

Psychotherapie und JugendhilfeAffektive Dysregulation and Coexisting Conditions in Children – die ADOPT Studie

Köln – 4. Mai 2024

Prof. Dr. Michael Kölch

Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und
Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter

COI statement

Research grants:

BMBF

BMFFSJ

Schweizer Bundesamt für Justiz

EU

Eli Lilly International Foundation

Boehringer Ingelheim

Europäische Akademie

Servier

Clinical studies

Eli Lilly

Astra Zeneca

Janssen

Lundbeck

Schwabe

Advisory

Connect4children: Janssen

travel grants/honoraries:

DGKJP, UCB, Janssen, Shire, Lundbeck, Infectopharm, diverse gemeinnützige Organisationen

Membership: Kinderarzneimittelkommission BfArM, ECNP, AACAP, DGKJP (past-president), BAG

Royalties: Springer, Beltz, Hogrefe, C.H. Beck

No stocks pharmaceutical industry Aktien/Beteiligungen an Pharmafirmen



adopt
institution

Inhalt

- Der „Need“ für kinder- und jugendpsychiatrische und – psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Kinder- und Jugendhilfemaßnahmen
- ADOPTInstitution: Ergebnisse einer Studie mit Kindern in Pflegefamilien und Heimen
- Fazit

Ein paar Zahlen vorab....

38% der Kinder, die in Kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung kommen, ist bereits in der Kinder- und Jugendhilfe bekannt

33% Kinder erhalten neu nach einer oder parallel zu einer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen Leistungen aus dem Bereich des SGB VIII (Beck 2015)

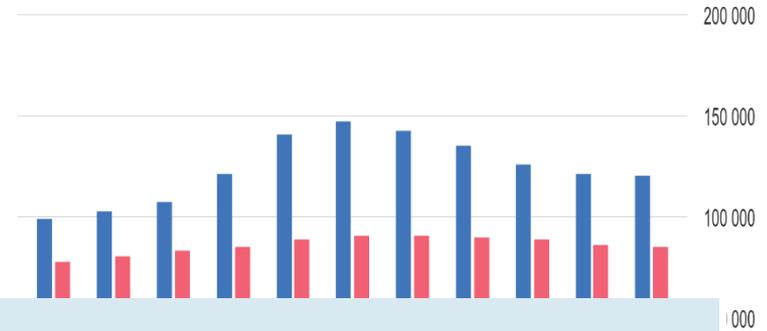
Eingliederungshilfen für Kinder und Jugendliche mit seelischer Behinderung
Jährliche Hilfen

Alter (von ... bis unter ... Jahren)

17 - 18
16 - 17
15 - 16
14 - 15



Junge Menschen in Heimen und Pflegefamilien



Zentrale Ergebnisse zu Inanspruchnahme und Adressat(inn)en

- Über 1 Million junge Menschen und deren Familien erhalten Unterstützung durch Hilfen zur Erziehung. Die Zahl der in Anspruch genommenen erzieherischen Hilfen steigt seit Jahren.
- Vor allem stationäre Hilfen haben in den letzten Jahren deutlich zugenommen.
- Ambulante Leistungen werden häufiger von (jüngeren) Kindern und ihren Familien in Anspruch genommen. In den stationären Hilfen sind erheblich mehr Jugendliche als Kinder zu finden.
- Hilfen zur Erziehung werden eher von Familien in prekären Lebenslagen in Anspruch genommen, vor allem bei Transfergehaltbezug, bei alleinerziehenden Personen und bei Familien mit Migrationshintergrund.

DESTATIS

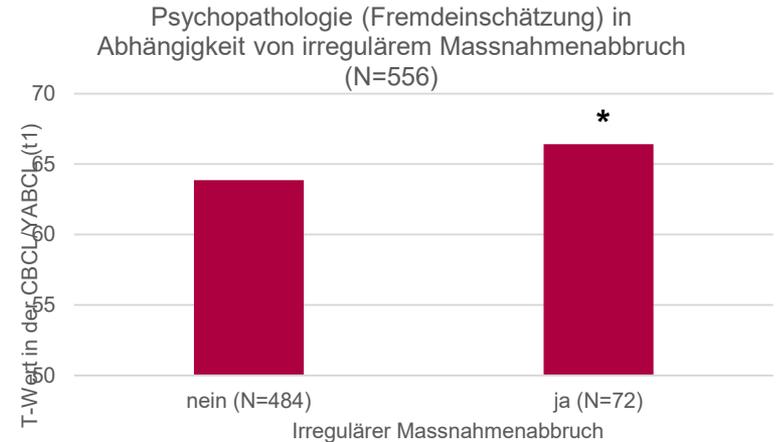
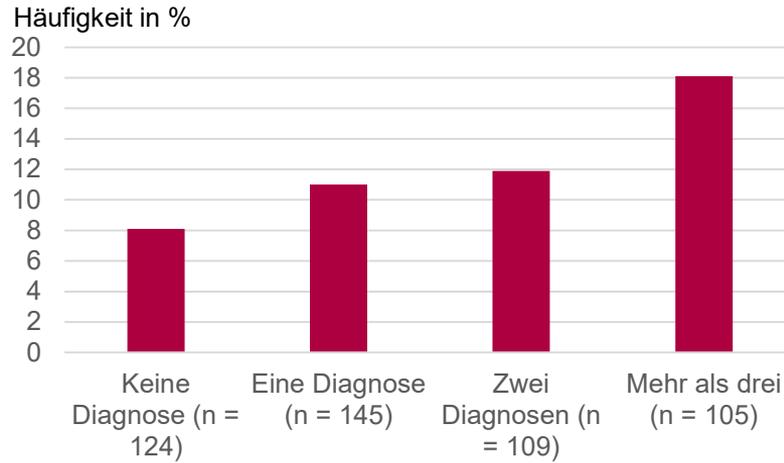
Pressemitteilung Nr. 493 vom 21. Dezember 2023

- **121 000 junge Menschen lebten in Heimen und 86 000 in Pflegefamilien**
- **In jedem zweiten Fall waren die Eltern alleinerziehend**
- **65 % der Betroffenen oder ihrer Herkunftsfamilien bezogen Transferleistungen**
- **Hauptgründe für neue Unterbringungen im Jahr 2022 waren der Ausfall von Bezugspersonen und Kindeswohlgefährdungen**
- **dritthäufigster Grund: „erzieherische Unsicherheit“**

„ultra high risk“ Gruppe: Kinder in institutioneller Erziehung

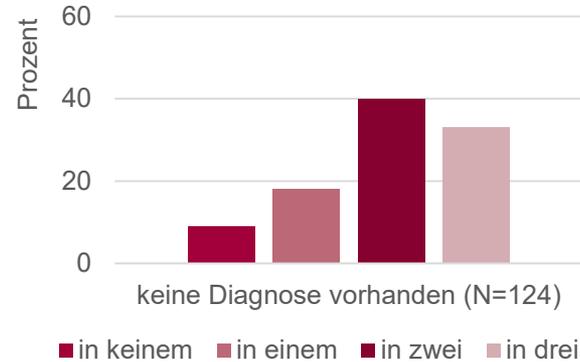
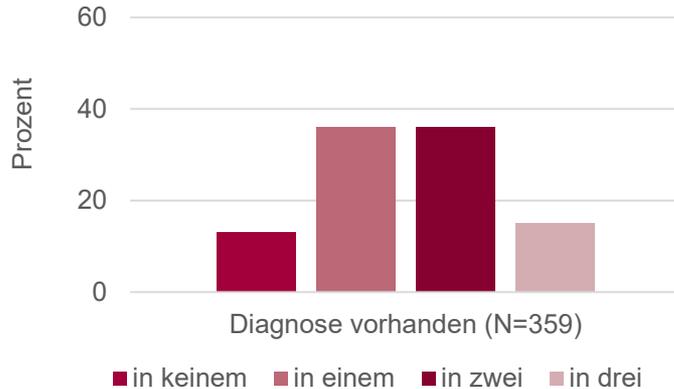
Extrem hohe Prävalenz psychiatrischer Diagnosen und Traumavorgeschichte verglichen mit anderen Gruppen:

- erhöhte Rate (60-70%) an Traumatisierungen durch Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch
- 44 – 96 % erfüllen die Diagnosekriterien für mind. eine psychische Störung
- **Komorbidität und Psychopathologie der stärkste Risikofaktor für das Scheitern von Kinder- und Jugendhilfe-Maßnahmen**



Pädagogische Zielerreichung und psychische Erkrankung – MAZ.Studie

Unterschied zwischen Jugendlichen mit und ohne **Psychische Erkrankung** (ICD-10)
in der
„Anzahl der individuellen Ziele mit Verbesserung“



Fazit I

- Kinder in intensiven Maßnahmen der KJH vielfältig belastet und hoher Load mit psychischer Symptomatik
- Hoher Bedarf an psychotherapeutischer, aber auch kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung
- Aufgabe für Fachgebiete, gerade Klientel mit besonders schwerer Symptomatik zu versorgen
- Individuelle Behandlung – Beteiligung an Hilfeplanung – Supervision – Kooperation
- Aber:
- Kooperation darf nicht Patientenrechte ausser Kraft setzen
- Unterschied zwischen individueller Behandlung und struktureller Kooperation (z.B. mit einem freien Träger der KJH)
- Einwilligung zur Behandlung kann nicht Voraussetzung für Maßnahmen der KJH sein
 - Empfehlungen der Gemeinsamen Kommission Jugendhilfe demnächst veröffentlicht

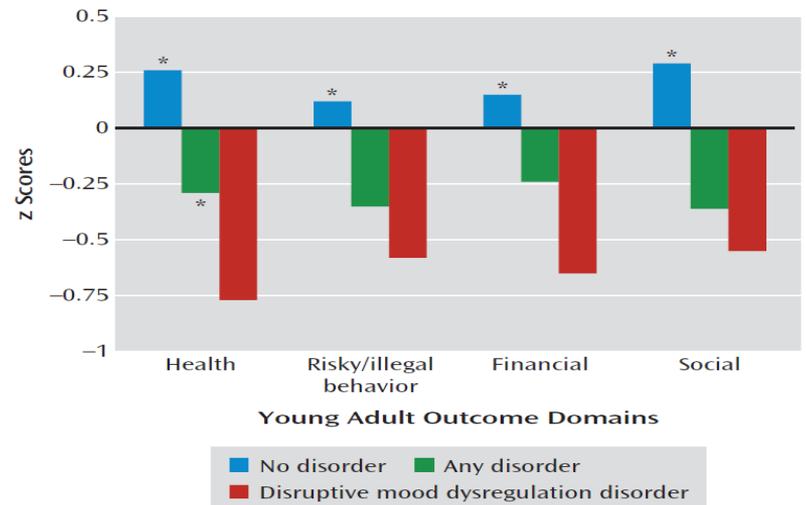
Affektive Dysregulation

- **exzessive Reaktion auf negative emotionale Stimuli**
 - mit affektiver Komponente (Ärger/Traurigkeit)
 - Verhaltenskomponente (Aggression)
- dauerhafte gereizte (“irritable”) Stimmung mit schweren Stimmungsausbrüchen/Impulsivität. (Baweja et al., 2016, Carlson & Klein 2020)
- Irritabilität, Gereiztheit und AD oftmals synonym oder zumindest ähnlich verwendet (Döpfner et al., 2019; Giller et al., 2021; Waltereit et al., 2019)
- **Affektive Dysregulation prädiziert bei Jugendlichen in stationärer KJH Maßnahmen:**
 - Höheres Risiko für kombinierte Störungen (CD + emotional Störungen und Persönlichkeitsstörungen)
 - Höheres Risiko für Suizidalität
 - Höchste Belastung mit ACE
 - Niedrigste Werte bei globaler Gesundheitseinschätzung
 - Späteren Substanzabusus

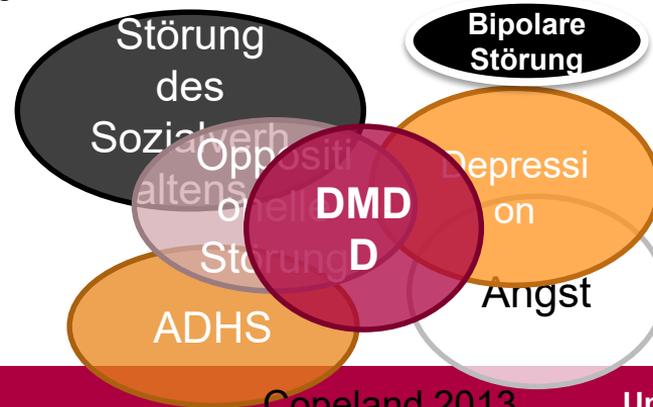


Komorbiditäten

- DMDD: schlechtester Outcome von allen Störungen
- hohe Komorbidität bzw. Überlappung mit anderen Störungen, deshalb DMDD als eigenständige Störung nicht unumstritten (Birkle et al., 2017)
- diagnostisch wenig spezifisch (Holtmann et al., 2017)
- deshalb auch forschungskonzeptionell eher als transdiagnostisches Phänomen
- ICD-11: DMDD/AD nicht als eigenständige Störung, sondern Specifier bei ODD
 - ODD mit und ohne chronischer Gereiztheit/Irritabilität, Ärger (World Health Organization, 2019)



Great Smoky Mountains Study
(Copeland et al. 2014)

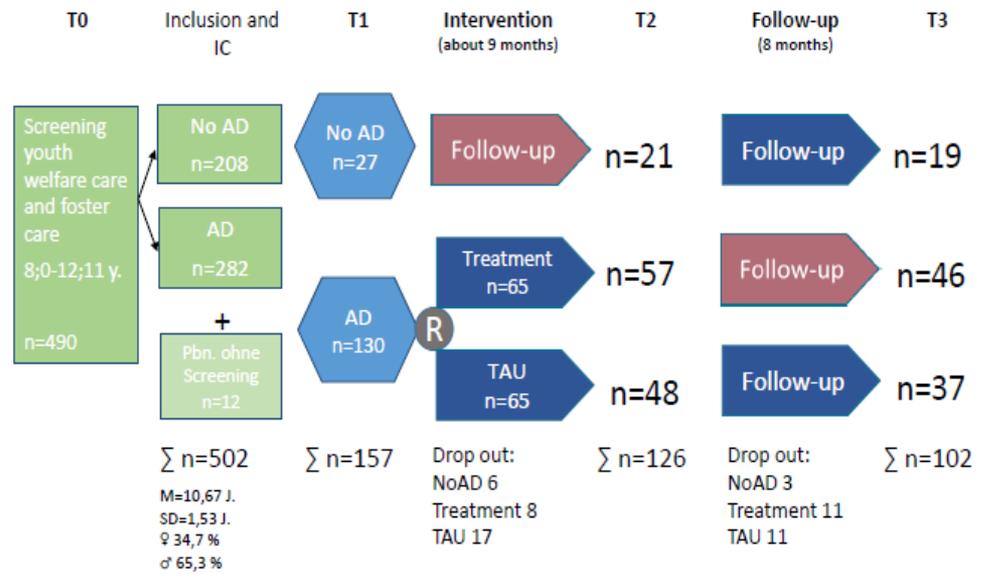


Die ADOPT Studie

- Bundesweite, BMBF-geförderte, multizentrische Studie zur Untersuchung von Affektiven Dysregulationen bei Kindern
- im Alter von 8-12 Jahren mit 6 Teilprojekten & 7 Zentren
- Ziele:
 - to develop and evaluate screening and assessment tools for AD & CoCo for use in clinical routine care based on DSM-5 and ICD-10/ICD-11 (ADOPTepidemiology)
 - to inform about prevalence rates and to analyze psychosocial risk and protective factors of AD & CoCo and their relationship to psychological well-being (ADOPTepidemiology)
 - to analyze neuropsychological and neurobiological risk factors of AD (ADOPTneurobiology)
 - to evaluate a stepped care approach starting with easy accessible and cost-effective online intervention followed by an intensive personalized modular outpatient treatment including psychological and pharmacological treatment in two samples of children with AD & CoCo using multiple outcome evaluations (ADOPTonline, ADOPTtreatment, ADOPTinstitution)
 - to improve treatment algorithms including psychosocial and pharmacological interventions and to optimize cost-effectiveness and feasibility of treatment of AD & CoCo



- ADOPT-Institution konzipiert für diese Population:
 - Früher Ansatz 8 – 13 Jahre
 - Keine online Intervention (Expertise Erzieher, spezifische Symptomatik)
 - Spezifische Module für Traumaerfahrungen
- Rekrutierung extrem aufwändig: Einholen der Einwilligungserklärung oft frustan:
 - kein Kontakt zu Sorgeberechtigten/Sorgeberechtigte antworten nicht
 - Sorgeberechtigte verweigern Kontaktdaten
 - Vorhandensein der Vollmacht in Einrichtung/bei Pflegeeltern nicht ausreichend für Studienteilnahme!
- No-AD: keine Motivation zu Studienteilnahme



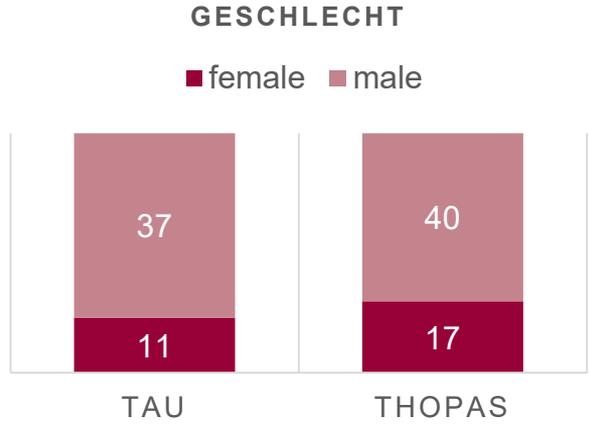
Studienpopulation

- Alter:

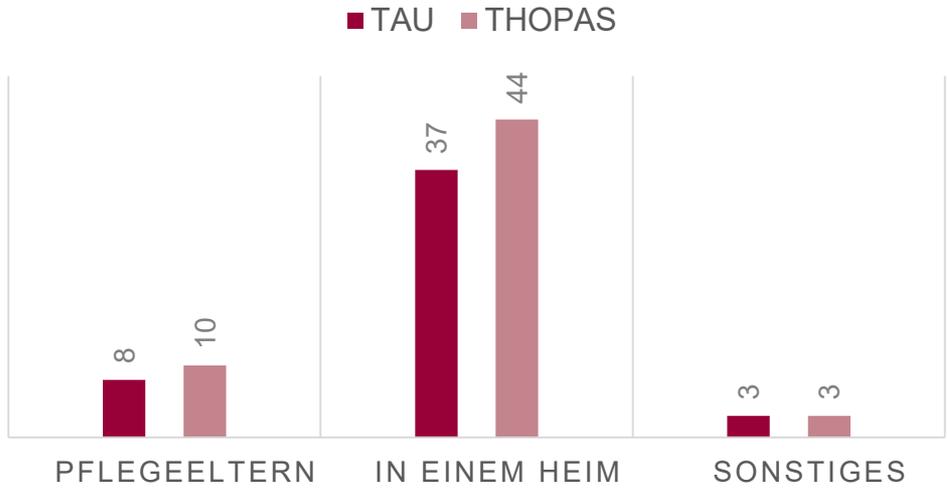
| | TAU | THOPAS |
|------|-------|--------|
| Mean | 10,74 | 10,94 |
| SD | 1,37 | 1,29 |

- Deutlich mehr Kinder in Heimen als in Pflegefamilien

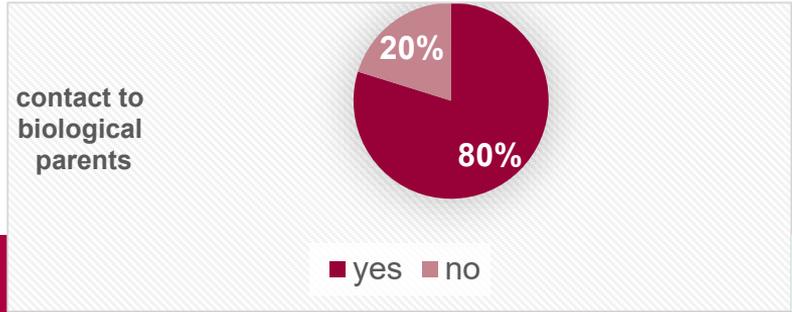
- Mehr Jungen eingeschlossen



ART DER FREMDUNTERBRINGUNG



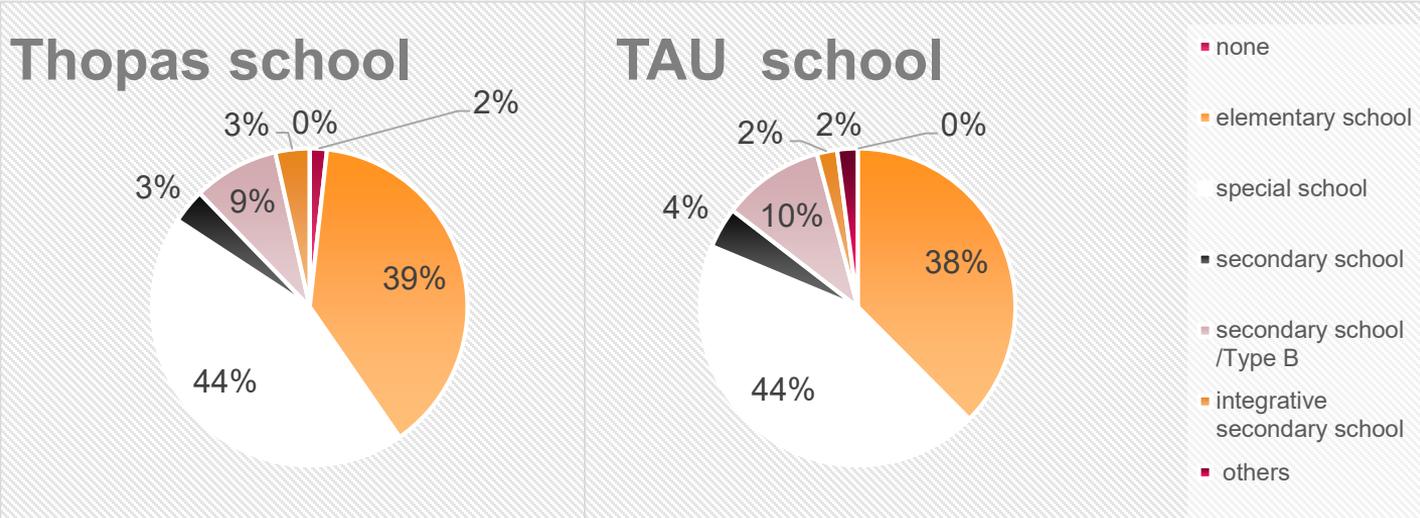
- 79,8% der Kinder hatten Kontakt mit biologischen Eltern: aber 1/5 hatte keinen Kontakt!



Schulart und Integrationshilfe in Schule

Zum Vergleich: in der Gemeindepopulation ca. 7% in Förderschule

12 (TAU)/9 (THOPAS) Kinder hatten eine Schulbegleitung/Integrationshilfe

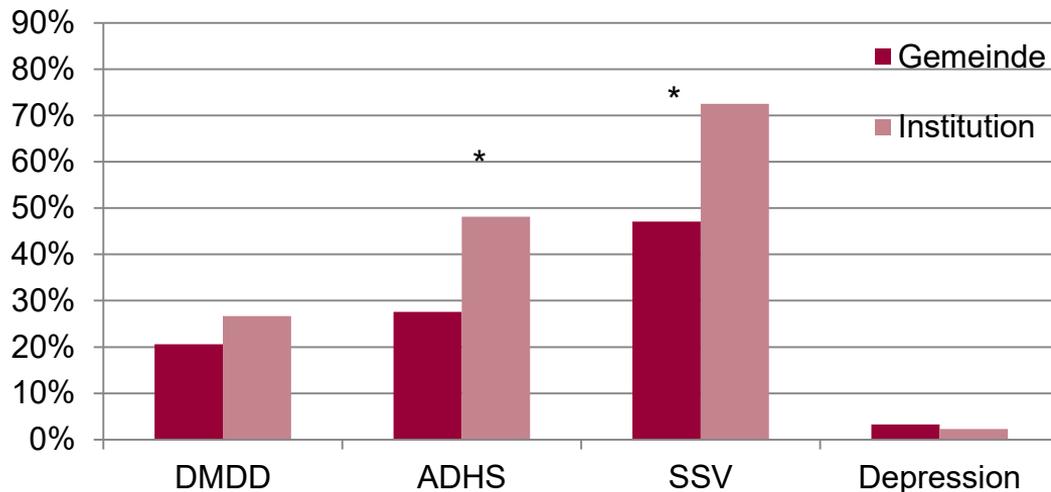


Diagnosen: Vergleich Institution (n=131) & Gemeinde (n=359)

Komorbide Störungen THOPAS und TAU

- mind. 1 Diagnose: Gemeinde 61,3% vs. Institution 84,0%

Diagnosen Gemeinde vs. Institution



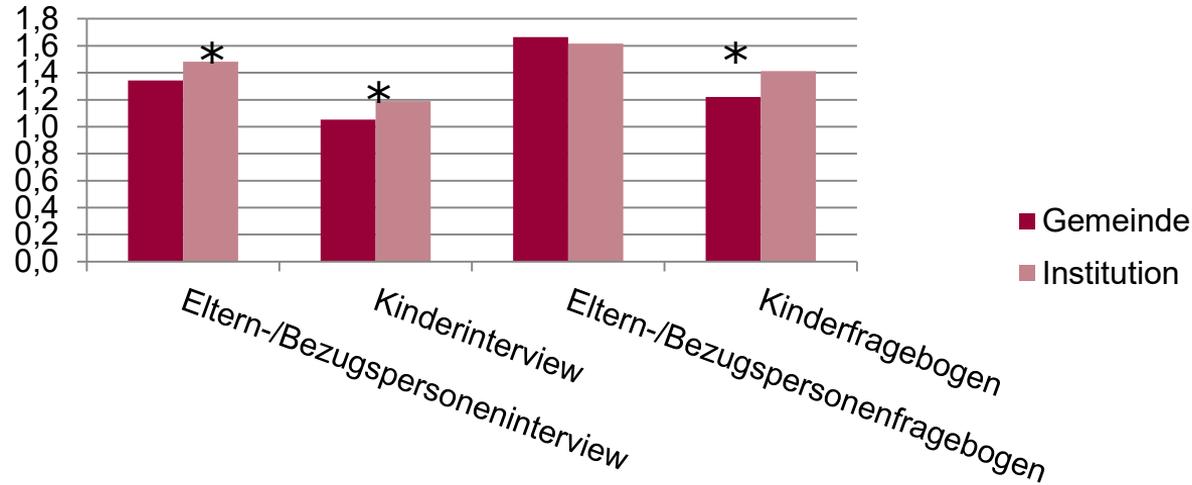
| Komorbide Störungen | TAU | THOPAS |
|---|-----|--------|
| ADHS | 18 | 30 |
| Subtyp gemischter Typ (F90.0) | 7 | 10 |
| Subtyp vorwiegend unaufmerksamer Typ (F98.8) | 9 | 13 |
| Subtyp vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typ (F90.8) | 2 | 7 |
| Störung des Sozialverhaltens/oppositionelles Trotzverhalten | 45 | 55 |
| Subtyp oppositionelles Trotzverhalten | 35 | 43 |
| Subtyp Störung des Sozialverhaltens | 10 | 12 |
| DMDD (DSM-5) | 11 | 16 |
| Depressive Störungen | 4 | 5 |

DMDD: $\chi^2(1) = 2.068$, $p = 0.15$ ADHD: $\chi^2(1) = 18.252$, $p = <0.001$ CD: $\chi^2(1) = 25.004$, $p = <0.001$ DES: $\chi^2(1) = .358$, $p = 0.549$

Affektive Dysregulation

Gemeinde (N=359) vs. Institution (N=131)

DADYS results



Parent interview: $F(1, 488) = 13,299, p < .001$

Child interview: $F(1, 485) = 9,599, p = .002$

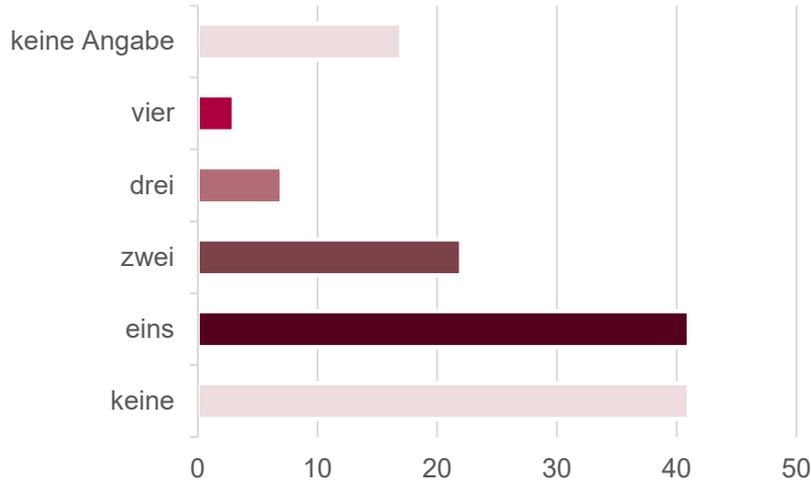
Parten rating: $F(1, 484) = 1,545, p = .214$

Child rating: $F(1, 482) = 15,861, p < .001$

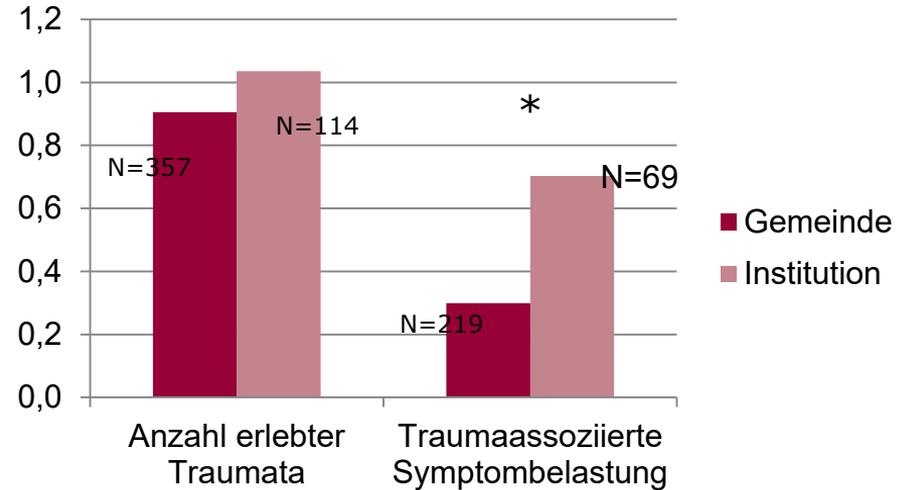
Anzahl und Folgen von Traumata

Vergleich Gemeinde (N=359) – Institution (N=131)

Anzahl erlebter Traumata Institution (n=131)



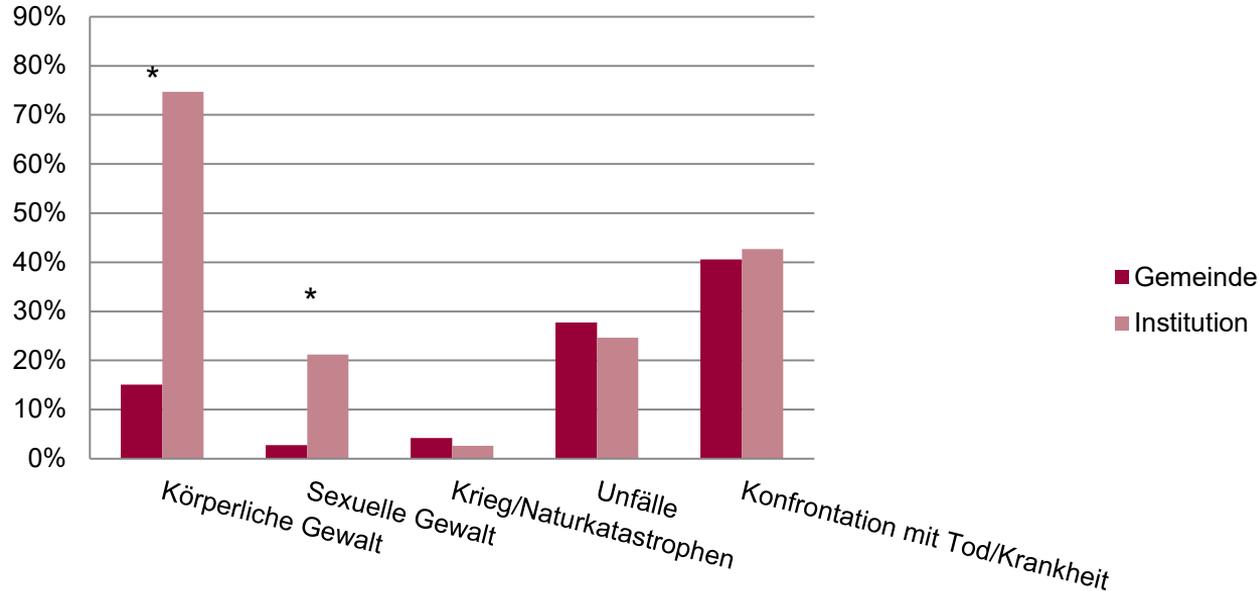
Traumata



Anzahl erlebter Traumata: $F(1, 469) = 1,676, p = .196$

Traumaassoziierte Symptombelastung: $F(1, 286) = 50,481, p < .001$

Erlebte Traumata



Körperliche Gewalt: $\chi^2(1) = 123.11, p < .001, \phi = 0.53$

Sexuelle Gewalt: $\chi^2(1) = 35.28, p < .001, \phi = 0.29$

Krieg/Naturkatastrophen: $\chi^2(1) = 0.56, p = .455$

Unfall (Verkehrsunfall, Hundebiss, ...): $\chi^2(1) = 0.29, p = .585$

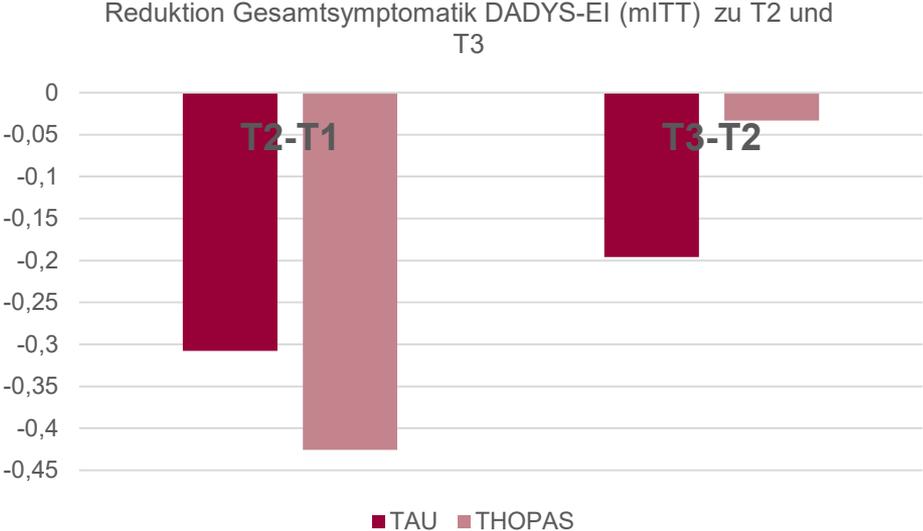
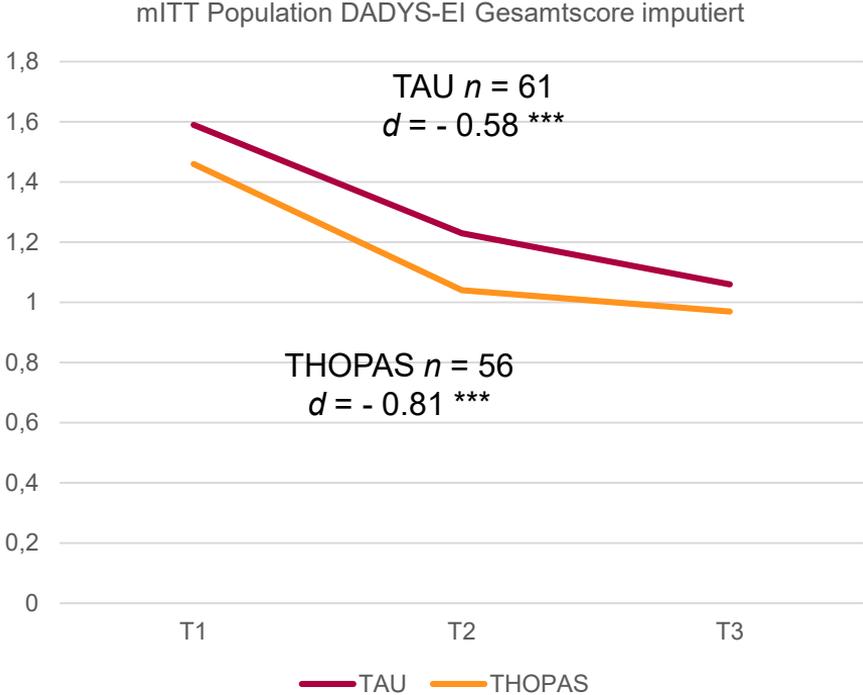
Konfrontation mit Tod/Krankheit: $\chi^2(1) = 0.13, p = .721$

Therapieeffekte

Analysegruppen

- Modifizierte Intention-to-Treat-Stichprobe (mITT; THOPAS $n = 57$; 88% der Gesamtstichprobe)
Alle Patient*innen wurden in Ergebnisauswertung berücksichtigt:
 - die zu T1 randomisiert wurden (THOPAS/TAU)
 - bei denen verblindetes oder unverblindetes DADYS-Elterninterview bei Einschluss vorlag
 - mindestens eine Follow-Up-Messung vorlag
- Per-Protocol-Stichprobe (PP; THOPAS $n = 39$; 68% der Gesamtstichprobe)
Alle Patient*innen wurden in Ergebnisauswertung berücksichtigt:
 - wie bei mITT
 - bei THOPAS zusätzlich: Patienten bei denen THOPAS-Behandlungen protokollgemäß durchgeführt wurden (Cut-off ≥ 16 Sitzungen; $\geq 83\%$)

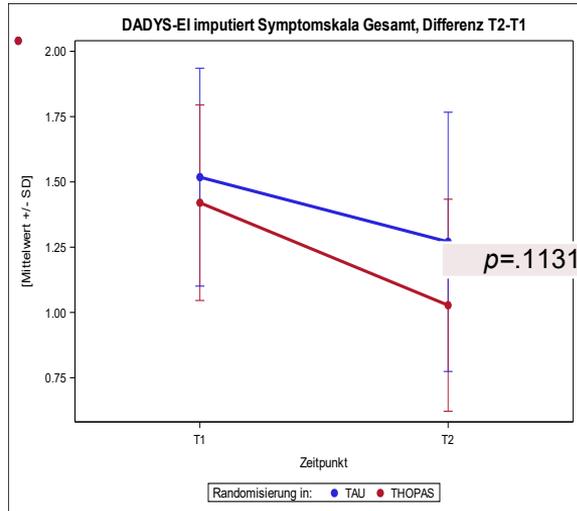
Hauptoutcome DADYS



THOPAS: Stärkerer Effekt auf die generelle Symptomatik, aber nicht stat. signifikant (0.19)

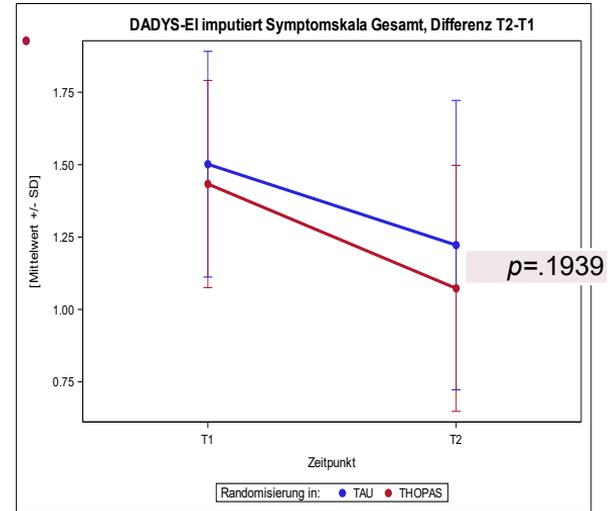
Vergleich MiTT und per-protocol Analyse

PP16



| | | | |
|--------|-------------|------------|--------|
| TAU | -0.35579316 | 0.09820164 | 0.0006 |
| THOPAS | -0.52450045 | 0.09094782 | <.0001 |

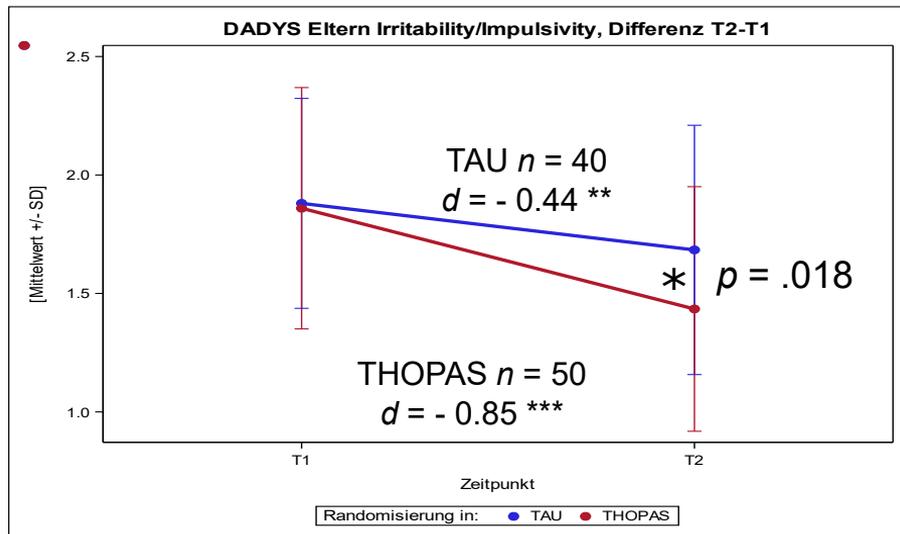
MiTT



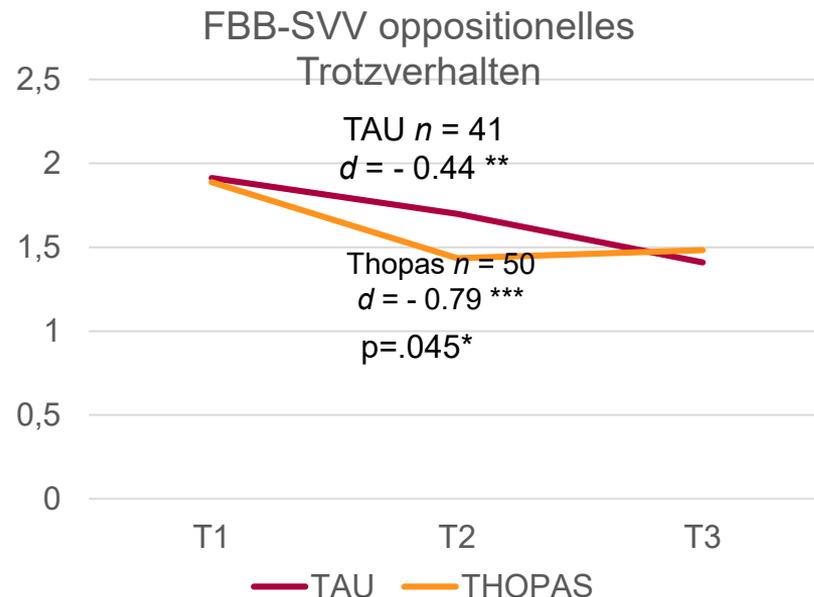
| | | | |
|--------|-------------|------------|--------|
| TAU | -0.31161184 | 0.08016378 | 0.0002 |
| THOPAS | -0.42294455 | 0.07004606 | <.0001 |

- Erste Analysen zeigen keine Unterschiede zwischen MiTT und PP16 Gruppe bezogen auf Hauptoutcome

Effekte in spezifischen Domänen AD (DADYS)



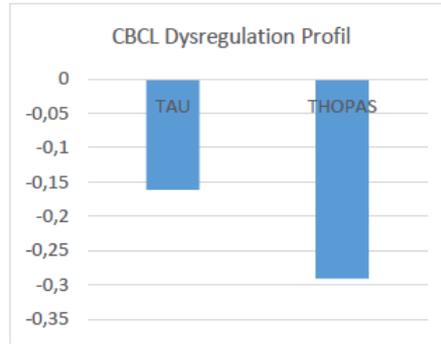
- Irritabilität und Impulsivität sind Kernsymptome AD
- THOPAS reduzierte irritability/impulsivity signifikant



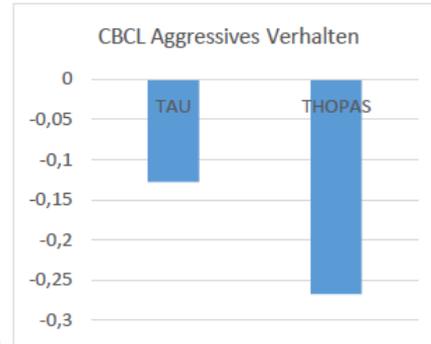
*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

CBCL

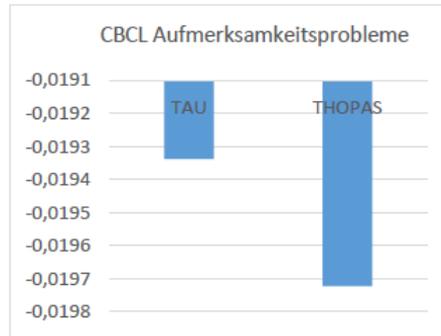
- THOPAS: Reduktion in Skalen des CBCL stärker als in TAU (außer bei Depr), aber nicht stat. signifikant



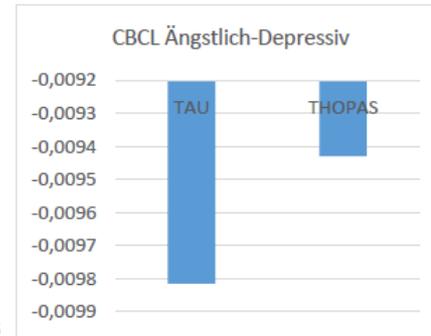
p=.414



p=.082



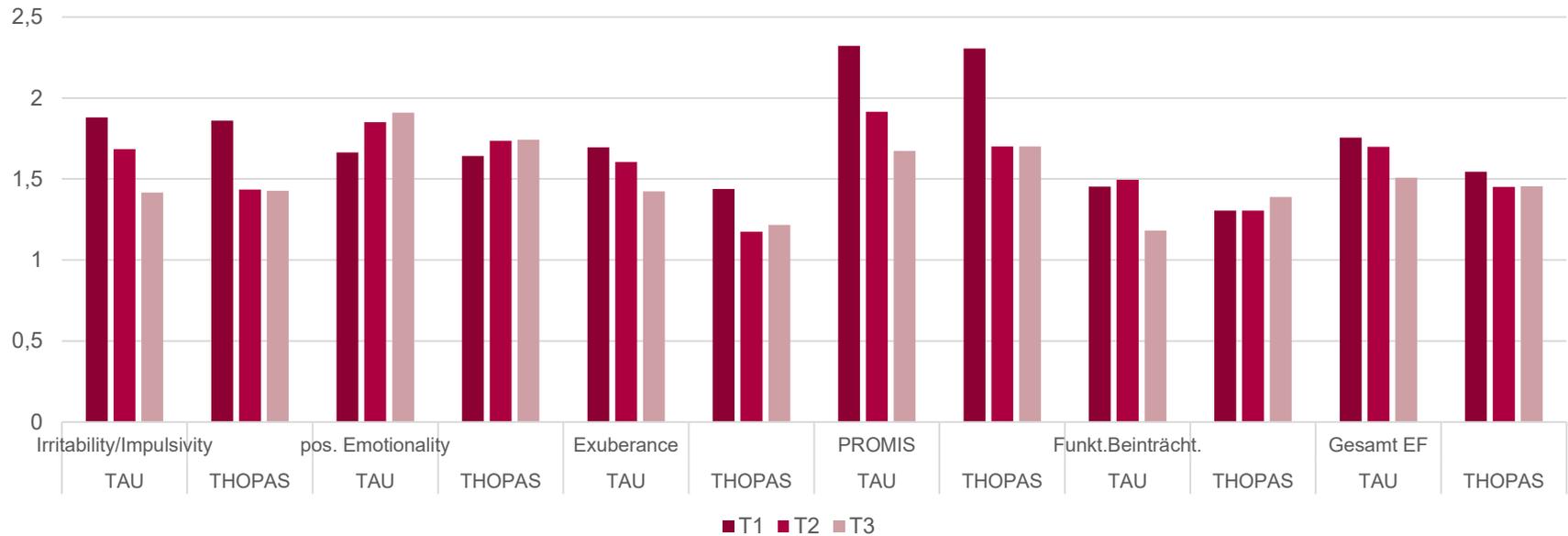
p=.996



p=.995

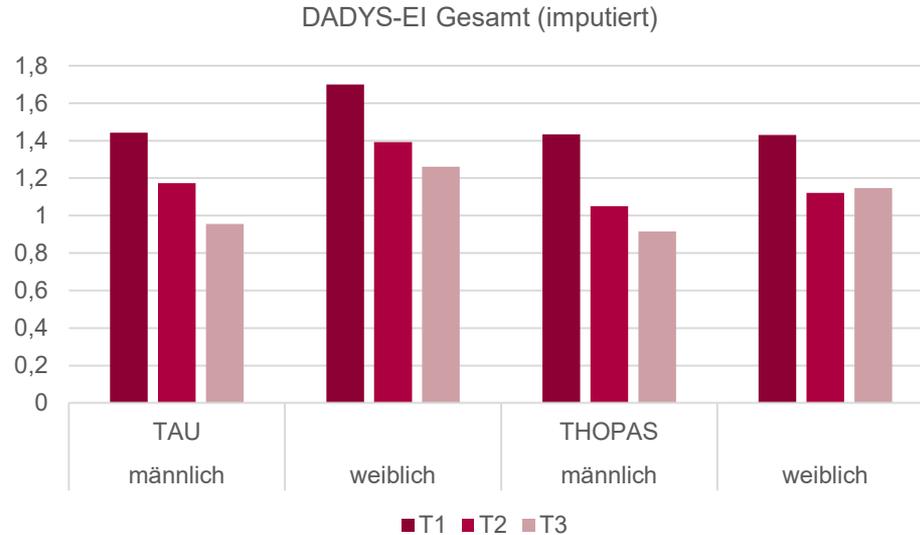
Reduktion in weiteren Domänen

DADYS Elternfragebogen (mITT)



Geschlechtsunterschiede

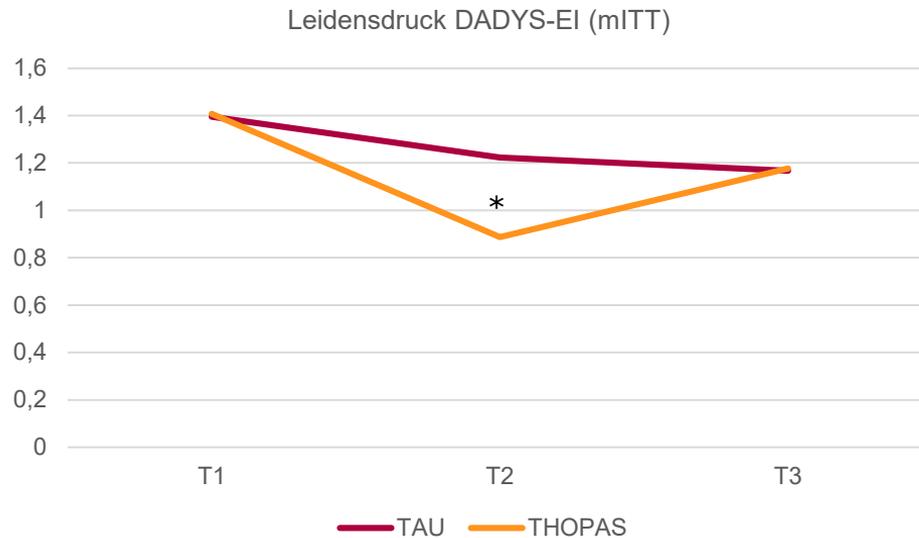
- Mädchen hatten höhere Symptomausprägung und verbessern sich tendenziell etwas weniger



Jungen TAU $p=.0015$ vs. THOPAS $p<.0001$; Mädchen TAU $p=.042$ vs. THOPAS $p=.003$

Belastung bei professionellen Bezugspersonen/Pflegeeltern

- Belastungserleben beeinflusst die Beziehung von Bezugspersonen zu Kind negativ
- THOPAS reduzierte Belastungserleben der professionellen Bezugspersonen signifikant
- Effekt aber nach Interventionsende nicht anhaltend



*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

Mögliche Erklärungen

| Weitere professionelle Hilfen zu Zeitpunkt N (%) | TAU N (%) | THOPAS N (%) |
|--|---------------------------|--------------------------|
| zu T1 (ja/nein) | 32 (67%)/16 (33%) | 28 (49%)/29 (51%) |
| Hilfen in T1-T2 erhalten (ja/nein) | 41 (85%)/7 (15%) | 34 (60%)/23 (40%) |
| Hilfen in T2-T3 erhalten (ja/nein) | 42 (88%)/6 (13%) | 39 (68%)/18 (32%) |
| Hilfeart: Psychotherapie T1-T2 (ja/nein) | 10 (21%)/38 (79%) | 6 (11%)/51 (89%) |
| Hilfeart KJPP-Behandlung T1-T2 (ja/nein) | 22 (46%)/26 (54%) | 24 (42%)/33 (58%) |
| Hilfeart: Psychotherapie T2-T3 (ja/nein) | 13 (27%)/35 (73%) | 13 (23%)/44 (77%) |
| Hilfeart KJPP-Behandlung T2-T3 (ja/nein) | 23 (48%)/25 (52%) | 26 (46%)/31 (54%) |
| Psychotrope Medikation zu Zeitpunkt N (%) | | |
| T1 ja/nein | 23 (48%)/25 (52%) | 31 (54%)/26 (46%) |
| T2 ja/nein | 20 (44%)/25 (56%) | 25 (45%)/30 (55%) |
| missings | 3 | 2 |

Fazit II

- Kinder in der Teilstudie ADOPTinstitution hatten im Vergleich zur Gemeindestichprobe:
 - Höhere Prävalenz für Diagnosen
 - Eine höhere Schwere der AD Symptomatik
 - Mehr traumatische Vorerfahrungen, insbesondere interpersonelle Traumatisierung
 - Mehr Traumafolgesymptomatik
- Effekte der Intervention sind in einzelnen spezifischen AD-Domänen stärker als im Hauptoutcome
- Hohe „Dosis“ an anderen Hilfen und auch Pharmakotherapie
- Effekte relativ stabil über den FU Zeitraum (8-Monate)
- Aber: Belastung bei Bezugspersonen verschlechtert sich wieder nach Ende Intervention
- Differentielle Analysen laufen zu den spezifischen Effekten (Alter, Medikation, Art der Module etc.)
- Komplexe Psychopathologie und Belastungen: einzelne Interventionen können vermutlich keine starken Effekte zeigen

Krise? – Wandel!

18. – 21. September 2024 | Stadthalle Rostock

Jetzt vormerken!

XXV VIII DGKJP Kongress

Vielen Dank

michael.koelch@med.uni-rostock.de

Klinik für Psychiatrie, Neurologie,
Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes-
und Jugendalter

