

ADHS: Kein Kulturphaenomen

Vortrag vom 27.3.2004 an der Frühjahrstagung der Schweiz. Gesellschaft für Neuropädiatrie

Vor einigen Jahren hat die amerikanische Selbsthilfeorganisation CHAAD für ADHS-Fachleute eine Reise nach China organisiert, um dort landesweit verschiedene Institutionen (Schulen, spezialisierte Kliniken und Ambulanzen) zu besuchen, die sich mit ADHS-betroffenen Kindern befassen. Interessanterweise stand dabei bei der Behandlung nicht etwa die tradit. Chinesische Medizin im Vordergrund, sondernMethylphenidat. Letzte Woche fand in Cancun der Jahreskongress der mexikanischen Kinderärzte zum Thema ADHS statt. Meine Frau hat wiederholt in ihrer Heimatstadt Montevideo, Uruguay, Vorträge zu ADHS gehalten und ist dabei immer wieder erstaunt, wie gut Aerzte und Psychologen dort über dieses Krankheitsbild informiert sind.

Sie sehen aus diesen Beispielen, dass es sich bei der ADHS nicht um eine aus den USA nach Westeuropa verpflanzte Modekrankheit handelt, die auf Grund der von uns Europäern so leichtfertig als „typisch amerikanisch“ bezeichneten, angeblich dort so ungünstigen Lebensbedingungen verursacht wird.

Die typischen Primärsymptome der ADHS, dh die in vielen Situationen durchgehende Unaufmerksamkeit, Impulsivität und fakultativ die Hyperaktivität sind schon immer beobachtet und angeblich bereits von Hippokrates in seinen Schriften beschrieben worden. Was sich verändert hat, sind die Wertung und die Erklärungsversuche für diese Symptome, die natürlich auch stark von der jeweiligen Umwelt und Kultur zu verstehen sind. So fällt ein sogenannt hyperaktives Kind in südlichen Ländern naturgemäss häufig mehr als ein besonders temperamentvolles und vifes Kind als ein gestörtes oder gar störendes Kind auf und das gut strukturierte und strukturierende französische Schulsystem bietet für viele ADHS-Kinder wahrscheinlich im Schulalltag grössere Vorteile.

Dennoch zeigen heute epidemiologische Untersuchungen klar auf, dass es sich bei der ADHS um eine Störung handelt, die weltweit zu beobachten ist und dies in einer vergleichbaren Häufigkeit im klinischen Ausmass von mindestens 3 – 5 % aller Kinder, zusätzlich mit einer Persistenz bis ins Erwachsenenalter in mindestens der Hälfte aller Fälle.

Ein internationales Forscherteam aus den USA und Europa hat eben in einem Artikel über die weltweite Prevalenz von ADHS eine zusammenfassende Uebersicht veröffentlicht, aus der ich Ihnen die folgenden Zahlen zeigen möchte:

Praevalenz von ADHS in USA und anderen Ländern:

DSM III	USA	9.1 -- 12 %
	a.L.	5.8 -- 11.2 %
DSM III R	USA	7.1 -- 12.8 %
	a.L.	3.9 -- 10.9 %
DSM IV	USA	6.8 -- 15.8 %
	a.L.	2.4 -- 19.8 %

Unterschiede durch Erhebungsmethoden (Fragebogen, Interview, sehr selten klinische Untersuchung !) und untersuchte Population beeinflusst. Klassierung nach ICD 10 wesentlich restriktiver, da Hyperaktivität vorausgesetzt wird.

Interessant ist, dass sogar der Kinderpsychologe Wolfgang Bergmann in seinem Buch, „Das Drama des modernen Kindes“, in dem die zT unbestreitbaren negativen Auswirkungen unserer Multimediakultur für Kinder beschrieben werden, annimmt, dass ca 2 % aller Kinder eine biologische Störung aufweisen, die die ADHS-Symptomatik erklärt.

Als praktisch tätiger Kinderarzt, der sich zwar seit über 30 Jahren mit ADHS-Familien beschäftigt und im gegenwärtigen Zeitpunkt weit über 400 Kinder und Jugendliche zusammen mit 3 Kinderpsychologen betreut, steht es mir nicht an, Sie umfassend über alle neuen faszinierenden Erkenntnisse der modernen Hirnforschung zur ADHS zu orientieren. Diesbezüglich möchte ich zB auf die neuen Arbeiten von Castellanos aus New York oder auch von Banaschewski aus Göttingen verweisen.

Ich möchte aber den Versuch unternehmen, Ihnen kurz die ADHS so zu erklären, wie ich das auch bei betroffenen ADHS – Familien (unterstützt mit entsprechendem Bildmaterial) mache:

Bei der ADHS im klinischen Sinne handelt es sich nach heutigen Erkenntnissen um eine häufig vererbte, neurobiologisch erklärbare, andere Hirnfunktion mit (negativen) Auswirkungen auf die zerebrale Informationsverarbeitung. Im Bereich der Neurotransmittersysteme von Dopamin, Noradrenalin und wahrscheinlich auch Serotonin besteht primär in gewissen Hirnabschnitten (Frontalhirn, Nucleus caudatus und Bereiche des Cerebellums) eine Dysfunktion mit verminderter Aktivität auf Grund von Störungen im Bereich von Rezeptoren und den intrasynaptischen Transportsystemen. Diese wahrscheinlich primäre Störung kann und wird durch äussere Umweltfaktoren, möglicherweise in gewissen Fällen auch durch die Ernährung, beeinflusst und zT verstärkt. Ganz fatal ist die Situation, wenn Eltern ebenfalls ADHS-betroffen sind, da sich vererbte und ungünstige äussere Faktoren verstärken. Je länger die Primärstörung einer ADHS nicht erkannt wird, desto grösser ist das Risiko für sekundäre Störungen.

Im Verlaufe der Zeit kommt es möglicherweise zu einer geringeren Vernetzung der betroffenen Neurotransmittersysteme, was durch Langzeituntersuchungen von Castellanos gezeigt werden konnte. Von besonderem Interesse sind dazu die neuesten Forschungsergebnisse wie sie Insel (Direktor des NIMH) und Castellanos im Nov. 2003 in Denver vorgestellt haben: Dabei konnte gezeigt werden, dass eine langandauernde Stimulanzienbehandlung die bekannten Volumendefizite bei ADHS in den betroffenen Hirnabschnitten positiv zu beeinflussen scheint.

Bei diesem häufigen Krankheitsbild werden Sie als Neuropädiater wahrscheinlich selten die primäre Anlaufstelle sein, ausser sie haben eine entsprechende Schwerpunktpraxis wie die 2. Rednerin von heute nachmittag. Wichtig ist aber, dass Sie wissen, dass es bis heute keinen standardisierten Untersuchungsgang für ADHS-Betroffene gibt, sondern dass sich die Diagnose wie bei einem Puzzle aus verschiedenen Elementen zusammensetzt. Am wichtigsten bleibt ganz klar die klinische Anamnese und der Leidensdruck des betroffenen Kindes. Ich selbst lasse dazu von den Eltern vor der Erstkonsultation einen möglichst ausführlichen Lebenslauf über das betroffene Kind erstellen. Warnen möchte ich vor einem Kurzscreening. Hilfreich sind zusätzlich störungsspezifische Fragebogen, zB diejenigen von Döpfner mit den DSM IV-Kriterien, die möglichst an verschiedene Bezugspersonen (Eltern getrennt, Schule etc) und bei älteren Kindern auch für eine Selbstbeurteilung abgegeben werden sollen.

Seit 2 Jahren verwende ich zusätzlich die vom bekannten amerikanischen ADS-Spezialisten Tom Brown entwickelten Brown-ADD-Scales für Kinder, die – wie die schon seit Jahren bekannten ADD-Scales für Jugendliche und Erwachsene – vor allem die

Schwierigkeiten im Bereich der exekutiven Funktionen erfragen. Sie sind sowohl für Klein- und Schulkinder – natürlich vorläufig nur für amerikanische „kids“ – standardisiert worden und geben für die Diagnosestellung und die Verlaufsbeobachtung wertvolle Hinweise. Sie versuchen vor allem die klinisch erfassbare Probleme im Bereich der exekutiven Funktionen nachzuweisen und sind in 6 Symptomgruppen unterteilt:

1. Handlungsplanung und Selbstorganisation
2. Konzentration mit Daueraufmerksamkeit und geteilter Aufmerksamkeit
3. Motivation, Arbeitsgeschwindigkeit und Wachheit („Vigilanz“)
4. Emotionale Labilität und Stimmungsschwankungen (vor allem bei Mädchen sehr häufig und typisch !)
5. Gedächtnisleistungen mit Schwierigkeiten mit dem Kurzzeitgedächtnis und Abrufen von Informationen aus dem Langzeitgedächtnis
6. Bewegungsverhalten, Hyperaktivität

Auch unter Fachleuten besteht Uneinigkeit, ob und in welchem Umfang eigentliche Testuntersuchungen bzgl. von Aufmerksamkeitsleistungen zur Diagnosestellung wirklich nötig sind. Obwohl auch ich die These amerikanischer Kollegen vertrete „Real life is much tougher than any test“, bin ich auf Grund meiner langjährigen Erfahrungen nicht mit gewissen Leitlinien einverstanden, die postulieren, dass auf solche Testuntersuchungen ganz verzichtet werden kann. Die von mir durchgeführten Teste (bp-Test nach Esser, d-2 Test nach Brickencamp, Symboltest aus HAWIK III, der FAIR Test für Jugendliche und der Dortmunder Aufmerksamkeitstest von Lauth) sind doch relativ häufig auffallend und erlauben auch eine gute Verhaltensbeobachtung der Kinder. Zudem eignen sie sich auch gut für eine Therapieverlaufskontrolle. Seit Jahren führe ich auch computerisierte Teste im Sinne eines CPT (continous performance test) durch, besonders spannend ist ein neu vom Mcleans Hospital der Harvard University entwickelter Test, den ich Ihnen kurz vorstellen möchte:

M-MAT Test = Mcleans Motion and Attention Test

Die Auswertung erfolgt per Internet im Zentralcomputer der Harvard University, vor Ort wird bei den Kindern zT gleichzeitig auch ein fMRI durchgeführt.

Jede seriöse ADHS-Abklärung erfordert natürlich zusätzlich eine pädiatrische, kinderneurologische, eventuell auch eine neuromotorische Untersuchung ergänzt durch eine schulpsychologische Beurteilung, da Lernstörungen sehr häufig mit einer ADHS kombiniert sind.

Gerade der eventuell konsiliarisch zugezogene Neuropädiater sollte auch die ganze Palette von möglichen Differentialdiagnosen kennen. Die nachfolgende ausführliche Liste verdanke ich dem Chefarzt des Zentrums für Entwicklung und Neurorehabilitation in Biel, Dr. Ralph Hassink:

Differentialdiagnose zu ADHS (zT auch Komorbiditäten)

- **Epilepsien** (Absenzenepilepsie, Frontallappenepilepsie, Temporallappenepilepsie, Landau-Kleffer-Syndrom, benigne Epilepsie des Kindesalter)
- **Schlafprobleme**, (obstruktives) **Schlaf-Apnoe-Syndrom** (z. B. bei Adenoidhyperplasie)
- **Stoffwechsel-, endokrinologische Störungen** (Schilddrüsenfunktionsstörungen; Magnesium-,Zink-,

- Eisen-Mangel, Mukopolysaccharidosen; M. Wilson)
- **(spez.) Entwicklungsrückstände**, -verzögerungen, Minderbegabung, geistige Behinderung
- **(spez.) Wahrnehmungsstörungen** (auditiv, visuell)
- **Hochbegabung** ("Indigo-Kind" ?)
- **Angst / Zwang-, Depressions- und Autismus-syndrome** (z. B. Asperger Syndrom)
- **seelische Spannungszustände / chronische Konflikte, soziale Probleme** (Scheidung, Verwahrlosung etc)
- **Genetische Syndrome** (z. B. Fragiles-X-Syndrom, Tourette Syndrome, Turner Syndrom, Williams Syndrom, Klinefelter Syndrom (XXY))
- **neurocutane Syndrome** (Neurofibromatose Typ I, Tuberöse Hirnsklerose)
- **Intoxikationen** (Blei)
- **Nebenwirkungen** (Medikamente)
- **Allergien, Nahrungsmittelunverträglichkeiten**
- **Chronische Erkrankungen** (Herz-, Lungen-, Nierenerkrankung)
- **Cerebrovaskuläre Erkrankungen**, komplexe Migräneformen
- **St. n. Schädel-Hirn-Verletzungen**,
- **Entzündungen des zentralen Nervensystems**
- **Raumfordernde Prozesse im ZNS**, Hydrocephalus
- **Gehirnmissbildungen** (z. B. Corpus callosum- hypo/aplasie)
- **Pseudo-ADHS , Normvarianten**

ADHS ist eine häufige und relevante, nicht selten eine alles anders als gutartig verlaufende, in den letzten Jahren zunehmend weltweit erkannte und akzeptierte Krankheit im Kindes- und Erwachsenenalter, die zwar nicht geheilt aber bei frühzeitiger und richtiger Diagnosestellung glücklicherweise häufig therapeutisch gut beeinflusst werden kann.