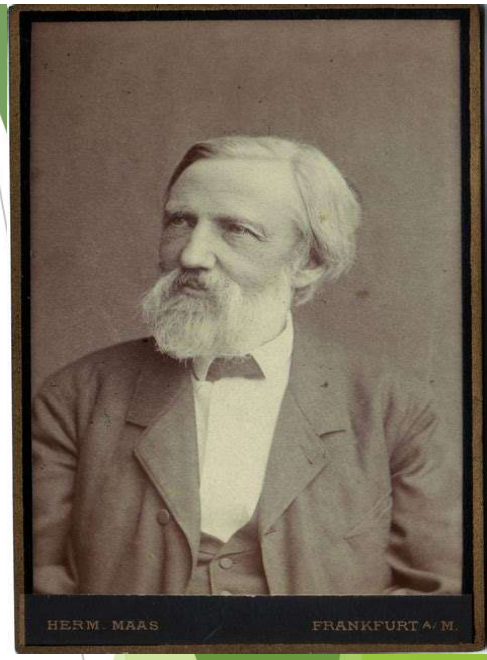
Der Zappelphilipp und seine Welt - ADHS im Kindes- und Jugendalter

https://www.adhspedia/wiki/Geschichte_der_ADHS



Tilman Darougar
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Diakonie-Klinik Mosbach

AWMF Leitlinien-Register | AWMF-Webseite ↗ | Interessenerklärung ↗

AWMF online
Portal der wissenschaftlichen Medizin

ANMELDUNG | LEITLINIE

S3-Leitlinie ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen

Version:	1.0
Stand:	02.05.2017
Gültig bis:	01.05.2022 (in Überarbeitung)
Aktueller Hinweis:	Seit > 5 Jahren nicht aktualisiert, Leitlinie wird zur Zeit überarbeitet; 10.12.2020: englische Version der Langfasssung eingestellt

Verfügbare Dokumente:

Langfassung der Leitlinie ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen	Download
Kurzfassung	Download
Leitlinienreport	Download
Kurzinformation "ADHS – einfach nur viel Energie oder schon hyperaktiv?"	weiterlesen
englische Langversion der Leitlinie "Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in children, adolescents and adults""	weiterlesen

Potentielle Interessenskonflikte

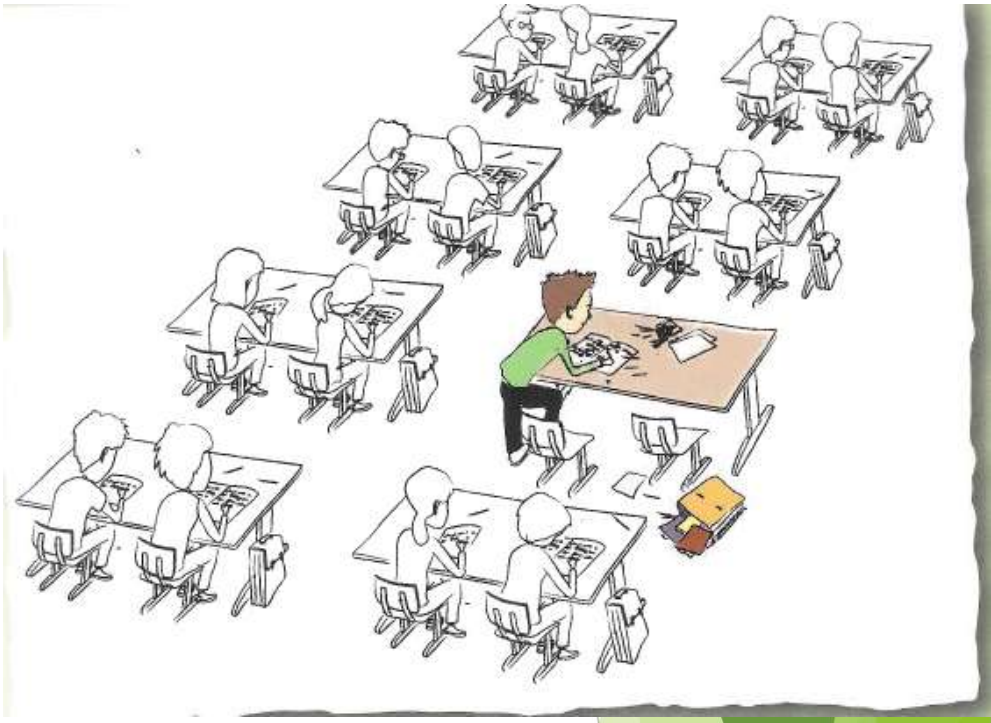
keine

Auf einen Blick

- ADHS ist eine **häufig**e seelische Erkrankung. Sie bleibt **meist lebenslang** und kann sehr belasten.
- Die Krankheit kann unterschiedliche Anzeichen haben: **Unaufmerksamkeit, übermäßige Aktivität und Impulsivität**. Bei ADHS überschreiten diese ein normales Maß.
- Die **Behandlung** umfasst Verfahren für Betroffene, Eltern sowie Erziehungs- und Lehrkräfte. Dazu gehören: Beratung und Aufklärung, Training, Psychotherapie und Medikamente.
- **Gemeinsam** mit Ihrem Arzt oder Psychotherapeuten entscheiden Sie, welche Behandlung für Ihr Kind oder Sie selbst am besten geeignet ist

Relevanz

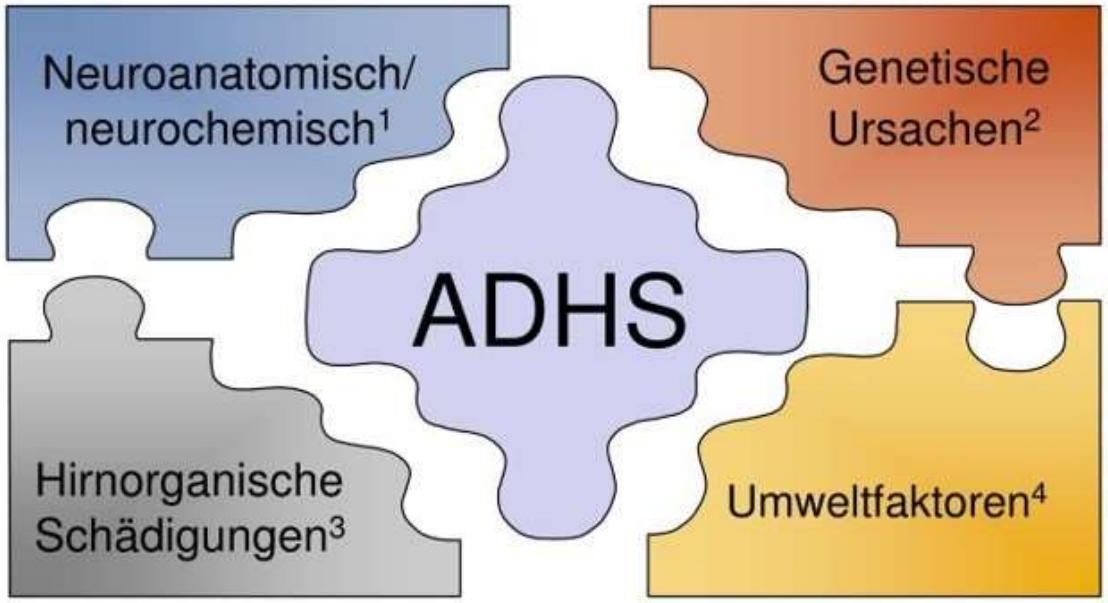
- ADHS ist eine häufige Störung: 3-6%
- ADHS ist eine chronische Störung
- 30-60% Persistenz frühes Erwachsenenalter
- Assoziierte Störungen sind der Regelfall
- Ca. 65-80 % mind. 1 assoziierte Störung
- > 50 % mindestens 2 assoziierte Störungen
- ADHS führt oft zu psychosozialen Beeinträchtigungen



Tischatlas Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperktivitätsstörung
Klaus Skrodzki
Klaus-Peter Grosse
Thieme 2008

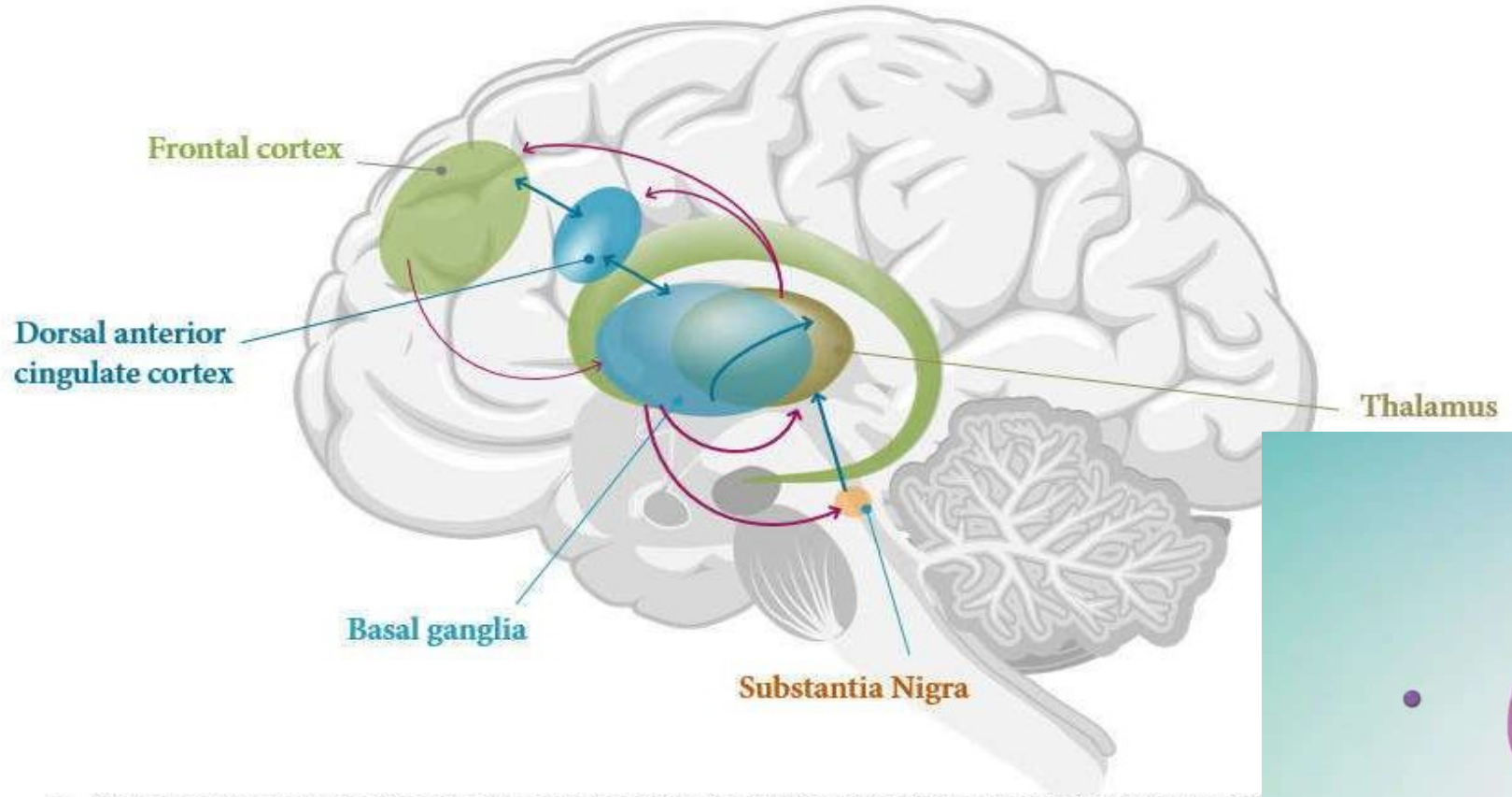
Wo kommt es her?

- ADHS ist multifaktoriell bedingt !

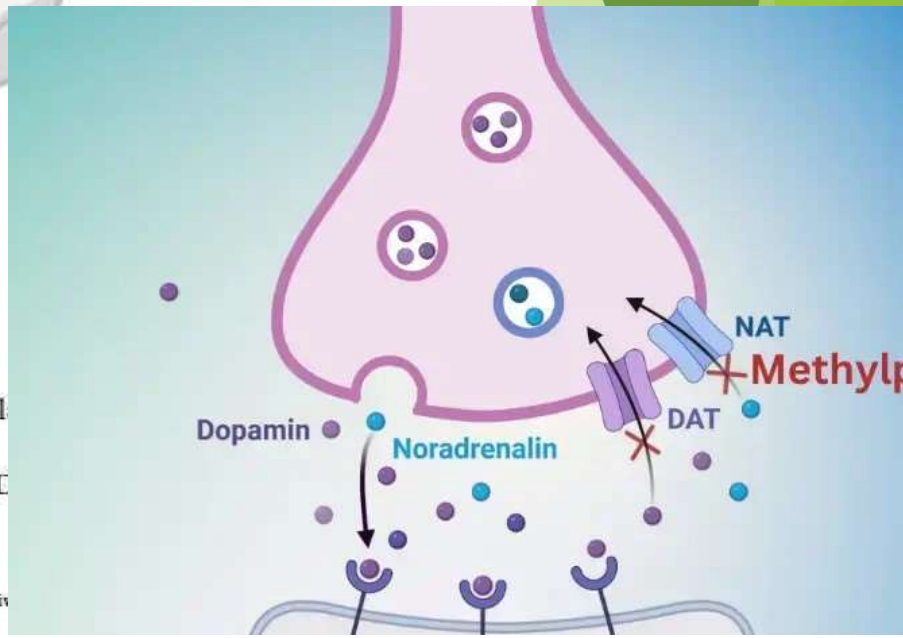


1. Swanson et al. Curr Opin Neurobiol. 1998; 8:263-271 .
2. Hauser et al. N Engl J Med. 1993; 328:997-1001.
Cook et al. Am J Hum Genet. 1995; 56:993-998.
3. Milberger et al. Biol Psychiatry 1997; 41:65-75.
4. Biederman et al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995; 34:1495-1502.

Executive control network



- The executive control network co-ordinates a set of cognitive skills that are responsible for the pl
  sequencing, and monitoring of complex goal-directed behaviour
- The executive control network shows underactivation and reduced functional connectivity in AD

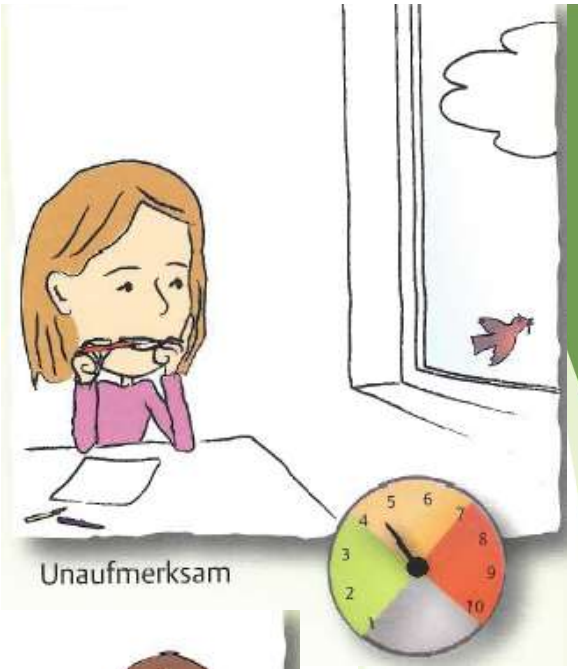


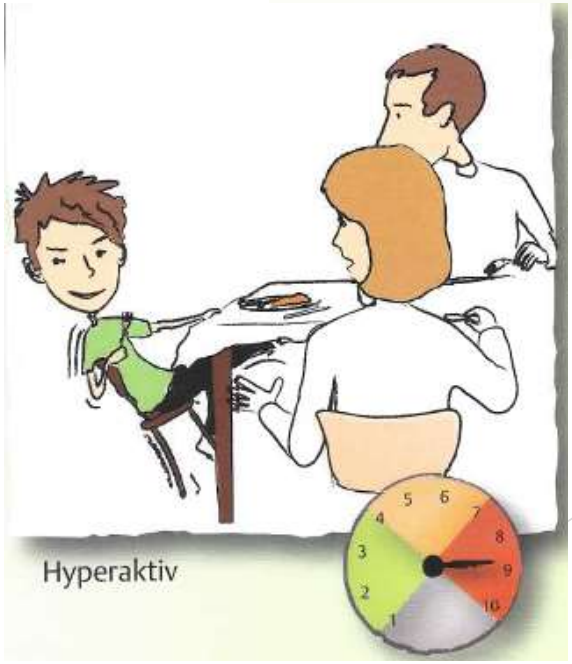
Faraone, S. V., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J. K., Ramos-Quiroga, J. A., & Franke, B. (2015). Attention-deficit/hyperactiv

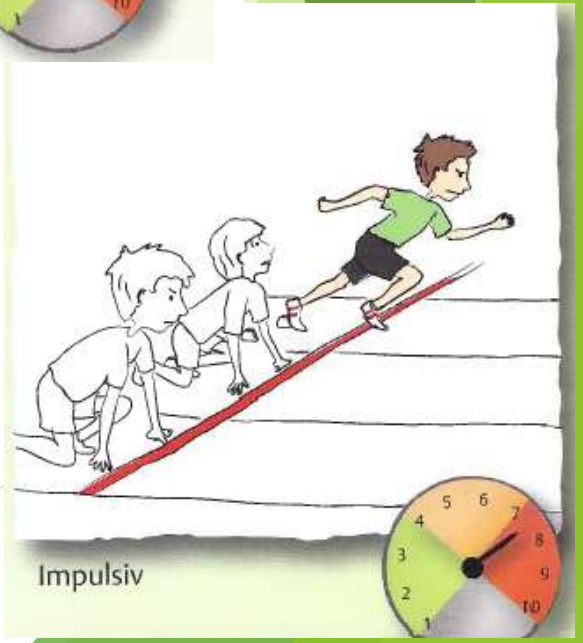
Was ist mit ADHS gemeint?

3 Hauptkennzeichen:

- Unaufmerksamkeit
- Motorische Hyperaktivität
- Mangelnde Impulskontrolle







Tischatlas
Aufmerksamkeitsdefizit-
/Hyperktivitätsstörung
Klaus Skrodzki
Klaus-Peter Grosse
Thieme 2008

Was noch?

- Beginn in Kindheit
- Nicht Alter, Intelligenz entsprechend (SEO)
- Dauer (mindestens 6 Monate)
- Beeinträchtigungen in mind. 2 Lebensbereichen
- Nicht durch eine andere psychische Störung erklärbar

Hyperkinetische Störungen (HKS) ICD-10

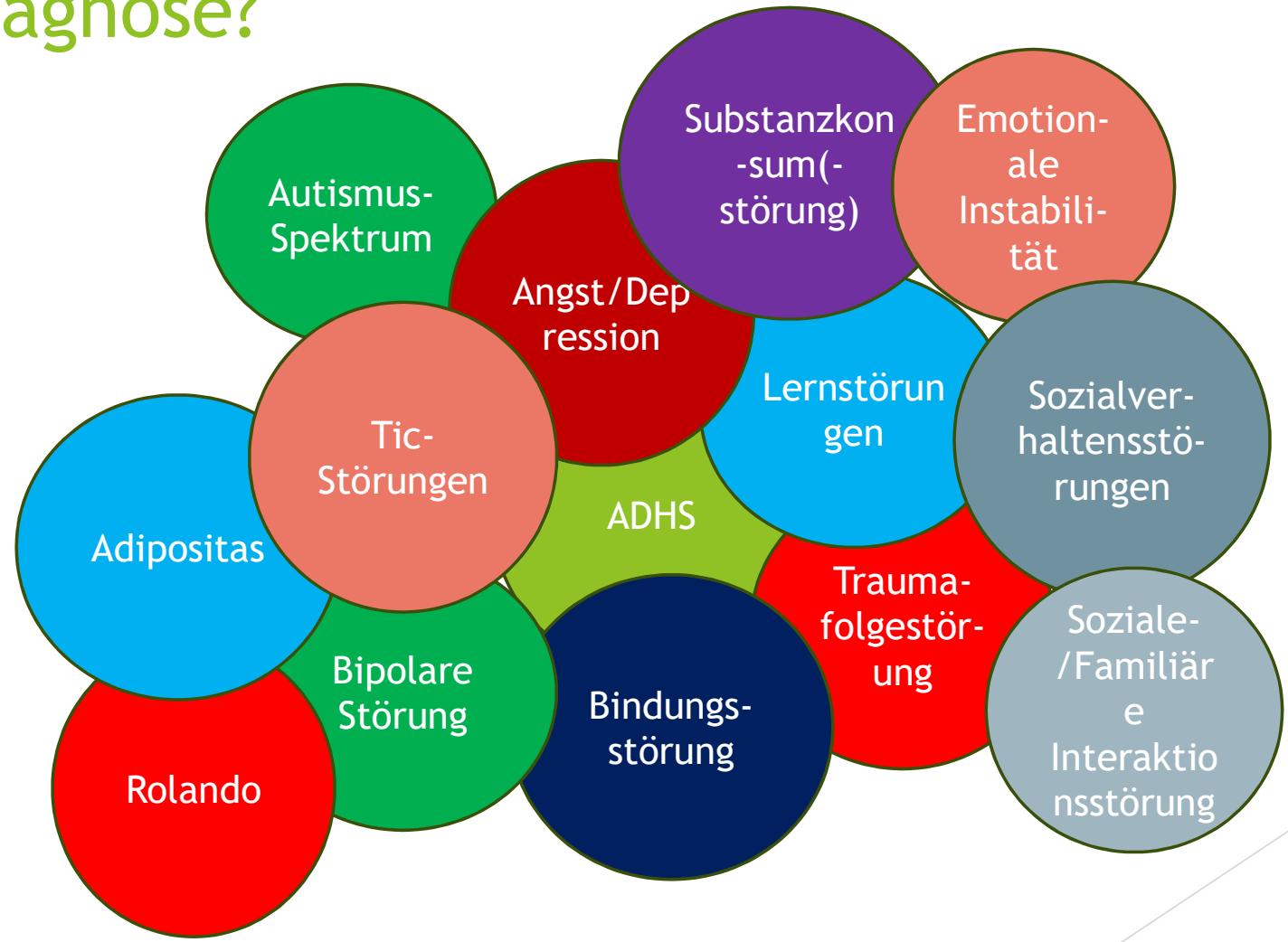
Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ICD 11/DSM 5

Kombinierte Präsentation

Vorwiegend hyperaktiv-impulsive Präsentation

Rein unaufmerksame Präsentation

Diagnose?

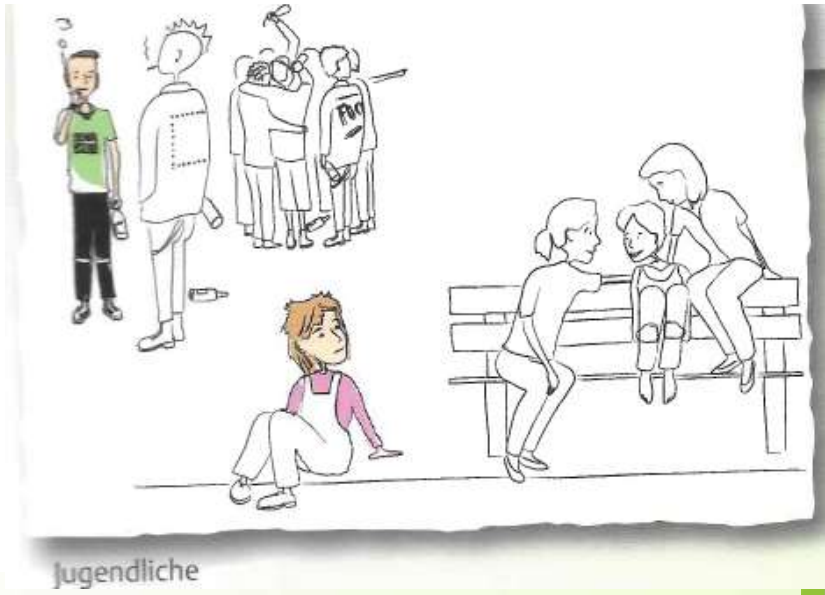

Autismus-Spektrum
Substanzkon-sum(-störung)
Emotion-ale Instabili-tät
Angst/Depression
Tic-Störungen
Lernstörungen
Sozialver-haltensstö-rungen
Adipositas
ADHS
Trauma-folgestör-ung
Soziale-/Familiäre Interaktionsstörung
Bipolare Störung
Bindungs-störung
Rolando

Prognose unbehandelt

- Schul- und Bildungsabschlüsse niedriger
- Geringere Berufsaussichten/Arbeitslosigkeit
- Partnerprobleme
- Entwicklung weiterer psychischer

Störungen

- V.a. Suchtneigung deutlich erhöht
- Unfälle



Tischatlas Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperktivitätsstörung
Klaus Skrodzki
Klaus-Peter Grosse
Thieme 2008

Diagnosefindung

Was hilft am besten? The MTA Cooperative Group (1999)

579 Kinder mit ADHS Alter 7,7 – 9,0 Jahre
14 Monate Therapie

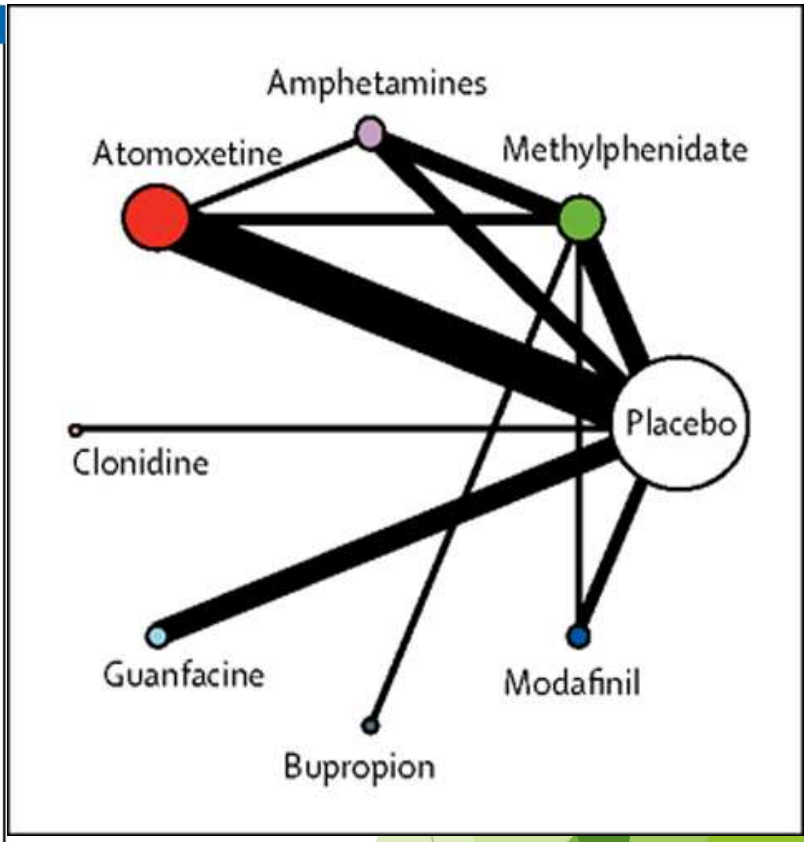
Medikation + Verhaltens-therapie	Medikation	Verhaltens-therapie	„Community Care“

TABELLE 3

In Deutschland zugelassene Wirkstoffe zur Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

	Substanzklasse	typischer Dosisbereich	Effekt-stärke	Numbers Needed to Treat	Unerwünschte Arzneimittelwirkungen	Besonderheiten
Methylphenidat (MPH)	Psychostimulanzien	0,3–1,0 mg/kg KG	0,8–1,0	ca. 2,5 (e81)	durchschnittlich geringfüge Zunahme von Blutdruck und Pulsfrequenz, Appetitminderung, Gewichtsabnahme, Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Ein-/Schlafstörungen, emotionale Irritabilität, Verstärkung vorbestehender Tic-Symptomatik	Medikation erster Wahl; Retardpräparate stehen zur Verfügung (e81, e82)
Dexamfetamin	Psychostimulanzien	0,1–0,5 mg/kg KG	0,8–1,0	ca. 2 (e82)		vergleichbare Wirksamkeit und Verträglichkeit wie MPH, Zulassung bei nicht ausreichender Wirkung von MPH (e81, e82)
Lisdexamfetamin	Psychostimulanzien	30–70 mg	> 1,0			Pro-Drug, dadurch verlängerte Wirkdauer; in Deutschland zugelassen bei unzureichendem Ansprechen auf MPH (e83)
Atomoxetin	selektiver Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer (SNRI)	1,2 mg/kg KG	0,5–0,7	ca. 4 (e84)	durchschnittlich geringfüge Zunahme von Blutdruck und Pulsfrequenz, geringfügige QTc-Verkürzung, Mundtrockenheit, Appetitminderung, Gewichtsabnahme, gastrointestinale Symptome, Schwindel, Kopfschmerzen, Benommenheit, Müdigkeit, Sedierung	ebenfalls Medikament erster Wahl bei komorbider Tic-, Angst-, Substanzstörung, sonst Mittel der zweiten Wahl (e84)
Guanfacin	zentraler α2-Agonist	1–5 mg	0,6	ca. 4 (e85)	Müdigkeit, Sedierung, Somnolenz, geringfüge Abnahme von Blutdruck und Pulsfrequenz, geringfügige QTc-Verlängerung	Retardpräparat als Medikament zweiter Wahl verfügbar, wenn MPH unverträglich oder unwirksam; wird über CYP3A4 verstoffwechselt (e85, e86)

KG, Körpergewicht

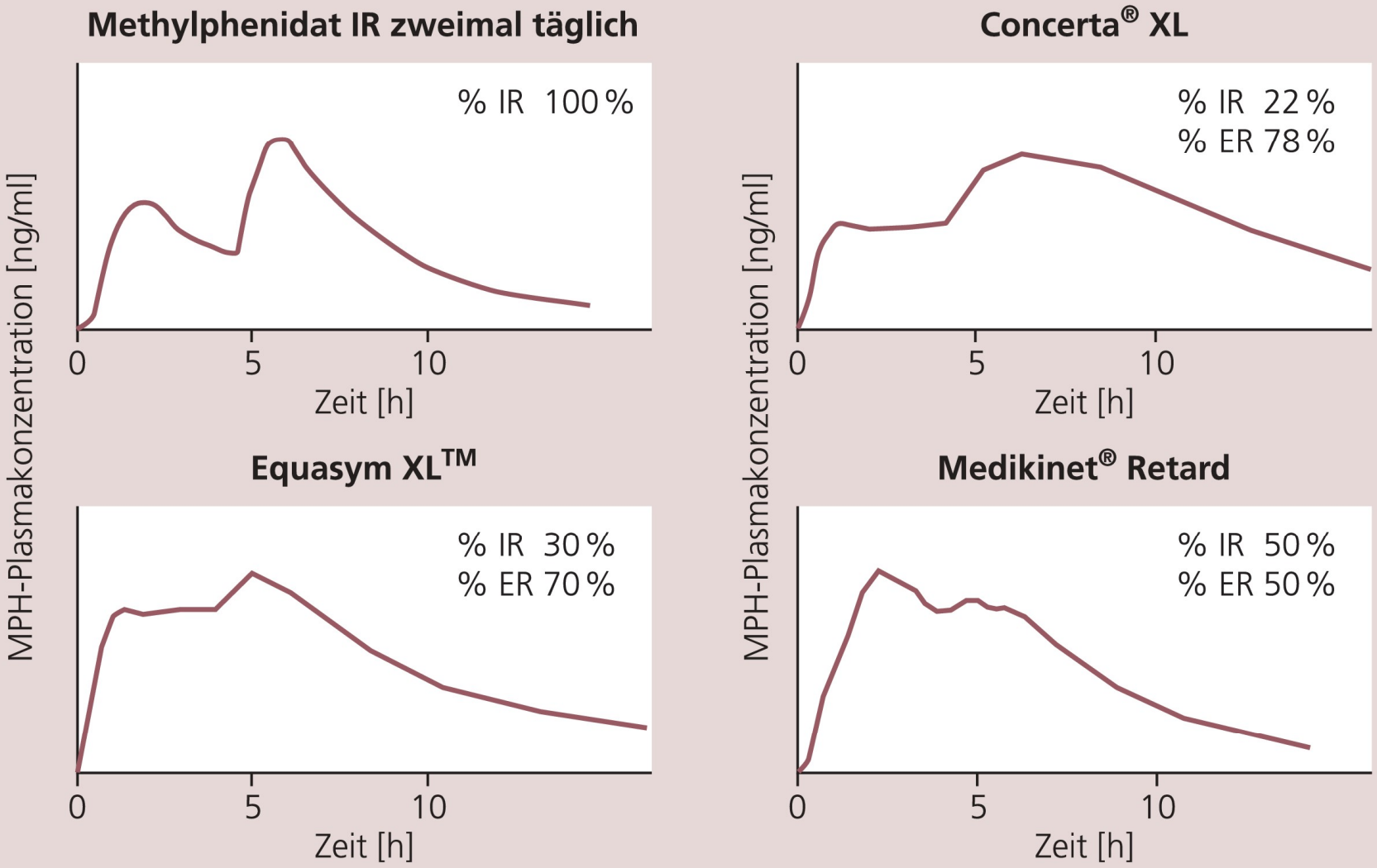


Cortese et. al 2018, lancet psychiatry

Banaschewski, Tobias; Becker, Katja; Döpfner, Manfred; Holtmann, Martin; Rösler, Michael; Romanos, Marcel

Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung

Dtsch Arztebl Int 2017; 114(9): 149-59; DOI: 10.3238/arztebl.2017.0149



nach Banaschewski T et al., Eur Child Adol Psych 2006

Nebenwirkungen

- Übelkeit, Schwindel… > Wechsel des Präparates oder der Substanz
- Blutdruck und Pulserhöhung > Kontrolle
- Schlafstörungen > Anpassung der Dosierung, der Uhrzeit
- Appetitverlust > selten problematisch, „drug holidays“
- Wachstum > Kontrolle
- Depression > Zeichen von Überdosierung oder Fehldiagnose

TABELLE 2

Nichtpharmakologische Interventionen – Wirksamkeit auf ADHS-Kernsymptomatik

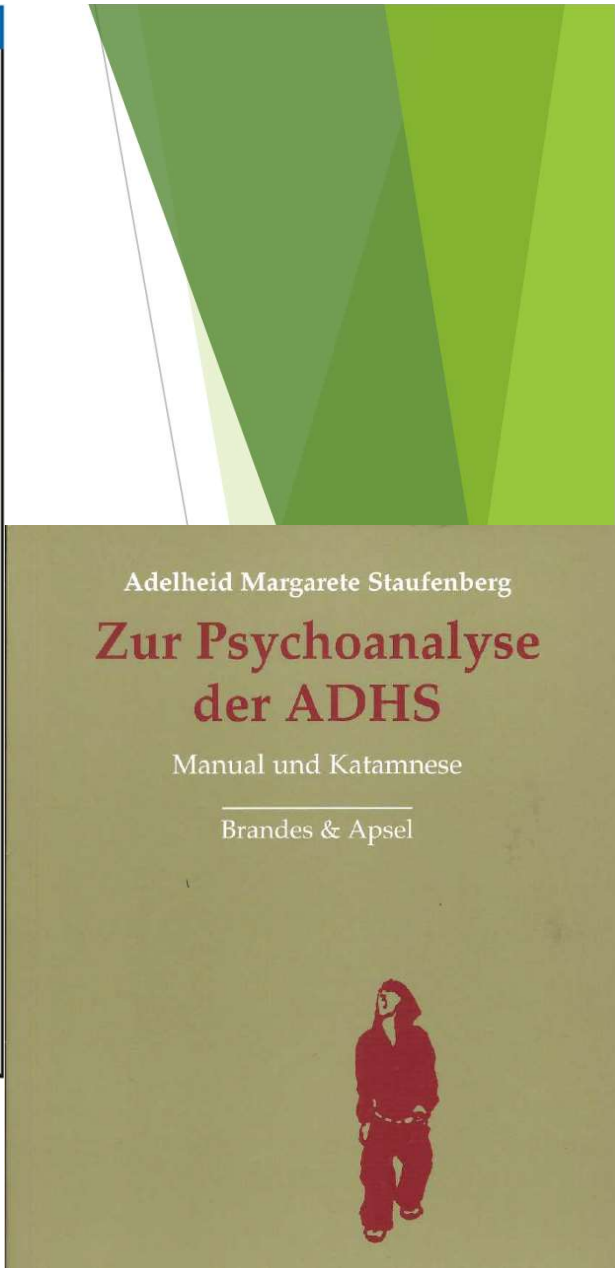
Interventionen	Effektstärken OR [95-%-KI]		Kommentar
	unverblindet	verblindet	
diätetische Interventionen			
Eliminationsdiät (32)	1,48, [0,35; 2,61]	0,51 [−0,02; 1,04]	unter verblindeter Beurteilung keine statistisch signifikante Wirksamkeit
Ausschluss künstlicher Farbstoffe (32)	0,32 [0,06; 0,58]	0,42 [0,13; 0,70]	unter verblindeter Beurteilung statistisch signifikante, moderate Wirksamkeit in selektierten Stichproben
Nahrungsergänzung ungesättigter Fettsäuren (32)	0,21 [0,05; 0,36]	0,16 [0,01; 0,31]	unter verblindeter Beurteilung statistisch signifikante, jedoch nicht bedeutsame Wirksamkeit
psychologische Interventionen			
kognitives Training (32, 35)	0,64 [0,33; 0,95] 0,37 [0,09; 0,66]	0,24 [−0,24; 0,72] 0,20 [0,01; 0,40]	Metaanalyse 1: Unter verblindeter Beurteilung keine statistisch signifikante Wirksamkeit (32) Metaanalyse 2: unter verblindeter Beurteilung Verbesserung des Arbeitsgedächtnisses (verbal: 0,52 [0,24; 0,80]; visuell: 0,47 [0,23; 0,70]) und geringerer, aber signifikanter Effekt auf die ADHS-Kernsymptomatik (35)
Neurofeedback (32, 34)	0,59 [0,31; 0,87]	0,29 [−0,02; 0,62]	unter verblindeter Beurteilung keine statistisch signifikante Wirksamkeit bei Einschluss aller Studien (32), aber exploratorische Sekundäranalyse (34) zeigt statistisch signifikante, moderate Wirksamkeit bei Anwendung eines Neurofeedback-Standardprotokolls (0,36 [0,04; 0,69])
Verhaltenstherapie (32, 33)	0,40 [0,20; 0,60]	0,02 [−0,30; 0,34]	unter verblindeter Beurteilung keine statistisch signifikante Reduktion der ADHS-Kernsymptomatik (32), aber (33) signifikante Verbesserung positiven Erziehungsverhaltens (0,63 [0,47; 0,7]), Abnahme negativen Erziehungsverhaltens (0,43 [0,24; 0,62]), Abnahme gestörten Sozialverhaltens (0,31 [0,05; 0,57])

ADHS, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung; OR, Odds Ratio; 95-%-KI, 95-%-Konfidenzintervall

Banaschewski, Tobias; Becker, Katja; Döpfner, Manfred; Holtmann, Martin; Rösler, Michael; Romanos, Marcel

Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung

Dtsch Arztebl Int 2017; 114(9): 149-59; DOI: 10.3238/arztebl.2017.0149



Medikation reduziert noch bei ADHS…

Unfälle

30 % Reduktion in Notaufnahmen

Dalsgaard et al., Lancet Psychiatry 2015

Tischatlas Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperktivitätsstörung
Klaus Skrodzki
Klaus-Peter Grosse
Thieme 2008

Mortalität
17% Reduktion pro 100 Tage Medikation
Sun et ak, Jama Psychiatry 2019
Chen et al, Br J Psychiatry, 2020

Suchtgefahr
27-43% Reduktion Rückfälle
Chang et al., JCPP, 2014

Tischatlas Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperktivitätsstörung
Klaus Skrodzki
Klaus-Peter Grosse
Thieme 2008

Was können Eltern tun?

Grundregeln:

1. Tun Sie etwas für sich selbst!
2. Versuchen Sie nicht, perfekt zu sein
3. Stärken Sie die positive Beziehung zu ihrem Kind
4. Stellen Sie (wenige) klare Regeln auf
5. Loben Sie ihr Kind!
6. Seien Sie konsequent
7. Versuchen Sie Probleme vorherzusehen
8. Behalten Sie die Übersicht

Tischatlas Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperktivitätsstörung
Klaus Skrodzki
Klaus-Peter Grosse
Thieme 2008

Zeit für Wünsche und Fragen