

Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung = ADHS

Seit über 25 Jahren wird in den USA unter dem Begriff der **Attention Deficit (Hyperactivity) Disorder** (**abgekürzt ADHD oder ADD**) die obligat im Kindesalter beginnende häufige Verhaltens- und Lernstörung verstanden, die bereits im 19. Jahrhundert vom Frankfurter Psychiater Heinrich Hoffmann im berühmten "Struwwelpeter" in all seinen typischen Erscheinungsformen beschrieben wurde. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts hat der englische Kinderarzt Still das Störungsbild erstmals für Mediziner im "Lancet" ausführlich erläutert und betont, dass ursächlich eine angeborene Konstitution und nicht etwa eine schlechte Erziehung oder ungünstige Umweltbedingungen im Vordergrund stehe.

In der 1994 letztmals revidierten DSM IV - Einteilung werden folgende Kriterien für die ADHS-Diagnose gefordert:

1) Kriterien der Unaufmerksamkeit:

- Konzentrationsschwäche, Vergesslichkeit
- Mühe mit der Daueraufmerksamkeit
- Schwierigkeit zuzuhören
- Mühe mit Anleitungen und bei alltagl. Verrichtungen
- Organisationsschwierigkeiten
- Mühe sich länger geistig anzustrengen
- Häufiges Verlieren und Verlegen
- Leichte Ablenkbarkeit durch äussere Reize
- Übermässige Vergesslichkeit im Alltag

2) Kriterien der Hyperaktivität und Impulsivität

- Ständige Unruhe in Händen und Füssen
- Mühe ruhig sitzen zu bleiben
- "Zappelphilipp" (innere Unruhe bei Erwachsenen)
- Schwierigkeit ruhig zu spielen
- "Innerlich wie von einem Motor angetrieben"
- Übermässiges Reden
- Antworten bevor Frage vollständig gestellt wurde
- Unmöglichkeit zu warten
- Störendes Verhalten gegenüber anderen

Je nach Vorhandensein dieser Symptome werden das **Vollbild (= ADHS)** oder die **Teilstörungen mit vorwiegender Aufmerksamkeitsproblematik**, resp. **Hyperaktivität/Impulsivität** unterschieden. Die WHO fordert in der ICD 10 unter F 90 zur Diagnosestellung obligat die hyperkinetischen Kriterien. Somit werden leider viele Betroffene mit einer vorherrschenden Aufmerksamkeitsproblematik nicht erfasst und die Chance einer hilfreichen Behandlung wird für den **unaufmerksamen Typ** („**Hans-Guck-in-die-Luft**“) verpasst. Entsprechend entwickeln sich nicht selten reaktive Zusatzstörungen. Die deutsche Neuropädiaterin H. Simchen schreibt zutreffend, dass „die Seele eines Kindes schon geknickt werde, bevor sie sich entfalten könne und niemand bemerke dies“. Die Geschwister vom „**Zappelphilipp**“ fallen leider eben verhaltensmässig nur wenig auf, erscheinen häufig als „brave und ruhige Mädchen“, leiden aber genau so unter ihrem „Handicap“, wenn nicht sogar noch mehr. Im Verlaufe der Zeit bringen die zunehmenden Anforderungen der Schule die angeborenen Defizite der Aufmerksamkeitsstörung immer mehr zum Vorschein. Fälschlicherweise werden dann diese Kinder als dumm, unbegabt, verträumt oder gar widerspenstig bezeichnet.

Zur Diagnosestellung ist der **Beginn im Kindesalter**, die **Persistenz der Symptome über mindestens 6 Monate** und das **Auftreten von relevanten Problemen, Beeinträchtigungen sowie ein zunehmender Lediensdruck in unterschiedlichen Lebensbereichen** (= sog. „**Impairment**“), das heisst in Kindergarten, Schule, Freizeit, zu Hause oder am Arbeitsplatz) unbedingt vorauszusetzen.

Lange wurde die ADHS als eine auf das Kindesalter beschränkte Entwicklungsstörung betrachtet. Heute zeigt sich zunehmend, dass auch Erwachsene weiter unter dieser Störung leiden können. Die hyperkinetische Symptomatik verschwindet zwar häufig, die Aufmerksamkeitsprobleme halten aber an oder werden erst jetzt belastend, die Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Sucht- und Angsterkrankungen ist hoch und das Auftreten von Dissozialität und Kriminalität nicht selten. Andererseits sind viele ADHS-Betroffene häufig auch sehr kreative, spontane und originelle Persönlichkeiten.

Als Ursache für die ADHS wird heute eine vorwiegend genetisch bedingte, neurobiologisch erklärbare, andere Funktion im Bereich derjenigen Hirnabschnitte angenommen, die übergeordnete Steuerungs- und Koordinationsaufgaben in der cerebralen Informationsverarbeitung übernehmen. Neuere funktionelle Untersuchungen mit "Brain-Imaging"-Methoden zeigen eine Hypoaktivität und Dysregulation in gewissen Bereichen der Neurotransmittersysteme von Dopamin, Noradrenalin und zT auch Serotonin. Dadurch wird die

schon lange bekannte positive Wirkung der Medikation mit Stimulanzien verständlich. Neue MRI – Untersuchungen zeigen überdies bei Erwachsenen diskrete Struktur- und Grössenunterschiede in Abschnitten des Frontalhirnes und der Stammganglien.

Die Diagnose wird durch die Erhebung der persönlichen und familiären Anamnese und die Verwendung strukturierter störungsspezifischer Fragebogen vor allem klinisch gestellt, ergänzt mit der Durchführung einiger "Aufmerksamkeitsteste" , sowie einer somatischen und neurologischen Untersuchung. Eine entwicklungs-, resp. schulpyschologische und neuromotorische Untersuchung lässt die häufig begleitenden Teilleistungsstörungen (Legasthenie, Dyskalkulie) und eine ev. leichte motorische Koordinationsstörung erkennen. Noch wird in der Deutschschweiz häufig der Begriff "infantiles POS" für solche Kombinationen verwendet.

Bei Erwachsenen ist die primäre ADHS nicht selten durch sekundäre psychische Erkrankungen überlagert. Noch gibt es leider zu wenige Erwachsenenpsychiater, die dieses Krankheitsbild überhaupt kennen !

In vielen Fällen ist die Medikation mit Stimulanzien verbunden mit Beratung (sog. "coaching") und/oder eine Verhaltenstherapie als Behandlung der Wahl anzusehen. Die sehr individuell zu dosierende Stimulanzientherapie kann sowohl im Kindes- wie auch im Erwachsenenalter eingesetzt werden, ist in 80 - 90 % erfolgreich und verbessert im Sinne einer "chemischen Brille" die fokussierte Aufmerksamkeit und Selbststeuerung. Das Ziel der Therapie besteht vor allem darin, das Selbstwertgefühl des Betroffenen zu verbessern, das vorhandene individuelle Potential auszuschöpfen und die oft fehlende Beziehungsfähigkeit aufzubauen. Die Behandlung und Betreuung ist über Jahre durchzuführen, die häufig postulierte Suchtgefahr der Stimulanzientherapie besteht für ADHS-Betroffene glücklicherweise nicht. Neben dem bei uns seit über 50 Jahren (!) bekannten Ritalin werden neu auch weitere Präparate mit dem gleichen Wirkstoff (Methylphenidat) mit zum Teil deutlich längerer Wirkung (Concerta, Medikinet MR und Ritalin LA) eingesetzt. Die vor allem in den USA zusätzlich verwendeten Amphetaminpräparate sind in der Schweiz nur über eine internationale Apotheke erhältlich. Mit Strattera (Atomoxetin) wird ab Sommer 2009 in der Schweiz zudem eine weitere Substanz erhältlich sein, die verglichen mit den Stimulanzien einen anderen Wirkungsmechanismus aufweist.

Zahlreiche Studien haben die Wirksamkeit der Stimulanzientherapie für kürzere Zeitperioden nachgewiesen, entsprechend populär ist diese Behandlung vor allem in den USA geworden. Das National Institute of Mental Health hat im Herbst 1999 die ersten Resultate der bisher grössten Langzeitstudie bzgl. optimaler Betreuung von ADHS-Kindern veröffentlicht. Auch in dieser sog. MTA-Studie (= Multi Treatment Assessment) wird der hohe Stellenwert der Medikation ersichtlich. Zudem hat Biederman, einer der führenden ADHS-Forscher aus Boston, in einer prospektiven Studie zeigen können, dass mit Stimulanzien behandelte ADHS-Jugendliche ein um 85 % weniger hohes Risiko für Drogenabusus zeigen als solche, die nicht behandelt werden.

April 2009