



Klinik für Kinder- und Jugend- psychiatrie/Psychotherapie

SAVE –

**Ein kognitiv-behaviorales Trainingsprogramm
für Jugendliche mit AD(H)S**

Nina Spröder & Jasmin Grieb



Warum überhaupt?



➤ ADHS „wächst“ sich aus; exponentielle Abnahme der Prävalenz von ADHS mit dem Alter (Hill & Schoener, 1996)



➤ 4-7% der Erwachsenen erfüllen die DSM IV Kriterien für ADHs (Barkley, 1996)

Warum überhaupt?

➤ Mit 19 Jahren 70% 1/3 der

ADHS

Vorkommen ADHS:

8 % Kindheit,

ca. 1-2 % Erwachsenenalter (Farone, et al., 2003)

Es gibt bisher nur eine Studie, die Patienten bis in ihr
30. Lebensjahr hinein untersucht (Farone, Biederman & Mick, 2006)



Weshalb ist die Diagnose bei Jugendlichen schwer zu stellen?

ADHS bei Jugendlichen...

- Weniger hyperaktiv
- Probleme in der Alltagsorganisation, Selbstdisziplin, Motivation, Arbeitsverhalten
- Vieles wird vermieden
- Zahlreiche komorbide Störungen (z.B. Ängste, Depression, Probleme mit Gleichaltrigen)

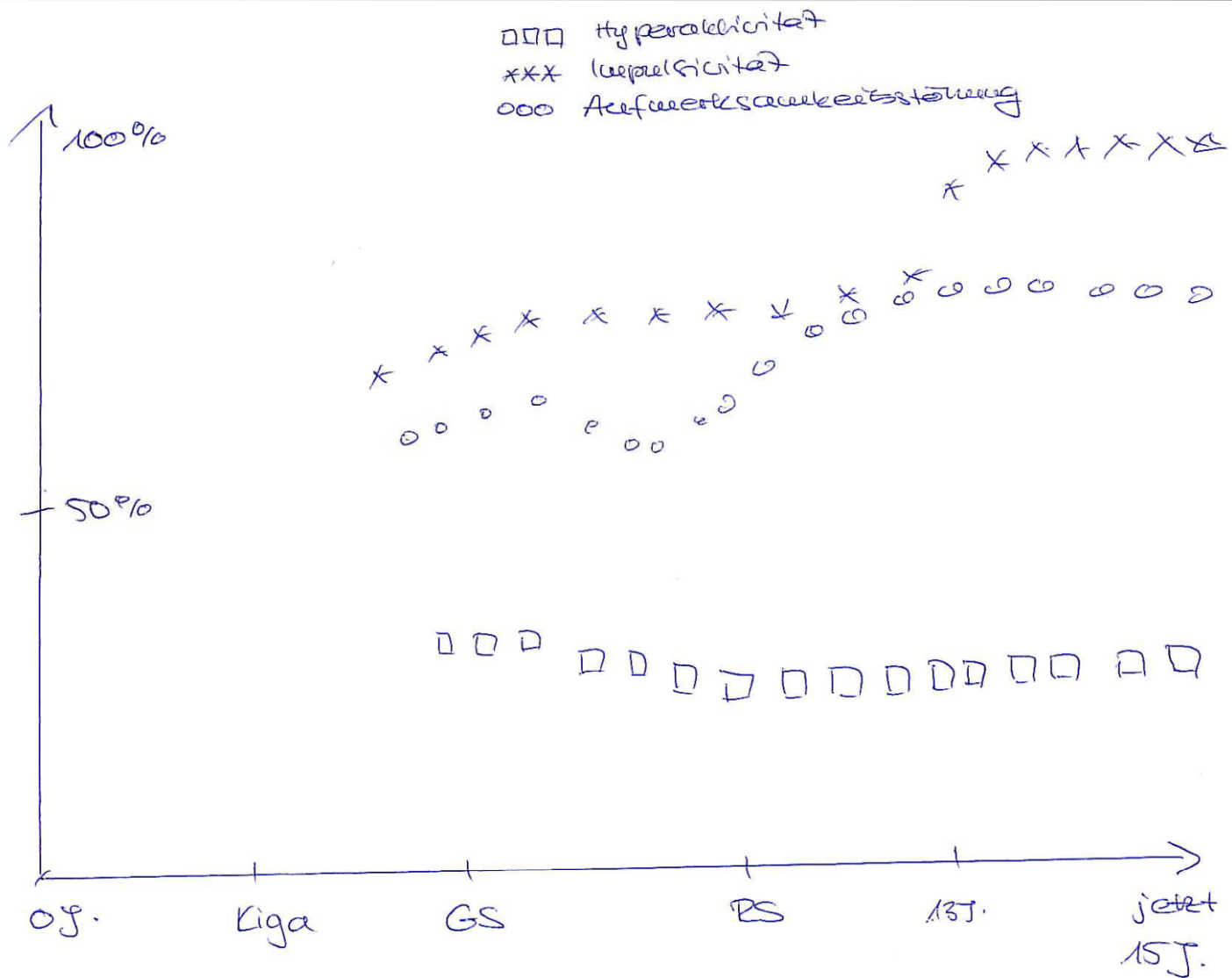
(Adam, Döpfner & Lehmkuhl, 2002)



Wie kann man es dennoch diagnostizieren (I)?

Jugendlicher/ Eltern/ Lehrer/ Ausbilder

- Verhaltensanalyse/ Problemanalyse
- Anamnese/ Entwicklungsgeschichte



- Strukturiertes Interview (komorbide Störungen?)
- Verhaltensbeurteilung (Fragebögen)
- Verhaltensbeobachtung
- Intelligenzüberprüfung
- Möglich: Arbeitsproben und neuropsychologische Testverfahren
- Wissens- und Kompetenzdefizite erfassen

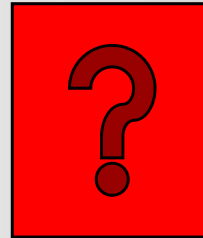
- Effektive Behandlungsprogramme für Kinder:
 - Psychopharmaka (z.B. Connor et al., 2002)
 - Selbst-Managementtraining (z.B. Lauth & Fellner, 2004)
 - Elterntraining (z.B. Döpfner, 2002)
- Effektive Behandlungsprogramme für Erwachsene (noch in entwicklung...):
 - Gruppenansatz, der auf der dialektisch-behavioralen Therapie basiert (Hesslinger et al., 2002); kognitiv-behaviorales Trainingsprogramm übersetzt aus dem Englischen (Safren et al., 2008)

Aber:

- Keine Behandlungsprogramme für Jugendliche (außer SELBST Rademacher, Walter & Döpfner, 2002)
- Nicht alle Patienten profitieren von der Medikation!
- MTA Studie (MTA study group, 2007):
Kombination von Verhaltenstherapie und Medikation:
 - höhere Zufriedenheit
 - höhere Medikamentencompliance
 - Selbstselektion/ differenzielle Verläufe (Swanson et al., 2007)



Warum gibt es keine Therapieprogramme in Deutschland?



➤ CBT wirklich effektiv? (LIT, 2011) 1222

➤ Me

Chance

- Jugendliche können CBT eventuell besser nutzen (kognitive Entwicklung!)
 - Eltern nicht zu stark einbinden; andere Bezugspersonen nutzen!
 - Einfluss Gleichaltriger nutzen!

➤ L

➤ Wird Lernen durch Eltern-Kind-Interaktion?

„Strategien zur Verbesserung der Aufmerksamkeit, der Verhaltensorganisation und der Emotionsregulation“

- Basiert auf dem kognitive-behavioralen Programm von Safren, Sprich, Perlman & Otto (2005)
- Pilotstudie bei Erwachsenen (Spröder & Helmes, 2007)
- Veränderung zu einem Gruppenprogramm
- Wichtig: Resilienz (z.B. Modell, soziale Unterstützung, moralische Wertvorstellungen, Humor, Optimismus, Training vgl. Charney, 2006)

Ziele...

↑ Resilienz

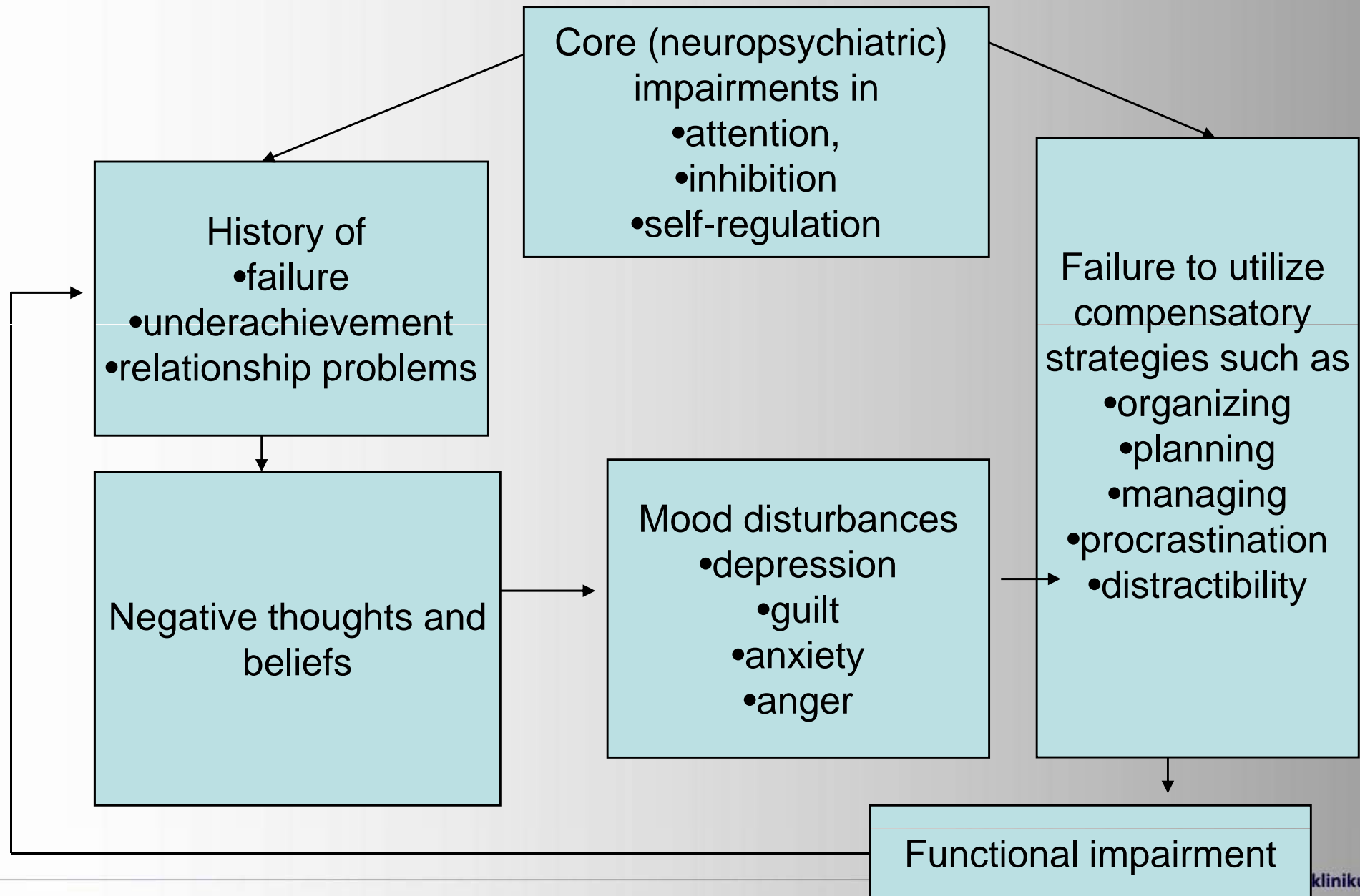


Verhaltensprobleme ↓



Kognitiv-behaviorales Modell

(Safren et al, 2005)



- Gruppentraining für Jugendliche
- 10 Sitzungen (wöchentlich)
- Gruppe = 6 Patienten, 2 Trainer
- Altersgruppen: 13/14 – 16; 16 – 18
- Manual und Arbeitsblätter
- „coach“ (Erleichterung des Transfers)
- Gleiche Struktur der Sitzungen, Dauer je 2 h mit Pause



- Du lernst mehr über ADHS und seine Entstehung
- Du lernst neue Verhaltensweisen und kannst diese erproben
 - Du lernst, Deinen Alltag besser zu organisieren
- Du lernst Strategien, um Probleme wirkungsvoll zu lösen
- Du lernst, wie man an etwas dran bleibt (Steigerung der Aufmerksamkeit)
 - Du lernst, erst nachzudenken bevor Du handelst
- Du wirst Spaß haben und andere Jugendliche kennen lernen,
 - denen es ähnlich geht wie Dir

Ziel:



Wissen
über ADHS

Problem-
löse-
strategien

Steigerung
Aufmerk-
samkeit

Chaos-
organisation

Aus-
geglichenheit

Selbst-
management

Immer gleich:

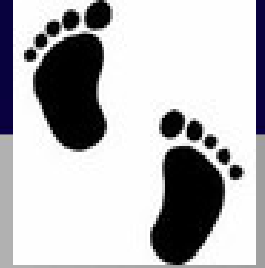
- Blitzlicht
- Ablauf wird vorgestellt
- Wiederholung der letzten Sitzung, Fragen
- Aufgabenbesprechung

Neues Thema:

- Was lenkt ab????
- Berechne Deine Aufmerksamkeitsspanne (AB)
- 1-2-3 Trick
- 9 Schritte zur Verzögerung der Ablenkung

Aufgaben:

- Arbeitsplatz fotografieren/ filmen
- Ablenkungen reduzieren
- Aufmerksamkeitsspanne einschätzen
- Weiterhin: Terminkalender/ Notizbuch/ A-B-C-Aufgaben



- **9 Schritte zur Verzögerung der Ablenkung**
- Entscheide Dich für eine **Aufgabe** und lege Dein **Notizbuch** bereit
- Stelle Deine **Stoppuhr** auf eine bestimmte Zeitspanne. Entweder auf Deine normale Aufmerksamkeitsspanne oder ein kleines bisschen später, wenn Du sie langsam steigern möchtest.
- Beginne mit der Aufgabe.
- Kommt eine **Ablenkung** in Deinen Kopf, schreibe den Gedanken in Dein Notizbuch. Aber **tu nichts** in Richtung des Gedankens!
- Hast Du die Ablenkung aufgeschrieben, dann sag Dir Dinge wie: „Ich werde mich später darum kümmern“ oder „Das ist keine A-Aufgabe!“
- Kehre möglichst schnell zu Deiner **ursprünglichen Aufgabe** zurück.
- Erst wenn die **Stoppuhr klingelt**, machst Du eine Pause.
- Jetzt kannst Du auf die **Ablenkungsliste** schauen und entscheiden, ob Du Dich jetzt oder später darum kümmerst.
- Wenn Du Deine **Arbeit** für den Tag **abgeschlossen** hast, dann schau Dir die **Ablenkungsliste nochmals** an.
- Entscheide, welche Dinge **wirklich wichtig** sind und erledigt werden müssen.
- **Die, die tatsächlich wichtig sind und erledigt werden müssen, schreibst Du Dir in Dein Notizbuch!**

Entwicklung des Gruppenprogramms

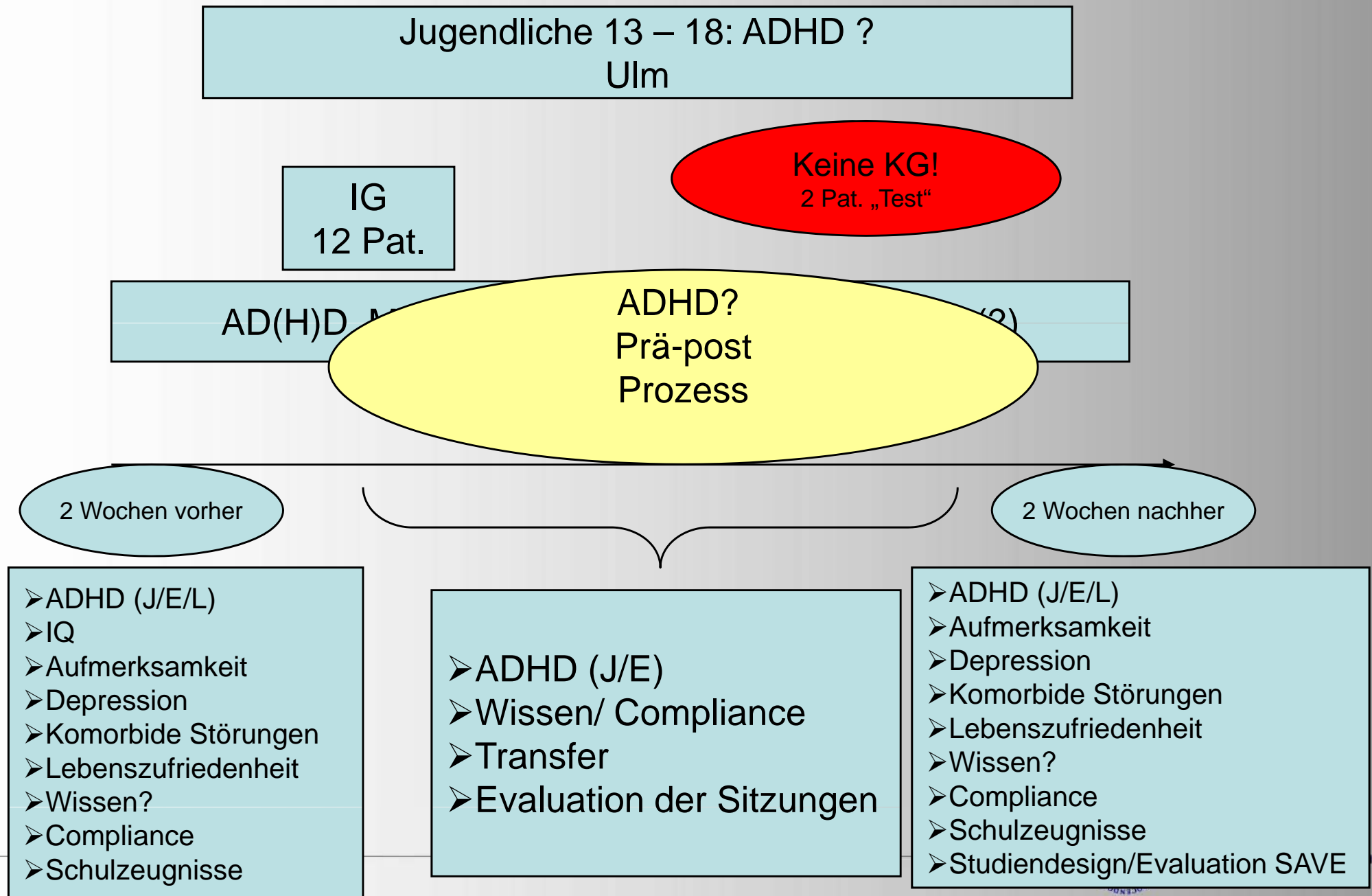
- Nehmen Jugendliche teil?
- Reduzieren sich die mit ADHS verbundenen Verhaltensprobleme?
- Reduzieren sich komorbide Verhaltensprobleme?
- Verbessert sich ihre Lebenszufriedenheit?
- Wie zufrieden sind die Jugendlichen mit SAVE?
- Verbessert sich ihre Medikamentencompliance?
- Wissen sie mehr über ADHS?

Pilot Studie

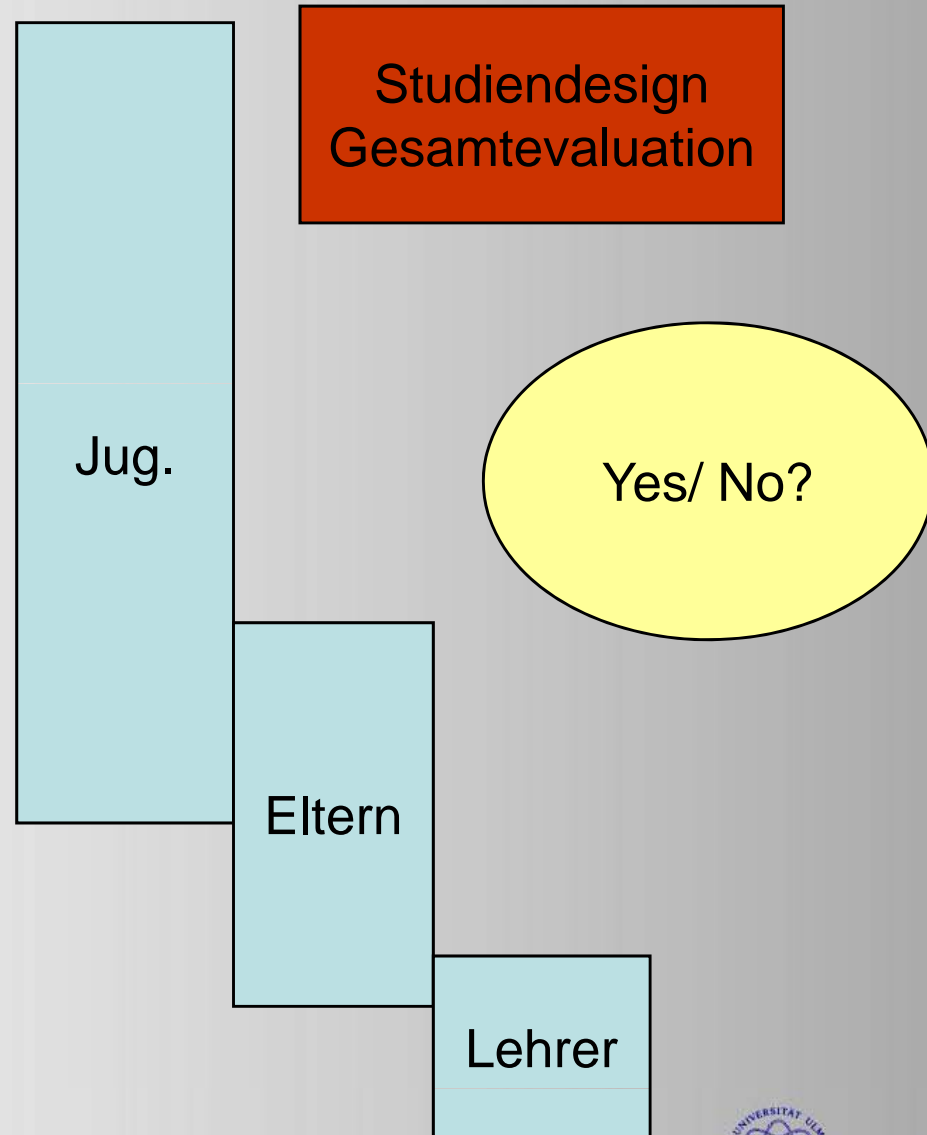
Verbesserung des Trainingsprogramms

Interventionsstudie
(Start: Januar 2009)

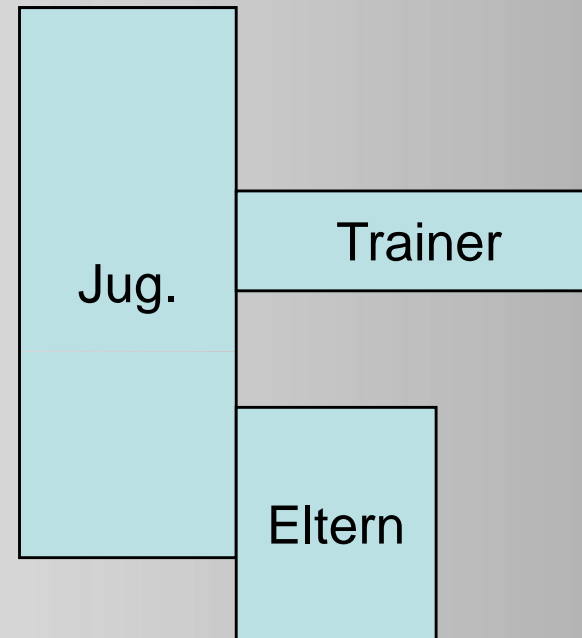
- Evaluation mit randomisierter Kontrollgruppe
- Katamnese
- größere Stichprobe (Ulm und Tübingen)



- ~~HAWIK IV (WIE)~~
- TAP
- ILK
- BDI II
- YSR
- Wissen
- DISYPS (HKS)
- Entwicklung
- CBCL
- TRF



- Wissen
- Evaluation Sitzungen
- Transfer
- DISYPS (HKS)



Total: N = 12 participants

Age: 13 to 18 years (M = 15.92, SD = 1.51).

Sex: N = 7 male (58.3%); N = 5 female (41.7%)

IQ: IQges = 78 to IQges = 116 (M = 95.58, SD = 10.45).

Other therapies:

N = 9 (75%) with medication, n = 3 (25%) without medication; no other therapies

Diagnosis:

➤ ADHD (ICD-10: F90.0) n = 7 (58.3%) ;

➤ ADD (ICD-10: F98.8) n = 3 (25.0%);

➤ Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (ICD-10:F90.1) n = 2 Jugendlichen (16.7%)

Comorbidity:

➤ N = 1: Social Phobia (ICD-10: F40.1)

➤ N = 1: depressive Episode (ICD-10: F32.10).

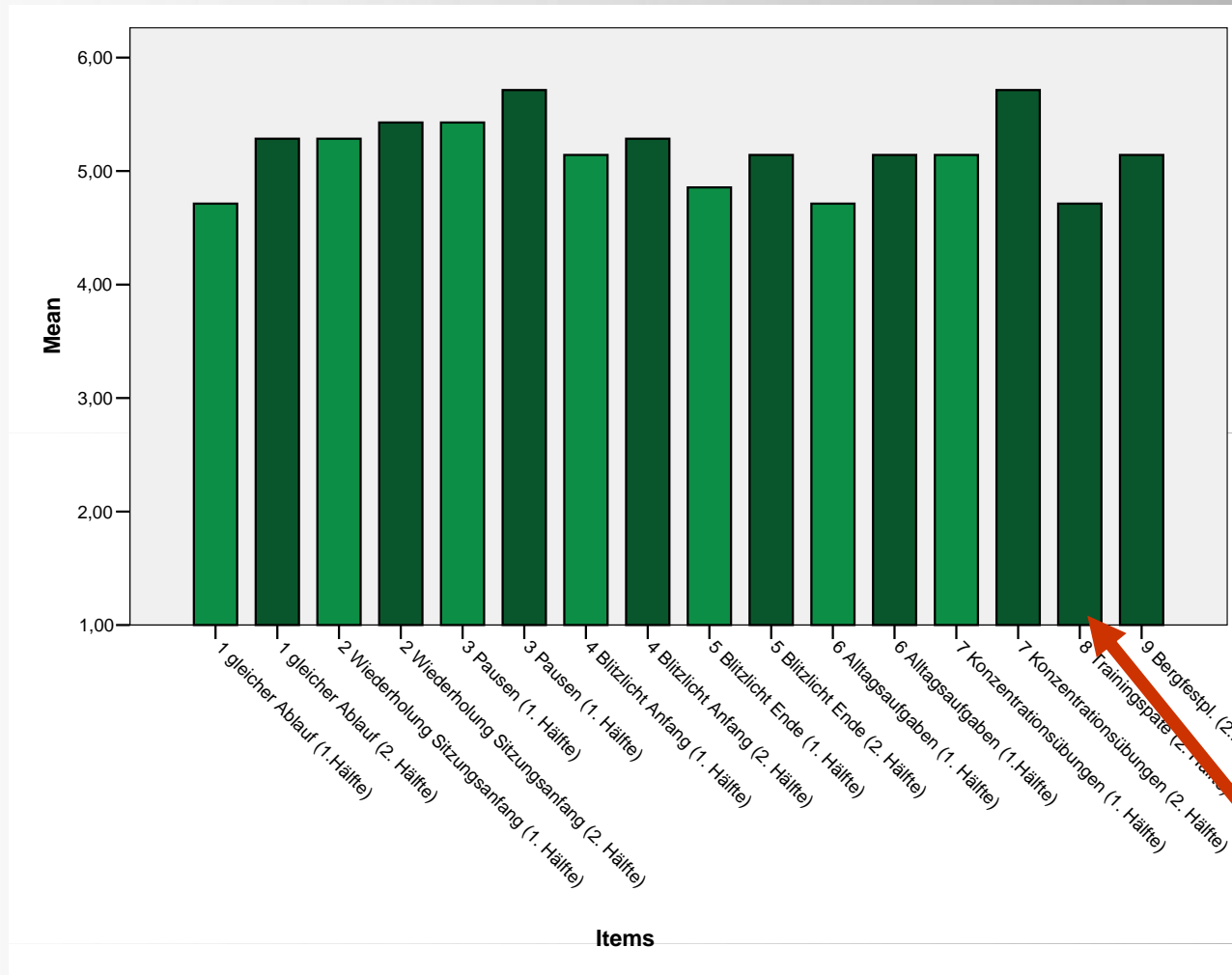
Was bedeutet das?

- Hohe Zufriedenheit (SD zwischen .05 und 1.22)
„Die heutige Sitzung war sehr anstrengend“: Unterschiede!
- In Sitzung 1 am wenigsten wohl gefühlt in der Gruppe (SD = 1.22)
 - Best: „Emotionsregulation Teil 2“ & „Selbstmanagement“
($M = 1.40$, $SD = 0.55$ bzw. $M = 1.42$, $SD = 0.49$)
 - Worst: „Aufmerksamkeit Teil 2“ & „Aufmerksamkeit Teil 1“
($M = 2.06$, $SD = 0.68$ bzw. $M = 2.13$, $SD = 0.35$)

1 = sehr gut; 6 = überhaupt nicht gut

Gesamtevaluation: allgemeine Aspekte

(Questionnaire was given after the 5th and after the 10th session)

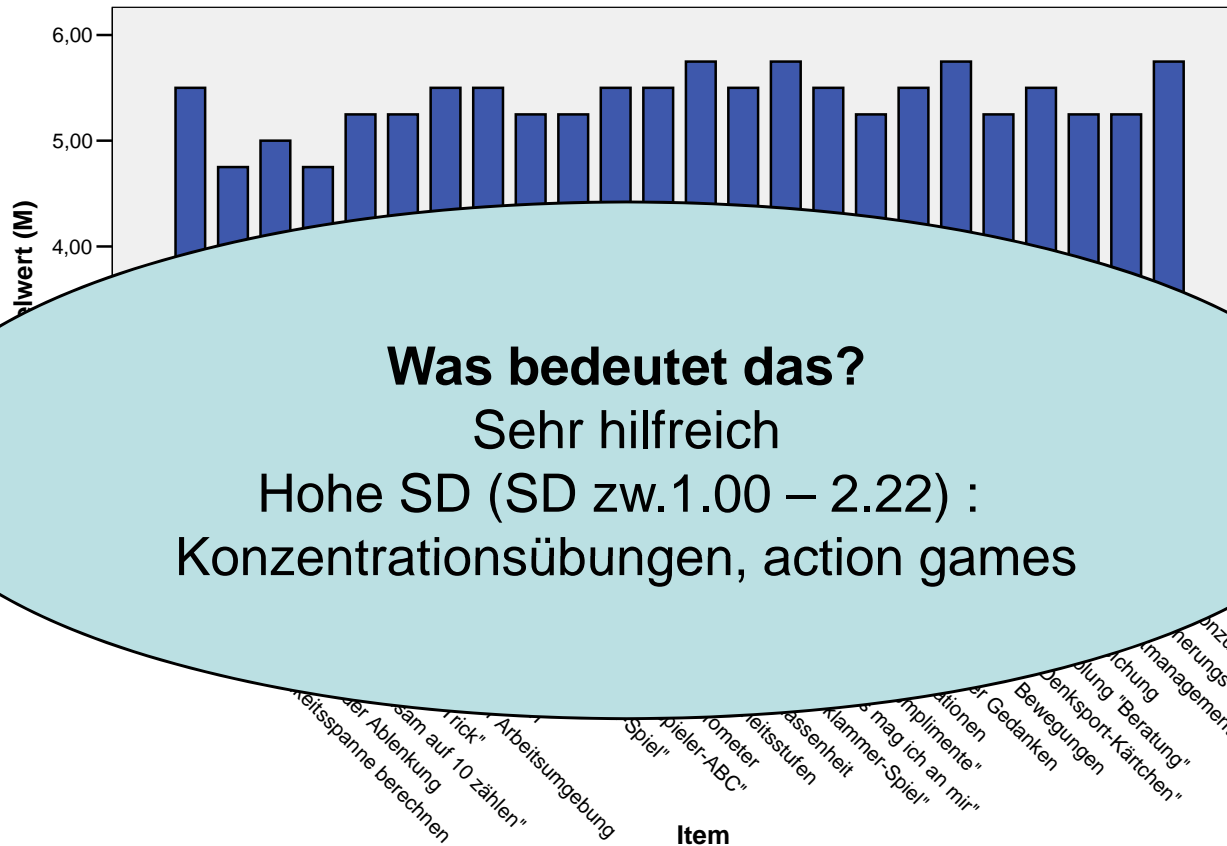


MW = 4.50
SD = 1.77

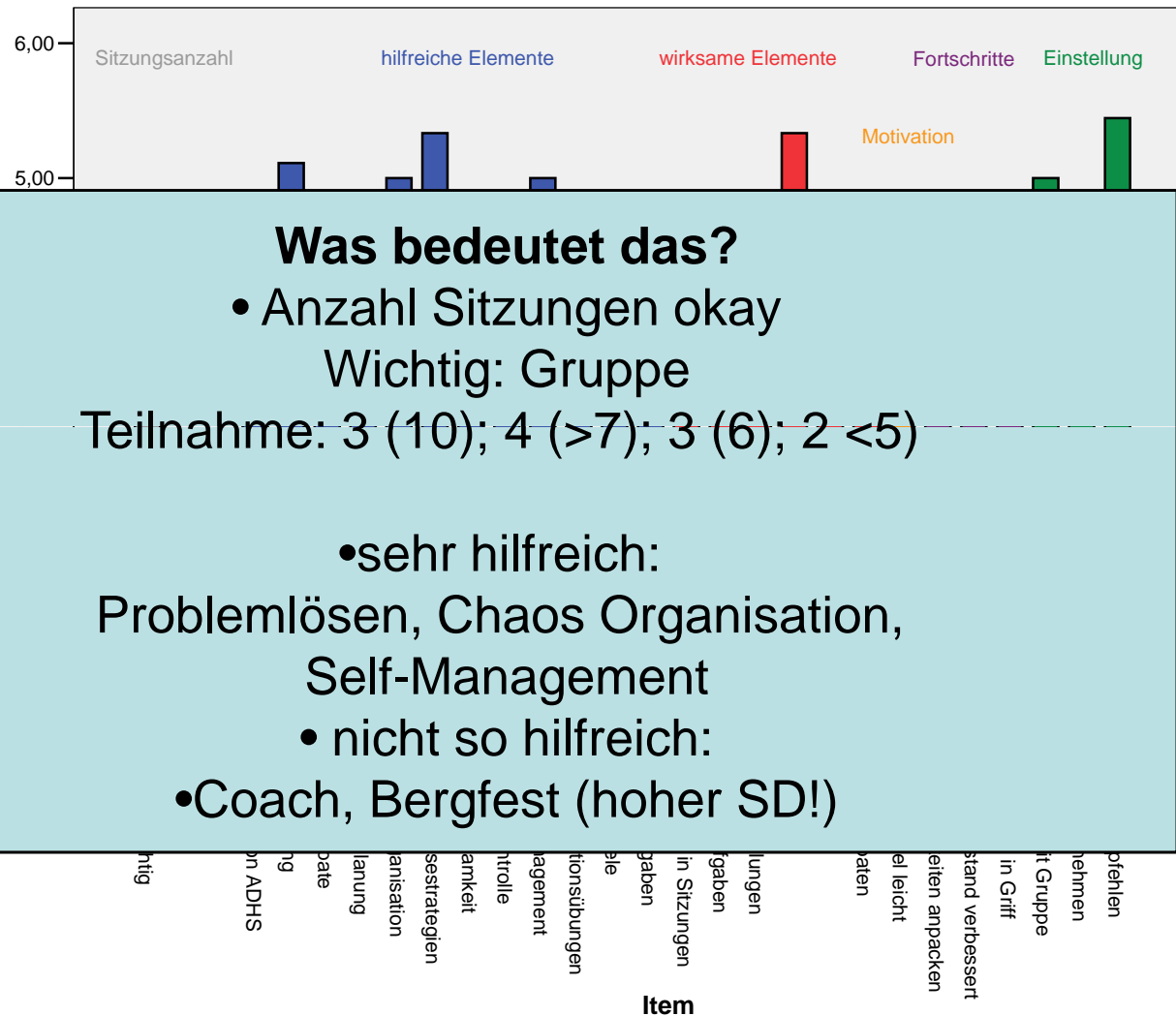
1 = überhaupt nicht hilfreich; 6 = sehr hilfreich

Evaluation der Sitzungen: einzelne Inhalte

(Questionnaire was given after the 5th and after the 10th session)



1 = überhaupt nicht hilfreich; 6 = sehr hilfreich



1 = not satisfied at all; 6 = very satisfied

Reduktion ADHD Symptome (J)

		T1		T2		Prüfstatistik Wilcoxon Test	p
		(N = 12)		(N = 10)			
		M	SD	M	SD		
SBB-HKS	Symptomstärke Aufm	1.34	0.43	0.57	0.41	Z = -2.449	0.014*
	Symptomstärke Überakt	0.85	0.64	0.38	0.35	Z = -2.536	0.011*
	Symptomstärke Imp	1.11	0.86	0.47	0.42	Z = -2.254	0.024*
	Problemstärke Aufm	1.22	0.47	0.57	0.46	Z = -2.499	0.012*
	Problemstärke Überakt	0.57	0.37	0.13	0.19	Z = -2.677	0.007**
	Problemstärke Imp	0.86	0.96	0.39	0.63	Z = -2.371	0.018*
	Gesamt Symptomstärke	1.10	0.34	0.78	0.98	Z = -1.786	0.074
	Gesamt Problemstärke	0.93	0.38	0.48	0.32	Z = -2.558	0.011*

* = significant (p < .05); ** = very significant (p < .001)

Reduktion ADHD Symptome (E)

		(N = 11)		(N = 10)			
FBB-HKS	Symptomstärke					-0.831	0.406
	Symptomstärke						0.310
							0.105
							0.233
							1.000
	Problemstärke						0.027*
	Gesamt Symptomstärke					Z = -1.892	0.058
	Gesamt Problemstärke	1.15	0.55	0.81	0.54	Z = -1.382	0.167

Was bedeutet das?
 SBB: Reduktion in den meisten Subskalen;
 FBB: Reduktion nur in „Gesamt Symptomstärke“
 1 TN keine Diagnose mehr bei post

außerdem:

- Aufmerksamkeit (TAP): nur Tendenzen
Steigerung
- Zufriedenheit (ILK): nur Tendenzen
Steigerung
- Wissen: Gehirn und Medikamente
- Compliance: nicht signifikant
- Depression?

Großes Interesse!

Gründe:

- „Ich will nicht nur Medikamente nehmen“
- „Ich kann mich schon inzwischen konzentrieren, aber habe totales Chaos“
- „Ich arbeite zu langsam“
- „Ich lasse mich ständig ablenken...“

Und jetzt????

- ADHD symptoms (J) ↓
- Zufrieden/ hilfreich!
- Aufmerksamkeit, Zufriedenheit, Wissen, Compliance nur Tendenzen
- Gruppenmitglied!
- Weiterentwicklung (Coach, Übungen, Alter, Infos Eltern/ Coach...)
- Zeit Durchführung
- Randomisiertes Kontrollgruppendesign!





Klinik
für Kinder- und Jugend-
psychiatrie/Psychotherapie

nina.sproeber@uniklinik-ulm.de



Universitätsklinikum Ulm

satisfaction

	ILK	T1		T2		Prüfstatistik Wilcoxon Test	p
		(N = 11)		(N = 10)			
Item		M	SD	M	SD		
1	Schule	2.63	1.50	3.50	0.93	Z = - 1.190	0.234
2	Familie	2.81	1.17	3.30	1.25	Z = - 1.394	0.163
3	andere Jugendliche	3.55	1.51	4.10	0.99	Z = - 1.342	0.180
4	alleine	3.82	1.60	4.40	0.70	Z = - 1.300	0.194
5	Körperliche Gesundheit	3.27	1.27	3.50	0.97	Z = - 0.933	0.351
6	Seelischer Zustand	2.55	1.13	3.20	1.32	Z = - 1.452	0.146
7	Gesamtzustand	3.10	1.14	3.60	0.97	Z = - 1.403	0.161
8	Problembelastung	2.91	1.30	3.90	0.88	Z = - 1.681	0.093
9	Behandlungsbelastung	3.40	1.26	4.00	0.71	Z = - 1.190	0.234

Anmerkungen. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, Z = Prüfgröße des Wilcoxon Tests, p = Signifikanzniveau für Z; mit * gekennzeichnete Werte sind nach dem Wilcoxon Test signifikant ($p < .05$).

		T1		T2		Prüfstatistik Wilcoxon Test	p
		(N = 12)		(N = 9)			
Untertest	Kriterium	M	SD	M	SD		
Alertness	T Median Reaktionszeit ohne Warnsignal	35.58	5.52	37.78	3.42	Z = -1.268	0.205
	T Streuung Reaktionszeit ohne Warnsignal	42.83	6.04	43.56	2.74	Z = -0.844	0.398
	T Median Reaktionszeit mit Warnsignal	35.50	4.64	37.56	2.30	Z = -1.480	0.139
	T Streuung Reaktionszeit mit Warnsignal	44.00	5.77	46.56	3.71	Z = -0.912	0.362
Arbeitsgedächtnis	T falsche Reaktionen	44.92	12.80	47.89	8.91	Z = -0.762	0.446
	T Auslassungen	42.67	11.50	43.33	11.15	Z = -0.169	0.866
	T Median Reaktionszeit	44.08	4.21	43.89	4.86	Z = -0.070	0.944
	T Streuung Reaktionszeit	44.17	7.33	44.89	7.25	Z = -0.593	0.553
	T falsche Reaktionen	49.83	7.17	54.88	4.88	Z = -1.552	0.121

Item	Störungswissen	T1 (N = 11)		T2 (N = 8)		Prüfstatistik Wilcoxon Test	p
		M	SD	M	SD		
1	Gesamtwissen	5.10	0.74	5.13	0.64	Z = 0.000	1.000
2	Entstehung	3.36	1.36	4.75	1.04	Z = - 1.625	0.104
3	Symptome	4.91	0.94	5.50	0.53	Z = - 1.633	0.102
4	Schwierigkeiten verstehen	4.00	1.41	5.00	0.93	Z = - 1.604	0.109
5	Veränderungswissen	4.00	1.33	5.13	0.83	Z = - 1.656	0.098
6	spezifische Reaktionen	4.55	1.13	5.25	0.46	Z = - 1.732	0.083
7	Gehirnvorgänge	3.20	1.40	4.75	1.04	Z = - 2.410	0.016*
8	Medikamentenwirkung	4.09	1.58	5.14	0.69	Z = - 1.857	0.063
9	Verstehen anderer mit ADHS	4.82	1.08	5.13	0.64	Z = - 0.707	0.480

Anmerkungen. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, Z = Prüfgröße des Wilcoxon Tests, p = Signifikanzniveau für Z; mit * gekennzeichnete Werte sind nach dem Wilcoxon Test signifikant ($p < .05$).

Compliance with medication

Item	Medikamentencompliance	T1 (N = 11)		T2 (N = 8)		Prüfstatistik Wilcoxon Test	p
		M	SD	M	SD		
10	Einnahmeeinstellung	3.82	2.32	5.00	1.10	Z = - 0.530	0.596
11	konkrete Einnahmehbereitschaft	5.36	0.67	5.25	1.04	Z = - 0.378	0.705
12	Hilfe Symptomreduktion	4.50	1.51	4.83	1.17	Z = - 0.184	0.854

Anmerkungen. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, Z = Prüfgröße des Wilcoxon Tests, p = Signifikanzniveau für Z; mit * gekennzeichnete Werte sind nach dem Wilcoxon Test signifikant (p < .05).