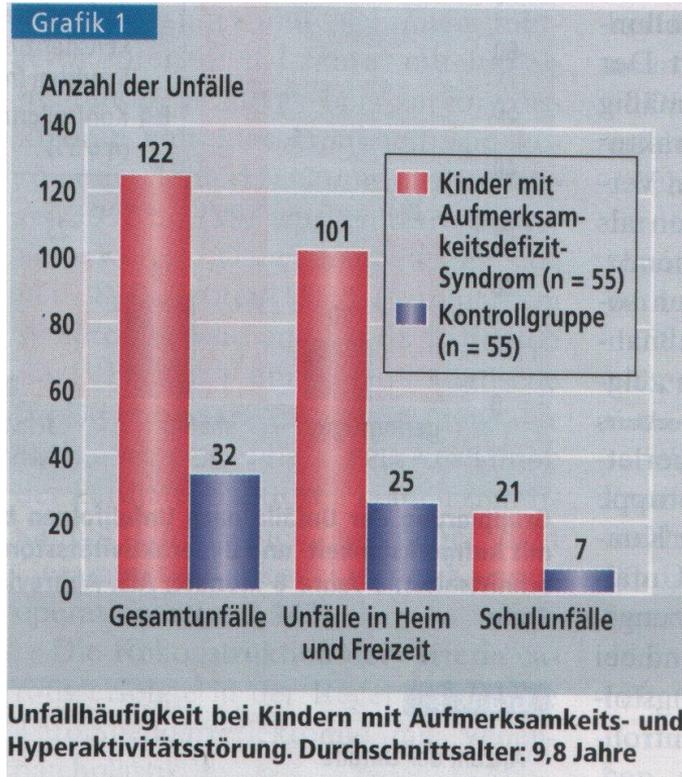
Florian 5 1/2 Jahre

gemudlich gemütlich besonders Spaß
 Tarnsaka Feinsaka Feinsaka endlich besonders
 besonders spannend spannend festig hüpfen
 befreien Gd Gedanke le Beleuchtung
 Januar s Spannung Beginn geruher
 herst

21.1. 1975
 so war Ultime billig
 Unsere Großeltern heiraten im Winter
 nicht das ganze Haus, nur nur
 im Küchenschrank Küchenschrank
 Küchenschrank Küchenschrank schurten sie
 mit Holz Kahl ein Feuer.
 Daran wand fand die ganze
 Familie wachend während des Tages bei
 die Schlafzimmer lieben kühl. Am
 Nachmittag legten die Kinder große
 Steine in die Bratpfanne des Herdes die
 wärmen s. Steinen mussten sie am Abend
 unter ^{unter} Bet die Bettdecke schieben. Später
 schlüpfen sie selbst in das gewar.
 Nest am morgen am am morgen

Florian 10 Jahre

Andere Auffälligkeiten – Unfallhäufigkeit²



²Grützmaier H: Unfallgefährdung bei ADHS; Dt Ärztebl 2001; 98: A 2195-2197 [Heft 34-35]

Der vorwiegend aufmerksamkeitsgestörte Typ („Träumer, Mädchentyp“)

- chronisch unzufrieden
- mißmutig, depressiv verstimmt
- launisch, unerwartete Wutausbrüche
- Ausdauer- und Konzentrationsmangel
- fehlendes Durchhaltevermögen
- fehlende Selbstorganisation
- ungenügende Leistung trotz Anstrengung
- chronisch vergesslich und verspätet

- Tägliche Wiederholung einer Katastrophe:
die Hausaufgaben!

Mutter:

„Nach 3 Stunden möchte ich mich jedesmal aufhängen!“

Hey Nina!

Wir finden es voll scheiße, wie du dich verhältst. Die ganze Zeit redest du rein und nerust alle Leute. Merkst du net, dass des einige (und des sind net gerade wenig) total aufregt? Um ehrlich zu sein, kotzt du uns total an. Wie du die aufspielst, des ist echt miter aller Sau, denn damit vermiest du immer das Klassenklima.

Merking

Sarah

David

unbekannt

Eva

Sisi

Snake

Carmen

Cindy

Fraha

Jugendalter

- Unaufmerksamkeit
- „Null-Bock“, Leistungsverweigerung
- Oppositionell-aggressives Verhalten
- Stark vermindertes Selbstwertgefühl
- Ängste, Depressionen
- Häufiger (Verkehrs-)Unfälle
- Kontakte zu sozialen Randgruppen
- Neigung zu Delinquenz, Alkohol, Drogen

Folgerisiken von ADHS

- schlechtere schulische und berufliche Laufbahn
- vermindertes Selbstwertgefühl
- psychosomatische Störungen
- Probleme in der sozialen Bindungsfähigkeit
- Suchttendenzen
- Selbst- und Fremdgefährdung (Unfälle, Delinquenz)

In den Familien

- Misshandlungsgefahr
- Trennungstendenzen der Eltern
- soziale Isolation
- Vernachlässigung der Geschwister durch die Eltern

Erwachsenenalter

- Schusseligkeit, Vergesslichkeit, Ablenkbarkeit
- Unbeständige soziale Bindungen
- Unbeständige berufliche Leistungen (u. a. häufige Arbeitsplatzwechsel)
- Keine Teamfähigkeit
- Ängste, Depressionen, Jähzorn
- Neigung zu Alkohol, Drogen
- Erhöhte Rate von Verkehrsunfällen und anderen Regel verletzenden Verhaltensweisen

Empfehlung: ³Barkley: ADHS Handbuch für Erwachsene H. Huber 2012

ADHS - Positive Seiten beachten – Ressourcen!

Filterschwäche	➤ Vielfalt
Impulsivität	➤ Begeisterungsfähigkeit
	➤ Hilfsbereitschaft
Sprunghaftigkeit	➤ kreativem Ideenreichtum
	➤ Kontaktfreude
Unruhe	➤ Unermüdlichkeit
Überempfindlichkeit	➤ Sensibilität
	➤ Gerechtigkeitssinn
Sozialprobleme	➤ Liebe zu Natur und Tier
Chaos	➤ interessierte Offenheit

-> Eltern darauf aufmerksam machen und mit ihnen gemeinsam die positiven Eigenschaften herausfinden

Kinder loben, besondere Fähigkeiten anerkennen!

Neurobiologischer Hintergrund

Genetisch (80%) mitbedingte zentralnervöse Störung der Hirnstruktur/
Hirnfunktion (kortikal \leftrightarrow subkortikal)

- Mangelnde neuronale Hemmung/Fokussierung
- Störung im Neurotransmitterstoffwechsel (Dopamin/Noradrenalin)

Exogene Risikofaktoren

- Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen
 - Infektionen (Hirnentzündungen)
 - Toxine (Hirnschädigung durch pränatale Alkohol- und Nikotinexposition)
 - Traumatische Hirnschädigungen
- *Allergien und Nahrungsmittelunverträglichkeiten spielen eine untergeordnete Rolle.*

Psychosoziale Faktoren

- betroffene Familienangehörige
- schwierige familiäre Verhältnisse
- soziale Strukturen sowie
- negative Reaktionen aus der Umwelt
 - **verstärken die Symptomatik**
 - **begünstigen die Entwicklung von weiteren Problemen wie:**
 - oppositionelles Verhalten
 - Aggressivität
 - Ängste
 - Depressionen

ADHS Diagnostik ist zeit- und arbeitsaufwändig

Standard nach DSM IV / ICD 10,

z. B. Leitlinie der AG-ADHS der Kinder- und Jugendärzte

- ▶ Anamnese aus verschiedenen Quellen (Eltern, Lehrer, Erzieher)
spez. Fragebögen
- ▶ Neurologische und motoskopische Untersuchung
- ▶ Ggf. psychologische Tests (Intelligenz, Ausdauer, Aufmerksamkeit)

Ohne praktischen Nutzen: Kernspin, Blutanalysen, u.ä.

- Sorgfältige Differentialdiagnostik
- Diagnostik möglicher assoziierter Störungen oder Komorbiditäten

Differentialdiagnosen / z.T. auch assoziierte Störungen

Hohes Aktivitätsniveau (noch altersentsprechend)

Vorwiegend milieubedingte Verhaltensauffälligkeiten

Minderbegabung (Lernbehinderung → schulische Überforderung)

Umschriebene Entwicklungsstörungen (Lese-, Schreib-, Rechenschwäche,
Teilleistungsstörungen von Motorik, Sprache)

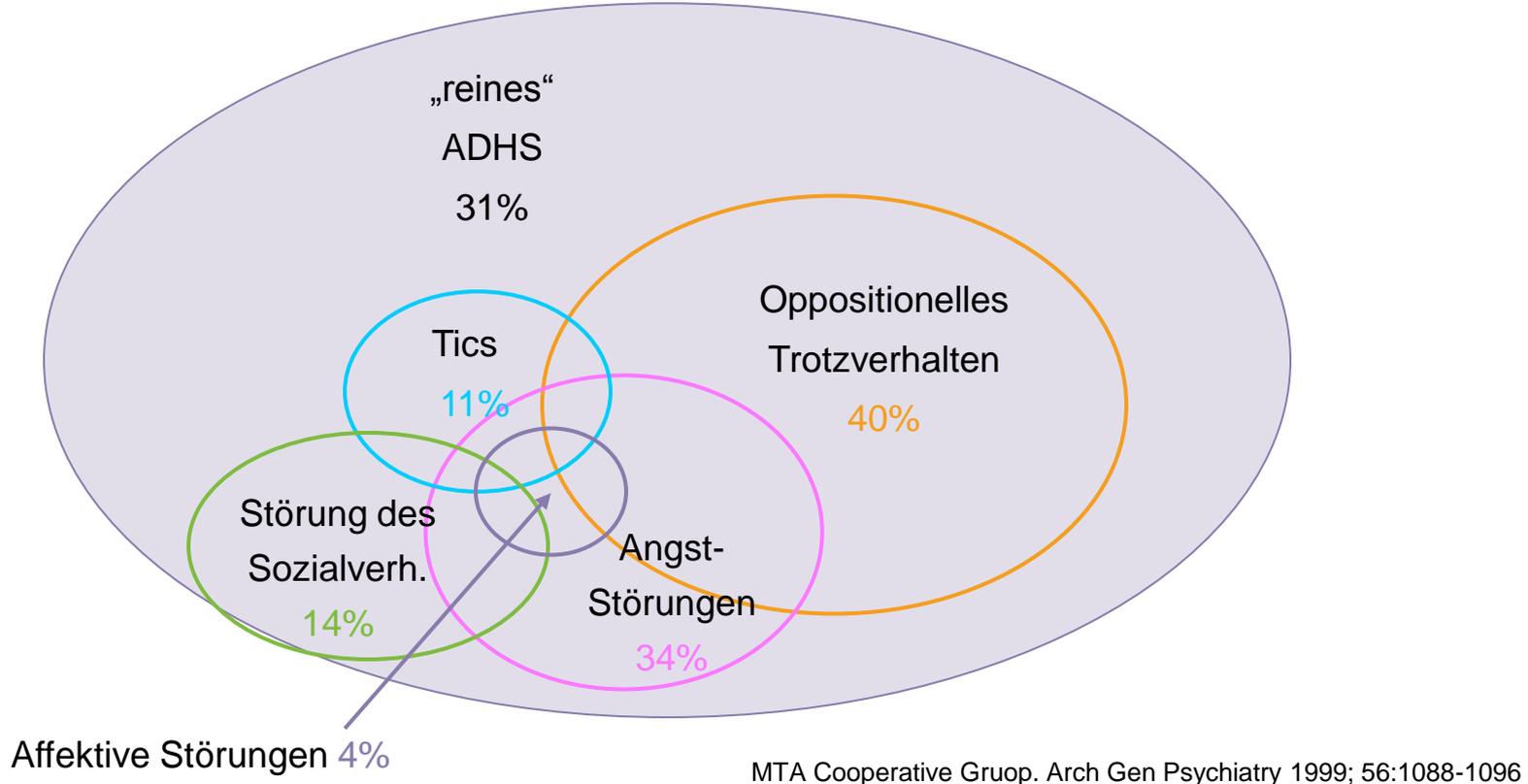
Anfallsleiden

Medikamentennebenwirkungen (z. B. einige Antikonvulsiva)

Folgen eines Schlafapnoesyndroms

Andere psychische Störungen (Depression, Angst, Tic/Tourette, Zwang) und Psychosen,
Autismus (Asperger-), Fra-X, EFAS, Schilddrüsenfehlfunktion

Komorbiditäten des ADHS



MTA Cooperative Group. Arch Gen Psychiatry 1999; 56:1088-1096

ADHS - Therapie multimodal:

Aufklärung

Beratung – Betroffener, Eltern, Erzieher = „Psychoedukation“

Elterntraining / Verhaltenstherapie

Förderung von Bewegung, Körperkontrolle, Koordination

Medikamentöse Therapie

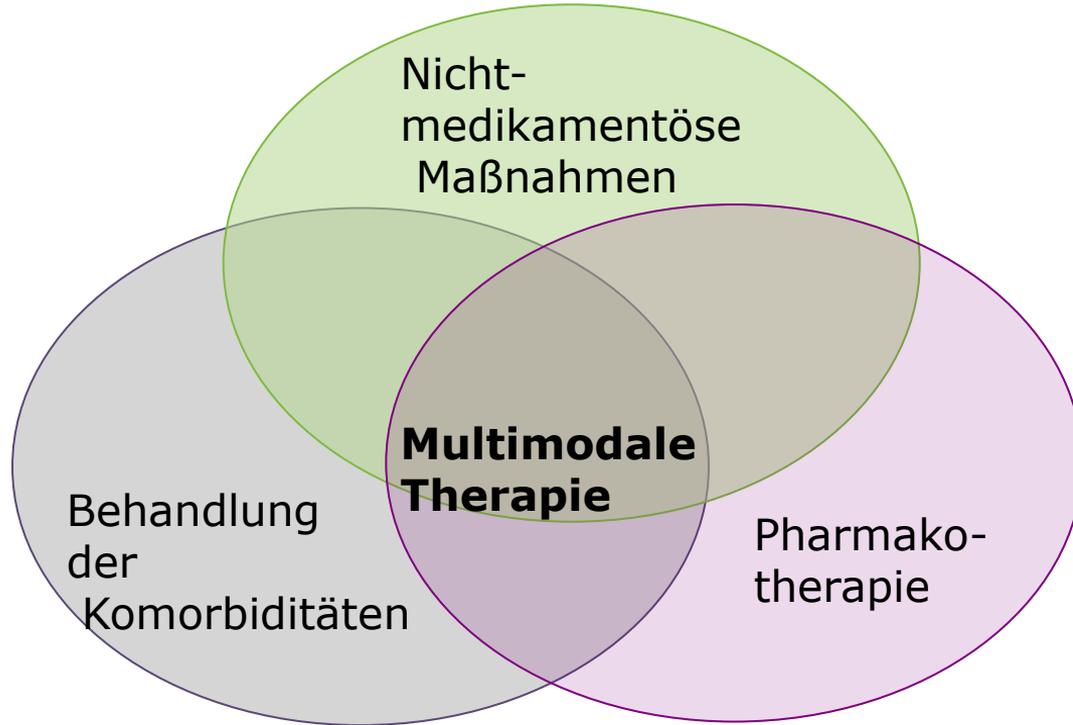
Selbsthilfegruppen

Therapie von Komorbiditäten

Zusammenarbeit mit Schule/Jugendamt/Therapeuten/Betreuern

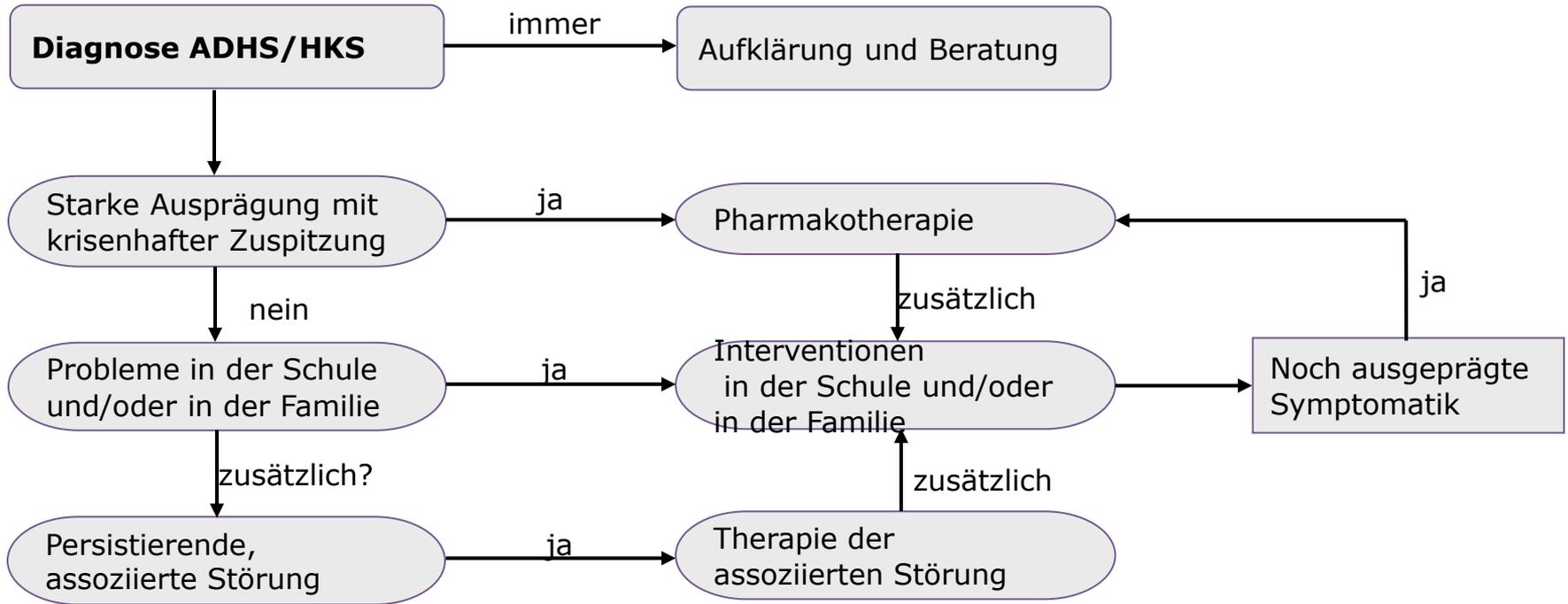
- Verringerung der Kernsymptomatik
- Altersadäquate psychosoziale Entwicklung
- Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung
- Stabiles Selbstwertgefühl
- Gewährleistung einer begabungentsprechenden Schul- und Berufsausbildung

Multimodale Therapie



Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage 2007, S. 239 – 254

ADHS - Therapie-Algorithmus



Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte (2007)

- Psychoedukation
- Elterntraining
- Interventionen in der Schule
- Verhaltenstherapie
- Behandlung von intrafamiliären Problemen

1. Stellen Sie nur Aufforderungen, wenn Sie bereit sind, sie auch durchzusetzen!
2. Sorgen Sie dafür, dass Ihr Kind aufmerksam ist, wenn Sie die Aufforderung geben!
3. Verringern Sie jegliche Ablenkung, bevor Sie eine Aufforderung geben!
4. Geben Sie immer nur eine Aufforderung!
5. Äußern Sie die Aufforderung eindeutig und nicht als Bitte!
6. Bitten Sie Ihr Kind, Ihre Aufforderung zu wiederholen!
7. Bleiben Sie in unmittelbarer Nähe Ihres Kindes, um sicher zu gehen, dass Ihr Kind der Aufforderung nachkommt!
8. Loben Sie Ihr Kind sobald es die Aufforderung befolgt!
9. Loben Sie Ihr Kind ganz besonders, wenn es eine Aufgabe erfüllt hat, ohne dass Sie es darum direkt gebeten haben!
10. Konzentrieren Sie sich zunächst auf wenige Aufforderungen und protokollieren Sie diese in Ihrem Tagebuch
11. Besprechen Sie abends zusammen mit Ihrem Kind noch einmal, welche Aufforderungen und Regeln es tagsüber befolgt hat!

Maßnahmen in der Familie

Verlässliche Strukturierung des Tagesablaufs
geregelter Zeitabfolge für Mahlzeiten, Arbeit,
Spiel-, und Freizeitaktivitäten

Regeln für Abläufe und Pflichten vereinbaren
Grenzen setzen

Belohnungen und Strafen absprechen

Positives bestärken, Negatives weniger beachten

Zuneigung spontan zeigen

Freiräume zur Erholung für Hauptbelastete in der Familie sicher stellen

Empfehlung für Freizeit: Fernsehkonsum dosieren, Sport (Judo, Reiten),
gut strukturierte Jugendgruppe

ADHS - Entlastung der Eltern

- Verständnis - Umwelt, Kindergarten, Schule, Ämter
- Hilfen im Alltag - Hort, SVE
- Freizeit ohne Kind - Partner! Familienhilfe
- Freizeitaktivitäten - z.B. Sport
- Erholung - Urlaub/Kurklinik/Reha-Einrichtung
- Gespräch - z.B. mit Selbstbetroffenen

- Selbsthilfegruppen - z.B. www.adhs-deutschland.de

- Internetseiten - <http://www.adhs.info/>
www.zentrales-adhs-netz.de
www.ag-adhs.de

Psychologische Maßnahmen

- ▶ Eltern- und Erziehungsberatung
- ▶ Verhaltenstherapie
- ▶ Trainingsprogramme z. B. : THOP - Döpfner
Optimind - Aust-Claus
- ▶ Elterntraining - Coaching (Neuhaus)
- ▶ Aufklärung der Umgebung (Kindergarten, Schule,
Erzieher, Arbeitsamt und Arbeitgeber)

Pharmakotherapie versus Verhaltenstherapie

Die MTA-Studie: Multimodal Treatment Study of Children with ADHD

Studiendesign

Studie

Plazebo-kontrollierte, randomisierte,
doppelblinde, multizentrische Studie

Patienten : 579 Kinder mit ADHS (DSM-IV: kombinierter Typ);

Alter: 7-9 Jahre; 20% Mädchen

Behandlungsdauer 14 Monate

Die MTA-Studie: Multimodal Treatment Study of Children with ADHD

- Arme: 1. **Medikamente** sorgfältige Titrierung!
mit Beratung:
1x/Monat 0,5 h + Selbsthilfemanuale
2. **Verhaltenstherapie**
Elterntraining (27x Gruppe, 8x Einzel)
Instruktion Schule (10-16x Beratung Lehrer, 60 Tage
Unterstützung im Unterricht)
Ferienprogramm (8 Wochen, Kompetenztraining)
3. **Kombination von 1. und 2.**
4. **„Community Care“ – CC** = lokal übliche Therapie
Medikamente, Aufklärung, Zusatztherapien fakultativ

Die MTA-Studie: Fazit

Alle Behandlungsbedingungen waren wirkungsvoll, aber

Kombination aus Verhaltenstherapie + Medikationsmanagement

wirksamer
als

Verhaltenstherapie

oder

Medikationsmanagement

Swanson JM et al. Clinical relevance of the primary findings of the MTA: success rates based on severity of ADHD and ODD symptoms at the end of treatment. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2001;40(2):168-79

Förderung von Bewegung und Wahrnehmung

durch:

- ★ Ergotherapie oder – oft besser –
- ★ Psychomotorik

*„Bewegungsorientierte soziale
Gruppentherapie“¹⁵*

- ⇒ bessere Körperkoordination, Eigenwahrnehmung
- ⇒ bessere Erkennung von Mimik, Gestik, Körpersprache
- ⇒ soziale Gruppenkontakte

¹⁵Streng, T: Bewegungsförderung bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS.

In: Mertens, K.: Psychomotorik - Grundlagen und Wege der Förderung. Dortmund: Verlag modernes lernen.

- Computergestützte Rückmeldung von EEG-Signalen
(visuell/akustisch) an den Patienten → Bewusstwerdung und
willentliche Einflussnahme auf körperinnere Funktionen →
verbesserte Selbstregulationsfähigkeit
- Grundlage: Desorganisierte Regulation bei ADHS-Patienten
 - Durchführung: 2-3mal wöchentlich 45-minütige EEG-Biofeedback-Sitzungen über 10-12 Wochen
(evtl. Auffrischungssitzungen)

Neurofeedback II

- Verbesserung der Kernsymptome Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität
- Bisher nur Studien mit kleinen Fallzahlen, keine Doppelblindstudien → Plazeboeffekte und unspezifische Wirkfaktoren möglich
- Frage der Übertragbarkeit in den Alltag
- hoher Zeit- und Kostenaufwand

Neurofeedback ist ein wirksames, heute anerkanntes, aber vorläufig experimentelles Behandlungsverfahren

→ Keine Leistungspflicht der Krankenkassen

Indikation zur medikamentösen Behandlung

Kriterien für eine ADHS erfüllt (DSM IV / ICD 10)

Erheblicher Leidensdruck für Kind/Jugendlichen und Eltern

deutliche Beeinträchtigung psycho-sozial und in der Leistung

Gefahr für die weitere Entwicklung

keine Gruppeneingliederung möglich

hohes Risiko emotionaler und körperlicher Mißhandlung

Erfolglose Fördertherapie* über angemessene Zeit

*z. B. Frühförderung, Logopädie, Ergotherapie, Psychomotorik, Elterntraining, Erziehungsberatung, Psychotherapie

Medikamente zur Behandlung einer ADHS

1. Wahl: Stimulantien:

Methylphenidat unretardiert:

Ritalin® (Novartis), Medikinet® (Medice),
andere Methylphenidat-Generica

MPH- Langzeitpräparate:

Medikinet retard®/Medikinet adult® (5, 10, 20, 30, 40mg)

Equasym retard® (10, 20, 30mg)

Ritalin LA® (10, 20, 30, 40mg)

Concerta® (18, 27, 36, 54mg)

in Deutschland nicht zugelassen:

Daytrana (Hauptplaster mit gepulster Wirkstoffabgabe)

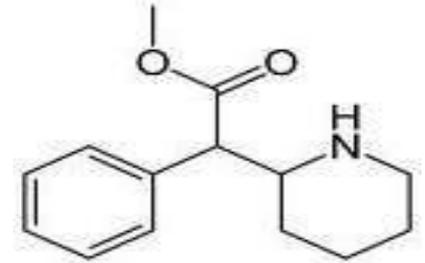
2. Wahl: Atomoxetin: Strattera® (10, 18, 25, 40, 60, 80mg)

Lisdexamfetamin: Elvanse ® (30, 50, 70mg)

3. Wahl: Dexamfetamin: Attentin® (5mg)

Methylphenidat

- 1944 erstmals von Leandro Panizzon synthetisiert
- Nachweis von leistungssteigernder Wirkung (Selbstversuch)
- Seit 1954 auch auf dem deutschen Markt (Ritalin®)
- Seit 1971 dem Betäubungsmittelgesetz unterstellt
- Seit 2006 Einschränkung des Anwendungsgebiet: Behandlung von ADHS (nach ICD-10 oder DSM-IV) bei Kindern und Jugendlichen über 6 Jahren



Verbesserungen von:

Aufmerksamkeit, Selbststeuerung, Ausdauer, Konzentration und Motivation

Zuhören und sinnvolles Umsetzen des Gehörten, mehr Einsicht

Verständnis für Logik/Zusammenhänge und Ermahnungen

Automatisierte Handlungsabläufe (Handlungssequenzen, Handlungsplanung, -durchführung)

Zeitliche Organisation

Einstellung

Generell:

stets individuelle Einstellung nach Wirkung

(unretardierte Präparate!)

langsam, wochenweise steigernd

durchschnittliche Dosis (0,5 - 1mg/Kg KG, selten höher als 1mg/kg KG

[„individuelle, adaptive Therapie“]

Rücksprache mit den Eltern wöchentlich!

Wichtig für die Führung / Compliance / Sicherheit

Rückfragen beim Lehrer alle 14 Tage; primär ohne dessen vorherige Information

Bei größeren Schulkindern oft 3 – 4 x Gabe nötig.

Daher Überlegung ob und wann Umstellung auf ein Retard Präparat nötig und sinnvoll

Atomoxetin (Strattera®) – (second line)

Indikation:

Mangelnde Wirksamkeit von Methylphenidat (MPH-Nonresponder sprechen zu 40% auf Atomoxetin an)

Unverträglichkeit von Methylphenidat

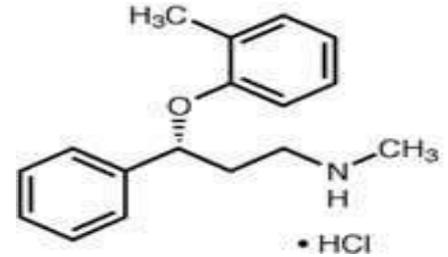
First-line bei Tic-Komorbidity oder hoher Missbrauchsgefahr von Stimulantien

Kontraindikation:

Überempfindlichkeit

Therapie mit einem MAO-Hemmer (mindestens 2 Wo Abstand)

Engwinkelglaukom



Lisdexamfetamindimesilat - Elvanse® (second line)

Elvanse® ist eine Prodrug von Dexamfetamin (30, 50, 70mg)

Die Substanz wird erst im Blut (Erythrocyten) in die aktive Form umgewandelt

- Kaum Mißbrauchsmöglichkeit
- Wirkung langsam beginnend und endend
- Wirkung 10-12h
- Zulassung seit 1. Juli 2013
- Nebenwirkungsspektrum wie MPH

Amfetamin - Attentin® (third line)

Attentin® ersetzt unsichere Individualrezepturen

z.B.: D-Amfetaminsaft (Rezeptur nach Eichseder 1974)

Dexamfetaminsulfat	0,2 g
Acid. Citricum	0,2 g
Acid. Benzoicum	0,1 ml
Sirupus rubi	2,0 ml
Aqua dest. Ad	100 ml



- Attentin® (Medice): Einziges Amfetamin-Fertigarzneipräparat in Deutschland (Zulassung Dez. 2011)

Dexamfetaminsulfat (teilbare Tabletten) a` 5mg

Vergleich der Nebenwirkungen

Atomoxetin

Methylphenidat/Amfetamin

Appetitmangel/Gewichtsreduktion

Kardiovaskuläre Störungen

Kopfschmerz, Bauchschmerz, Schwindel

Leberwerterhöhungen

Suizidale Äußerungen

Müdigkeit

Verstärkte Unruhe bei Wirkende

Auslösung/Verschlechterung von Tics

Einschlafstörungen

Amfetamin – möglicherweise höheres Mißbrauchs- und Suchtpotential!

Nötig bei

- Unerwünschten Arzneimittelwirkungen
- Unzureichender Wirksamkeit
- Unzureichender Wirksamkeit infolge neuer Anforderungen
- Geringfügig und mit ausreichend langer Beobachtungszeit
- Immer in Absprache mit dem Arzt
- Definierte individuelle Therapie-Korridore sind möglich
- Symptome der Überdosierung beachten

so wenig wie möglich, so viel wie nötig

Empfehlungen der AG ADHS

- Genaue Eigen- und Familienanamnese (insbes. Herz- Kreislauferkrankungen, Herztod)
- Sorgfältige körperliche Untersuchung
- Regelmäßige Kontrollen (1/2-jährlich): Größe, Gewicht, Blutdruck, Puls (grafisch auftragen)
- Bei Unklarheit: mind. EKG – bzw. besser kinder-kardiologische Abklärung

Einfluss auf Wachstum und Gewicht

- MTA-Langzeitstudie (Swanson et al. 2007)
- Latente Verzögerung des Wachstums
- Kinder mit Methylphenidat-Therapie erreichen normale Endgrößen
- Überwachung von Körpergröße und Gewicht alle 6 Monate
- Engmaschige Überwachung von Kindern im unteren Normbereich

Swanson JM et al. Effects of stimulant medication on growth rates across 3 years in the MTA follow-up. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007;46(8):1015-27

- Primär mit ADHS oder mit Komorbiditäten assoziiert und nicht mit Medikation
- In der Regel hartnäckig und schwer behandelbar
- Verbesserung der Schlafhygiene (Schlafstagebücher)
- Evt. 5 mg Methylphenidat am Abend (Rebound-Effekt)

ADHS-Therapie bei oppositionellem Verhalten

THOP: Therapieprogramm für Kinder mit Hyperkinetischem und Oppositionellem Problemverhalten (Döpfner et al.)

- Problemdefinition und Behandlungsplanung
- Förderung positiver Eltern-Kind-Interaktionen und Eltern-Kind-Beziehungen
- Interventionen bei spezifischen Verhaltensproblemen

Trainingsprogramm (Lauth und Schlottke)

- Basistraining (für 6-10-Jährige)
- Strategietraining (für 8-12-Jährige)
- Training für soziale Kompetenzen



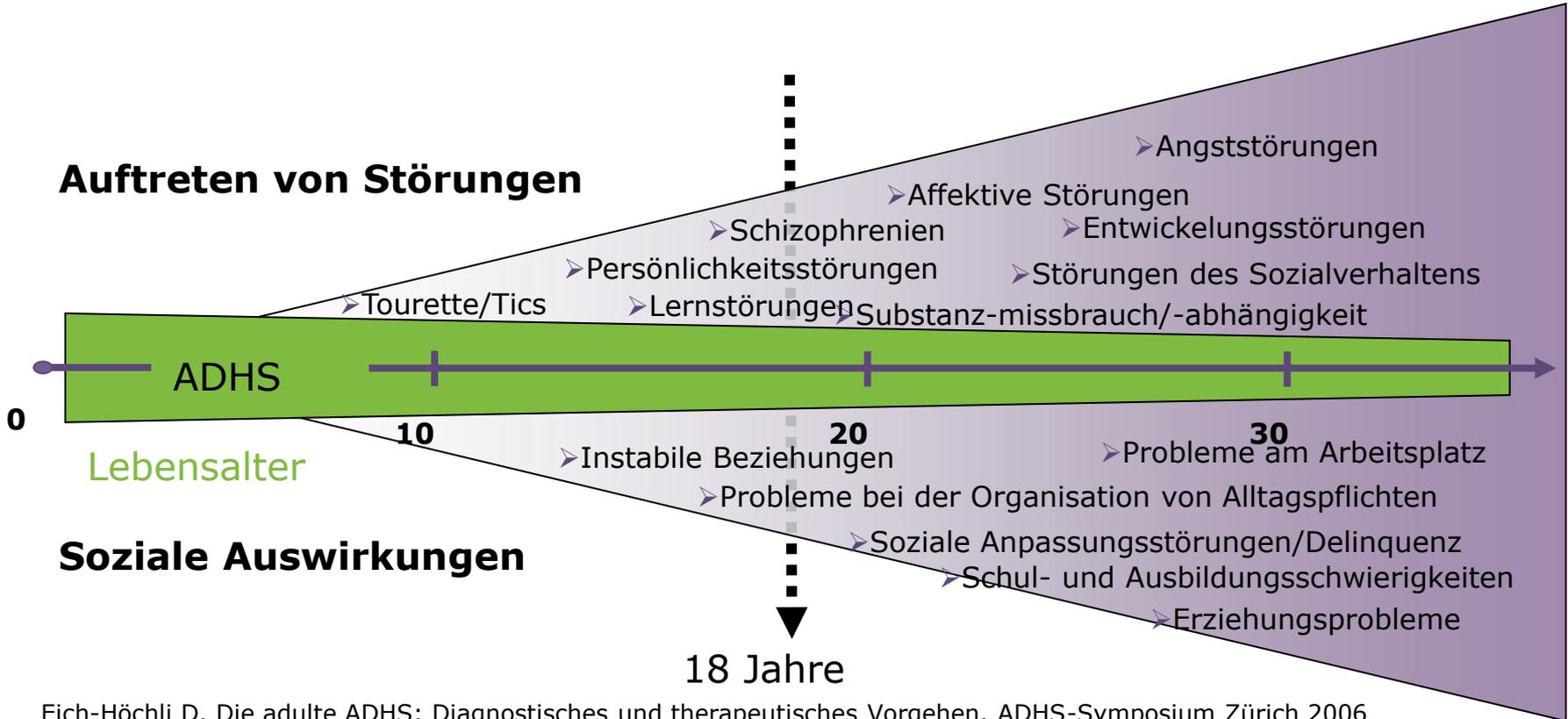
Döpfner M et al. Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP). 3. Aufl. Beltz 2002

Lauth GW, Schlottke PF. Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern. 6. Aufl. Beltz 2009

Therapieverlauf - Beurteilung des Therapieerfolgs

- Leitsymptome
- Leistungen und Verhalten in der Schule
- Emotionale Entwicklung
- Beziehungen zu Gleichaltrigen
- Freizeitaktivitäten
- Familiäre Interaktionen und familiäre Beziehungen

ADHS bei Erwachsenen - Symptomwandel



ADHS bei Erwachsenen - Indikationen für eine Therapie

- Drohender Verlust des Arbeitsplatzes
- Angst, wegen innerer Unruhe verrückt zu werden
- Tiefe Depression, extreme Antriebslosigkeit
- Ständig gespannte Ärgerlichkeit, die zu gesellschaftlicher Isolation führt
- Dauerhafte motorische Unruhe
- Übermäßiger Alkohol-, Nikotin-, Cannabiskonsum, und/oder Kokainkonsum
- Verlust der Fähigkeit, das Alltagsleben zu organisieren
- Das Gefühl, allen Geräuschen ausgeliefert zu sein
- Extreme Sensationslust, die zur Selbstgefährdung führt
- Permanente Angst, keinen Durchblick mehr zu haben oder unter Abbruch der Konzentration zu leiden

Zusammenfassung

- 60% der Kinder mit ADHS haben auch als Erwachsene ADHS
- Prävalenz von ADHS bei Erwachsenen 2-4%
- ADHS hat Folgen auf Beruf, Familie, Gesundheitswesen und Gesellschaft
- Diagnose mittels standardisierten Skalen: HASE
- Methylphenidat ist Mittel der ersten Wahl
- In Deutschland zugelassene Präparate zur Behandlung von ADHS bei Erwachsenen sind Medikinet® adult (MPH) und Strattera® (Atomoxetin)

Behandlung und Betreuung im Verlauf

Sorgfältige medikamentöse Einstellung in engmaschiger Rücksprache

Regelmäßige Kontrollen und Überprüfung von:

Größe, Gewicht, RR, Puls

Medikamenten Einnahme/Wirkung

Psychoedukative Maßnahmen

soziale Eingliederung (Freunde, Schule, Vereine)

Psychische Befindlichkeit der Eltern/Geschwister

Dokumentation von behandlungsfreien Zeiten



Bei „Nichterreichen der Therapieziele“, ausgeprägten Komorbiditäten: Kooperation mit Kinder- und Jugendpsychiater, Klinik(ambulanz) u.a. ¹⁷

¹⁷Vertrag zur qualitätsgesicherten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS gemäß § 73c SGB V 9.2.2009

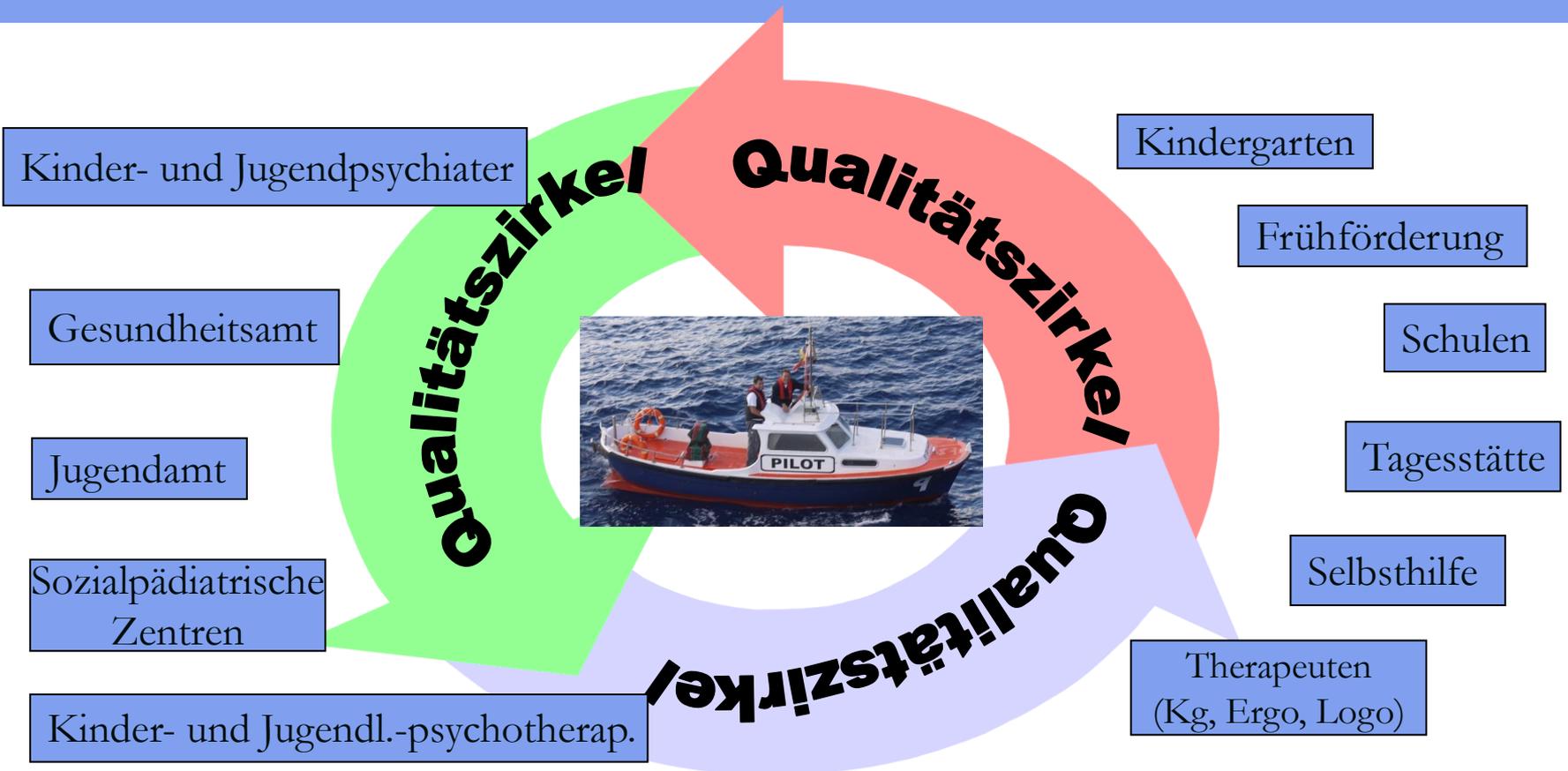
ADHS DEUTSCHLAND e.V.

Selbsthilfe für Menschen mit ADHS

Bundesgeschäftsstelle: ADHS Deutschland e.V.
Poschingerstr. 16; 12157 Berlin
Tel. 030 85 60 59 ; Fax 030 85 60 59 70
e-mail: info@adhs-deutschland.de
Internet: www.adhs-deutschland.de



Regionale, wohnortnahe Netzwerke



Anschluss an größere Netze - Zentrales ADHS Netz (regionale Netze)

Psychotherapie kontra Medikation?

Nein!

Optimale multimodale Therapie in Zusammenarbeit aller Fachgruppen mit den Eltern ist die

Grundlage für eine bessere Entwicklung!



Vielen Dank für Ihr Interesse!

