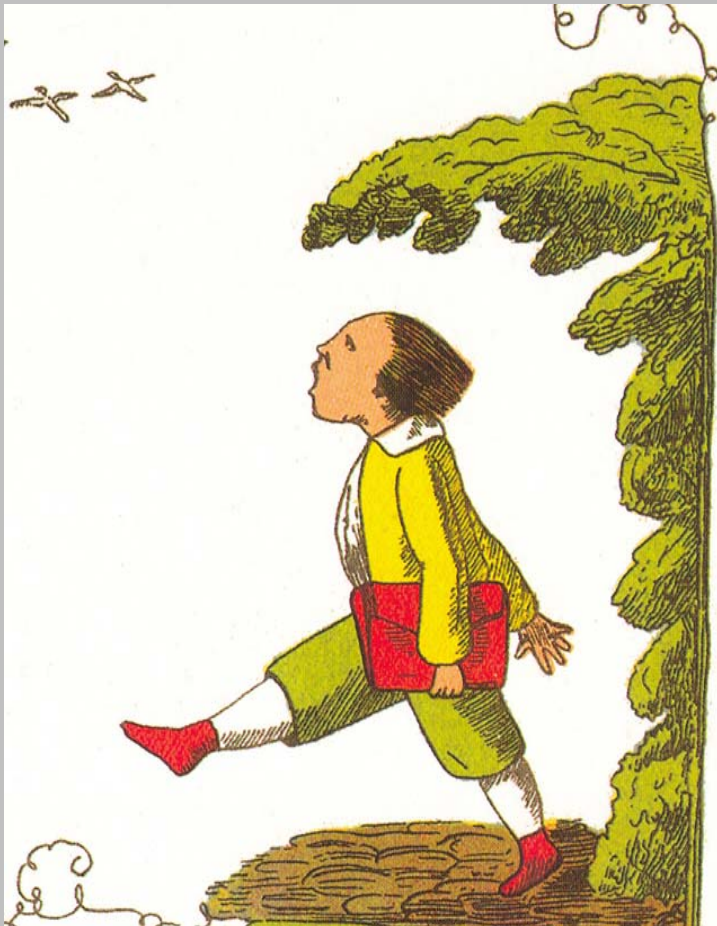


Heimkinder mit ADHS – besondere Herausforderungen und Chancen

ADHS Gipfel Hamburg
6.- 8. Februar 2009

Marc Schmid

Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik
der
Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK)
Basel



Einleitung

„Hyperaktive Kinder verhalten sich nicht,
sie ereignen sich“



Reinhard Lempp

Gliederung

1. Heimkinder als Hochrisikogruppe für psychische Störungen und ADHS
2. Prävalenz von ADHS in Heimen – 1. Ulmer Heimkinderstudie
3. Komorbidität und Differentialdiagnose bei Heimkindern
4. Kinder- und jugendpsychiatrischer und pharmakologischer Behandlungsstatus
5. Verbesserung durch kinder- und jugendpsychiatrische Liaison - 2. Ulmer Heimkinderstudie
6. Potentielle Bedeutung der medikamentösen Unterversorgung für diese Hochrisikogruppe
7. Milieutherapeutische Chancen und Risiken
8. Zusammenfassung und Diskussion

Warum Kooperation?

- Diagnostik, Begutachtung und Beratung
- Medikamentöse Therapie, Psychotherapie
- Stationäre Krisenintervention
- Rehabilitation nach einer stationären Behandlung - bei 11-25 % der stationären KJPP Behandlungen (Presting et al., 1998; Martin, 2002, Beck & Warnke, 2009)
- Schutz vor psychosozialen Belastungen
- Einige Störungsbilder sind nur langfristig im Rahmen eines stabilen und strukturierten milieutherapeutischen Umfeldes zu behandeln
- Je psychisch belasteter die Jugendlichen sind, desto größer die Gefahr für Abbrüche (insgesamt 20% Abbrüche; vgl. EVAS 2004, Deutsches Bundesamt für Statistik, 2004)
- Psychische Störungen sind die häufigste Ursache für Frühberentungen (WHO, 1998; Riecher-Rössler, 2005)

Heimkinder als Hochrisikogruppe

- Genetische und pränatale Risikofaktoren
- Psychische Störung der Eltern (inkl. Suchterkrankungen)
- Missbrauchs- und Misshandlungserfahrungen
- Gewalt in der Familie
- Vernachlässigung
- Armut
- Broken Home / wechselnde Bezugspersonen
- Migration

- Kinderdorf-Effekte-Studie: Durchschnitt der Neuaufnahmen hat 5 oder mehr psychosoziale Belastungsfaktoren auf Achse-V des MAS.
- Die psychosoziale Belastung der Kinder in der stationären Jugendhilfe steigt mit dem Ausbau der ambulanten Angebote.
- Kaum kinder- und jugendpsychiatrische Forschung in diesem Bereich.

Häufigkeit von Traumata (Jaritz et al., 2008)

Art der Traumatisierung (N = 80)	Häufigkeit (%)
Vernachlässigung	72%
Vernachlässigung (Basics)	31%
Körperliche Misshandlung	35%
Emotionale Misshandlung	31%
Sexueller Missbrauch	15%
Zeuge von körperlicher oder sexueller Gewalt	50%
Schwere Unfälle	5%
Irgendein psychosoziales Trauma (nur Basics)	75%

ADHS – Kinder: spezielle Risikogruppe

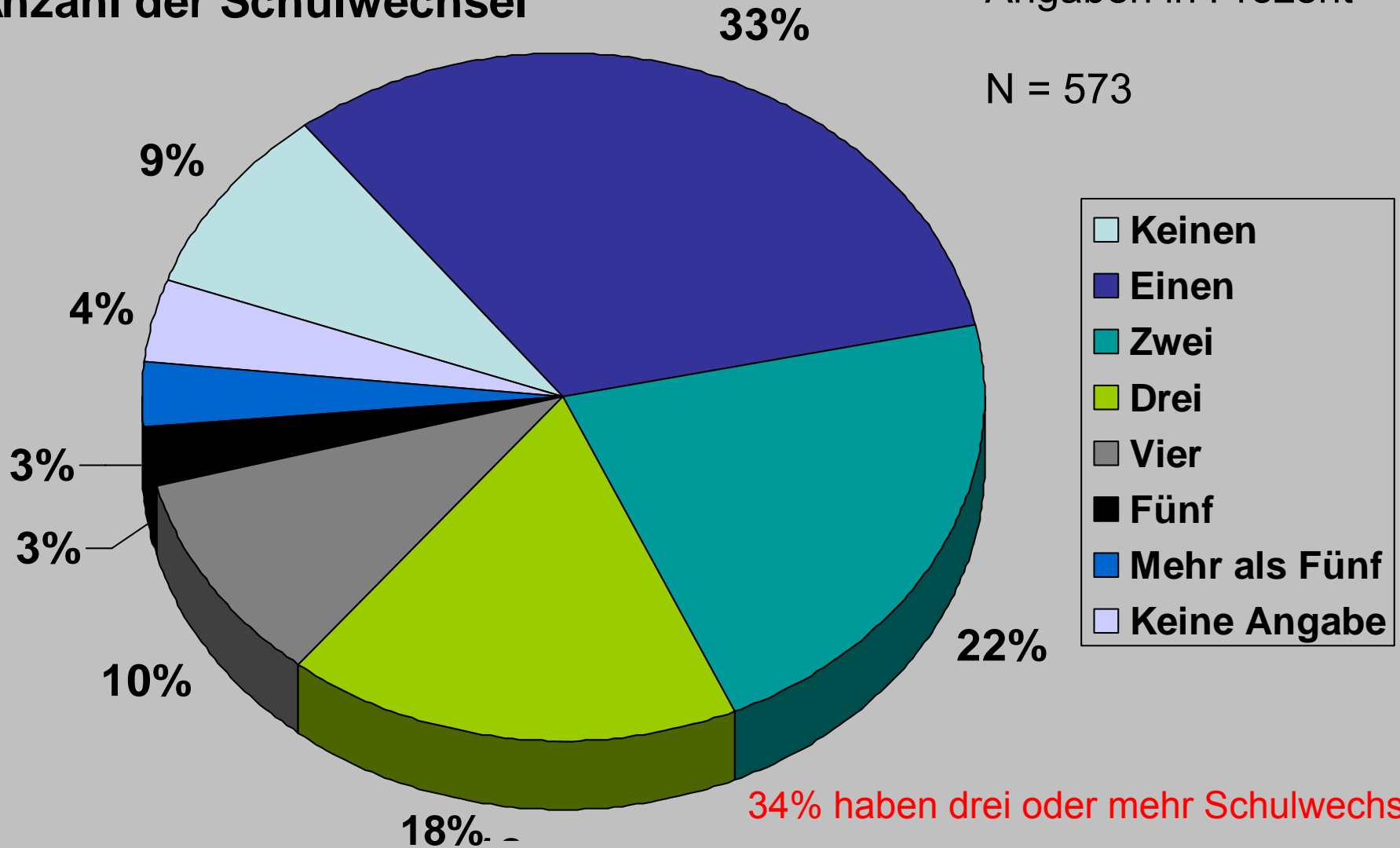
- Ein Kind mit ADHS erhöht auch das Risiko für eine Überforderung der Eltern (Misshandlungsrisiko, zu geringe elterliche Aufsicht und Steuerung).
 - 3-mal höheres Risiko als bei gematchten Kontrollgruppen (Ouyang et al., 2008; Rutter et al.1993)
 - Eltern häufiger selbst in psychosozialer Behandlung (Barklay, 1990)
- Höherer Bedarf für eine spezifische schulische und sozialpädagogische Förderung (vgl. Murphy et al., 2002).
 - 25% benötigten Sonderbeschulung (vs. 3% KG)
 - Nur 7% erreichen Collegeabschluß (vs. 24% KG)
 - 5% Pflegefamilien (vs. 0% in KG) (Barklay, 1990)

Schulwechsel von E-Schülern

Anzahl der Schulwechsel

Angaben in Prozent

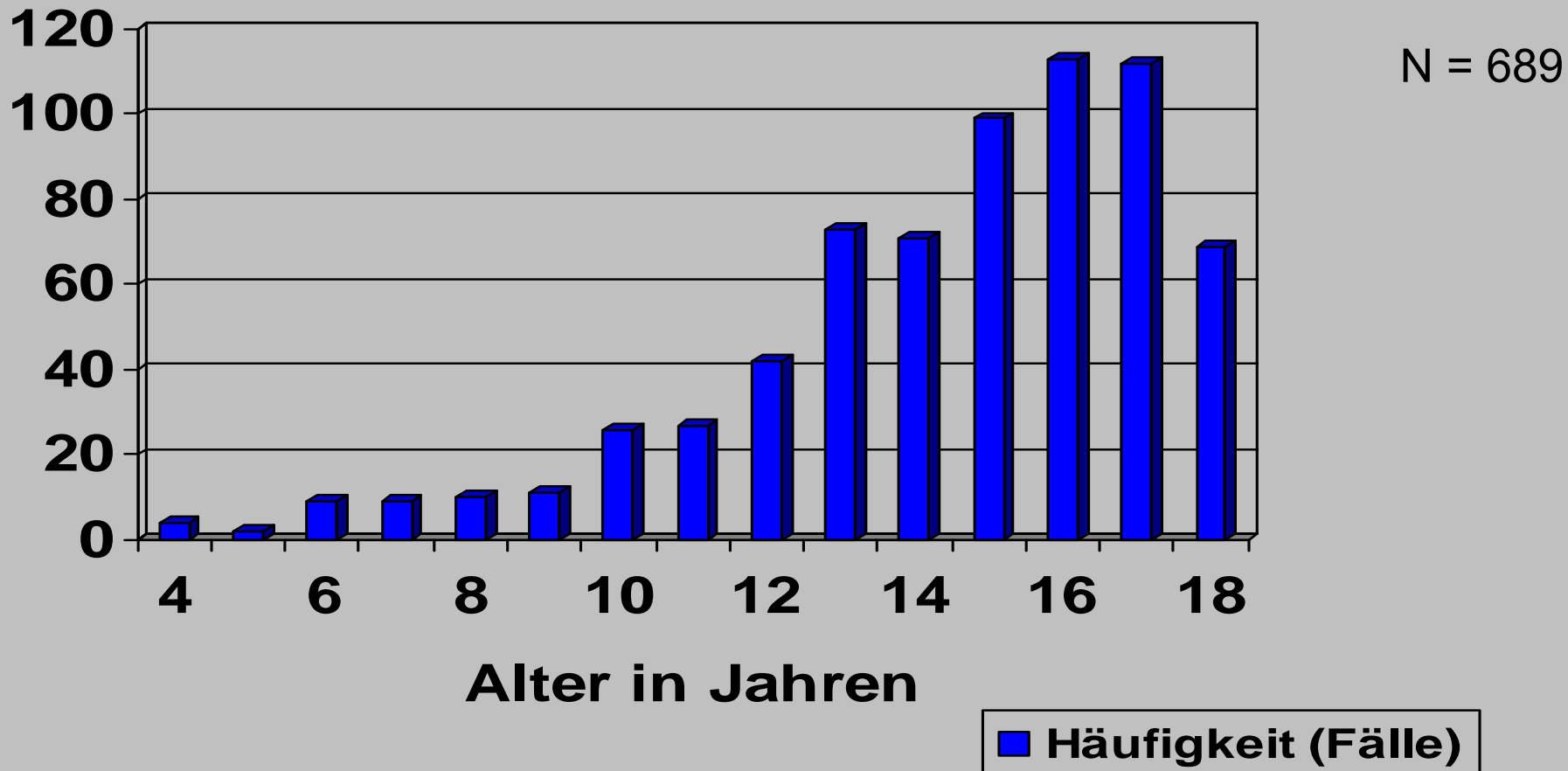
N = 573



Gliederung

1. Heimkinder als Hochrisikogruppe für psychische Störungen und ADHS
2. Prävalenz von ADHS in Heimen – 1. Ulmer Heimkinderstudie
3. Komorbidität und Differentialdiagnose bei Heimkindern
4. Kinder- und Jugendpsychiatrischer und pharmakologischer Behandlungsstatus
5. Verbesserung durch kinder- und jugendpsychiatrische Liaison - 2. Ulmer Heimkinderstudie
6. Potentielle Bedeutung der medikamentösen Unterversorgung für diese Hochrisikogruppe
7. Milieutherapeutische Chancen und Risiken
8. Zusammenfassung und Diskussion

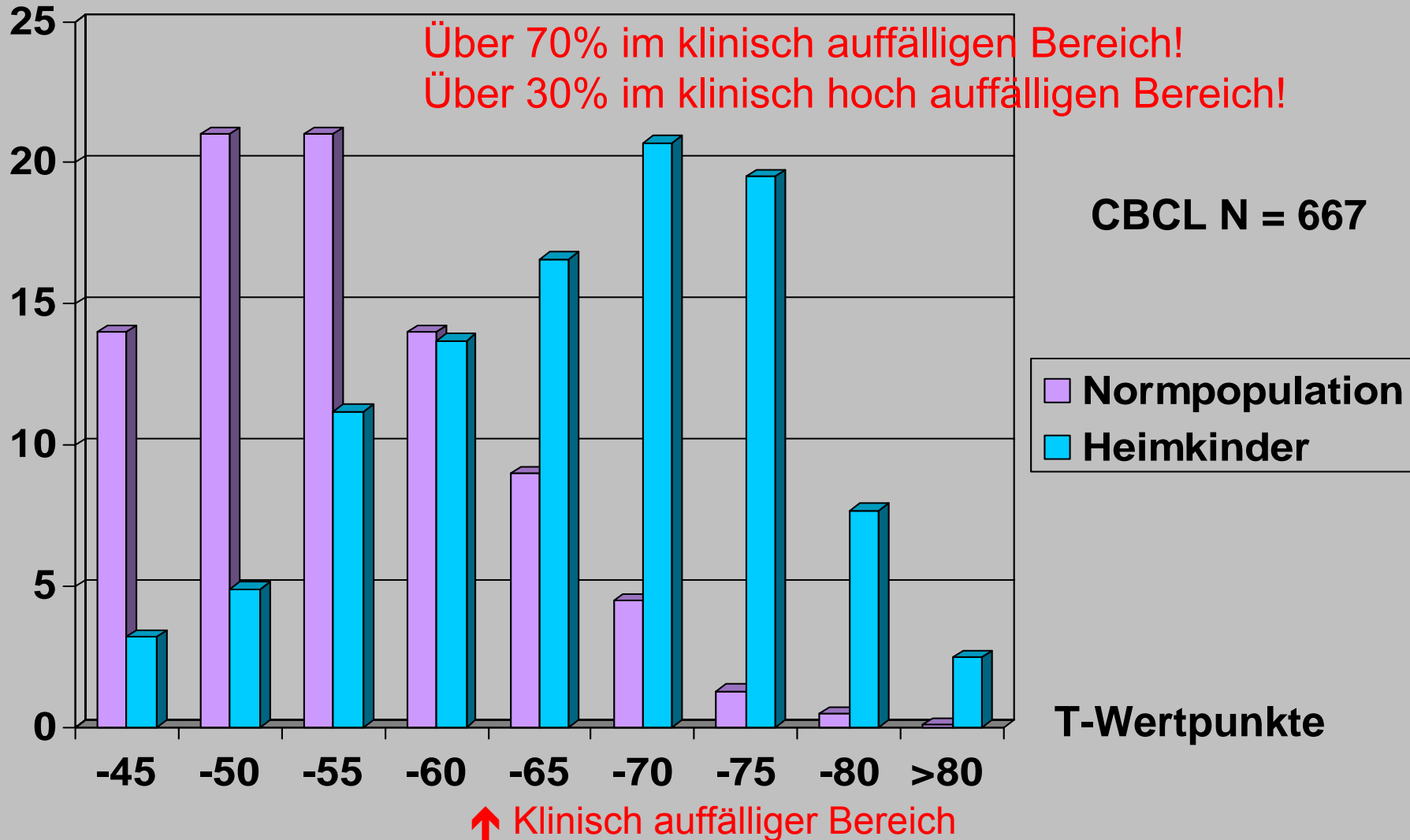
Altersverteilung der Teilstichprobe



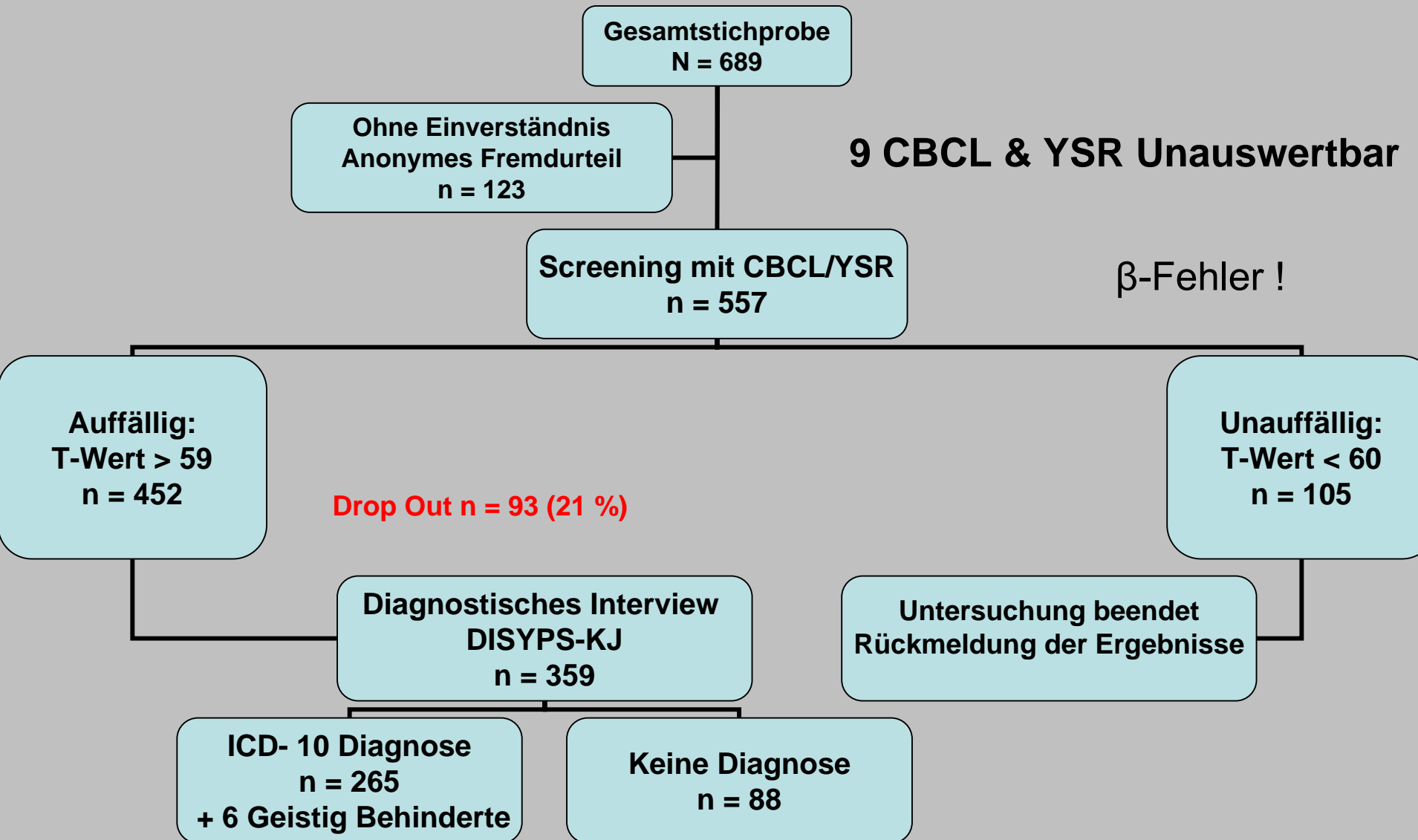
Die Stichprobe besteht aus 209 Mädchen und 480 Jungen.
Das durchschnittliche Alter beträgt 14,4 Jahre (SD = 2,94).

Häufigkeiten Ergebnisse CBCL-Global-Skala

Häufigkeiten (%)



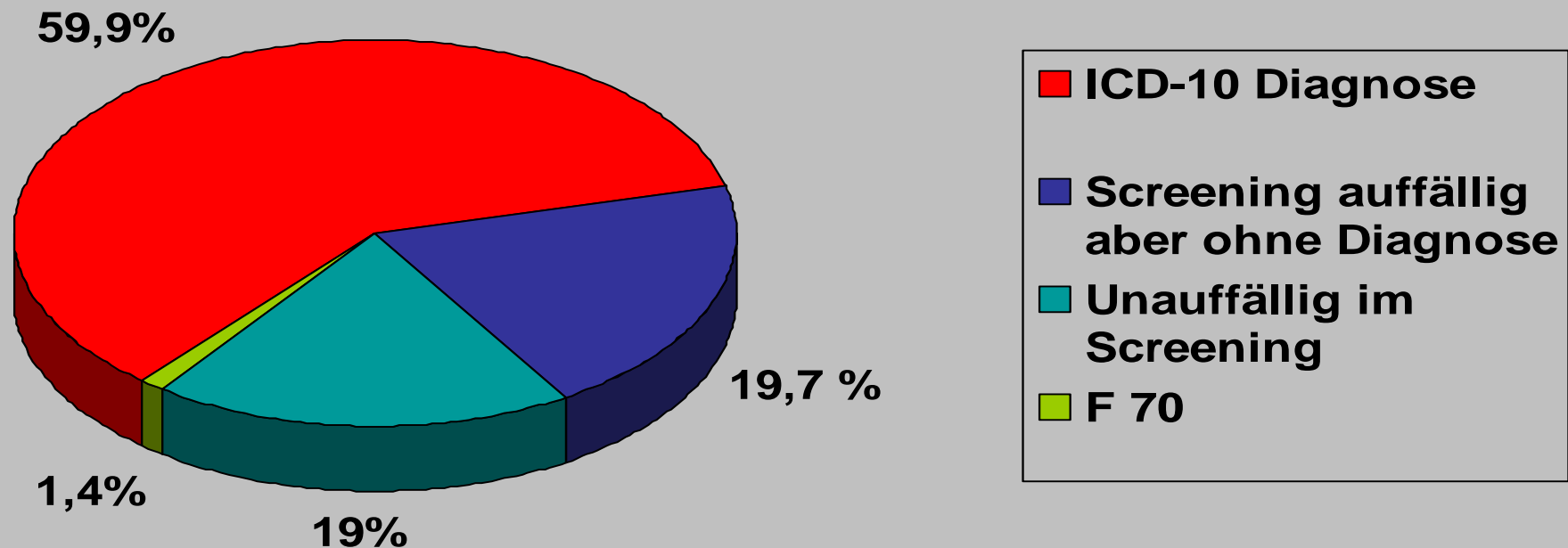
Prävalenz (DYSIPS-KJ + Enuresis, Tic, Substanzmissbrauch, Enkopresis)



Punktprävalenz: 59,9 % ohne F 70 und 61,3 % mit F 70

Ergebnisse der Interviews

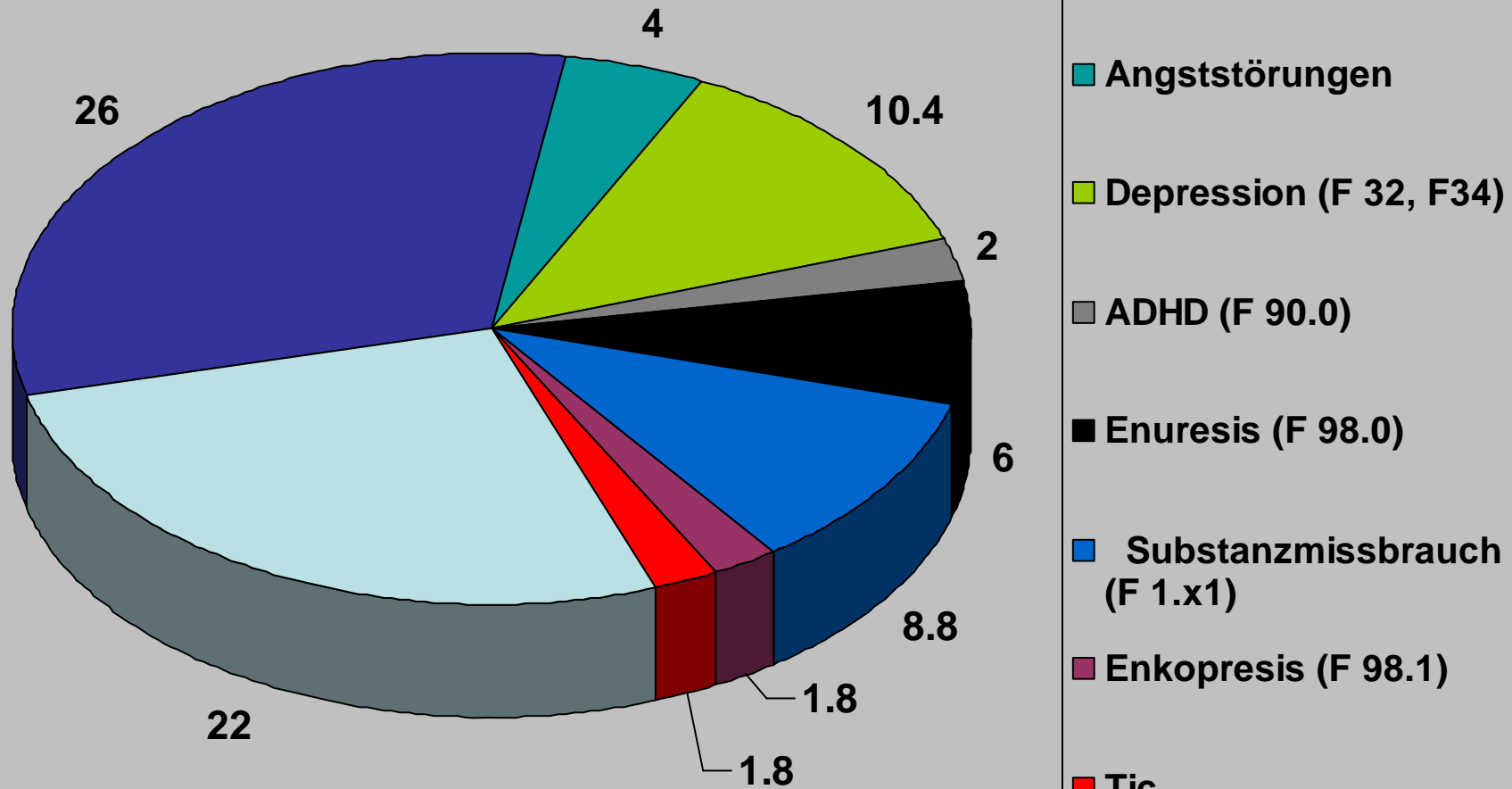
Anzahl der Jugendlichen mit ICD-10 Diagnose



Ergebnisse der Interviews

Prävalenz der Störungsgruppen

Angaben in Prozent



□ HKS (F 90.1)

■ SSV (F 91, F 92)

■ Angststörungen

■ Depression (F 32, F 34)

■ ADHD (F 90.0)

■ Enuresis (F 98.0)

■ Substanzmissbrauch (F 1.x1)

■ Enkopresis (F 98.1)

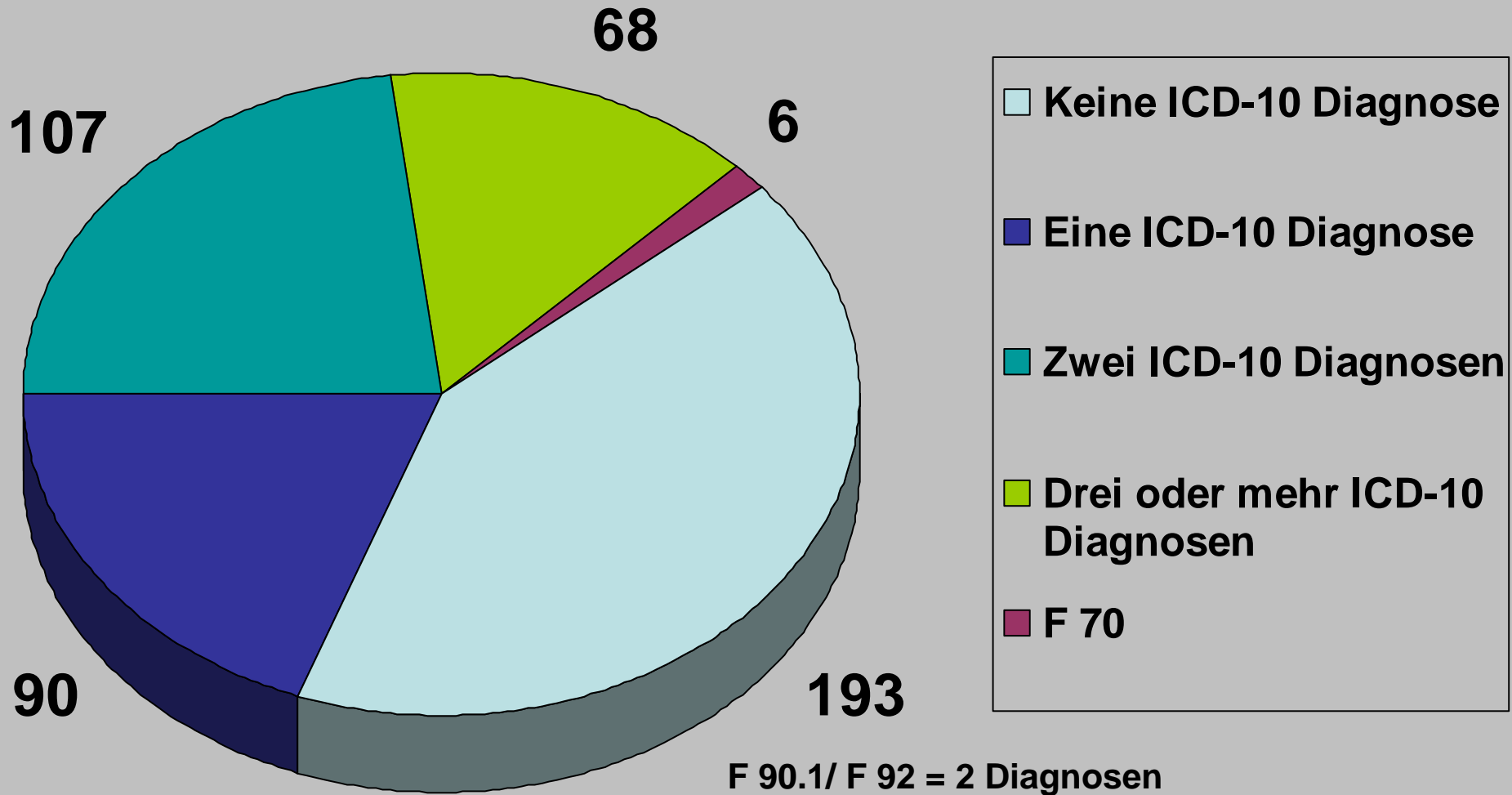
■ Tic

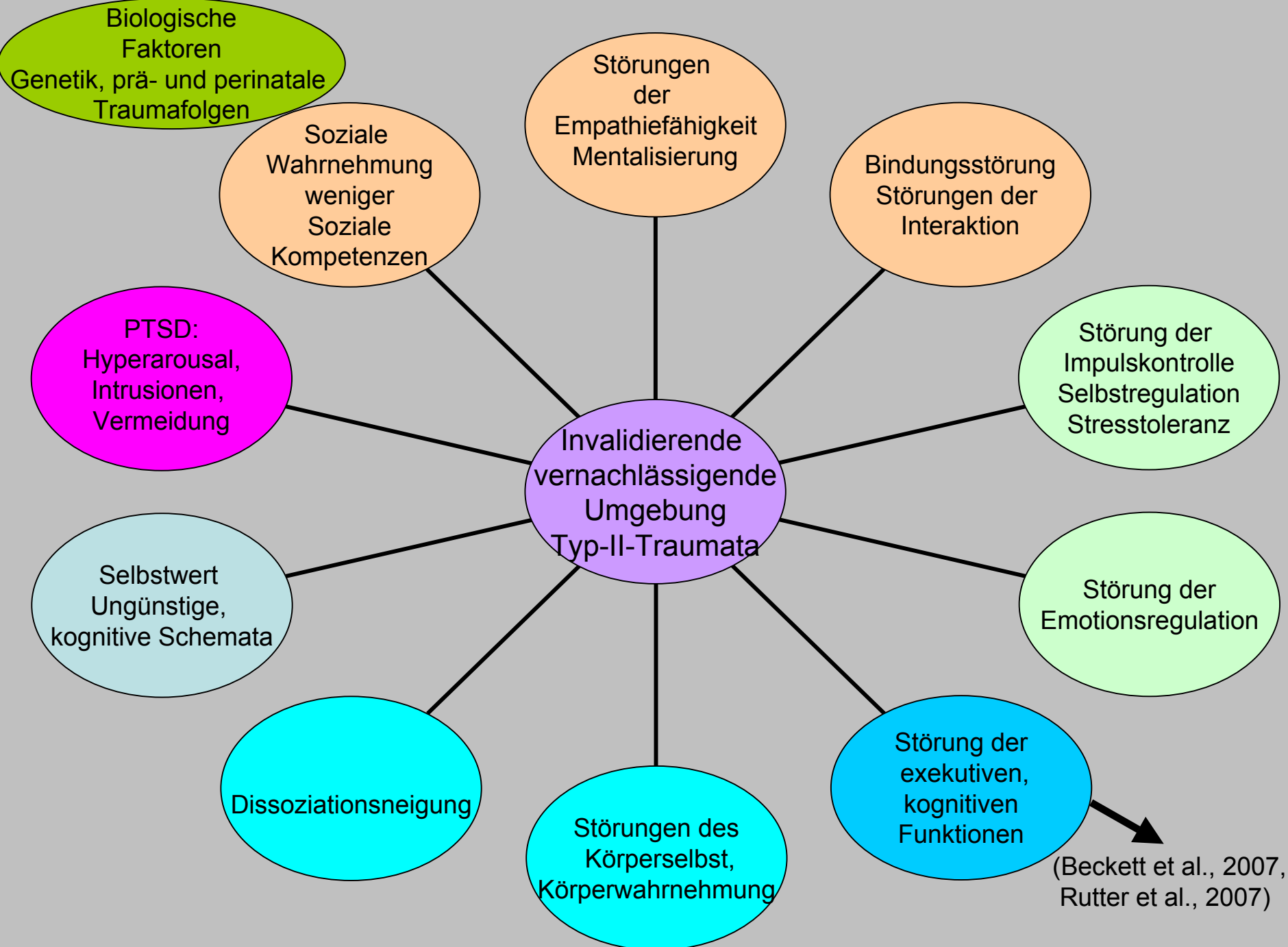
Gliederung

1. Heimkinder als Hochrisikogruppe für psychische Störungen und ADHS
2. Prävalenz von ADHS in Heimen – 1. Ulmer Heimkinderstudie
3. Komorbidität und Differentialdiagnose bei Heimkindern
4. Kinder- und Jugendpsychiatrischer und pharmakologischer Behandlungsstatus
5. Verbesserung durch kinder- und jugendpsychiatrische Liaison - 2. Ulmer Heimkinderstudie
6. Potentielle Bedeutung der medikamentösen Unterversorgung für diese Hochrisikogruppe
7. Milieutherapeutische Chancen und Risiken
8. Zusammenfassung und Diskussion

Komorbidität

Anzahl der ICD-10 Diagnosen





(Schmid, 2008; Literatur zur komplexen PTSD vgl. Cook et al., 2003; van der Kolk, 2005)

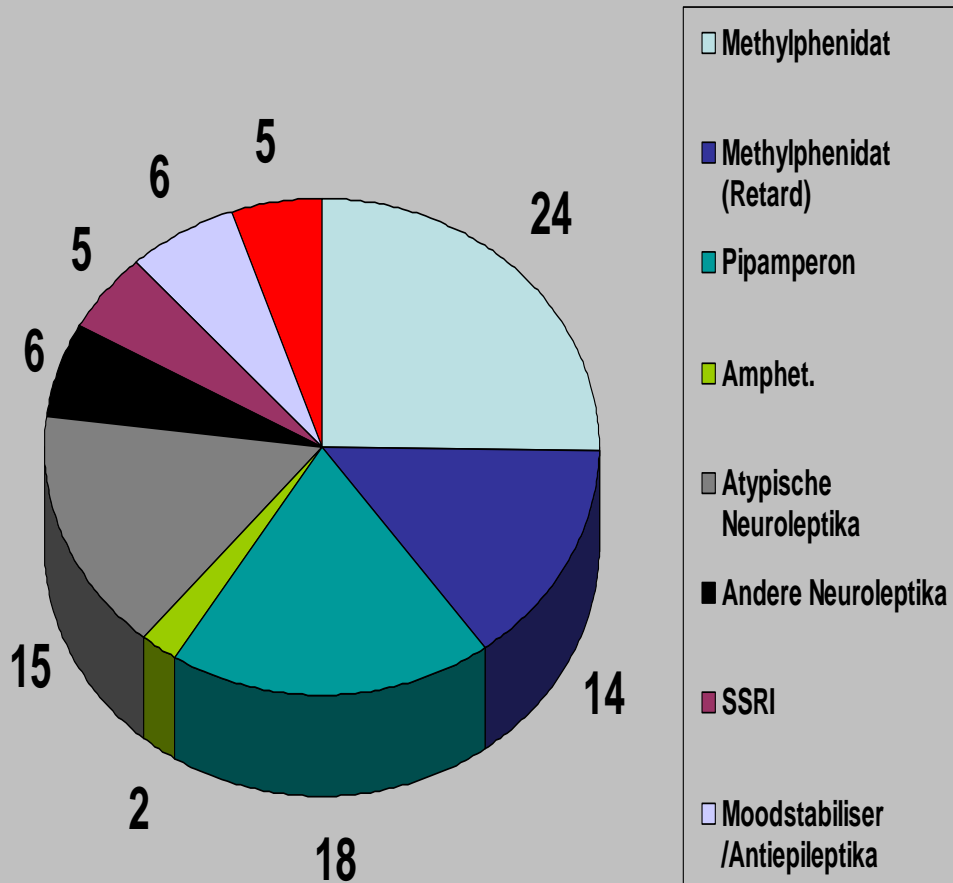
Behandlungsstatus

Kinder- und Jugend- psychiatrische / Psycho- therapeutische Behandlung	ICD-10 Diagnose + F 70 n = 269	Keine ICD-10 Diagnose n = 191
Behandlung n = 191	135	56
Keine Behandlung n = 269	134	135

Nur 79 (11 %) Kinder und Jugendliche und nur ¼ der Kinder und Jugendlichen mit ADHS werden medikamentös behandelt.

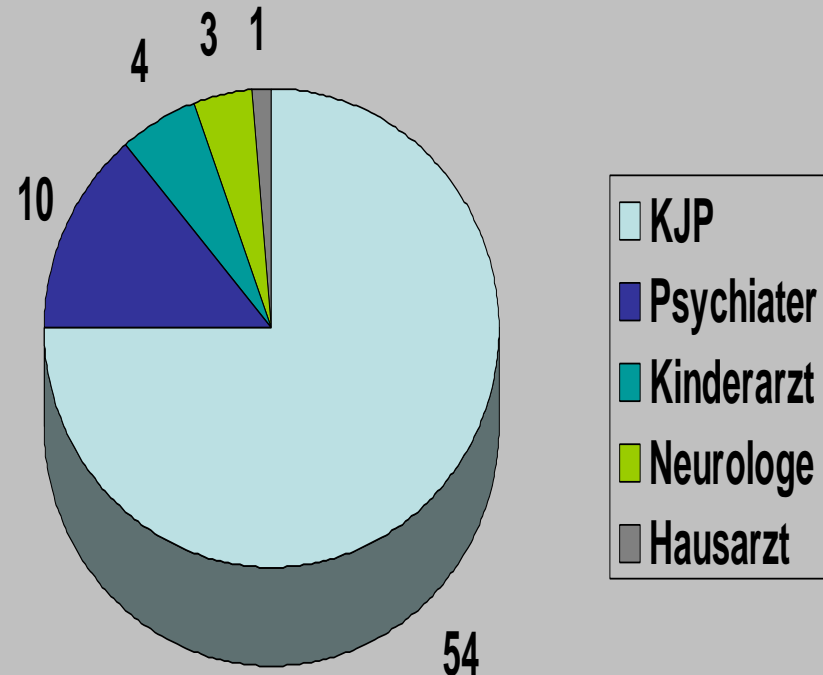
Verwendete Substanzen / Verschreibende Ärzte

Verwendete Substanzen



Absolute Häufigkeiten

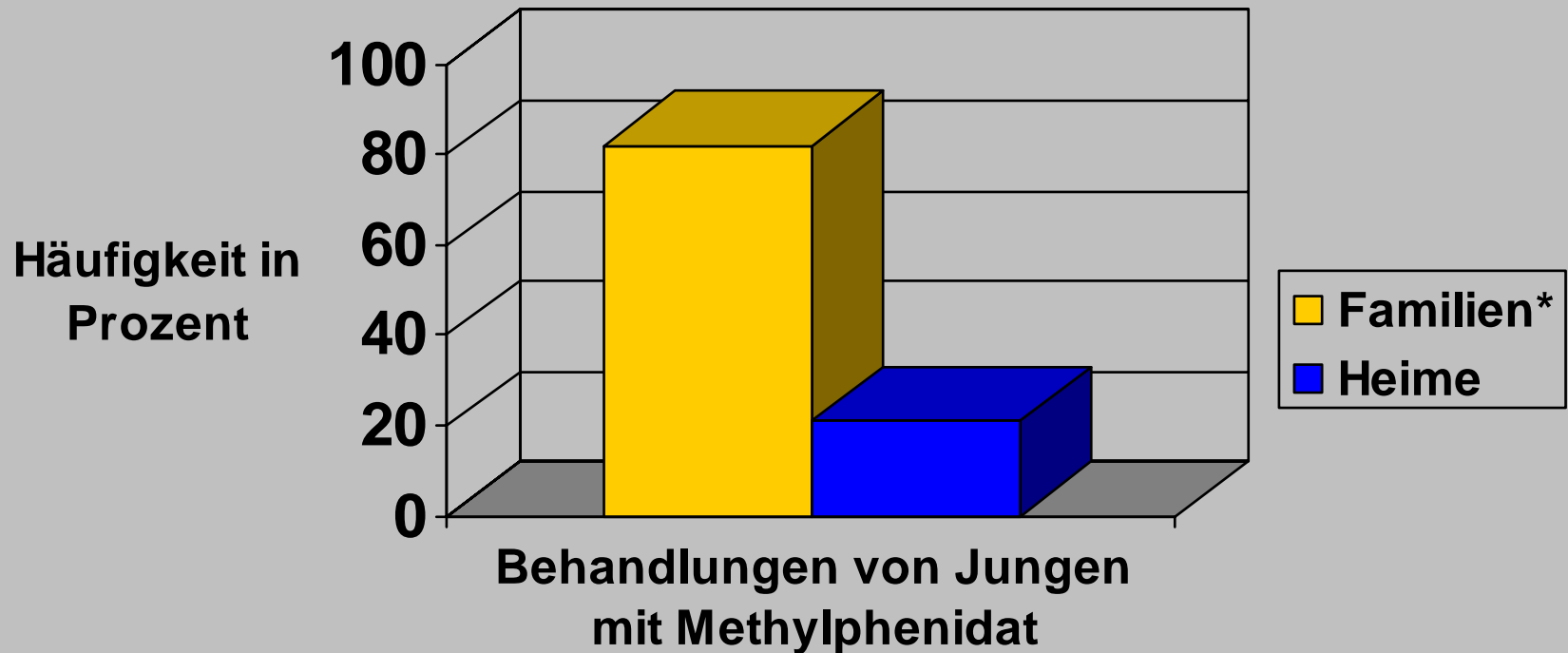
Verschreibende Ärzte



Absolute Häufigkeiten

Störungsspezifischer, medikamentöser Behandlungsstatus

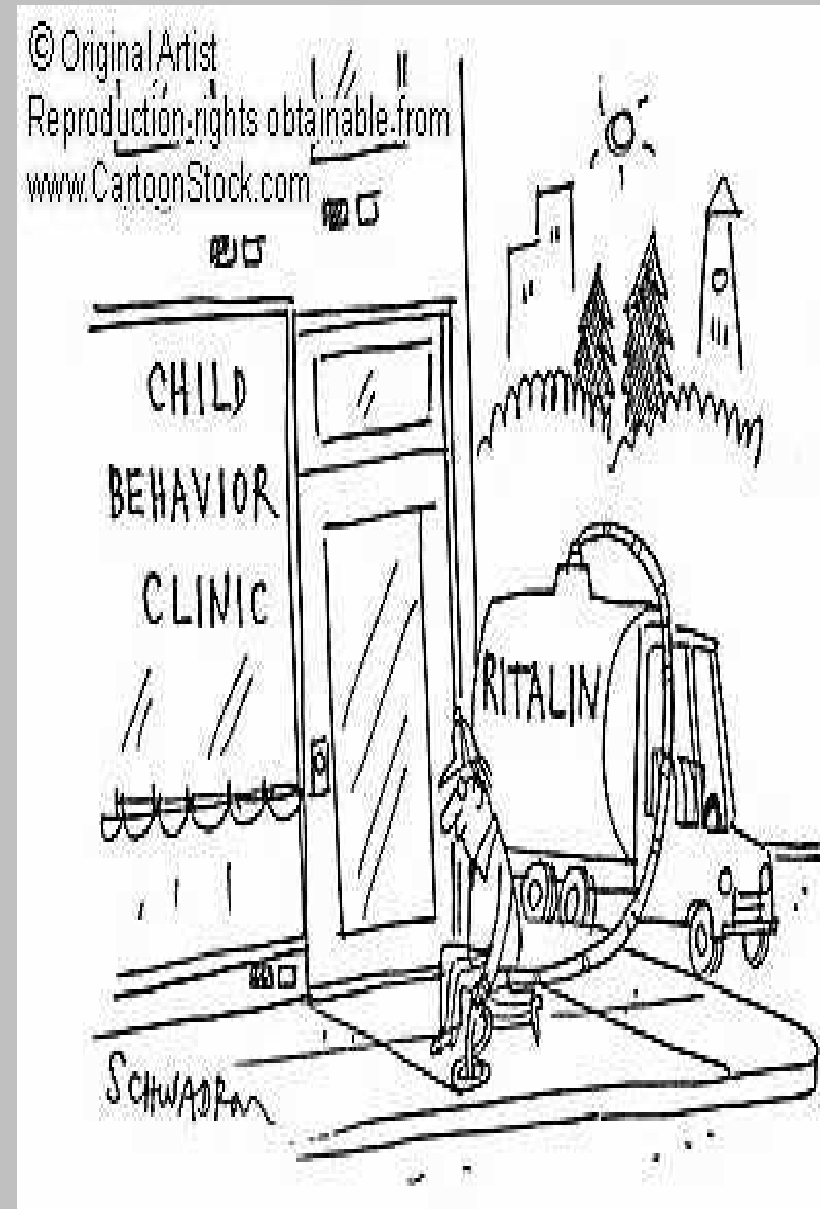
Behandlungsstatus von Jungen mit ADHS in Familien vs. in Heimen



*Hochrechnung aufgrund der Daten von Glaeske, Fegert et al., 2002

Mögliche Ursachen?

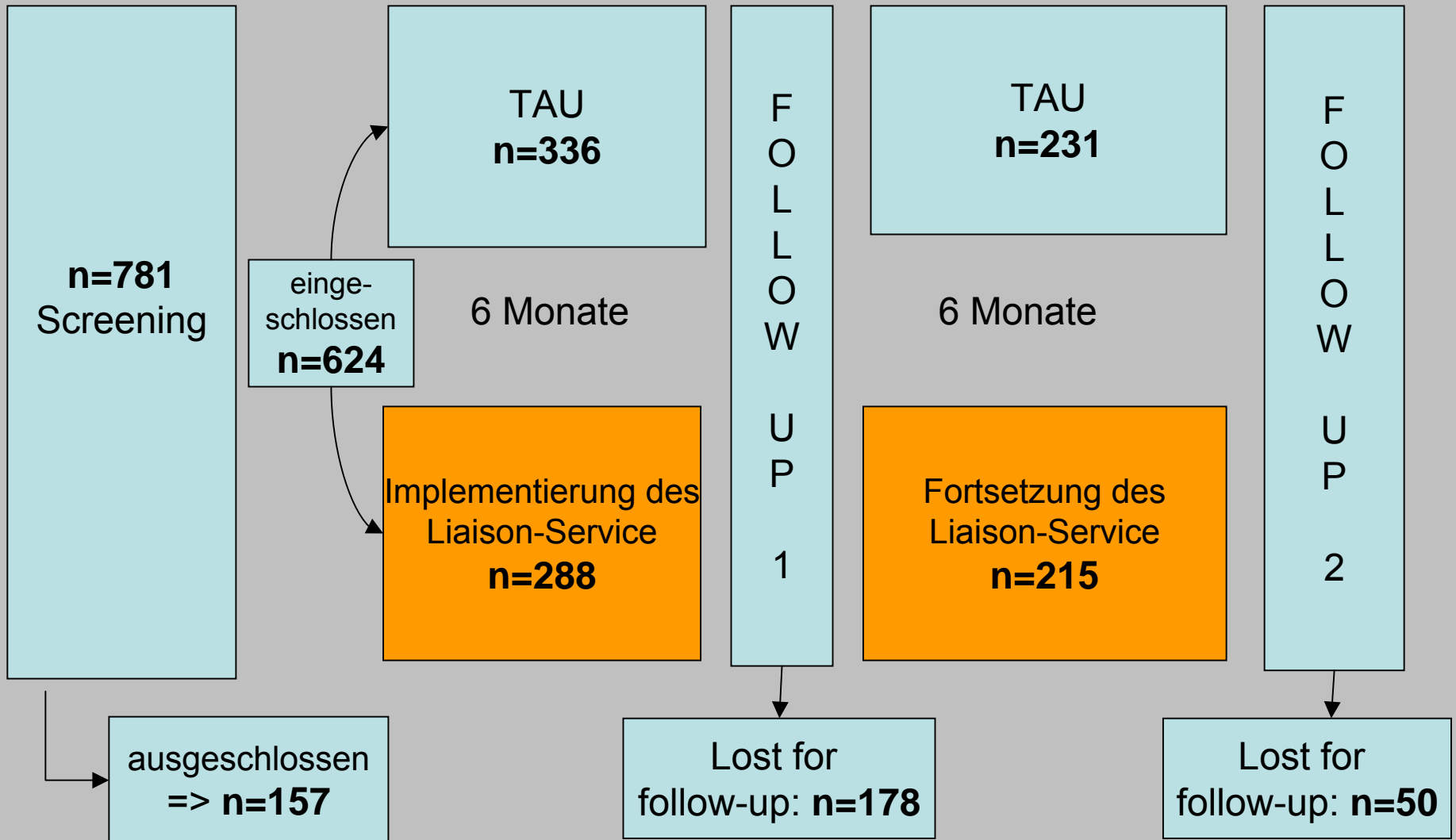
- Symptome werden traditionell eher auf soziale als auf biologische Ursachen zurückgeführt - grundlegende Einstellungsunterschiede?
- In der Ausbildung von Heimerziehern und Sozial-Pädagogen werden kaum qualifizierte Information über Psychopharmaka vermittelt.
- Professionelles, gut strukturiertes, milieutherapeutisches Setting kann vor allem zu Beginn einer Maßnahme viel kompensieren.
- Teilweise wird ein Absetzen der Medikamente als Erfolg, ein Ansetzen als Misserfolg gesehen.
- Relativ hochschwellige und zeitaufwendige Kooperation mit Kinder- und Jugendpsychiatrie.
- Nur sehr selten überdauernde kinder- und jugendpsychiatrische Begleitung mit gemeinsamer Falldefinition.
- Relativ geringe, sofort beobachtbare Wirkung wegen hoher Komorbidität.



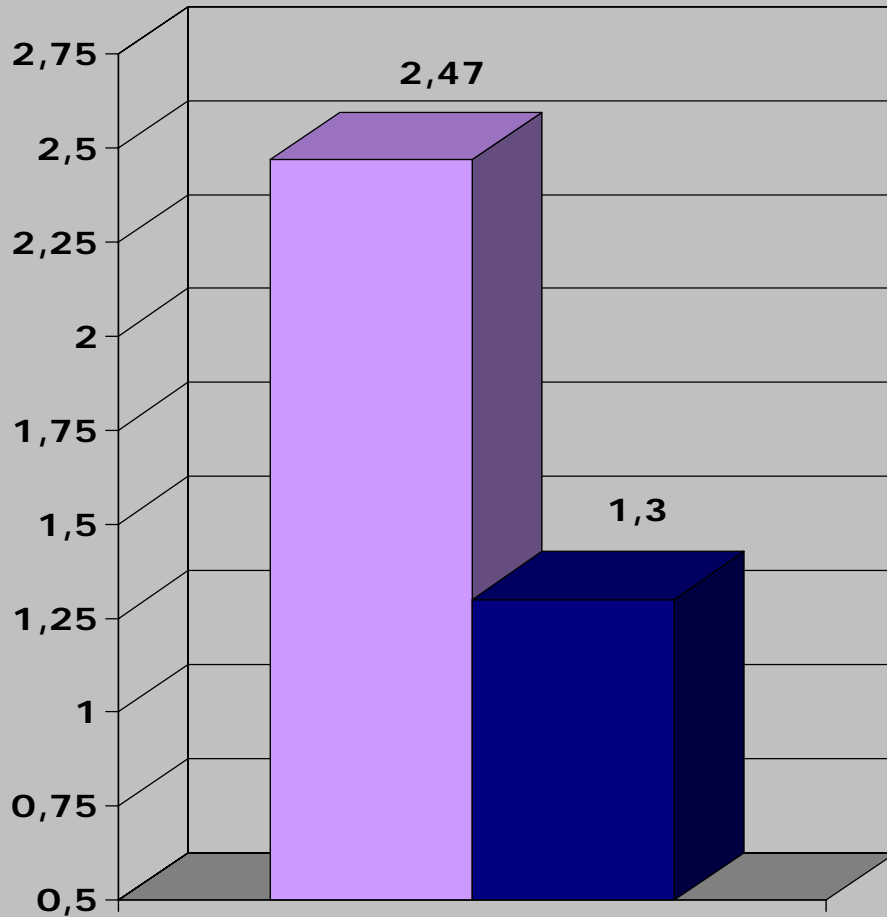
Gliederung

1. Heimkinder als Hochrisikogruppe für psychische Störungen und ADHS
2. Prävalenz von ADHS in Heimen – 1. Ulmer Heimkinderstudie
3. Komorbidität und Differentialdiagnose bei Heimkindern
4. Kinder- und Jugendpsychiatrischer und pharmakologischer Behandlungsstatus
5. Verbesserung durch kinder- und jugendpsychiatrische Liaison - 2. Ulmer Heimkinderstudie
6. Potentielle Bedeutung der medikamentösen Unterversorgung für diese Hochrisikogruppe
7. Milieutherapeutische Chancen und Risiken
8. Zusammenfassung und Diskussion

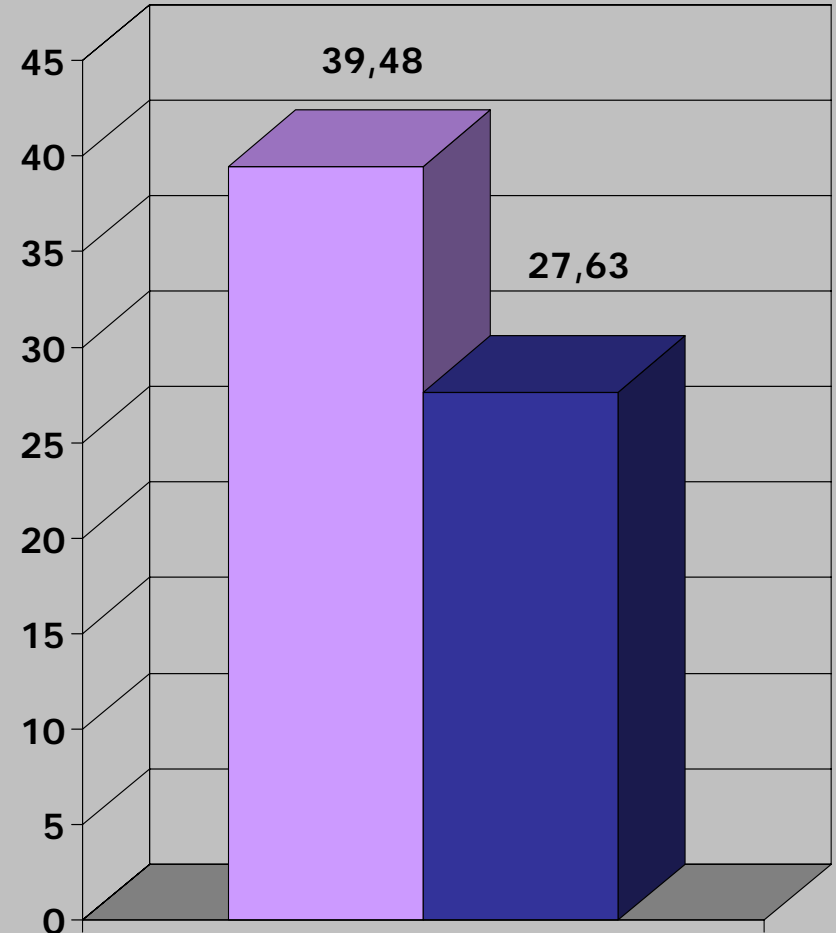
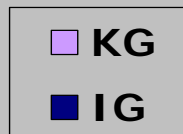
Design: case-flow



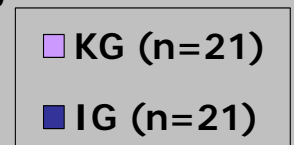
Stationäre Behandlungstage



mittlere Behandlungsdauer
pro Kopf

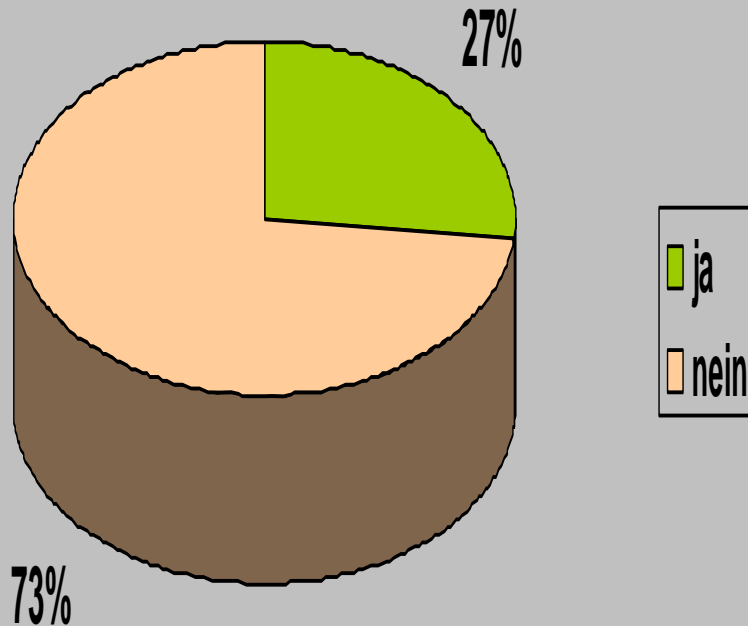


mittlere Behandlungsdauer

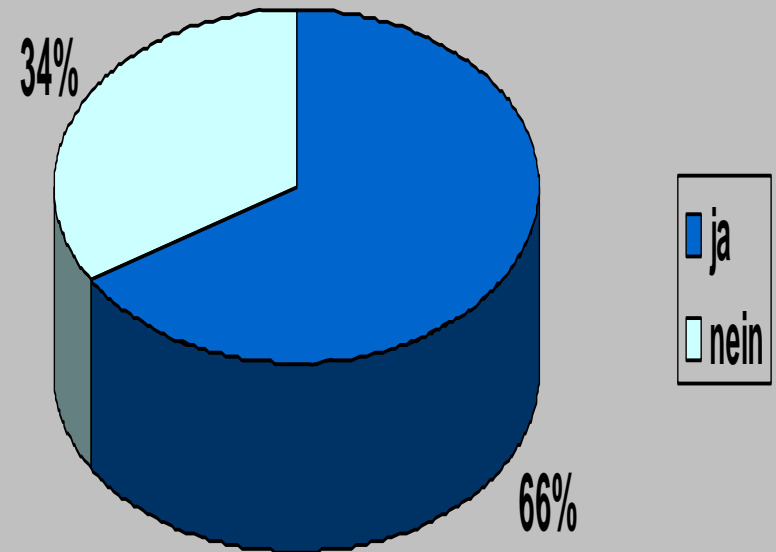


KJP-Versorgungsgrad

Häufigkeit der ambulanten KJP Behandlung in
der KG (T2)



Häufigkeit der ambulanten KJP Behandlung in
der IG (T2)



Gliederung

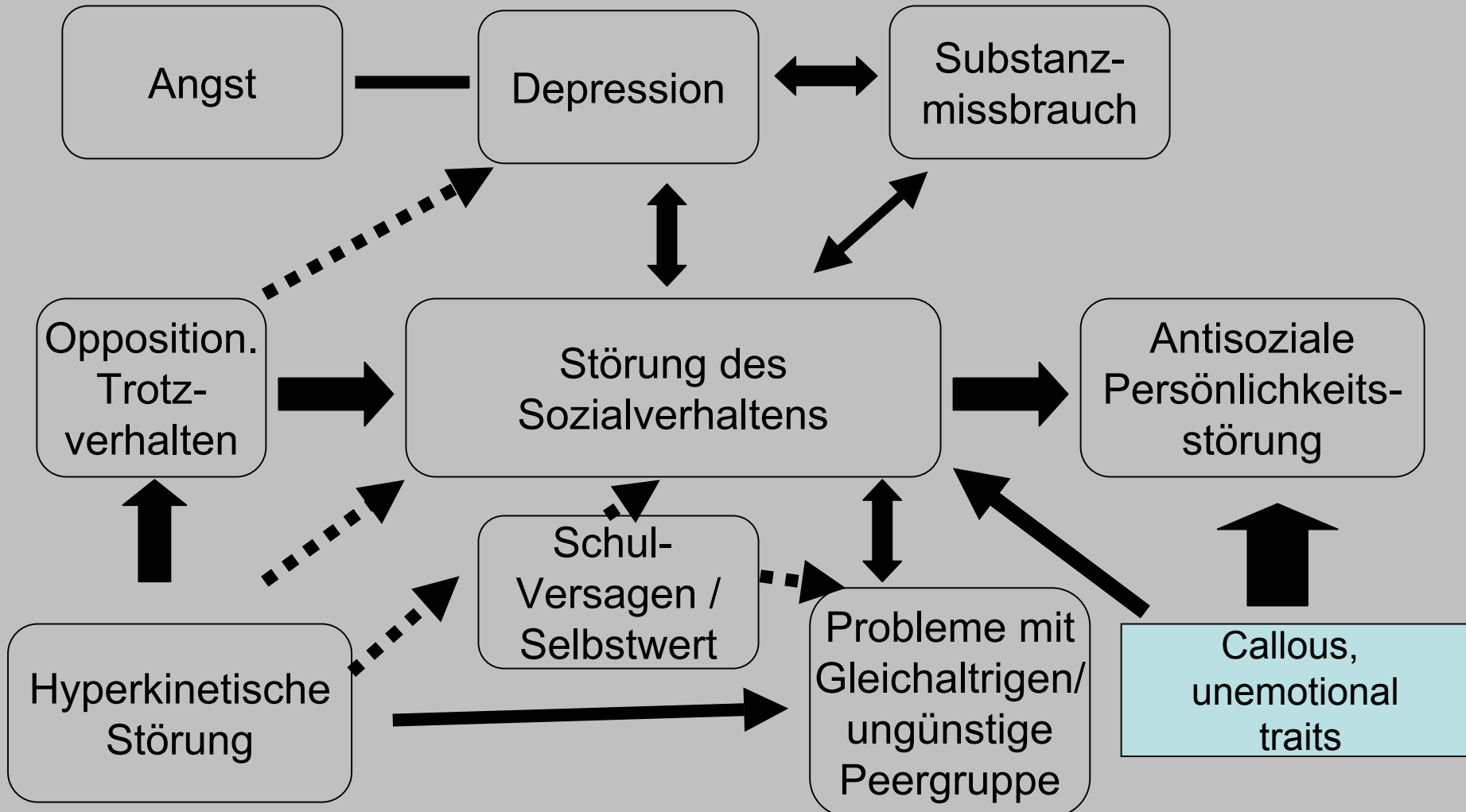
1. Heimkinder als Hochrisikogruppe für psychische Störungen und ADHS
2. Prävalenz von ADHS in Heimen – 1. Ulmer Heimkinderstudie
3. Komorbidität und Differentialdiagnose bei Heimkindern
4. Kinder- und Jugendpsychiatrischer und pharmakologischer Behandlungsstatus
5. Verbesserung durch kinder- und jugendpsychiatrische Liaison - 2. Ulmer Heimkinderstudie
6. **Potentielle Bedeutung der medikamentösen Unterversorgung für diese Hochrisikogruppe**
7. Milieutherapeutische Chancen und Risiken
8. Zusammenfassung und Diskussion

Jugendstrafrecht

- 104 (37%) der 282 strafmündigen Jugendlichen hatten bereits Kontakt mit dem Jugendstrafgericht.
- 70 Jugendliche hatten mehrere Kontakte mit dem Jugendstrafgericht.
- Breite Palette an Straftaten;
hauptsächlich Eigentumsdelikte und leichte Körperverletzungen.

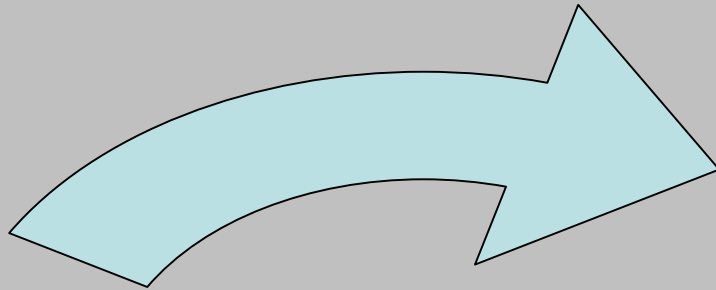
Entwicklung dissozialen Verhaltens

Frühe Kindheit → Adoleszenz → Erwachsenenalter



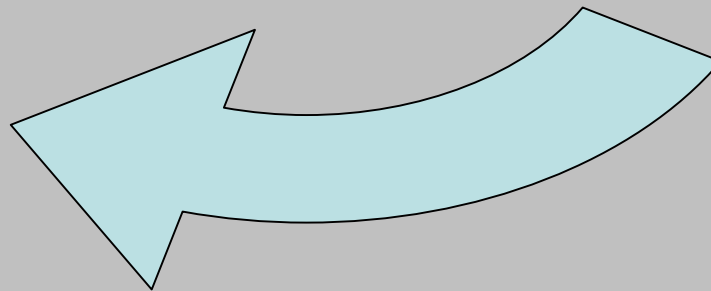
(nach Loeber et al., 2000, 2002; vom Referent ergänzt)

Teufelskreis des aggressiven Verhaltens



Zurückweisung durch
Gleichaltrige /
Bezugspersonen

Aggressive
Verhalten



Wichtige soziale Fertigkeiten konnten nicht entwickelt werden

Kaltherzige - unemotionale Verhaltenszüge im Kindesalter (CU-traits)

- unbeeindruckt von Gefühlen anderer
- empfindet keine Reue oder Schuld
- hält keine Versprechen / permanentes Lügen
- zeigt keine Gefühle
- Gleichgültigkeit bezüglich Schulaufgaben
- keine überdauernden Freundschaften / Desinteresse an emotionalen Verbindungen – Beziehungen werden instrumentalisiert

Effects of Methylphenidate and Behavior Modification on the Social and Academic Behavior of Children With Disruptive Behavior Disorders: The Moderating Role of Callous/Unemotional Traits

Daniel A. Waschbusch

University at Buffalo–SUNY and Dalhousie University

Normand J. Carrey

IWK Health Centre and Dalhousie University

Michael T. Willoughby

University of North Carolina–Chapel Hill

Sara King

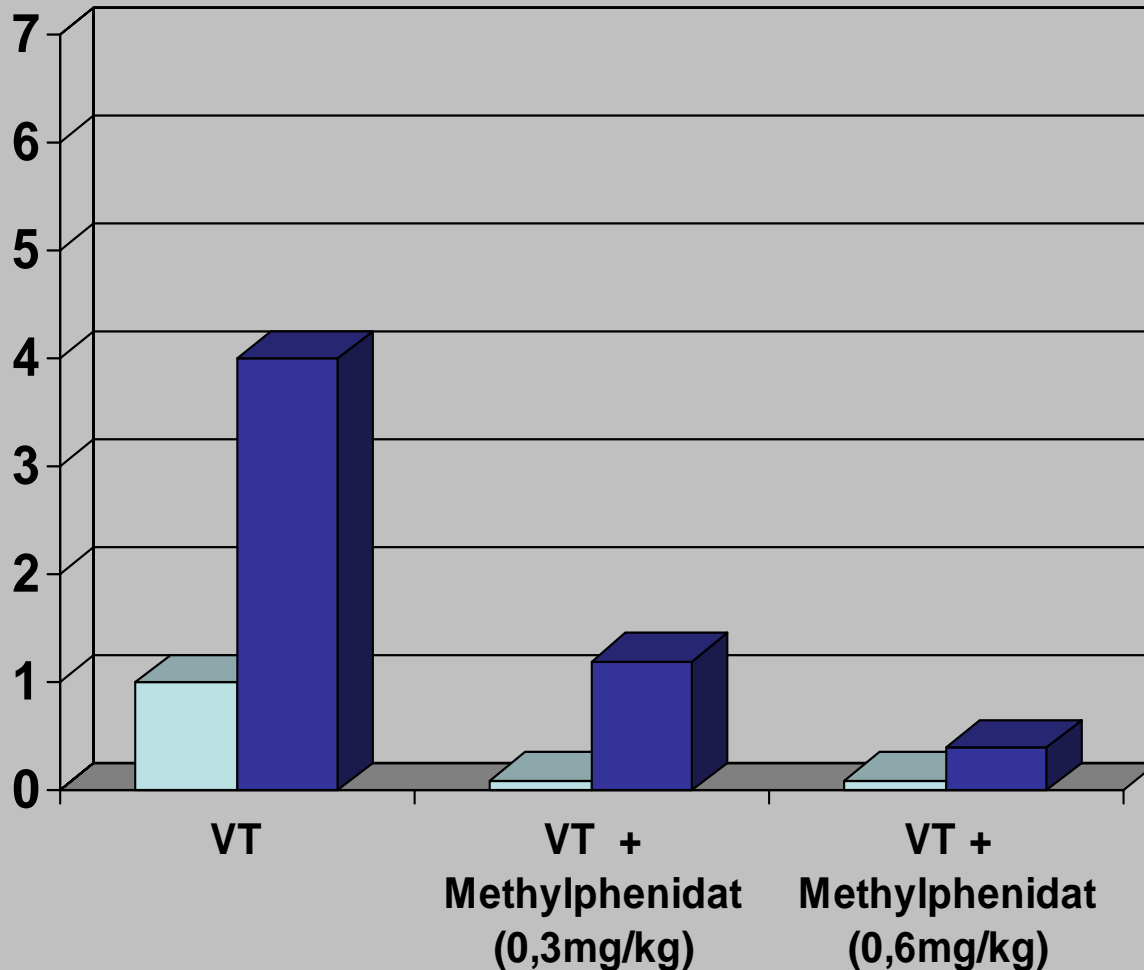
Dalhousie University and IWK Health Centre

Brendan F. Andrade

Dalhousie University and Peel Children's Centre, Toronto

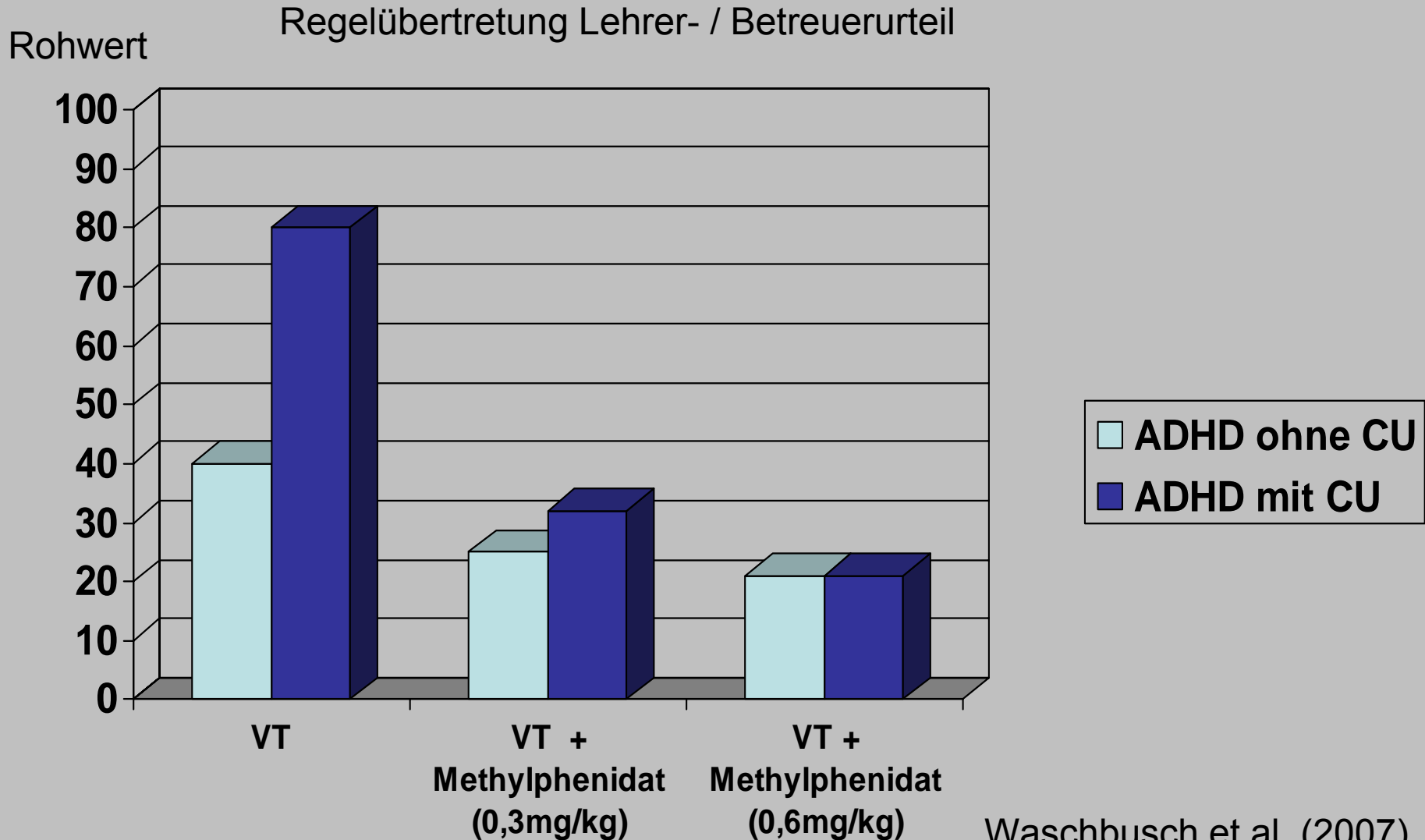
ADHS, Callous unemotional Traits und Milieuthherapie

Rohwert Verhaltensprobleme Lehrer- / Betreuerurteil



ADHD ohne CU
ADHD mit CU

ADHS, Callous unemotional Traits und Milieutherapie



Gliederung

1. Heimkinder als Hochrisikogruppe für psychische Störungen und ADHS
2. Prävalenz von ADHS in Heimen – 1. Ulmer Heimkinderstudie
3. Komorbidität und Differentialdiagnose bei Heimkindern
4. Kinder- und Jugendpsychiatrischer und pharmakologischer Behandlungsstatus
5. Verbesserung durch kinder- und jugendpsychiatrische Liaison - 2. Ulmer Heimkinderstudie
6. Potentielle Bedeutung der medikamentösen Unterversorgung für diese Hochrisikogruppe
7. Milieutherapeutische Chancen und Risiken
8. Zusammenfassung und Diskussion

Kleine Hilfen im Alltag

- Reizarme WG-, Klassenräume und Arbeitsplätze - kein Hochsicherheitstrakt - freundlich, hell, heil, „sicher“.
Rückzugsräume (bei altersheterogenen Gruppen teilweise von Vorteil).
- Klare Verantwortlichkeiten für Hausaufgaben, Jobs auf den Gruppen – Visualisierung von Wochenpläne – viel Zeit für Vermittlung.
- Strukturierung des Tages – Zeit zum Runterkommen einplanen – Ruhezeiten und viele Rituale.
- Übergänge im Alltag ankündigen und vorbereiten – Zeitdruck in Verbindung mit den betroffenen Kindern vermeiden.
- Schwierige Situationen antizipieren – Reizüberflutung vorbeugen – Handlungsaufträge zum Schutz.
- Wenige Regeln, die aber immer durchsetzbar sind, sind viel besser als viele, die nicht 100 % zu kontrollieren sind.
- Kind nie vor anderen Mitbewohnern kritisieren.

Kleine Hilfen im Alltag

- Keine langen Diskussionen - Handeln statt Reden.
- Ein gutes Modell im Alltag sein - d.h. vom Kind nichts verlangen, was man selbst nicht bereit ist zu tun – vom Kind erwartetes Verhalten bewusst möglichst häufig selbst anwenden.
- Fehlerkultur – Fehler müssen sowohl von den Kindern und Jugendlichen **als auch dem Team** gleich repariert werden.
- Sport und kontrollierte *Bewegungsabfuhr* einplanen (z.B. Judo, Fechten, Ausdauersport).
- Reizreduktion, weniger TV, PC, Musik, etc...
- Andere Hilfssysteme frühzeitig um Hilfe bitten.

Verstärkerbedingungen auf Wohngruppen

- Problemverhalten wird auch in stationären Settings oft durch Aufmerksamkeit (Team, Mitpatienten) verstärkt.
- Der Umgang mit Symptomen muss daher innerhalb des Teams festgelegt werden.
- Der Patient muss auf der Wohngruppe bezüglich seines Symptomverhaltens alternative Beziehungserfahrungen im Vergleich zu seinem gewohnten Umfeld machen.
- Starre verhaltenstherapeutische Verstärkerpläne für die ganze Wohngruppe können bei traumatisierten Heimkindern relativ schnell zur Eskalationsspiralen führen oder scheitern (Individualisierung dieser hochwirksamen Intervention).



Wege aus der Verstärkerfalle

- Konsequente Verstärkung von positivem Verhalten.
- Verhaltensanalysen von Problemverhalten – auch Teams sollten ihre Verstärkerbedingungen ständig reflektieren.
- Blick auf das positive - individuelle Tagesreflexionen.
- Soziales Problemlösen als Grundhaltung.
- Verhaltenstests und Aufgaben vereinbaren (stationäre Settings nutzen).
- Ressourcenübergaben.



Ressourcenübergabe

- Im Rahmen einer Teamübergabe wird der Schwerpunkt auf die positiven Verhaltensweisen eines Kindes / Jugendlichen gelegt.
- Allgemeine Stärken des Kindes.
- Verhaltensansätze, die helfen die Symptomatik zu überwinden.
- Das positive Sozialverhalten auf der Wohngruppe wird reflektiert.
- Besondere Aktivitäten mit Bezugsbetreuern und dem Kind werden geplant (Spiel & Spaß Zeit).
- Die Ressourcen im Umfeld des Kindes werden besonders beachtet und gestärkt.



Gliederung

1. Heimkinder als Hochrisikogruppe für psychische Störungen und ADHS
2. Prävalenz von ADHS in Heimen – 1. Ulmer Heimkinderstudie
3. Komorbidität und Differentialdiagnose bei Heimkindern
4. Kinder- und Jugendpsychiatrischer und pharmakologischer Behandlungsstatus
5. Verbesserung durch kinder- und jugendpsychiatrische Liaison - 2. Ulmer Heimkinderstudie
6. Potentielle Bedeutung der medikamentösen Unterversorgung für diese Hochrisikogruppe
7. Milieutherapeutische Chancen und Risiken
8. Zusammenfassung und Diskussion

Zusammenfassung

- Kinder und Jugendliche in der stationären Jugendhilfe sind psychisch außergewöhnlich stark belastet und benötigen Erziehung und kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung - Psychische Störungen sind eher die Regel als die Ausnahme - ADHS ist die häufigste Störung.
- Bindungsstörungen und komplexe PTSD sind als Differentialdiagnosen und wichtige Komorbidität bei Heimkinder besonders zu beachten.
- Relativ zu ihrer Belastung ist diese Hochrisikogruppe massiv unterversorgt.
- Durch einen aufsuchenden Liaisondienst erreichen die kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsangebote wesentlich mehr (und früher) psychisch auffällige Kinder und Jugendliche.
- Durch eine konsequente Ausrichtung der Milieuthherapie und Schule auf die ADHS Symptomatik und die Beziehungsbedürfnissen der Kinder und Jugendlichen kann eine stationäre Jugendhilfemaßnahme die gesellschaftliche Teilhabe der Kinder wesentlich verbessern.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !



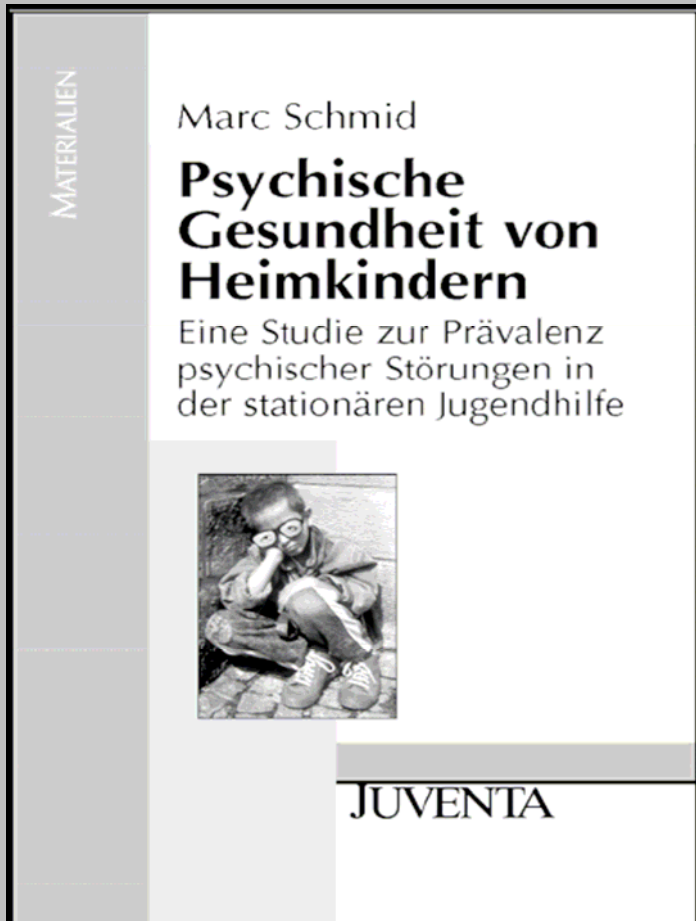
**Michel wurde
Gemeinderats-
präsident !!!**

Kontakt - Literatur

Schmid M., Fegert J.M., Schmeck K., Kölch M. (2007).

Psychische Belastung von Kindern und Jugendlichen in Schulen für Erziehungshilfe.
Zeitschrift für Heilpädagogik. 58 (8). 282-290.

www.traumaundgewalt.de



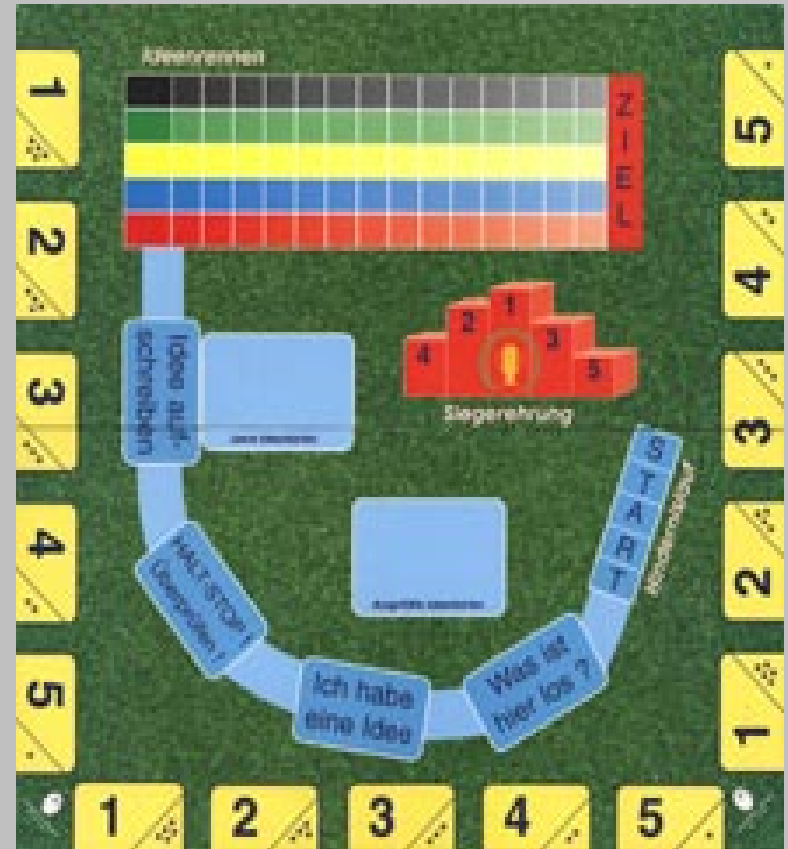
Kontakt:

Marc Schmid
Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik der
Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel
Schaffhauser Rheinweg 55
Ch-4058 Basel
Tel. 0041-(0)61- 685 93-03
Fax.0041-(0)61- 685 93-09
Marc.Schmid@upkbs.ch

Therapiespiel: die Ideenolympiade?

Sport als Hintergrundmetapher:

1. Hindernislauf:
 - Generierung von Problemlösungen
2. Ideenrennen:
 - Bewertung der Problemlösungen
 - Antizipation der Folgen
3. Siegerehrung:
 - Zusammenfassung



<http://www.praxis-drkuhlmann.de/spiel.html>