



1. Störung des Sozial-
verhaltens
2. Aufmerksamkeits- und
Aktivitätsstörung
mit und ohne
Störungen in der sozialen
Interaktion



Helmut Fischer

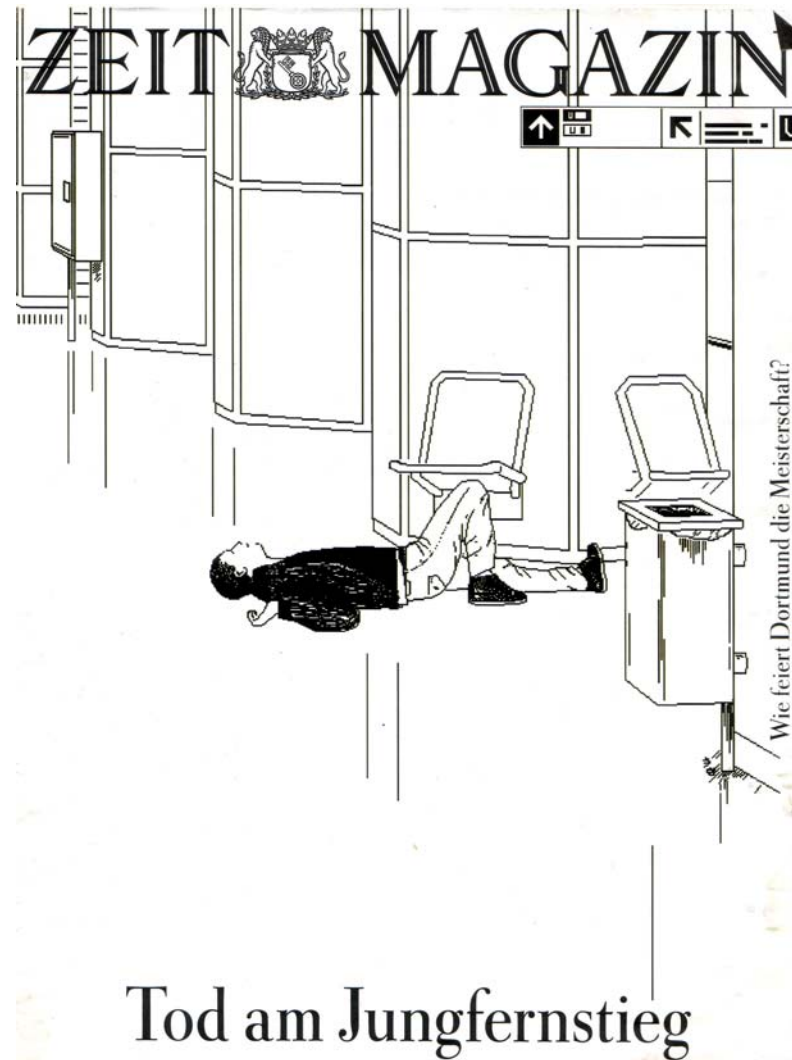
Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter

1. Thema: Störung des Sozialverhalten ICD 10 F 91





Störung des Sozialverhaltens



Störung des Sozialverhaltens ICD 10 F 91

- Auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens
ICD 10: F 91.0
- Störungen mit oppositionellem Verhalten ICD 10: F 91.3
- Störungen des Sozialverhaltens mit (ICD 10 F 91.2)
und ohne soziale Bindungen (ICD 10 F 91.1)
- Störungen des Sozialverhaltens mit emotionalen Störungen
ICD 10: F 92.0

Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten

- Def.: Persistierendes, deutlich aufsässiges, ungehorsames Verhalten ohne ausgeprägte dissoziale oder aggressive Handlungen, die die Rechte Anderer verletzen; überschreitet deutlich kindlichen Unfug
- Pathogen.: Unzureichende Beziehungen, mangelnde Sozialisation, Schulversagen
- Epidemiologie: Vor- und Grundschulalter, XY > XX, 1–2%
- Klinik: Trotz, Aufsässigkeit, Provokationen, Wutanfälle
- Regeln werden passiv / aktiv mißachtet
- Niedrige Frustrationstoleranz, Zuschreibung an Andere für eigene Fehler und Schwierigkeiten

Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten

- Diagnostik: Nach Hinweisen auf dissoziales und aggressives Verhalten muss gefragt werden (Fremdanamnese): Gewalttätigkeiten auf Schulweg, Erpressung, Zerstören, Feuerlegen, Grausamkeiten (Tiere), Stehlen, häufiges Lügen, Schuleschwänzen, Weglaufen, Verweigern)
- 2 Typen:
- Impulsiver Typ: unkontrolliert / reizoffen/ hüpfender Wahrnehmungsstil
- Instrumenteller Typ: geplante/ heimliche Aggressivitäten
- Dauer Symptomatik: 6 Monate
- DD: ADHS, Autismus, Achse 3, Achse 5

Störungen des Sozialverhaltens mit und ohne soziale Bindungen

- Def.: Sich wiederholendes bzw. andauerndes dissozial aggressives Verhalten
- Beschränkt auf den familiären Kontext (ICD 10: F91.0)
- Ohne soziale Bindungen (ICD 10: F 91.1)
- Mit sozialen Bindungen (ICD 10: F 91.2)
- Epidem.: Grundschulalter 1-2%, später 4-6%; XY qual.+ quant. >XX
- Pathogen.: Ablehnende/ inkonsistente/ ungenügende Erziehung, Schulversagen, Zurückweisung durch peergroup

Störungen des Sozialverhaltens mit und ohne soziale Bindungen

- Klinik: Extremes Streiten und Tyrannisieren/ Grausamkeiten ggü. Anderen und Tieren/ Lügen/ Stehlen/ Wutausbrüche/ Ungehorsam/ Feuerlegen
- Bei fehlenden sozialen Bindungen aber Ausdehnung von dissoz. Verhalten = isolierte, zurückgewiesene, unbeliebte Kinder und Jugendliche, keine Freunde, keine einfühlsame wechselseitige Beziehungen von Dauer
- Diagn.: Familienanamnese, Eigenanamnese, Fremdanamnese; Symptome > 6 Monate

Störungen des Sozialverhaltens mit und ohne soziale Bindungen: Symptome

Für das Entwicklungsalter des Kindes häufige und schwere Wutausbrüche

- Häufiges Streiten mit Erwachsenen
- Aktive Ablehnung und Zurückweisung von Wünschen und Vorschriften Erwachsener
- Häufiges und überlegtes Ärgern Anderer
- Verantwortlichmachen Anderer für die eigenen Fehler
- Häufige Empfindlichkeit und Sichbelästigtfühlen durch Andere
- Häufiger Ärger und nachtragender Groll
- Häufige Gehässigkeit und Rachsucht
- Häufiges Lügen und Brechen von Versprechungen zum eigenen Vorteil
- Häufiges Beginnen von körperlicher Aggressivität
- Zwingen eines Anderen zu Sexualität und erniedrigenden Handlungen
- Häufige Grausamkeit, Tierquälerei
- Weglaufen, Schuleschwänzen, Verweigern

Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen F 92

- Def.: Störungen, bei denen die Merkmale einer Störung des Sozialverhaltens + Angststörung / Zwangsstörung / Depression erfüllt sind
- Epidem.: Auf der Kombination beruht Häufigkeit suicidal/ parasuicidaler Handlungen im Jugendalter
- Zweithäufigste Todesursache im Ki/Jualter, 12 von 100.000/ Jahr, Suicide: XY: XX = 2:1 Suicidversuche: XY: XX = 1:3
- Prävalenzrate Suicidversuche: 0,5% aller Jugendlichen
- Pathogen.: Wie Störung des Sozialverhaltens + angstfördernde Modelle



Expansive Störungen (Störungen des Sozialverhaltens)

- Aggressiv
- Stören den Unterricht
- Begehen Regelverletzungen
- Laufen davon
- Lügen und Stehlen
- Sind motorisch sehr unruhig
- Können sich schlecht konzentrieren



Introversive Störungen (emotionale Störungen)

- Einzelgängerisch und sozial zurückgezogen
- Geringes Selbstwertgefühl
- Affektlabil
- Missmutig, morös
- Traurig und depressiv verstimmt
- Zeigen generalisierte und spezifische Ängste

2. Thema: Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom mit/ ohne Hyperkinese

Die Geschichte vom Zappel-Philipp



«Ob der Philipp heute still wohl bei Tische sitzen will?» Also sprach in ernstem Ton der Papa zu seinem Sohn, und die Mutter blickte stumm auf dem ganzen Tisch herum. Doch der Philipp hörte nicht, was zu ihm der Vater spricht. Er gaukelt und schaukelt, er trappelt und zappelt auf dem Stuhle hin und her. »Philipp, das mißfällt mir sehr!«

Die Geschichte vom Hanns Guck-in-die-Luft



Wenn der Hanns zur Schule ging, stets sein Blick am Himmel hing. Nach den Dächern, Wolken, Schwalben schaut er aufwärts allenthalben. Vor die, eignen Füße dicht, ja, da sah der Bursche nicht, also daß ein jeder ruft: »Seht den Hanns Guck-in-die-Luft!«

Kam ein Hund daher gerannt; Hännslein blickte unverwandt in die Luft. Niemand ruft: »Hanns! gib acht, der Hund ist nah!« Was geschah? Bauz! perdauz! — da liegen zwei, Hund und Hännschen nebenbei.

ADHS

- ADHS ist eine neurobiologische Störung, welche durch erhebliche Beeinträchtigungen der **Konzentration und Daueraufmerksamkeit**,
- Störungen der **Impulskontrolle** sowie
- fakultativ **motorischer Hyperaktivität** bzw. Unruhe gekennzeichnet ist.
- Vor allem eine unbehandelte ADHS kann störendes Verhalten in Schule, Familie und Freizeit, starke Verträumtheit, Entwicklungs- und Lernstörungen, in einigen Fällen auch delinquentes Verhalten und später auch Drogensucht, Depressionen, Angststörungen und andere Beziehungs- oder Verhaltensstörungen hervorrufen.

AD(H)S: Symptome

:

- 1. Aufmerksamkeitsstörung
 - 2. Impulskontrollstörung
 - 3. Motorische Hyperaktivität
-
- Symptomatik situationsübergreifend (z.B. Schule, Familie,...)
 - --> Aber: situationsspezifische Variationen (z.B. Gruppensituationen > Einzelsituationen)
 - Anforderungen an Ausdauer und Aufmerksamkeit symptomverstärkend (u.a. Schule)

Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung (F90.0) - mit Störung des Sozialverhalten (F90.1)

- Synonyme Bezeichnungen:
- ADS = Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom
- HKS = Hyperkinetisches Syndrom
- ADHS = Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätssyndrom
- ADD = Attention-Deficit-Disorder
- ADHD = Attention-Deficit-Hyperactivity-Disorder

Historie ADHS Krankheitsbildes

- 1845: Hoffmann (Frankfurt/ M): Vignetten von AD(H)S
- 1902: Still (England): Erste Beschreibung der Störung als eigenes komplexes Krankheitsbild. Ursache: angeborene Konstitution, keine äußeren Einflüsse
- 1904: Pick (Prag): Feststellung, dass das „psychomotorische Syndrom“ einer gezielten Behandlung bedarf
- 1918/1923: (Europa): Nach der Grippe-Pandemie und viralen Encephalotiden: Beschreibungen von kindlichen Symptomen M. Parkinson
 - Impulsiver Bewegungsdrang
 - Motorische Unruhe
 - Starke Erregbarkeit, fehlende Hemmungsfunktion
 - Übermäßige Aggressivität
 - Erhöhte Affektlabilität: DOPAMINMANGEL

Historie des ADHS- Krankheitsbildes

- Ca. 1960: Keine Hirnschädigung, sondern Störung der Erregungsüberleitung an den Synapsen: 1. Definition: „Minimal Brain Dysfunction“ (MBD)
„Minimale cerebrale Dysfunktion“ (MCD)
- Ca. 1980: Barkley (USA): Defizit des Hemmungssystems im Gehirn, bleibt unbehandelt lebenslang bestehen
- 1980 (USA): 2. Definition: „Attention Deficit Hyperactivity Disorder“ (ADHD)
- 1987 (USA): 3. Definition: „Attention Deficit Syndrome“ (ADS)
kann auch ohne Hyperaktivität und ohne gesteigerte Impulsivität auftreten
- 1999 (BRD): Erste Leitlinien zur Diagnose und Behandlung von ADHS

Methylphenidat

- 1944: Synthese durch L. Panizzon (Fa. Ciba)
- 1954: Therapeutische Einführung als „mildes Stimulanz“ „Ritalin“
- 1963: Kontrollierte Studien bei ADHS (Conners u. Eisenberg)
- 1971 BTM- pflichtig
- 1988: Erste Retardformulierung
- Seit 2000: Präparate mit modifizierter MPH Freisetzung

Ergebnisse der MTA Studie

- Medikation mit Stimulation ist hinsichtlich der Kernsymptome **Unaufmerksamkeit**, **Impulsivität** und **Hyperaktivität** wirkungsvoller als Verhaltenstherapie alleine
- Kinder mit ADHS und zusätzlicher aggressiver Störung reagieren besser auf MPH als auf Verhaltenstherapie alleine
- Verhaltenstherapie plus Medikation: Besser als Medikation alleine, wenn ADHS mit assoziierter Störung des Sozialverhaltens vorliegt

Reizoffenheit und Reizfilterschwäche:

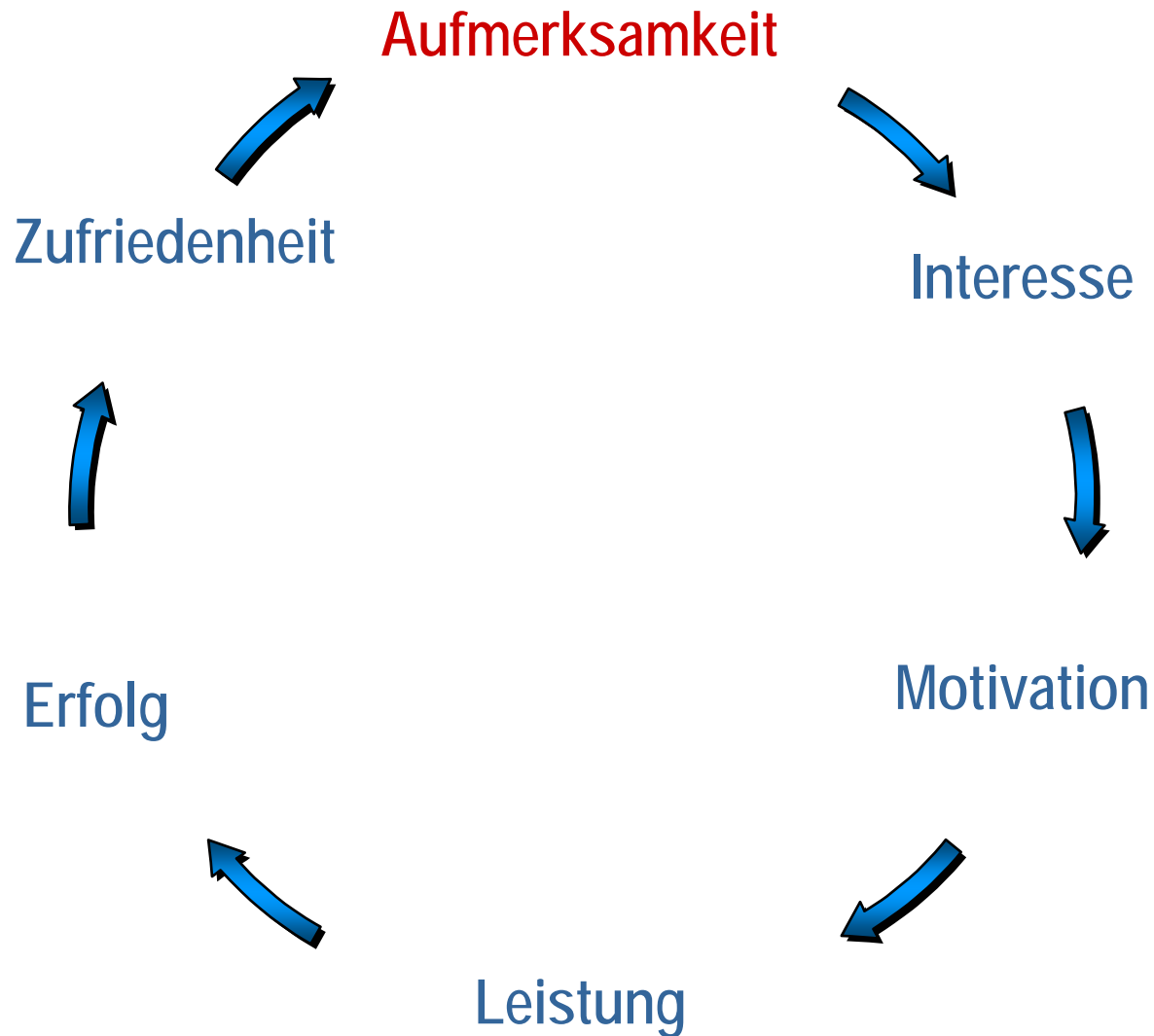
- Hüpfender Wahrnehmungsstil
- Zu kurze Aufmerksamkeitsspanne
- Schnell hochschießendes Erregungsniveau

- Ergebnis: Misserfolg in sozialem Kontakt
- Ablehnung, Kritik, Ermahnung

- Ergebnis: wütende Abwehr und Vermeidungsstrategien

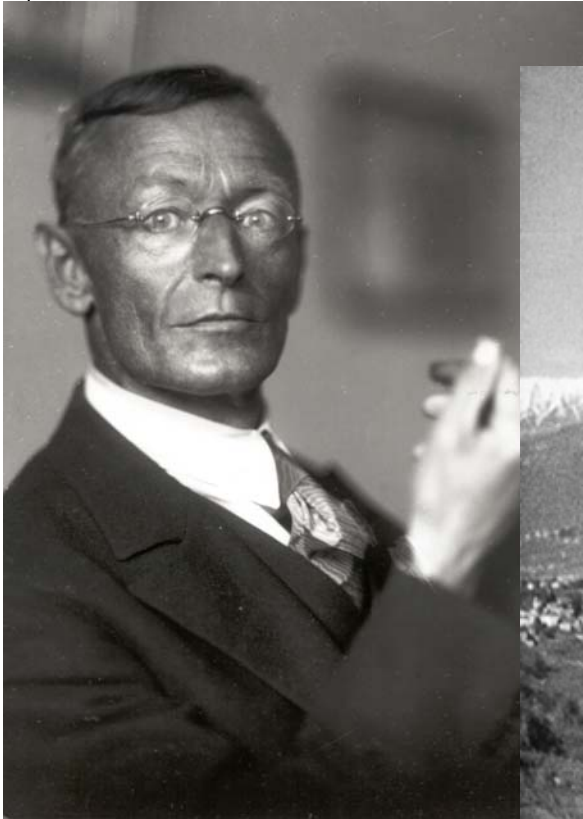


Aufmerksamkeit und (soziales) Lernen: Positive Spirale





ADHS: Hermann Hesse 1877 Calw – 1962 Montagnola



Biographie H. Hesse



- Vorschulalter
- Schulalter
- Adoleszenz
- Literaturthemen

Marie Hesse, geb. Gundert: Vorschulalter

- 1 Jahr: „Hermannle klettert verwegen auf Trippel, Bänkchen und Tischchen herum und gibt den Engelein Arbeit, ihn zu behüten“
- 4 Jahre: Herman geht in die Kinderschule, sein heftiges Temperament macht uns viel Not. Dabei ist er so drollig und oft so zart, er liegt mir sehr am Herzen... Wenn er nicht gleich so ungemein heftig würde, wäre es eine Lust, um ihn zu sein, er weiss stets etwas neues, Stoff zu allen möglichen Reden und Tatkraft zu allen guten und bösen Werken geht nie aus“
- 5 Jahre: „Wenn ich nur draußen den Namen Hermann höre, ist mir's schon Angst, was wieder los sei“
- 6 Jahre: „Ich besinne doch ernstlich, ob wir ihn doch in eine Anstalt oder in ein fremdes haus geben sollen. Wir sind zu nervös, zu schwach für ihn“

Hermann Hesse: Schulalter

- 12 Jahre: „Gott gebe, dass unser Hermann dort pariert und sich bessert in Fleiß und Sitten... und dann begannen wieder, und öfter als vorher, schlimme Zeiten mit Hermann, so dass sich erneut die Frage stellte, was man mit diesem Kind tun sollte..“
- 15 Jahre: Weglaufen von Maulbronn: “Kein Plan, sondern nur ein plötzlicher Rappel..” .. „Aber nun war’s vorbei mit harmlosen Freuden..“
- Lehrerkolleg: „Es ist bei der Untersuchung an den Tag getreten, dass es ihm in hohem Grad an der Fähigkeit fehlt, sich selbst in Zucht zu halten und seinen Geist und sein Gemüt in die Schranken einzufügen, welche in seinem Alter...und im Seminar nötig sind...für seine Mitschüler eine Gefahr...“

Hermann Hesse: Adoleszenz

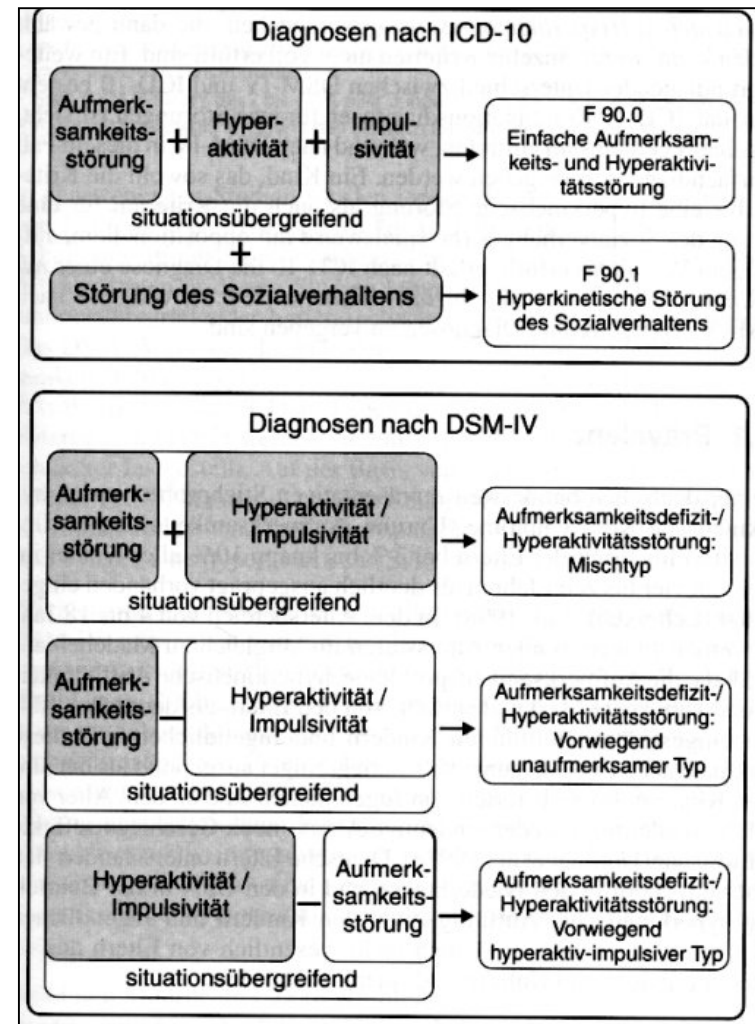
- Schulabbruch
- Selbstmordversuch
- 1. Lehrstelle abgebrochen
- 2. Lehrstelle abgebrochen
- 3. Lehrstelle abgebrochen, Lehre bei Uhrmacher
- Danach mehrere Stellen im Buchhandel

Hermann Hesse: Literaturthemen

- Unterm Rad: Identitätsfindung
- Peter Camenzind
- Steppenwolf
- Glasperlenspiel
- Literaturnobelpreis 1946

Hyperkinetische Störungen: Klassifikation

- **HKS:** Hyperkinetisches Syndrom („Zappelphilip“) (ICD-10)
- **ADHS:** Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (synonym zu HKS; engl.: **ADHD**) (DSM-IV)
- **ADS:** Aufmerksamkeitsdefizit-Störung („Träumsuse“)



Hyperkinetische Störungen: Prävalenz

- Ca.3 - 5 % aller Kinder (versch. Studien: 1 - 18%)
- --> Abhängig von:
- - Kriterien (DSM-IV > ICD-10)
- - Beurteiler / Erhebungsmethode
- - Alter (Kinder > Jugendliche > Erwachsene)
- - Geschlecht (m:w = 3:1)
- - Störungssubtypus

Hyperkinetische Störungen: Komorbiditäten

- Bis zu 2/3 aller Kinder weisen komorbide Störungen auf
- prognostisch bedeutsam
- externale Störungen > internale Störungen

- 50% oppositionelle Störung des Sozialverhaltens
- 40% Störung des Sozialverhaltens
- 40% affektive (v.a. depressive) Störungen
- 30% Tic-Störungen
- 25% Teilleistungsstörungen
- 25% Angststörungen
- Risiko für Epilepsie 2,5 fach erhöht
- Neu aufgetretene Epilepsie im Kindesalter: 31 % haben ADHS

AD(H)S - Störungen: Verlauf: Buben / Mädchen

- **Säuglingsalter:** „schwieriges Temperament“ („Schreikind“, Schlaf-, Eßprobleme), hohes Aktivitätsniveau
 - **Kindergarten:** ziellose Aktivität, Entwicklungsdefizite, oppositionelles Verhalten
 - **Grundschule:** Unruhe / Ablenkbarkeit, Lernschwierigkeiten / Leistungsunsicherheit
 - **Jugendalter:** Verminderung der Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsstörung + Impulsivität bleiben, Delinquenz, Alkohol- / Drogenmißbrauch
 - **Erwachsenenalter:** Persistenz der Symptomatik (30-50%), geringere Schulbildung
- ⇒ **d.h.: Chronisches Störungsbild:** keine Heilung zu erwarten, kontinuierliche Behandlung erforderlich

Hyperkinetische Störungen: Risikofaktoren

- Niedrige Intelligenz (HKS-Kinder erreichen ohnehin 7-15 IQ-Punkte weniger; womöglich bedingt durch Aufmerksamkeitsstörung)
- Oppositionelles und aggressives Verhalten
- schlechte Einbindung bei Gleichaltrigen
- Niedriger sozioökonomischer Status
- Familiäre Instabilität
- Strafender und inkonsistenter Erziehungsstil

Hyperkinetische Störungen: Pathogenese

- **Genetische Faktoren** (klären 70-90% der Varianz auf): Molekulargenetik: Dopamin-Regulation, allg.: Störungen des Neurotransmitterstoffwechsels

Die restlichen 10-30 % Varianz werden aufgeklärt durch:

- **Schädigungen des ZNS** (geringes Geburtsgewicht, pränatale Infektionen, toxische Substanzen)
- **Allergische Reaktionen / Nahrungsmittelunverträglichkeiten:** Bewertung: keine zentrale Bedeutung, Diät-Behandlungen meist wenig wirksam
- **EEG-Auffälligkeiten:** vermehrte Thetaaktivität (ES 0.58 - 0.92) und weniger Alphawellen
- **Verminderter Glukosemetabolismus** in vorderer Frontalregion, Abweichungen im frontalen-striatalen Cortex
- **Mangelnde Hemmung von Impulsen bzgl.** nonverbalem Arbeitsgedächtnis (z.B. Antizipation von Verhaltenskonsequenzen), Regulation von Affekt, Motivation, Aufmerksamkeit, Internalisierung / Automation von Sprache (z.B. durch Selbstinstruktionen), Entwicklung von Handlungssequenzen
- **Psychosoziale Faktoren:** geringer sozioökonomischer Status, „broken-home“-Familien, negative Eltern-Kind-Interaktion



Hyperkinetische Störungen: Differentialdiagnostik

- Störungen des Sozialverhaltens
- Hyperaktivität bei Intelligenzminderungen
- Schulische Überforderung
- Anpassungs- und Belastungsstörungen
- Autistische Störungen
- Tic-Störungen
- Bindungsstörungen
- Depression / Angststörungen
- Endogene und exogene Psychosen
- Hochbegabung (selten)

Hyperkinetische Störungen: Therapie

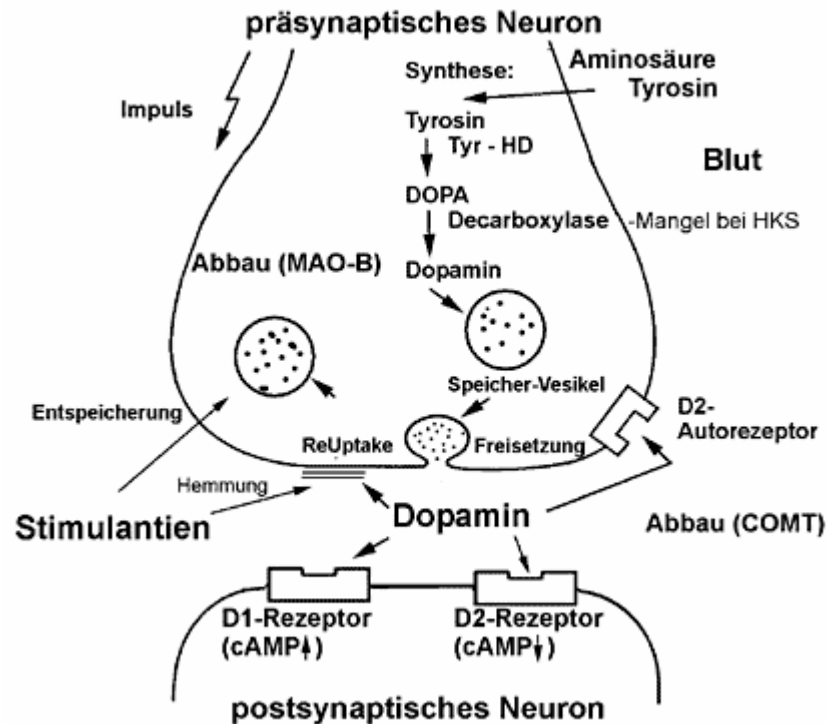
Multimodale Therapie:

- Medikamentöse Therapie
- Verhaltenstherapie:
 - Patientenzentriert
 - Elternzentriert
 - Kindergarten-/Schulzentriert
- Psychoedukation als Basis aller Interventionen
- (EEG-)Biofeedback, Entspannungsverfahren

Effektstärken der Therapien

- | | |
|---|------------|
| ● Methylphenidat | 0,6 – 1,83 |
| ● Amphetamin | 0,9 – 1,2 |
| ● Atomoxetin | 0,7 |
| ● Verhaltenstherapie | 0,8 – 0,9 |
| ● Kombination Medikation und Verhaltenstherapie | 1,8 – 1,9 |

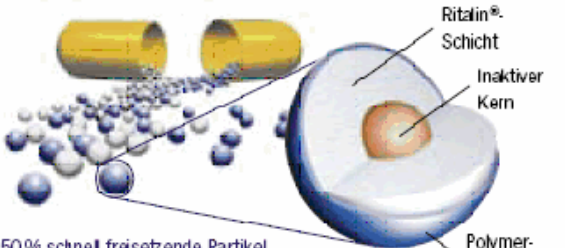



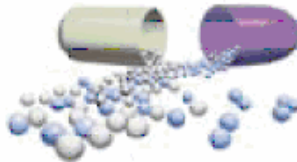
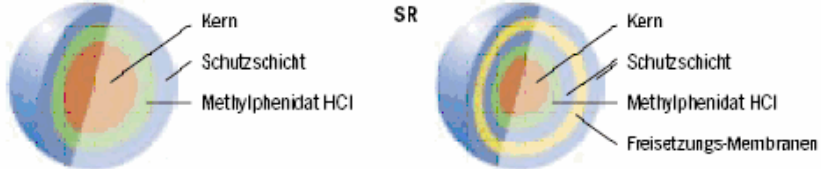
Hyperkinetische Störungen: Wirkmechanismus von Stimulanzien



Pharmakokinetik von Methylphenidat (immediate release):

- Wirkungseintritt: nach 20 min. (rasche Blut-Hirnpassage)
- Wirkdauer: ca. 4 Stunden
- Starke interindividuelle Variation der Dosis-Wirkungsbeziehung
- (Individ. Titrierung notwendig)

Hyperkinetische Störungen: Pharmakotherapie

Name	Retard-Technologie ²	Schematische Abbildung
Ritalin® LA Verhältnis (IR/SR): 50/50	Ammonium-Methacrylat-Copolymer-Beschichtung SODAS™ (Spheroidal Oral Drug Absorption System)	 <p>50% schnell freisetzende Partikel 50% verzögert freisetzende Partikel</p> <p>Wirkprinzip der verzögert freisetzenden Partikel:</p> <ol style="list-style-type: none"> Über 4 Stunden bildet die Umgebungsflüssigkeit kleine Poren in der Polymer-Beschichtung Flüssigkeit tritt ein und löst die Ritalin®-Schicht Dies verursacht die Freisetzung einer weiteren zweiten Methylphenidat-Dosis
Concerta® Verhältnis (IR/SR): 22/78	Orales Osmotisches System (Oros™)	<p>Morgens Ein geringer Teil des Wirkstoffes MPH wird sofort freigesetzt</p>  <p>1 Stunde später Mit steigendem, osmotischem Druck in der Kapsel...</p>  <p>Nachmittags ...dringt Wirkstoff aus einer definierten Pore</p> 
Medikinet® retard Verhältnis (IR/SR): 50/50	Methacrylsäure Ethylacrylat-Copolymer-Beschichtung	 <ul style="list-style-type: none"> • 50% schnell freisetzende Partikel • 50% verzögert freisetzende, Polymer-beschichtete Partikel • Freisetzung in Abhängigkeit vom pH-Wert • Verlust der Retardierung bei nüchternen Einnahme
Equasym® retard Verhältnis (IR/SR): 30/70	Polymerbeschichtete „Freisetzungsmembranen“ (Diffucaps)	 <p>IR Kern, Schutzschicht, Methylphenidat HCl</p> <p>SR Kern, Schutzschicht, Methylphenidat HCl, Freisetzungsmembranen</p>

Hyperkinetische Störungen: Pharmakotherapie: Nebenwirkungen

- Appetitminderung
- Schlafstörungen
- Dysphorie
- Übelkeit / Magenbeschwerden
- Rebound-Effekt
- Kopfschmerzen
- Tics
- Wachstumsretardierung
- keine Abhängigkeit
- Nebenwirkungen eher selten und gering ausgeprägt
- meist nur vorübergehend
- mögliche Überdosierung als Ursache

Kontraindikationen der Stimulanzientherapie:

Absolute Kontraindikationen:

- Psychosen
- Drogenabusus

Relative Kontraindikationen:

- Tic-Störung/Tourette-Syndrom
- Zerebrales Anfallsleiden (Senkung der Krampfschwelle in der Regel nicht relevant)

Hyperkinetische Störungen: Psychotherapie

Verhaltenstherapeutische Methoden:

- Operante Verfahren (z.B. Belohnerpläne)
 - Strukturierung der Situation (Fremdkontrolle)
 - Selbstinstruktionstraining / Selbstmanagement / Selbstkontrolltraining
- Je jünger die Kinder, desto mehr stehen eltern- oder schulzentrierte Maßnahmen im Vordergrund

Therapieprinzipien im Umgang mit HKS-Kindern:

- Klare Aufforderungen und Grenzsetzungen
- Regeln kurz und prägnant formulieren
- keine langen Diskussionen
- Konsequenzen müssen unmittelbar erfolgen
- Eine Warnung, dann Durchführen der Konsequenz
- Strukturierung des Tagesablauf (kein „Laufenlassen“)
- Ruhige Atmosphäre schaffen
- Positive Zuwendung wichtig

Hyperkinetische Störungen: Psychotherapie

Elemente eines Elterstrainings:

- Störungskonzept erarbeiten und aufklären
- Förderung positiver Interaktionen
- Setzen von Familienregeln
- Finden positiver und negativer Konsequenzen
- Belohnerpläne
- Vorwegnahme kritischer Situationen

Kindzentrierte Interventionen:

- Störungskonzept entwickeln
- Therapieziele formulieren
- Belohnerpläne
- Spieltraining (Ziel: Spieldauer)
- Selbstinstruktionstraining
- Selbstmanagement (Ziel: Eigenkontrolle)

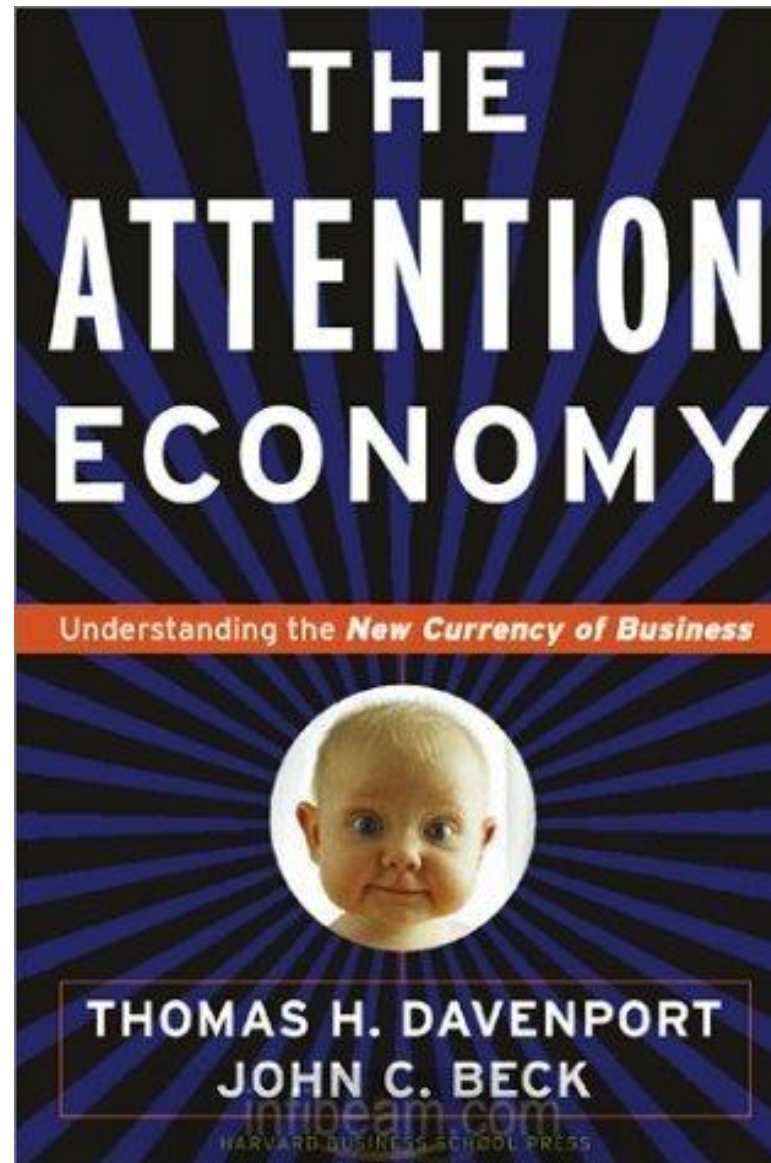


Elternratgeber Mutter und Vater





Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !



Elternratgeber: Angebot Photo Rombach