

**Diagnostik und Therapie von ADHS:
Stand der Forschung und Ausblick**
Manfred Döpfner & Tobias Banaschewski



Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik & Psychotherapie
des Kindes- und Jugendalters
Ausbildungsinstitut für Kinder- & Jugendlichenpsychotherapie
Institut für Klinische Kinderpsychologie der Christoph-Dornier-Stiftung



Medizinische Fakultät der Universität zu Köln
www.akip.de



**UNIKLINIK
KÖLN**



Diagnostik und Therapie von ADHS: Stand der Forschung und Ausblick

- Diagnostik für die Praxis: Leitlinienempfehlungen und weitere Entwicklung
- Pharmakotherapie und/oder Psychotherapie: Neue Indikationskriterien
- Psychotherapie: Stand der Forschung und Perspektiven

Diagnostik für die Praxis: Leitlinienempfehlungen und weitere Entwicklung

Bis 2017 publizierte deutsche / europäische ADHS-Leitlinien und Empfehlungen

Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen
im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter

Deutscher Ärzte-Verlag

Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V. Aktualisierte Fassung Januar 2007

ADHS bei Kindern und Jugendlichen
(Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung)

Mitteilungen DGPPN

D. Ebert, Freiburg - J. Krause, Ottobrunn - C. Roth-Sackenheim, Andernach (Hrsg.)

ADHS im Erwachsenenalter – Leitlinien auf der Basis eines Expertenkonsensus mit Unterstützung der DGPPN

Der Nervenarzt 10 - 2003 | 939

ORIGINAL CONTRIBUTION

European clinical guidelines for hyperkinetic disorder – first upgrade

Eric Taylor
Manfred Dopfner
Joseph Sergeant
Philip Asherson
Tobias Banaschewski
Jan Buitelaar
David Coghill
Marina Danckaerts
Arbert Rothenberger
Edmund Sonuga-Barke
Hans-Christoph Steinhausen
Alessandro Zuddas

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Diagnostik und Therapie von ADHS bei Kindern und Jugendlichen

Leitlinienbasiertes Protokoll

Hippokratia Klinikum
© M. Döpfer

2018: S3-Leitlinie: Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

publiziert bei: **AWMF online**
Das Portal der wissenschaftlichen Medizin

Langfassung der interdisziplinären evidenz- und konsensbasierten (S3) Leitlinie „Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter“

AWMF-Registernummer 028-045

Federführend beteiligte Fachgesellschaften

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.

https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-045l_S3_ADHS_2018-06.pdf

Hippokratia Klinikum
© M. Döpfer

Methodische Qualität von Leitlinien: Stufen-Klassifikation der AWMF			
	Für den Anwenderkreis repräsentative Entwicklergruppe	Systematische Evidenzbasierung (Recherche, Auswahl, Bewertung der Literatur)	Strukturierte Konsensusfindung (Formale Technik)
S1 Handlungs- empfehlungen von Expertengruppen	nein	nein	nein
S2k Konsensbasierte Leitlinie	ja	nein	ja
S2e Evidenzbasierte Leitlinie	nein	ja	nein
S3 Evidenz- und konsensbasierte Leitlinie	ja	ja	ja

 UNIKLINIK KÖLN | <http://www.awmf.org/leitlinien.html>
 Nippoklinikpazin
© M. Döpfer

Verbände, die bei der Konsentierung einbezogen wurden	
<ol style="list-style-type: none"> 1. ADHS Deutschland¹⁾ 2. Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte (AG ADHS)¹⁾ 3. Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP)¹⁾ 4. Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie (AGNP)¹⁾ 5. Arbeitsgemeinschaft Niedergelassener Neuropädiater (AG-NNP)¹⁾ 6. Berufs- und Fachverband Heilpädagogik (BHP)¹⁾ 7. Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ)¹⁾ 8. Berufsverband der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutinnen und -therapeuten (bkj)²⁾ 9. Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP)²⁾ 10. Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen - Sektion Schulpsychologie (BDP)¹⁾ 11. Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland (BKJPP)¹⁾ 12. Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG)¹⁾ 13. Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)¹⁾ 14. Bundesvereinigung Verhaltenstherapie im Kindes- und Jugendalter (BVKJ)²⁾ 15. Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN)²⁾ 16. Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp)²⁾ 17. Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie (DVT)¹⁾ 18. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)¹⁾ 19. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)¹⁾ 	
 UNIKLINIK KÖLN https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-045I_S3_ADHS_2018-06.pdf Volle Zustimmung, Zustimmung mit Sondervotum, Abgelehnt	 Nippoklinikpazin © M. Döpfer

Verbände, die bei der Konsentierung einbezogen wurden

20. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) ¹⁾
21. Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs) ²⁾
22. Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) ¹⁾
23. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (dgvvt) ¹⁾
24. Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPtV) ¹⁾
25. Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie (DGBP) ¹⁾
26. Deutscher Berufsverband der MotopädInnen/MototherapeutInnen (DBM) ¹⁾
27. Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE) ¹⁾
28. Gesellschaft f. Neuropädiatrie (GNP) ¹⁾
29. Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP) ¹⁾
30. Vereinigung Analytischer Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland (VAKJP) ³⁾
31. zentrales adhs-netz (zan) ¹⁾




https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-045I_S3_ADHS_2018-06.pdf


Fully agreed, agreed with special votum, not agreed

Deutschsprachige psychometrisch untersuchte Verfahren zur Erfassung von ADHS-Symptomatik im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter

Alter	Klinisches Urteil	Eltern-/Erzieher/ Lehrerurteil	Selbsturteil
3-6	<ul style="list-style-type: none"> • DCL-ADHS (DISYPS-III) • ILF-EXTERNAL (DISYPS-III) 	<ul style="list-style-type: none"> • FBB-ADHS-V (DISYPS-III) 	(entfällt)
6-10			
11-18		<ul style="list-style-type: none"> • Conners3 	SBB-ADHS (DISYPS-III)
>18	<ul style="list-style-type: none"> • ADHS-DC (HASE) • ADHS Interview (IDA) • CAARS-O 	(entfällt)	<ul style="list-style-type: none"> • ADHS-SB (HASE) • CAARS-S

3 – 18 J:
 Conners-3 Conners Skalen zu Aufmerksamkeit und Verhalten – 3 (Lidzba et al., 2015)
 DCL-ADHS Diagnose-Checkliste ADHS-Diagnostik-System DISYPS-III (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017a)
 ILF-EXTERNAL Interviewleitfaden für Externale Störungen-Diagnostik-System DISYPS-III (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017b)
 FBB-ADHS(-V) Fremdbeurteilungsbogen für Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörungen (im Vorschulalter) - Diagnostik-System DISYPS-III (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017a)
 SBB-ADHS Selbstbeurteilungsbogen für Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörungen - Diagnostik-System DISYPS-III (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017a)


https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-045I_S3_ADHS_2018-06.pdf


Fully agreed, agreed with special votum, not agreed

1.6 Welche Bedeutung haben testpsychologische Untersuchungen im Rahmen der neuropsychologischen Diagnostik sowie der Entwicklungs- und Leistungsdiagnostik?



Die Diagnose ADHS soll **nicht ausschließlich** auf der Grundlage von **psychologischen Tests** gestellt oder ausgeschlossen werden.

Allerdings können testpsychologische Untersuchungen im Rahmen der Diagnostik ergänzend eingesetzt werden und sind zur Beantwortung **spezifischer Fragestellungen** notwendig (z.B. bei Verdacht auf schulische Überforderung oder auf Intelligenzminderung, Entwicklungsstörungen oder spezifischen neuropsychologischen Störungen).

Verhaltensbeobachtungen während testpsychologischer Untersuchungen können ergänzende Hinweise auf das Vorliegen einer ADHS-Symptomatik liefern. ADHS-Symptome müssen jedoch nicht notwendigerweise während der Untersuchung auftreten.

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens
Zustimmung: 100%



https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-045I_S3_ADHS_2018-06.pdf



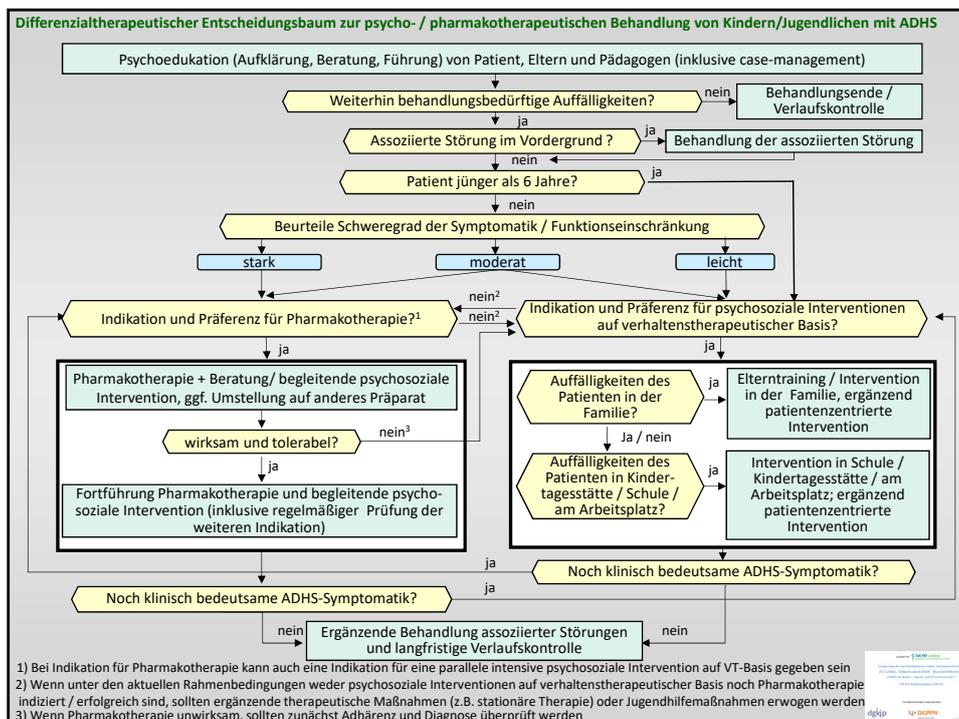
Multimodale Diagnostik ADHS

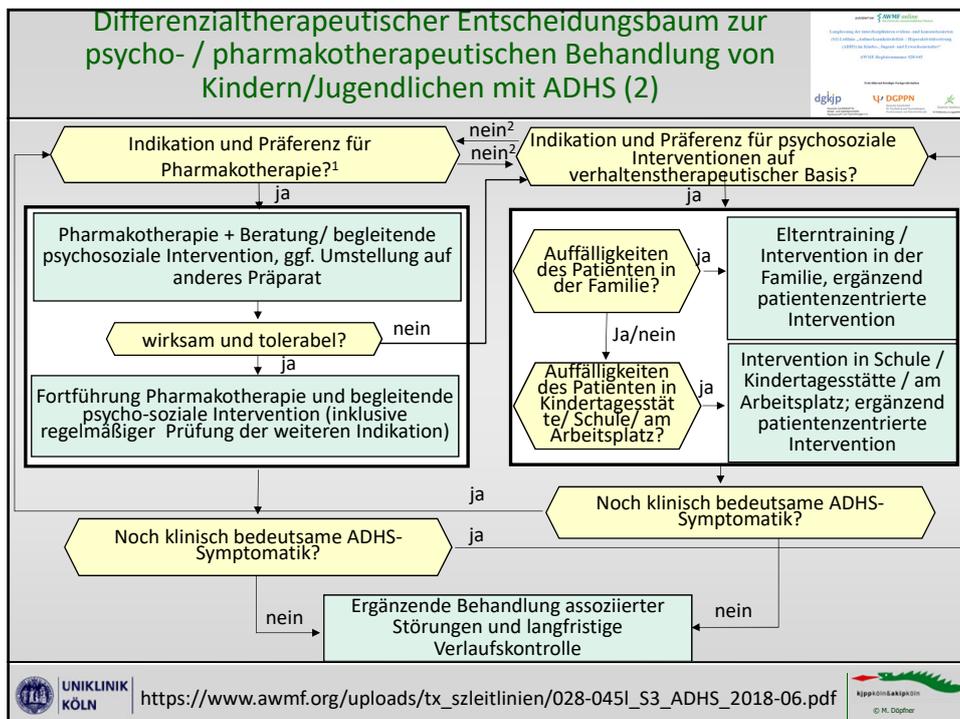
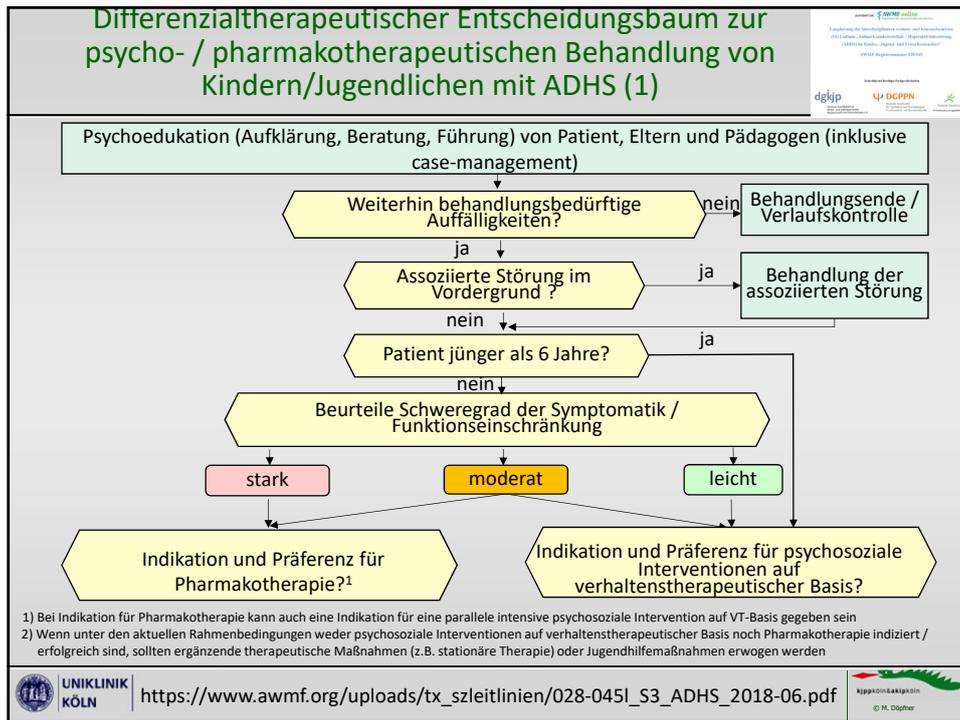
in Untersuchung beobachtet	im Lehrerurteil bestätigt	im Elternurteil bestätigt	neuropsychol. bestätigt	im Selbsturteil bestätigt
Situationsübergreifende ADHS, die auch vom Pat. wahrgenommen wird				
Situationsübergreifende ADHS, die vom Pat. nicht wahrgenommen wird				
Situationsübergreifende ADHS, die in der Testsituation nicht erfasst wird und vom Pat. nicht wahrgenommen wird				
ADHS-Symptome in der Untersuchung und in der Schule, aber nicht von Eltern wahrgenommen und auch nicht im Test erkennbar				
Rein situative ADHS-Symptome in der Untersuchung				
Keine ADHS				

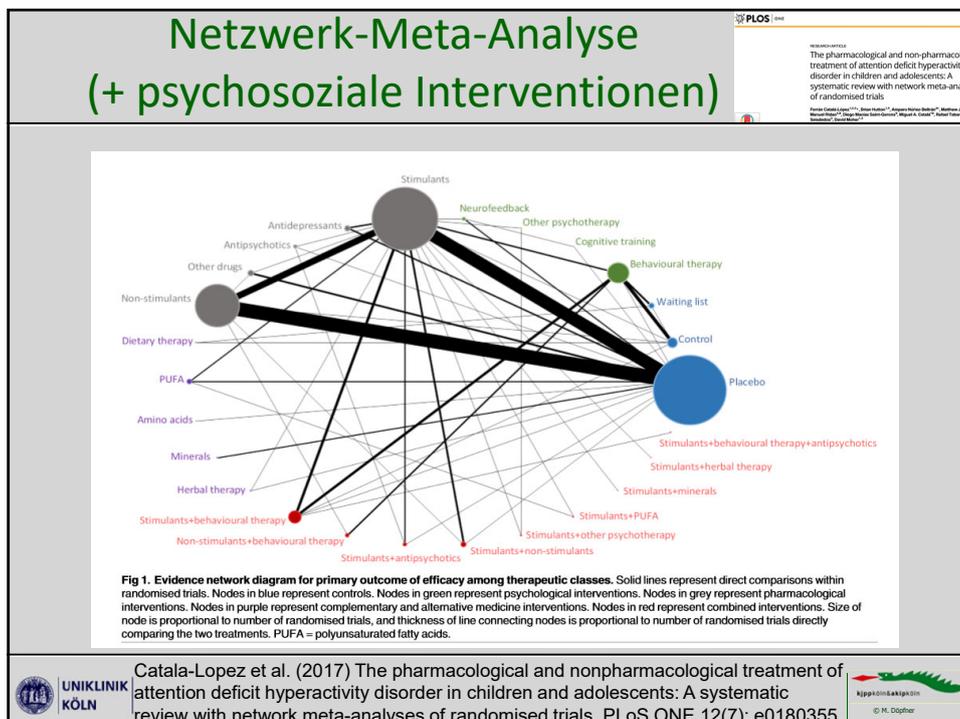
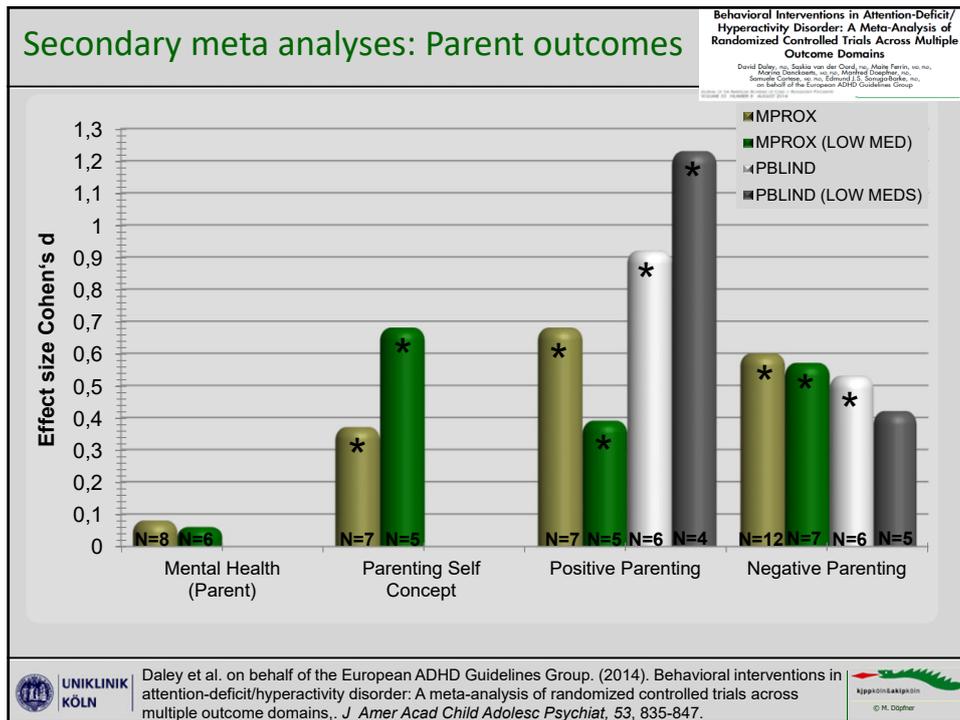


Pharmakotherapie und/oder Psychotherapie:

Neue Indikationskriterien







Evidenz deutschsprachiger primär patientenzentrierter Therapieprogramme (V=Vorschul-, G=Grundschulalter, J=Jugendalter)		
Manual		Evidenz
Aust-Claus & Hammer (2010). OptiMind Therapieprogramm für Kinder. Training für Konzentration, Kommunikation und Selbstbewusstsein	V,G	Gering
Braun & Döpfner (2017). Therapieprogramm zur Steigerung von Organisations-fähigkeit, Konzentration und Impulskontrolle bei Kindern mit ADHS: THOKI-ADHS.	G	Gering
Ettrich, C. (2004). Konzentrationstrainings-Programm für Kinder	V,G	Gering
Jacobs. et al. (2013). Training für Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen. Das neuropsychologische Gruppenprogramm ATTENTIONER	G	Gering
Krowatschek et al. (2007): Marburger Konzentrationstraining (MKT)	V,G,J	Gering
Lauth & Schlotzke (2009). Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kinder	G	Moderat
Linderkamp et al. (2011). ADHS bei Jugendlichen: Das Lerntraining LeJA.	J	Moderat
Spröber et al. (2013): SAVE-Strategien für Jugendliche mit ADHS.	J	Gering
Walter & Döpfner (2009). Leistungsprobleme im Jugendalter. Therapieprogramm für Jugendliche mit Selbstwert-, Leistungs- und Beziehungsstörungen, SELBST	J	Moderat
Winter & Arasin (2007). Ergotherapeutisches Trainingsprogramm bei ADHS (ETP-ADHS).	G	Gering
Staufenberg, A.M., (2011). Zur Psychoanalyse der ADHS. Manual	G	Gering


https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-045I_S3_ADHS_2018-06.pdf


Evidenz deutschsprachiger eltern (E) -, kindergarten- (K), schulzentrierter (S) und multimodaler Therapieprogramme		
Manual		Evidenz
Aust-Claus, E. (2010). Das Elterntraining. Manual für den ADS-ElternCoach.	E	Gering
Beelmann et al. (2007). Elterntraining zur Förderung der Erziehungskompetenz für emotional belastete Familien (EFFEKT).	E/K	Gering
Döpfner et al. (2013). Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP). Döpfner et al. (2016). THOP-Gruppenprogramm	E/K/S (+Kind)	Sehr gut
Döpfner et al. (2011). Wackelpeter & Trotzkopf.	E	Sehr gut
Franz et al. (2009) PALME - Präventives Elterntraining für alleinerziehende Mütter.	E	Gering
Kinnen et al. (2015). Wackelpeter & Trotzkopf in der Pubertät.	E	Gering
Lauth & Heubeck (2006). Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger Kinder (KES).	E	Gering
Lauth (2014). ADHS in der Schule. Übungsprogramm für Lehrer	S	Gering
Plück et al. (2006). Präventionsprogramm für Expansives Problemverhalten (PEP).	E/K	Sehr gut
Sanders et al. (2006). Trainermanual für das Triple P Einzeltraining.	E	Sehr gut
Hanisch et al. (2017). Schulbasiertes Coaching bei Kindern mit expansivem Problemverhalten (SCEP).	S	Gering


https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-045I_S3_ADHS_2018-06.pdf


Verbesserung der Wirksamkeit durch: modulare, personalisierte und adaptive Interventionen



- Problem:** individualisierte interventionen kaum untersucht
- In den meisten Studien standardisierte (oft gruppenbasierte) Interventionen ohne Beachtung
 - ▶ der initialen spezifischen Probleme, der problem-aufrechterhaltenden Faktoren und der spezifischen Lebensbereiche
 - ▶ des Verlaufs der Symptomatik während der Therapie

Almirall & Chronis-Tuscano (2016). Adaptive Interventions in Child and Adolescent Mental Health. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45, 383–395.
 Ng & Weisz (2016) Annual Research Review: Building a science of personalized intervention for youth mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 57, 216–236

Beispiele für Behandlungsmodulare für eine personalisierte Therapie

ADHS-Symptome aufrecht erhalten durch:	Behandlungsmodul
Negative Eltern (Lehrer-) Kind-Beziehung	Stärkung positiver Eltern (Lehrer-) Kind-Beziehung
Mangel an Verhaltensregeln zu Hause / in der Schule	Implementierung von Verhaltensregeln zu Hause / in der Schule
Mangel an unmittelbarer positiver Verstärkung für angemessenes Verhalten zu Hause (in der Schule)	Implementierung von positiver Verstärkung für angemessenes Verhalten zu Hause (in der Schule)
Mangel an unmittelbaren negativen Konsequenzen bei ADHS-Symptomen zu Hause (in der Schule)	Implementierung von negativen Konsequenzen bei ADHS-Symptomen zu Hause (in der Schule)
Mangel an organisatorischen Fertigkeiten (selbst bei Verstärkung)	Training organisatorischer Fertigkeiten
Impulsives Verhalten (auch wenn reflexives Verhalten verstärkt wird)	Impulskontrolltraining
Elterliche Psychopathologie / Partnerschaftsprobleme	Behandlung von elterlicher Psychopathologie / Partnerschaftsproblemen
Mangelnde Kooperation bei Interventionen	Interventionen zur Motivationssteigerung

UNIKLINIK KÖLN | © M. Döpfner

SMART-Designs: Überprüfung von Behandlungssequenzen

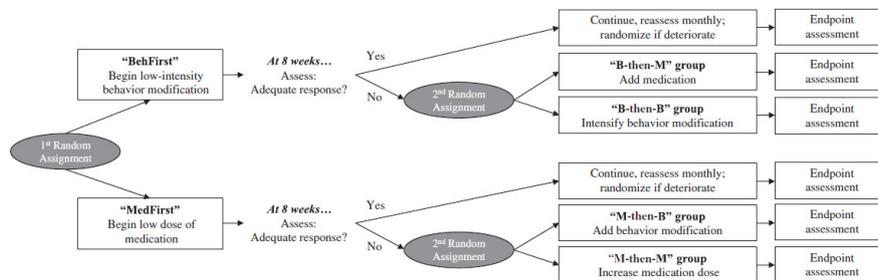


FIGURE 2 Study design.

- *BehFirst*: geringere Rate an Verletzung von Regeln im Klassenzimmer (primärer Zielparameter) bei Behandlungsende im Vergleich zu *MedFirst* (Keine Unterschiede bei ADHS- / oppositionellen Symptomen im Eltern- / Lehrerurteil).
- *Beh then Med*: bessere Ergebnisse auf primären Zielparametern und bei Eltern- / Lehrerurteilen zu oppositionellem Verhalten im Vergleich zu *Med then Beh*.



Pelham et al. (2016) Treatment Sequencing for Childhood ADHD: A Multiple-Randomization Study of Adaptive Medication and Behavioral Interventions. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(4), 396–415.



Begrenzter Zugang zu klassischer Behandlung

Rebooting Psychotherapy Research and Practice to Reduce the Burden of Mental Illness

Alan E. Kazdin and Stacy L. Blase
Department of Psychology, Virginia Commonwealth University, VA

University of Pennsylvania
The University of Michigan
The University of Texas at Austin
The University of Washington
The University of Wisconsin-Madison
The University of Wisconsin-Minneapolis
The University of Wisconsin-River Falls
The University of Wisconsin-Stevens Point
The University of Wisconsin-Stout
The University of Wisconsin-Superior
The University of Wisconsin-Whitewater
The University of Wisconsin-La Crosse
The University of Wisconsin-Oshkosh
The University of Wisconsin-Oroquois
The University of Wisconsin-Park Falls
The University of Wisconsin-St. Croix
The University of Wisconsin-Eau Claire
The University of Wisconsin-Fox Ochs

NSRF

- Der Bedarf an psychosozialen Interventionen ist enorm und nur ein Teil der Bedürftigen erhält tatsächlich Therapie (Deutschland: 30%-50%; Ravens-Sieberer et al., 2018, 2012).
- USA: 55% der Patienten mit ADHS im Alter von 2-5 Jahren erhalten das empfohlene Elterntaining im Vergleich zu 76%, die eine nicht empfohlene Pharmakotherapie erhalten (Visser et al., 2016).
- Deutschland: 19% der medikamentös behandelten Kinder erhalten Elterntaining
- *Individual psychotherapy, the dominant model of treatment delivery, is not likely to be able to meet this need* (Kazdin & Blase, 2011).

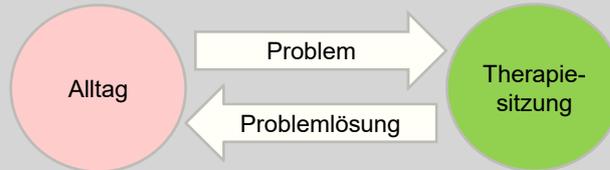


Visser et al. (2016). Vital signs: National and state-specific patterns of attention deficit/hyperactivity disorder treatment among insured children aged 2–5 years—United States, 2008–2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 65(17), 443–450.



Probleme klassischer Psychotherapie

- **Importproblem:** Probleme lassen sich oft nur schwer in die Therapiesitzung importieren
- **Exportproblem:** Veränderungen lassen sich schwer aus der Therapiesitzung in den Alltag transferieren
 - Adhärenz bei Therapieaufgaben ist begrenzt



- **Motivationsproblem:** Kinder und Jugendliche zeigen häufig eine begrenzte Therapiemotivation
- **Versorgungsproblem:** Klassische Face to Face-Therapie wird den Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung nicht decken können

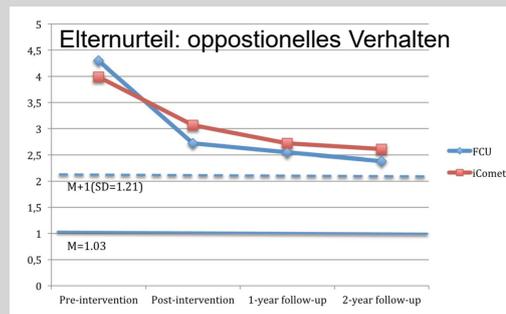
Digital unterstützte Psychotheapie

Cognitive-behavioural interventions may be enhanced by

- Computer: **cCBT** 
- Internet / web : **iCBT** 
- Smartphone (mobile): **mCBT** 
- Telephone: **tCBT** 
- Virtual Reality: **vCBT** 

Web-basiertes Elternt raining (mit minimalem Support) im Vergleich zu klassischem Elternt raining bei Kindern mit Oppositionellem Verhalten (einschließlich ADHS)

- iComet (n=109): 7 web-Sitzungen, einzeln; Text, Videos zu Eltern-Kind-interaktionen, Illustrationen, and multiple-choice Fragen. Feedback durch das Programm,
- Elternt raining (n=122): 10 weeks
- Höherer Dropout bei iComet (39%) als bei Elternt raining (23%)



Beide Intervention mit positiven Effekten nach Elternurteil, nicht aber nach Urteil des Kindes / der Lehrer.



Ghaderi et al. (2018) Randomized effectiveness Trial of the Family Check-Up versus Internet-delivered Parent Training (iComet) for Families of Children with Conduct Problems. Scientific Reports | (2018) 8:11486 | DOI:10.1038/s41598-018-29550-z



Diagnostik und Therapie von ADHS: Stand der Forschung und Ausblick

- Moderate Effekte von Elternt raining und schulbasierten Interventionen auf ADHS-Symptome und andere externe Symptome
- Geringe bis moderate Effekte einzelner patientenbasierter Interventionen (z.B. Training organisatorischer Fertigkeiten)
- Substanzieller Anteil der Patienten bei Behandlungsende noch im auffälligen Bereich
- Wirksamkeit / Reichweite können möglicherweise verbessert werden durch
 - ▶ modulare, personalisierte, adaptive Therapie
 - ▶ transdiagnostische Interventionen
 - ▶ digitale Unterstützung als Ergänzung oder als Alternative zu intensiver Therapie



Danke

Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik & Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Ausbildungsinstitut für Kinder- & Jugendlichenpsychotherapie
Institut für Klinische Kinderpsychologie der Christoph-Dornier-Stiftung
Medizinische Fakultät; Humanwissenschaftliche Fakultät
der Universität zu Köln
www.akip.de



UNIKLINIK
KÖLN



kjppkölIn&akipkölIn