

AD(H)S aktuell

Das Zappelphilipp-Syndrom bei Kindern und Erwachsenen



Inhalt

1 Gibt es eine AD(H)S?

1.1 Was ist eine AD(H)S?

1.2 Differentialdiagnose (nicht verwechseln!)

1.3 Komorbidität (was zusätzlich sein kann)

2 Genetik und andere Ursachen

3 Was hilft nicht?

4 Was hilft?

5 Literatur



1. Gibt es eine AD(H)S?

1.1 Was ist eine AD(H)S?

„Eine Aufmerksamkeitsdefizit-(Hyperaktivitäts-)-störung ist eine chronische Erkrankung, die im Kindesalter erkennbar wird und sich über das Adoleszentenalter bei der Mehrzahl der Betroffenen bis ins Erwachsenenalter fortsetzen kann.“ (Rösler 2016)

1. Gibt es eine AD(H)S?

1.1 Was ist eine AD(H)S?

- AD(H)S tritt weltweit unter den verschiedensten soziokulturellen Bedingungen auf.
- Transnationales Auftreten 3.4 %
- Deutschlandweites Auftreten 4.7 %
(gemäß DSM-IV; gemäß ICD-10 etwas niedriger)

1. Gibt es eine AD(H)S?

1.1 Was ist eine AD(H)S?

- Keine Beschränkung auf bestimmte soziale Schichten und Begabungsniveaus
- Überwiegen des männlichen Geschlechts
 - im Kindes- und Jugendalter etwa 2-3 : 1
 - im Erwachsenenalter etwa 1.5 : 1

1. Gibt es eine AD(H)S?

1.1 Was ist eine AD(H)S?

Zentrale Symptomatik in allen Lebensaltern:

- Unaufmerksamkeit
- Impulsivität
- (Hyperaktivität)

Bei Erwachsenen zusätzlich

- Desorganisation
- Emotionale Dysregulation

1. Gibt es eine AD(H)S?

1.1 Was ist eine AD(H)S?

ICD-10 (WHO) und DSM 5 (APA)

- Weitgehende Übereinstimmung, aber unterschiedliche Differenzierung
- 18 diagnostische Kriterien
- Reliabilität und Validität durch Expertengruppen der WHO und der APA in Feldstudien gesichert



1. Gibt es eine AD(H)S?

1.1 Was ist eine AD(H)S?

Neun Kriterien für die Aufmerksamkeitsstörung

Sorgfaltsfehler, Ausdauerprobleme, Probleme zuzuhören, Probleme Aufgaben zu beenden, Organisationsprobleme, Vermeidung von Aufgaben mit langer Aufmerksamkeitsbelastung, Verlust von Gegenständen, leichte Ablenkbarkeit, Vergesslichkeit

1. Gibt es eine AD(H)S?

1.1 Was ist eine AD(H)S?

Neun Kriterien für die Überaktivität und Impulsivität
Zappeln mit Händen und Füßen, nicht lange sitzen bleiben können, sich unruhig fühlen, nicht leise sein können, immer in Bewegung sein, exzessiv reden, nicht abwarten können, ungeduldig sein, andere in ihrer Beschäftigung stören

1. Gibt es eine AD(H)S?

1.1 Was ist eine AD(H)S?

Klassifikation nach DSM 5

- ADHS, kombinierter Typ
- ADHS, überwiegende Störung der Aufmerksamkeit
- ADHS, überwiegend mit Impulsivität und Hyperaktivität
- ADHS, teilweise remittiert

1. Gibt es eine AD(H)S?

1.1 Was ist eine AD(H)S?

Klassifikation nach ICD-10

- Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung
- Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens
- Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität

1. Gibt es eine AD(H)S?

1.1 Was ist eine AD(H)S?

Wichtige Gesichtspunkte gemäß DSM 5

- Jeweils mindestens sechs Merkmale (von jeweils neun) während der letzten sechs Monate in einem dem Entwicklungsstand nicht zu vereinbarenden Ausmaß und mit direkt negativen Auswirkungen auf soziale, schulische oder berufliche Aktivitäten
- Ab 17 Jahre mindestens jeweils fünf Merkmale

1. Gibt es eine AD(H)S?

1.1 Was ist eine AD(H)S?

Wichtige Gesichtspunkte gemäß DSM 5

- vier Zusatzkriterien
- Nachweisbarkeit einiger Merkmale bereits vor dem Alter von 12 Jahren
- Auftreten in mehr als einem Lebensbereich
- Störungen des Funktionsniveaus
- Keine bessere Erklärung der Störungen durch andere Erkrankungen

1. Gibt es eine AD(H)S?

1.1 Was ist eine AD(H)S?

Wichtige Gesichtspunkte gemäß DSM 5

- Drei Schweregrade
- Variieren der Ausprägung je nach Kontext; z. B. ev. kaum Störungen in neuen Situationen, bei besonders interessanten Aktivitäten, bei ständigen Anregungen z. B. durch elektronische Medien, in Interaktion mit nur einer Person

1. Gibt es eine AD(H)S?

1.1 Was ist eine AD(H)S?

Wichtige Gesichtspunkte gemäß DSM 5

- Bislang kein biologischer Marker zur Diagnosestellung;
bisher nachgewiesen:
 - Bei Kindern verlangsamte EEG-Aktivität
 - Bei Kindern ein vermindertes Hirnvolumen im MRT
 - Bei Kindern ev. kortikale Reifungsverzögerungen

1. Gibt es eine AD(H)S?

1.1 Was ist eine AD(H)S?

Wichtige Gesichtspunkte gemäß DSM 5

- Entwicklung und Verlauf:
 - Im Kleinkindalter schwer vom altersgemäßen individuellen Verhalten zu unterscheiden
 - Meistens im Grundschulalter Erkennung
 - Häufig Symptomstabilität in die frühe Adoleszenz
 - Manchmal Entwicklung dissozialen Verhalten

1. Gibt es eine AD(H)S?

1.1 Was ist eine AD(H)S?

Wichtige Gesichtspunkte gemäß DSM 5

- Entwicklung und Verlauf:
 - Hyperaktivität meistens rückläufig
 - Häufig Fortbestehen von Rastlosigkeit, Unaufmerksamkeit, mangelndem Planungsvermögen, Impulsivität und Beeinträchtigungen des psychosozialen Funktionsniveaus

1. Gibt es eine AD(H)S?

1.1 Was ist eine AD(H)S?

Wichtige Gesichtspunkte gemäß DSM 5

- Risiko- und prognostische Faktoren:
 - **Temperament:** verminderte Anstrengungsbereitschaft besonders bei der Verhaltenskontrolle und Selbstbeherrschung, negative Emotionalität, verstärkte Suche nach neuen Reizen (nicht AD(H)S-spezifisch, aber ev. prädisponierend)

1. Gibt es eine AD(H)S?

1.1 Was ist eine AD(H)S?

Wichtige Gesichtspunkte gemäß DSM 5

- Risiko- und prognostische Faktoren:
 - Umweltfaktoren: Geburtsgewicht unter 1500g erhöht Risiko 2-3fach; Korrelation mit Rauchen in der Schwangerschaft - teilweise Erklärung durch gemeinsames genetisches Risiko; kleine Gruppe: Nahrungsmittelunverträglichkeiten; Korrelationen mit vorausgehender Kindermisshandlung, Vernachlässigung,

1. Gibt es eine AD(H)S?

1.1 Was ist eine AD(H)S?

Wichtige Gesichtspunkte gemäß DSM 5

- Risiko- und prognostische Faktoren:
 - Umweltfaktoren: Korrelationen mit vorausgehender Kindesmisshandlung, Vernachlässigung, verschiedenen Pflegestellen, Exposition gegenüber Neurotoxinen (z. B. Blei), Infektionen (z. B. Enzephalitis), intrauteriner Alkoholexposition, Umweltgiften.

1. Gibt es eine AD(H)S?

1.1 Was ist eine AD(H)S?

Wichtige Gesichtspunkte gemäß DSM 5

- Risiko- und prognostische Faktoren:
 - Genetische Faktoren: bei biologischen Verwandten ersten Grades häufiger; Assoziation mit bestimmten genetischen Varianten (als kausale Erklärung aber nicht ausreichend)

1. Gibt es eine AD(H)S?

1.1 Was ist eine AD(H)S?

Wichtige Gesichtspunkte gemäß DSM 5

- Risiko- und prognostische Faktoren:
- Verlaufsbeeinflussende Faktoren: familiäre Interaktionsmuster in der frühen Kindheit sehr wahrscheinlich nicht ursächlich für die Entstehung, aber von Einfluss für den Verlauf oder die zusätzliche Entwicklung von Störungen im Sozialverhalten

1. Gibt es eine AD(H)S?

1.1 Was ist eine AD(H)S?

Wichtige Gesichtspunkte gemäß DSM 5

- Mögliche funktionelle Folgen
 - Geringere Schulleistungen und geringerer Schulerfolg
 - Soziale Ablehnung
 - Reduzierte berufliche Leistungen und Erfolge
 - Erhöhtes Risiko für Fehlzeiten bei der Arbeit und Arbeitslosigkeit
 - Häufigere interpersonelle Konflikte

1. Gibt es eine AD(H)S?

1.1 Was ist eine AD(H)S?

Wichtige Gesichtspunkte gemäß DSM 5

- Mögliche funktionelle Folgen
- Kinder: erhöhtes Risiko der Entwicklung einer Störungen des Sozialverhaltens im Jugendalter bzw. einer antisozialen Persönlichkeitsstörung im Erwachsenenalter mit der Folge vermehrter Strafen (auch Gefängnis)

1. Gibt es eine AD(H)S?

1.1 Was ist eine AD(H)S?

Wichtige Gesichtspunkte gemäß DSM 5

- Mögliche funktionelle Folgen
 - Erhöhtes Risiko von Substanzkonsum und entsprechenden Störungen
 - Erhöhtes Unfallrisiko und vermehrte Verstöße gegen Verkehrsregeln und Verkehrsunfälle

1. Gibt es eine AD(H)S?

1.1 Was ist eine AD(H)S?

Wichtige Gesichtspunkte gemäß DSM 5

- Mögliche funktionelle Folgen
- Fehlinterpretation ungenügender Anstrengungsfähigkeit und Ausdauer als Faulheit, schwach ausgeprägtes Verantwortungsbewusstsein oder Unfähigkeit zur Zusammenarbeit

1. Gibt es eine AD(H)S?

1.1 Was ist eine AD(H)S?

Wichtige Gesichtspunkte gemäß DSM 5

- Mögliche funktionelle Folgen
- Unaufmerksamkeit tendenziell stark mit Bildungsdefiziten und geringer Beachtung durch Gleichaltrige und LehrerInnen verbunden, **Hyperaktivität und Impulsivität** mit sozialer Zurückweisung und Verletzungen durch Unfälle

1. Gibt es eine AD(H)S?

1.2 Differentialdiagnose (Auswahl)

- Störung mit oppositionellem Trotzverhalten
 - Wichtige und schwierige Unterscheidung
 - Mangelnde Anpassungsbereitschaft und Widerwille sind nicht Kennzeichen des AD(H)S
 - Bei AD(H)S Abneigung gegen Aufgaben, die durch die Symptomatik schwer fallen
 - Sekundär u./o. wegen entsprechender Persönlichkeitsmerkmale ev. auch oppositionelles Verhalten

1. Gibt es eine AD(H)S?

1.2 Differentialdiagnose (Auswahl)

- Intermittierende explosive Störung
 - Auch bei AD(H)S kann hohe Impulsivität vorliegen
 - Unterschied: ernsthafte Aggression gegen andere und keine Aufmerksamkeitsprobleme
 - In der Kindheit selten
 - Beide Störungen können gleichzeitig vorkommen

1. Gibt es eine AD(H)S?

1.2 Differentialdiagnose (Auswahl)

- Disruptive Affektregulationsstörung
 - Durchgängige Reizbarkeit und Intoleranz gegenüber Frustration
 - Keine Aufmerksamkeitsprobleme und keine Impulsivität
 - Beide Störungen können gleichzeitig vorkommen

1. Gibt es eine AD(H)S?

1.2 Differentialdiagnose (Auswahl)

- Spezifische Lernstörungen
 - Frustration, beeinträchtigt Interesse und eingeschränkte Fähigkeiten können zu dem Eindruck von Unaufmerksamkeit beitragen.
 - Die Aufmerksamkeitsprobleme treten bei der Erbringung der beeinträchtigten Leistungen auf (z. B. Lesen, Rechtschreiben, Rechnen etc.).

1. Gibt es eine AD(H)S?

1.2 Differentialdiagnose (Auswahl)

- Beziehungsstörung mit Enthemmung
 - Soziale Enthemmung (d.h. Schwierigkeiten bei der Nähe-Distanz-Regulation) können auch bei AD(H)S auftreten.
 - Probleme, dauerhaft Beziehungen einzugehen, sind aber nicht kennzeichnend für AD(H)S.

1. Gibt es eine AD(H)S?

1.2 Differentialdiagnose (Auswahl)

- Angst- und depressive Störungen
 - Unaufmerksamkeit und Unruhe können bei depressiven und Angststörungen auftreten, im Zusammenhang von Besorgtheit und Grübeln.
 - Bei AD(H)S sind die Schwierigkeiten überdauernd und treten im Zusammenhang von ablenkenden Reizen oder Aktivitäten auf.

1. Gibt es eine AD(H)S?

1.2 Differentialdiagnose (Auswahl)

- **Bipolare Störungen**
 - Auftreten von gesteigerter psychomotorischer Aktivität, Konzentrationsproblemen und erhöhter Impulsivität episodisch.
 - Begleitend gehobene Stimmung, Größenideen etc.
 - Bipolare Störungen im Kindesalter sehr selten, im Jugendalter selten.

1. Gibt es eine AD(H)S?

1.2 Differentialdiagnose (Auswahl)

- Substanzkonsumstörungen
 - Entscheidend: Hinweise auf das Vorliegen einer AD(H)S vor dem Beginn des Substanzkonsums, sonst Differenzierung schwierig

1. Gibt es eine AD(H)S?

1.2 Differentialdiagnose (Auswahl)

- Persönlichkeitsstörungen
 - DD kann schwierig sein
 - Desorganisation, soziale Aufdringlichkeit, emotionale und kognitive Dysregulation häufig bei PS
 - Soziale Ängste, Selbstverletzungen, starke Ambivalenz in Beziehung und Entscheidungen etc. bei AD(H)S nicht typisch

1. Gibt es eine AD(H)S?

1.3 Komorbidität

- Häufig:
 - Oppositionelles Trotzverhalten
 - Spezifische Lern- (und Entwicklungs-)störungen
 - Störungen des Sozialverhaltens
- Zu beachten:
 - Angst- und depressive Störungen, Affektregulations-, Persönlichkeits-, Zwang-, Tic-, Autismus-Spektrum-, Substanzkonsumstörungen u. a.

2. Genetik und andere Ursachen

2.1. Genetik

- Zwei Aspekte
 - Ausbildung erblicher Merkmale
 - Weitergabe von Erbanlagen
- Bei AD(HS)
 - Übereinstimmung der Symptome bei eineiigen Zwillingen 60-90 %
 - In Familien Betroffener überzufällig häufig weitere Symptomträger



2. Genetik und andere Ursachen

2.1 Genetik

- Unspezifische Umweltfaktoren tragen zur Entwicklung und Ausprägung der AD(H)S bei.
- Hinweise auf genetische Subtypen, z. B. AD(H)S mit Störungen des Sozialverhaltens, nicht sicher
- Übereinstimmungen von Merkmalen in bestimmten Chromosomenregionen
- Höchste Übereinstimmung in 5p13 - dort Gen für den Dopamin-Transporter

2. Genetik und andere Ursachen

2.1 Genetik

- Einfluss gemeinsam erlebter Umweltfaktoren gering
- Deshalb: v. a. unspezifische Umweltfaktoren tragen zur Entwicklung und Ausprägung der AD(H)S bei.
- Hinweise auf genetische Subtypen, z. B. AD(H)S mit Störungen des Sozialverhaltens, nicht sicher



2. Genetik und andere Ursachen

2.1 Genetik

- Genetische Analysen
- **Kopplungsanalysen:** Sie untersuchen das gemeinsame Auftreten eines Merkmals mit einem spezifischen Marker in Stammbäumen. Wenn Krankheit und Marker gemeinsam überzufällig häufig auftreten, kann auf die Bedeutung des markierten genetischen Faktors für die untersuchte Erkrankung geschlossen werden.



2. Genetik und andere Ursachen

2.1 Genetik

- Genetische Analysen
- Bei AD(H)S in Kopplungsanalysen Übereinstimmungen in unterschiedlichen Genregionen gefunden
- Meiste Übereinstimmungen in der Region 5p13, in der das Gen des Dopamintransporters liegt

2. Genetik und andere Ursachen

2.1 Genetik

- Genetische Analysen
- **Assoziationsanalysen:** Es wird untersucht, ob bestimmte Genvarianten bei Merkmalsträgern (z. B. Erkrankung) häufiger (Assoziation) oder seltener als in der Normalbevölkerung vorkommen.
- **Genomweite Assoziationsstudien:** Systematische Untersuchung aller Gene (beim Menschen etwa 25.000). Aktuelle Technik erlaubt die Darstellung von bis zu zwei Millionen Varianten.

2. Genetik und andere Ursachen

2.1 Genetik

- Genetische Analysen
- Bei AD(H)S in Assoziationsanalysen:
- Einige sog. Kandidatengene wurden identifiziert.
- Es ergeben sich Hinweise auf prä- und postsynaptische Dysfunktionen der Dopaminübertragung.

2. Genetik und andere Ursachen

2.1 Genetik

- Gen-Umwelt-Interaktionen
- Bestimmte genetische Risikokonstellationen begünstigen nur unter ungünstigen psychosozialen Bedingungen in der Kindheit die Entwicklung einer AD(H)S.
- Solche Interaktionen sind sehr wahrscheinlich für unterschiedliche Krankheitsverläufe verantwortlich.

2. Genetik und andere Ursachen

2.2 Neurochemie und -anatomie

- **Klinische Beobachtung:** Es gibt Substanzen, die auf die neuronalen Transportstrukturen von Dopamin und auch Noradrenalin einwirken und positive therapeutische Wirkungen erzielen.
- **Eine Struktur und zwei wichtige Regelkreise:**
 - präfrontaler Kortex mit dem
 - anterioren Aufmerksamkeitssystem: dopaminerg kontrolliert, v. a. zur Aufmerksamkeitsfokussierung



2. Genetik und andere Ursachen

2.2 Neurochemie und -anatomie

- und dem posterioren Aufmerksamkeitssystem, noradrenerg kontrolliert, v. a. zur Vigilanzsteuerung, Orientierung und Neuausrichtung der Aufmerksamkeit auf Stimuli
- Nachgewiesen ist die Blockade bestimmter dopaminergener Neurone durch MPH; v. a. die Verbesserung der Inhibitionskontrolle scheint von großer Bedeutung zu sein.



3. Was hilft nicht (ausreichend)? - eine Auswahl

(bzw. was lässt Zweifel an seiner Wirksamkeit aufkommen, ist noch nicht bzw. nicht ausreichend untersucht worden oder steht insgesamt in Frage)

- **Homöopathie:** Bisherige Studien (wenige) zu individueller Medikation und zu einem Komplex-Homöopathikum (Zappelin®) teils nicht doppel-blind, teils nicht über längere Zeit mit unterschiedlichen, insgesamt keinen bis schwachen Effekten.



3. Was hilft nicht (ausreichend)? - eine Auswahl

- **Behandlung gegen Pilze im Darm:** Bei vielfältigen Beschwerden eingesetzt- bisher keine bzw. keine spezifische Wirksamkeit erkennbar oder nachweisbar
- **Kryptopyrrolurie:** Senkung des Kryptopyrrolwertes im Urin durch bestimmte Substanzen - kein Nachweis einer spezifischen oder unspezifischen Wirkung bei AD(H)S
- **Bachblütentherapie:** kein Nachweis einer auch nur unspezifischen Wirkung bei verschiedenen Beschwerden, u. a. bei AD(H)S



3. Was hilft nicht (ausreichend)? - eine Auswahl

- **Korrektur der sog. Winkelfehlsichtigkeit:**
Beeinflussung des sog. latenten Schielens (Heterophorie), das bei Ermüdung u. a. bei vielen Menschen auftritt, durch Prismengläser. Keine ärztliche Diagnose und keine Störung, die zu behandeln ist.
- **Videogestützte Verhaltensbeobachtung nach Jansen:** Nicht ausreichend spezifisch bei der Diagnosestellung.
- **Eliminationsdiäten:** Nur die Reduzierung von Zucker kann in Einzelfällen spezifisch hilfreich sein.



3. Was hilft nicht (ausreichend)? - eine Auswahl

- KISS-Syndrom (Kopfgelenkinduzierte Symmetriestörung): keine spezifische Wirksamkeit
- Verhaltenstherapeutische Trainings/Manuale:
 - Optimind: Kein Wirksamkeitsnachweis; Hinweise auf prä-post-Effekte
 - Marburger Konzentrationstrainings: Kein eindeutiger Wirksamkeitsnachweis
 - ETP-ADHS: Hinweise auf Wirksamkeit in einer Kontrollgruppenstudie



3. Was hilft? - eine Übersicht

3.1 Was kann helfen?

- **Neurofeedback:** In Einzelstudien Hinweise auf Effekte in Bezug auf die Kernsymptomatik des AD(H)S, in der Zusammenschau (Metanalyse) noch kein überzeugender Effekt nachweisbar
- **VT-Manuale/Konzentrationstrainings:** Wirkungsnachweise bei einigen erbracht (z. B. Attentioner®; Training nach Lauth und Schlottke), bei einigen nur Hinweise oder widersprüchliche Ergebnisse (z. B. Marburger Konzentrationstrainings)



3. Was hilft? - eine Übersicht

3.1 Was kann helfen?

- Nahrungsergänzung (Mineralien, Fettsäuren, Vitamine): Hinweise auf Steigerung des Wohlbefindens und Verbesserung der Stimmungslage der bei Zufuhr von Vitaminen und Mineralien, nicht jedoch Beeinflussung der AD(H)S-Symptomatik
- **Essentielle ungesättigte Fettsäuren:** bisher Hinweise auf Wirksamkeit bei subklinischer oder leichter AD(H)S allein und ergänzend; seit Februar 2016 Ergänzung der nice-guidelines: **keine Empfehlung!**

3. Was hilft? - eine Übersicht

3.2 Was hilft?

- Nach eingehender (Differential-) Diagnostik:
- Bei Kindern und Jugendlichen
 - Beratung, Psychoedukation, Anleitung und Schulung von Patienten und Bezugspersonen
 - Erarbeitung eines Störungskonzepts
 - Erarbeitung eines Interventionsplans
 - Erkennen und Bearbeiten von Sorgen
 - Verbesserung von Erziehungsstrategien und Alltagsstruktur



3. Was hilft? - eine Übersicht

3.2 Was hilft?

- Nach eingehender (Differential-) Diagnostik:
- Bei Kindern und Jugendlichen
 - Familien-, kindergarten- und schulzentrierte verhaltenstherapeutische Interventionen
 - Etablierung angemessener positiver und negativer Verstärkung mit Vorrang positiver Aufmerksamkeit und Zuwendung, konzentrationsfördernder Strukturen und wirkungsvoller Interventionen bei Problemverhalten



3. Was hilft? - eine Übersicht

3.2 Was hilft?

- Nach eingehender (Differential-) Diagnostik:
- Bei Kindern und Jugendlichen
 - Patientenzentrierte verhaltenstherapeutische Interventionen
 - Ergänzung der umfeldbezogenen Interventionen bei Kindern; u.a. (spielerischer) Selbstwertaufbau (Stärken!)
 - Bei Jugendlichen Verhaltensanalysen mit präziser Erarbeitung von Verhaltensänderungen; Ausbau der vorhandenen Ressourcen, Abbau von Problemverhalten



3. Was hilft? - eine Übersicht

3.2 Was hilft?

- Nach eingehender (Differential-) Diagnostik:
- Bei Erwachsenen
 - Patientenzentrierte störungsorientierte verhaltenstherapeutische Interventionen im Einzel- und Gruppensetting zur Verbesserung der Organisation, der Aufmerksamkeit und Impulskontrolle, der sozialen und der Selbstwahrnehmung, zur Veränderung dysfunktionaler Denkmuster und assoziierter Gefühle und problematischer Verhaltensweisen

3. Was hilft? - eine Übersicht

3.2 Was hilft?

- Übersicht über alle verfügbaren verhaltenstherapeutischen Studien bei Kindern und Jugendlichen (Daley et al. 2014):
 - V. a. die sozialen Fähigkeiten der Kinder und Jugendlichen, das Elternverhalten und das Selbstkonzept der Eltern konnten verbessert werden.
 - Die spezifischen Effekte auf die AD(H)S-Symptomatik waren deutlich geringer.



3. Was hilft? - eine Übersicht

3.2 Was hilft?

- Nach eingehender (Differential-) Diagnostik:
 - Bei allen Betroffenen ab sechs Jahre und
 - nicht ausreichend wirksamen psychotherapeutischen Interventionen oder
 - schwerem situationsübergreifendem Störungsbild
- kann aufmerksamkeitsfördernde Medikation im Rahmen eines individuellen multimodalen Konzepts die entscheidende Hilfe darstellen.



3. Was hilft? - eine Übersicht

3.2 Was hilft? Zusammenfassung

Am meisten hilft in individueller Weise

- die Entwicklung
- und das unterstützende und fördernde psychosoziale Umfeld
- professionelle Hilfe kann eine entscheidende Rolle spielen

Literatur

Daley D et al., Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: a metaanalysis, in: J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2014 Aug; 835-47.

Falkai P, Wittchen H-U (Hrsg.), Diagnostisches und Statistisches Manual DSM-5®, Deutsche Ausgabe, Hogrefe Verlag, Göttingen 2015.

Häßler F et al., Substanzgebundene Alternativen in der Therapie von ADHS, in: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 37 (1), 2009, 13-25.

www.nice.org.uk Leitlinien des National Institute of Health and Care Excellence

Literatur

Rösler M, Philipsen A, ADHS im Erwachsenenalter, in: Voderholzer U, Hohagen F (Hrsg.), Therapie psychischer Erkrankungen, Urban&Fischer Verlag, 11. Aufl., München 2016.

Trott G-E, Sogenannte „alternative“ Behandlungen der ADHS, Vortrag am 17.12.2008, www.uni-marburg.de

Zentrales ADHS-Netz, Durchführungsprotokoll zur Diagnostik, Therapie von ADHS bei Kindern und Jugendlichen, 1. Aufl., März 2011, in: www.bkj-ev.de

Vielen Dank.

Klinik für seelische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter

St. Joseph Krankenhaus Berlin Tempelhof

Akademisches Lehrkrankenhaus

Wüsthoffstraße 15 · 12101 Berlin

Sekretariat K. Schubert · Tel 030 7882-2036

sgkj@sjk.de · www.sjk.de