

Kein Kind zurücklassen



Prof. Martin Holtmann



LWL-Universitätsklinik Hamm
der Ruhr-Universität Bochum
Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychotherapie & Psychosomatik



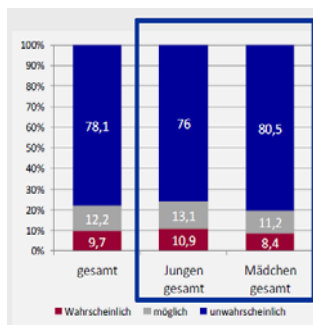
- Unaufmerksamkeit** → schlechte Konzentration
→ leichte Ablenkbarkeit
→ Vergesslichkeit
→ Wahrnehmungsstil flüchtig und polarisierend
- Impulsivität** → ständiges Unterbrechen und Stören anderer
→ Herausplatzen mit Antworten
→ nicht warten können
→ rasche Stimmungsumschwünge
→ extreme Gefühlsausprägungen
- Hyperaktivität** → extremer Bewegungsdrang
→ motorische Unruhe
→ ständiges Laufen und Klettern
→ Ruhelosigkeit / Getriebenheit
→ gestörte Feinmotorik



in verschiedenen Situationen; zeitstabil



Prävalenzen psychischer Auffälligkeiten KiGGS & BELLA



□ ~ 22% psychisch auffällig

Damit sind NICHT gemeint:
□ Befindlichkeitsstörungen,
Entwicklungsphänomene,
...

sondern:

- Ängste: 10%
- Störungen des Sozialverhaltens: 7.6%
- Depression: 5.4%
- ADHS: 2.2%



nach: Ravens-Sieberer et al. Bundesgesundheitsblatt (2007)



ADHS: wichtige Fakten

- Keine Mode-Erscheinung, sondern behandlungsbedürftige Erkrankung, die in unterschiedlichen Kulturen auftritt.
- Überwiegend genetische Ursachen, tritt deshalb oft in einer Familie gehäuft auf.
- Kann nicht auf Erziehungsmethoden oder Medienkonsum zurückgeführt werden.
- Für den Verlauf der ADHS sind psychosoziale Faktoren von großer Bedeutung.



Buchstabenkinder

ADHD

MBD

MZD

ADDH

ADD

ADS

HKS

MCD

ADHS



ADHS im Altersverlauf: ein „Thema mit Variation“

Jugendliche:

- Hypermotorik oft „überstanden“
- weiter Konzentrationsdefizite
- mangelnde Alltagsorganisation
- schlechte Impulskontrolle
- emotionale Labilität

Erwachsene:

- klinisch relevante Symptome bei 70%

- Sobanski & Alm (2004) Nervenarzt 75:697-716
- Adam et al (2002) Kindheit und Entwicklung 11: 73-81



Exekutive Dysfunktion

Klinisch: ungeschickt, ungebremst, chaotisch

- Kognitive Flexibilität
- Arbeitsgedächtnis
- Planungsfähigkeit
- Aufmerksamkeit
- Selbstregulation



Scientific American, 1998

fehlende „Bremse“: Impulskontrolle

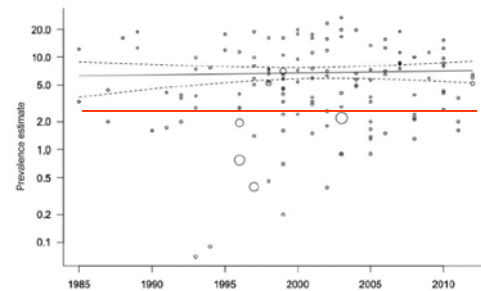
ADHS: Diagnostik

- Klinische Diagnose.
- Wegweisend:
 - Verhaltensbeobachtungen von Eltern, Lehrern, Arzt und Therapeuten.
- Unterstützend Fragebögen und Interviews.
- ADHS ist nicht testpsychologisch diagnostizierbar.
- Teilleistungsstörungen?
- Hilfreich: erste Schulzeugnisse

„Lieber den Spatz in der Hand...“

- oft: lieber sofort eine kleine Belohnung als später eine große
- Abneigung gegen Verzögerungen
- Verstärker funktionieren oft nicht
- „sensation seeking“
- Lieblingsbeschäftigungen !
- „Selbstbehandlung“ u.a. mit Nikotin, Alkohol, exzessiven Verhaltensweisen

ADHS nimmt nicht zu!

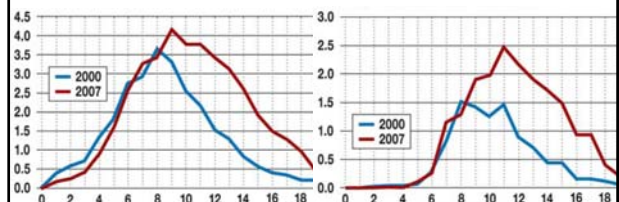


Polanczyk et al. Int. J. Epidemiol. 2014; Schubert et al. DÄB 2010

ADHS & Zeitwahrnehmung



ADHS-Diagnosen nehmen zu



Schubert et al. DÄB 2010

ADHS – Was kann es noch sein ?

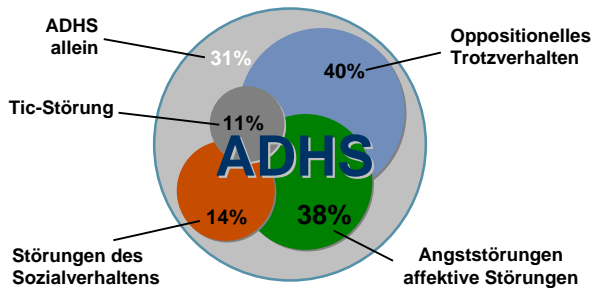
- Altersgemäßes Verhalten
- Reaktive Aufmerksamkeitsstörungen
 - Auslöser, nicht zeitstabil
- Überforderung, Teilleistungsstörungen, ...
- Störungen des Sozialverhaltens
 - trotz Impulsivität keine Aufmerksamkeitsstörung
- Depression und Angststörungen
- Vernachlässigung
- Hochbegabung / schulische Unterforderung
 - selten!

Methylphenidat

- Eines der am besten erforschten Medikamente bei Kindern
- Wirksam bei 70-80% normal entwickelter Kinder
- Effektstärke ~ 0.9
- Effektstärken für
 - Antidepressiva (Erwachsene) 0,5
 - Atypische Antipsychotika bei Schizophrenie 0,25
- Macht NICHT abhängig!



ADHS und begleitende Störungen



The MTA Cooperative Group (1999)

Mögliche unerwünschte Wirkungen der Stimulanzienbehandlung

- Schlafstörungen
- Appetitmangel
- Kopf-, Bauchschmerzen
- Puls- und Blutdruckerhöhung
- Nervosität
- Tics
- Stimmungstief: bedrückt, überempfindlich
- Wachstumsminde- rung

Cortese, Holtmann et al. JCPP 2013

Therapiebausteine !!

□ Wirksame Therapien bei ADHS

- Elterntraining
- Verhaltenstherapie
- Pharmakotherapie



□ Zunehmend beachtet: Komplementäre Verfahren

- Jugendhilfe
- Diäten und Nahrungsergänzungsmittel
- Kognitives Training
- ...
- Neurofeedback

ADHS in der Schule – was können Sie tun? Verhaltenspädagogische Techniken

- Technik 1 – Blickkontakt
 - häufig Blickkontakt aufnehmen und halten
- Technik 2 – Zeichensprache
 - Verabredet, nach Möglichkeit ermunternd und eher sekundär ermahnend
- Technik 3 – Körperkontakt
 - beruhigende Wirkung, freundlich-ermunternd
 - wenn ein Abfall der Konzentration kurz bevorsteht
 - wenn er/sie gerade wieder „aus dem Ruder“ läuft
 - Zustimmung dazu vorher einholen
 - nur sehr sparsam und unzweideutig einsetzen

ADHS in der Schule – was können Sie tun?

- Technik 4 – Karten
 - Rückmeldung über Verhalten
 - grüne Karte für ein „Go“ / „Weiter so“
 - gelbe Karte, wenn ein „Stopp“ notwendig ist
- Technik 5 – Auszeit
 - „Du brauchst jetzt 5 Minuten nicht aufzupassen – entspann Dich mit ...“
- Technik 6 – Positive Verstärkung
 - Punktesystem, mit dem er/sie sich an das gemeinsame Ziel heranarbeiten kann



ADHS in der Schule – was können Sie tun?

- Technik 7 – Feedback
 - über das, was geschafft wurde
 - „Mir hat heute gefallen ...“
- Technik 8 – Anspornen
 - „Versuch, noch durchzuhalten“
 - macht nur Sinn, wenn die geforderte Leistung zu schaffen ist.
- Technik 9 – Rückfragen
 - Aufgabenstellungen angekommen?
 - „Was konntest du verstehen?“
- Technik 10 – Hausaufgabenheft
 - nach Absprache mit den Eltern, von diesen gegengezeichnet
 - Unterstützung, kein Kontroll- und Reglementierungsinstrument

Störungen des Sozialverhaltens

- wiederholtes und persistierendes Verhaltensmuster
- bei dem entweder die Grundrechte anderer oder wichtige altersentsprechende soziale Normen oder Gesetze verletzt werden
- mindestens sechs Monate anhaltend
- nicht durch andere psychische Störungen verursacht
- Häufig begleitend:
 - Hyperkinetische Störungen (50%)
 - Angst u. Depressive Störungen (30-50%)
 - Suizidrisiko!
 - Substanzmissbrauch

Aggressives Verhalten

	instrumentell	impulsiv
Motivation	sich einen Vorteil verschaffen	keine ausreichende Selbstregulation
Konsequenzen	eher Vorteile (z.B. materieller Gewinn oder Macht)	eher Nachteile
Auslöser	(pro-) aktiv	reaktiv (auf vermeintliche oder tatsächliche Bedrohung)
Vorgehen	verdeckt	offen
Affekt	niedrig (emotionslos)	hoch (Ärger, Wut, Angst)
Autonome Erregung	niedrig	Reaktivität hoch
Symptome	delinquentes Verhalten	aggressive, körperliche Konflikte

Aggression: Was ist zu tun?

- Intensive Verhaltensbeobachtung: impulsiv-aggressiv vs. zielgerichtet aggressiv
- Intensive Behandlung: Etablierung alternativer Verhaltensweisen
- Elterntraining
- Einschaltung der Jugendhilfe!
- ggf. Pharmakotherapie (bei Impulsivität)



Elterliche Sorgen, die auf Autismus hinweisen können (aber nicht müssen)



Spielt nicht mit anderen



Verarmte Mimik & Gestik



Zeigt kein Interesse an anderen Menschen



Inadäquate soziale Reaktionen

Autismus-Spektrum-Störungen



Bizarre Sprache: Echolalie, Idiosynkrasie ritualisiert, repetitiv



Spielt nicht fantasievoll



Wirkt gehörlos

Autistische Störungen

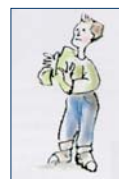
- Qualitative Auffälligkeiten der gegenseitigen sozialen Interaktion
- Qualitative Auffälligkeit der Kommunikation und Sprache
- Repetitive, restriktive und stereotype Verhaltensmuster
- Neueste Schätzungen: 0.2 – 1%
 - Frühkindlicher Autismus
 - Asperger-Autismus
 - Rett-Syndrom
- eher Spektrum / Kontinuum



Widerstand gegen Veränderung



Begrenzte/ungewöhnliche Aktivitäten & Interessen



Motorische Manierismen



Sensorische Interessen: Vibration, Geräusche, Oberflächen



Wann ist Diagnostik unbedingt notwendig?

- Kein Brabbeln oder Lautieren im Alter von 12 Monaten
- Keine einzelnen Worte im Alter von 16 Monaten
- Keine spontanen 2-Wort-Sätze im Alter von 24 Monaten (nicht echolalisch)
- andauernder Verlust sprachlicher oder sozialer Fähigkeiten in jedem Alter
- Keine Gesten mit 12 Monaten:
Zeigen mit dem Zeigefinger, Winken etc.

Spezifische VT

- Verhaltensexzesse abbauen:
Aggressivität, Stereotypen, Selbstverletzung
- Soziale Kompetenzen:
Imitieren, Blickkontakt, Grüßen, Teilen, geteilte Aufmerksamkeit, Kontaktabbauung
- Sprache:
Fragen beantworten, Wortschatz, Artikulation
- Adaptives Verhalten:
Hygiene, An- und Ausziehen, Zähneputzen u.v.m
- Kognitive & schulische Fertigkeiten

Autismus: Was kann es noch sein?

- Wichtige (und schwierigste Differentialdiagnose):
Soziale Phobie

Nicht hilfreich

- Sensorische Integration
- Auditorische Integration
- Gestützte Kommunikation (FC)



Gemeinsamkeiten ADHS / Autismus

- Defizit im Bereich der sozialen Interaktion
- Probleme bei der Gesichtererkennung
- Fehlinterpretation sozialer Reize
- Schwierigkeiten in sozialen Beziehungen, vor allem, wenn gleichzeitig eine sprachliche Beeinträchtigung vorliegt.
- Beeinträchtigungen exekutiver Funktionen, der kognitiven Flexibilität und der Impulskontrolle
- Neurologische „soft signs“

Angststörungen

Emotionale Störung mit Trennungsangst

- Es fällt dem Kind schwer, für ein paar Stunden von Mutter oder Vater getrennt zu sein oder es weigert sich sogar ganz.
- Furcht, dass den Eltern etwas zustößt.
- Häufig weigern sich diese Kinder,
 - abends allein einzuschlafen,
 - zu spielen, ohne dass die Eltern in der Nähe sind,
 - bei Freunden zu übernachten,
 - zur Schule zu gehen.
- Die Kinder weinen, klagen über Übelkeit, Bauch- oder Kopfschmerzen.



Soziale Ängstlichkeit des Kindesalters

- In Situationen, in denen das Kind auf fremde Erwachsene oder Gleichaltrige trifft, hat es anhaltende Ängste.

Es ...

- ist befangen und verlegen.
- macht sich übertriebene Sorgen, ob sein Verhalten richtig ist.
- ist unglücklich, weint, schweigt oder zieht sich zurück.
- leidet, wenn es mit unvertrauten Personen zusammentrifft.
- Außerhalb der Familie und von gut bekannten Gleichaltrigen sind Beziehungen deutlich eingeschränkt.

Wann ist Hilfe erforderlich?

- Das Kind leidet unter seinen Ängsten.
- Sein normaler Alltag ist dadurch beeinträchtigt.
- Die Angst dauert lange an, ohne sich zu verändern.
- Das Kind kann ihr nicht entgegenreten.
- Die Entwicklung und Lebensfreude des Kindes nimmt ab.
- Eltern kommen mit den Ängsten Ihres Kindes nicht mehr klar.

Was hilft bei Ängsten?

- ängstigende Situationen aufzusuchen und erfolgreich zu bestehen.
- Konfrontation & Exposition
- Schrittweise
- Das Kind macht neue Erfahrungen:
 - Es kann die Angst selbst bewältigen.
 - Die Angst ist ungefährlich, es kann nichts passieren.
 - Die Ängste klingen von alleine wieder ab.
 - Situationen, Gedanken und Gefühle lassen sich aktiv beeinflussen.



Depression, Selbstverletzung, Suizidalität

Depressive Episoden - Hauptsymptome



- depressive Stimmung
- reduzierte Aktivität
- erhöhte Ermüdbarkeit
- Gefühl der Gefühllosigkeit
- verminderte Konzentration
- reduziertes Selbstvertrauen
- Schuldgefühle, Gefühl der Wertlosigkeit
- pessimistische Zukunftsperspektiven
- Selbstverletzung oder Suizidhandlungen
- Schlafstörungen
- kommentierende Stimmen

Depressive Episoden - Behandlung



- Tagesstruktur / sozialer Rhythmus / Schlaf
- Aktivierung & Aufbau angenehmer Tätigkeiten
- Umgang mit nicht hilfreichen Gedanken
- Stressmanagement und Entspannung
- „Frühwarnzeichen“ und Krisenplan
- Medikation bei
 - schwerer Depression
 - Suizidalität und Wahnsymptomen
- Stationäre Aufnahme bei Suizidalität oder Nichtbewältigung der Alltagsfunktionen

Sie als Lehrer können auf „Warnzeichen“ achten

- Vernachlässigung von Hobbies und Aktivitäten
- Gleichgültigkeit und scheinbare Faulheit
- starker Leistungsabfall in der Schule
- nachlassende Körperpflege
- Abschotten von Familie oder Gleichaltrigen
- übermäßiger Alkoholkonsum und Gebrauch von Drogen
- Äußerungen, dass das Leben keinen Spaß mehr mache

Mittel der Wahl: SSRI

- Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)
 - Keine Abhängigkeit!
 - Kaum Nebenwirkungen auf Herz-Kreislauf-System
 - Anfangs oft Übelkeit
 - Können reizbar und unruhig machen

Depression - Was können Sie tun?

- Bieten Sie dem Kind ein Gespräch unter vier Augen an.
- Sprechen Sie mit Ihrem Kind darüber, dass zwar jeder mal ein Stimmungstief haben kann, Sie es nun aber schon ganz lange als unglücklich / einsam / antriebslos / ... erleben.
- Erklären Sie dem Kind, dass Sie über das Gespräch hinaus gerne mit jemandem sprechen möchten, der sich mit psychischen Problemen gut auskennt.

Johanniskraut-Präparate

- Wirksamkeit für Kinder und Jugendliche nicht belegt
- unerwünschte Wirkungen:
 - Beeinflussung anderer Medikamente („Pille“!)
 - Kann lichtempfindlich machen: keine Höhensonne, Solarien, längere Sonnenbäder!



Selbstverletzung



Therapeutische Grundannahmen Wertschätzung

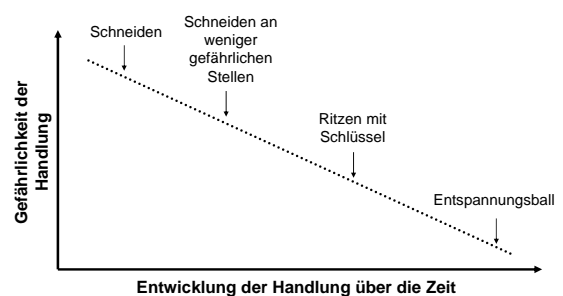
- Das Verhalten der Schülerin macht in ihrem Kontext Sinn.
- Selbstverletzung als derzeit „beste verfügbare Lösung“.
- Sie muss in fast allen Bereichen neues Verhalten lernen.
- Balance zwischen Akzeptanz und Drängen auf Veränderung.

- Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT; nach Marsha Linehan)
- Station mit DBT-Schwerpunkt für Mädchen in LWL- Uniklinik (Station A3)

Phasen der Selbstverletzung

- Auslöser
 - Angst-, Hassgefühle; Überforderung; oft kein Situationszusammenhang
- Gefühle unmittelbar vor der Selbstverletzung
 - Spannungszustand mit Rauschcharakter; Depersonalisationserleben.
- Selbstverletzende Handlung
 - oft feste Abläufe; häufig Schmerzunempfindlichkeit
- Gefühle im Anschluss an die Selbstverletzung
 - Entlastung und Spannungsminderung; Hebung der Stimmungslage und des Selbstwertgefühls

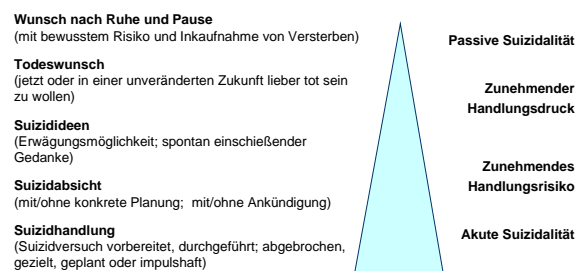
Reduktion von Selbstbeschädigungen



Umgang in der akuten Situation bei Selbstverletzungen

- Entfernung aus der Gruppensituation
- Betroffene auffordern, Verletzungsgegenstand abzugeben
- ggf. Inspektion der Verletzung
- Informieren der Sorgeberechtigten
- ggf. ärztliche Behandlung (Hausarzt, Chirurg)
- ggf. Vorstellung in Fachklinik, um Suizidalität auszuschließen

Suizidalität bei Jugendlichen



Definition einer suizidalen Handlung

- Definition einer Handlung als „suizidal“ liegt beim Patienten
- Der Betroffene selbst schätzt sein Verhalten und seine Gedanken als suizidal oder nicht-suizidal ein
- Suizidalität wird nicht durch Letalität der Methode oder die Umstände der Handlung bestimmt
- Gefahr von Bagatellisierungstendenzen
- Deshalb: Atmosphäre von Akzeptanz als Grundlage für gemeinsame Einschätzung

Die zentrale Aufnahmeassistentz der LWL Universitätsklinik Hamm

- Aufnahmeassistent: Volker Teilmanns
- 02381-893-3333
- Mo. – Fr. von 8:30 Uhr bis 16:00 Uhr
- aufnahmeassistentz.hamm@wkp-lwl.org

- Ansprechpartner für Akutfälle
- Beantwortung von Fragen rund um das Thema Aufnahme Verwaltung der zentralen Warteliste

Zum Weiterlesen

- www.zentrales-adhs-netz.de
- www.buendnis-depression.de
- Hogrefe „Gelbe Reihe“



Mit Gefühlen umgehen ist eine Entwicklungsaufgabe

