

Wenn die Aufmerksamkeit ein Leben lang Probleme macht!



Dr. med. Doris Ryffel
Psychiatrie und Psycho-
therapie FMH
3047 Bremgarten



Dr. med. Meinrad Ryffel
Kinder- und Jugendarzt FMH
3053 Münchenbuchsee

Die Aufmerksamkeitsdefizit/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes- und Erwachsenenalter

1. Teil: Klinik und Diagnostik

Ob der Autor des «Struwwelpeter», Dr. H. Hoffmann, 1848 realisiert hat, dass er mit der Beschreibung seiner Figuren «Hans-Guck-in-die-Luft» und «Zappelphilipp» die Hauptsymptome der ADHS, nämlich die **Aufmerksamkeitsstörung, Hyperaktivität und Impulsivität** bereits treffend charakterisiert hat, wissen wir nicht.

Später wurden für diese Symptomatik Begriffe wie frühkindlicher Hirnschaden, minimale cerebrale Dysfunktion, infantiles POS etc verwendet, Seit 1980 spricht man in den USA von der «Attention Deficit (Hyperactivity) Disorder», ein Name, der sich weltweit eingeführt hat.

Je nach Ausprägung und Häufung dieser Hauptsymptome werden 3 Typen unterschieden:

- ADHS vom kombinierten Typ
- ADHS vom vorwiegend unaufmerksamen Typ («ADS», «Hans-Guck-in-die-Luft»)
- ADHS vom vorwiegend hyperaktivem Typ («HKS», «Zappelphilipp»)

Von grosser Bedeutung ist, dass diese Kriterien **situationsübergreifend**, d.h. z.B. in der Schule, am Arbeitsplatz und Familie auftreten, **mindestens 6 Monate andauern**, im **frühen Kindesalter** beginnen und zu **schwerwiegenden Problemen im Alltag** führen müssen.

Im Gegensatz zu den USA wird in Europa in der ICD 10 ADHS etwas anders definiert, indem die Kriterien der Hyperaktivität für die Diagnose vorausgesetzt werden, was dazu führt, dass viele Betroffene, vor allem im Jugend- und Erwachsenenalter, aber auch Mädchen, nicht erfasst werden. Der Kinderarzt Falardeau hat dafür den Begriff der «enfants lunatiques» geprägt, d.h. brave, träumerische, z.T. gar als «dumm» erscheinende Kinder, die niemanden stören, selbst aber zunehmend leiden

und häufig erst in der Pubertät mit Abhängigkeitsproblemen oder Depressionen auffällig werden. H. Simchen schreibt, dass bei Nichterkennen dieser Symptomatik «die Seele eines Kindes schon geknickt werde, bevor sie sich entfalten könne und niemand bemerke dies».

Bis vor kurzem wurde angenommen, dass die ADHS als eine auf das Kindesalter beschränkte Entwicklungsstörung anzusehen sei, die bei 3–5 % aller Kinder auftritt. Doch bereits 1980 konnte der amerikanische Kinderpsychiater Wender zeigen, dass Erwachsene in ca 50 % weiterhin unter dieser Störung leiden. Die Symptome der Hyperaktivität verschwinden zwar häufig, die Aufmerksamkeitsprobleme halten aber an, und psychische Begleiterkrankungen wie Depressionen, Sucht- und Angsterkrankungen sind hoch und das Auftreten von Dissozialität, erhöhter Unfallgefährdung und Kriminalität alles andere als selten. Andererseits sind viele ADHS-Betroffene häufig besonders 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 Steuerungsaufgaben ausführen. Bildgebende Verfahren zeigen eine Unter- und z.T. Fehlfunktion in den zuständigen Neurotransmittersystemen. Gewisse Medikamente sind in der Lage, diese Fehlfunktionen zu «normalisieren», d.h. diese Systeme zu aktivieren oder stimulieren, deshalb werden solche Medikamente als **Stimulanzien** bezeichnet.

Natürlich können die individuelle Lebensentwicklung, viele Umweltfaktoren und auch verschiedenste Therapien diese neurobiologischen Besonderheiten ebenfalls beeinflussen. Wie weit im Einzelfall Veranlagung und Umwelt die Symptomatik verändern, ist umstritten.

Die Diagnose wird **vor allem klinisch**, d.h. durch eine genaue Erhebung der persönlichen und familiären Lebensgeschichte und durch Fragebogen gestellt, ev. ergänzt mit spezifischen «Aufmerksamkeitstesten» sowie einer somatischen und neurologischen Untersuchung. Eine entwicklungspsychologische und neuromotorische Untersuchung im Kindesalter lässt Teilleistungsstörungen und eine ev. leichte cerebrale Bewegungsstörung erkennen. Noch wird in der Deutschschweiz für solche Kombinationen weiterhin der Begriff «POS» verwendet.

Gewisse Empfehlungen verzichten auf Testuntersuchungen, was u.E. die Gefahr einer Über- und Fehldiagnostik beinhaltet und keine Differentialdiagnose ermöglicht, d.h. Abgrenzung von:

- ➔ Lernstörungen, wie Legasthenie und Dyskalkulie
- ➔ Lernbehinderung (tiefer IQ)
- ➔ Störung des Sozialverhaltens
- ➔ Angststörung
- ➔ Depression
- etc

Allerdings dürfen die in der Praxis durchgeführten Untersuchungen nicht überbewertet werden. Zu Recht sagen amerikanischen Kollegen: «Real life is much tougher than any test», d.h. die Beobachtungen der Betroffenen resp. deren Eltern und weiterer Bezugspersonen sollten ernst genommen werden. Das Entscheidende für die Diagnostik ist also das **gekonnte Zuhörenkönnen**.

Klinische Symptomatik von ADHS-Betroffenen:

Säuglingsalter

Nicht selten auffallend brav, ruhig und pflegeleicht bis zu Gehbeginn, oder seit Geburt unruhiges Schreibaby mit Koliken, Ess- und Schlafstörungen.

Kleinkindesalter

Häufig motorisch früh und aktiv mit unzähligen Missgeschicken und Unfällen, plan-, ziel- und rastlose Aktivität ist die Regel. Geringe Spielintensität und -ausdauer. Probleme in der Gruppe, ausgeprägte Trotzreaktionen, ev. Schwierigkeiten in der Fein- und Grobmotorik, Sprachentwicklungsstörungen. Durch diese Primärsymptomatik zunehmend gestörte Interaktion Mutter-Kind, allg. ist die Beziehungsfähigkeit eingeschränkt, zunehmend soziale Inkompetenz und Gefahr der Ausgrenzung

von Kind und häufig auch der Eltern, Überforderungssituation der Eltern, Gefahr von Kindsmisshandlung.

Kindergartenalter

Keine Ausdauer, grosse Schwierigkeiten verbale Aufforderungen um-

setzen zu können, kann nicht im «Kreisli» bleiben, zieht sich zurück oder ist der «Schrecken» aller Kinder, d.h. Quälgeist, spielt häufig immer mit den gleichen Spielsachen, «emotional» nicht schulreif, z.T. tolpatschig.

Schulkind

Mangelnde Fähigkeit sich an Regeln in Familie, Schule und anderen Gemeinschaften zu halten, keine Ausdauer und ausgesprochene Konzentrationsschwierigkeiten, grosse Vergesslichkeit, «Träumer» und/oder zunehmender Störefried, aggressives Verhalten und Ablehnung durch Gleichaltrige, kompensatorisch Klassenclown. Ablenkbarkeit und emotionale Instabilität, Frustrationsintoleranz. Ungesteuertes Schriftbild, chaotisches Ordnungsverhalten, z.T. ständiges und überhastetes Sprechen, Dazwischenreden und -rufen. Nicht begabungentsprechende Schulleistungen mit Schulversagen und Klassenrepetition. Schulverleider und -verweigerung, z.T. depressiver Rückzug, Mühe mit dauerhaften sozialen Bindungen und häufig Aussenseitertum, Mobbing-Opfer und niedriges Selbstwertgefühl. Grosse Probleme mit Hausaufgaben und den vielen «Selbstverständlichkeiten» im Alltag.

Jugendalter

Unruhe und hyperaktives Verhalten wird zwar häufig besser, die Unaufmerksamkeit, Konzentrationsproblematik und Impulsivität bleiben jedoch bestehen und führen bei höheren kognitiven Anforderungen zu steigenden Problemen mit Leistungsversagen, kann nicht mehr kompensieren. Durch jahrelange Frustrationen eventuell Null-Bock-Mentalität mit Schul- und Leistungsverweigerung, zunehmend oppositionell-aggressives Verhalten, oder z.T. Entwicklung von Ängsten und Depressionen. Kontakte mit soz. oder extremen Randgruppen, Neigung zu Verkehrsunfällen und Delinquenz, frühzeitig Probleme mit Alkohol, Drogen (z.T. «Selbstmedikation») und Nikotinabusus. Häufiger Frühschwangerschaften. In USA gehäuft Verkehrsunfälle.

Erwachsenenalter

persistiert wahrscheinlich in ca. 50 % bis ins Erwachsenenalter mit anhaltenden z.T. starken Beeinträchtigungen im beruflichen, familiären und sozialen Umfeld und vielen sekundären Erscheinungen. Nach Paul Wender sind folgende sieben Leitsymptome charakteristisch:





1. Aufmerksamkeitsstörung: Gekennzeichnet durch das Unvermögen, Gesprächen aufmerksam zu folgen, erhöhte Ablenkbarkeit (andere Stimuli können nicht ausgefiltert werden), Schwierigkeiten, sich auf schriftliche Dinge oder Aufga-

ben zu konzentrieren, Vergesslichkeit, häufiges Verlieren oder Verlegen von Gegenständen wie Autoschlüssel, Geldbeutel oder der Brieftasche.

2. Motorische Hyperaktivität (nicht obligat!): Charakterisiert durch das Gefühl innerer Unruhe, Unfähigkeit sich zu entspannen, «Nervosität» (i.S. eines Unvermögens sich entspannen zu können), Unfähigkeit, sitzende Tätigkeiten durchzuhalten, z.B. am Tisch still zu sitzen, Spielfilme am Fernsehen anzusehen, Zeitung zu lesen, «stets auf dem Sprung» zu sein, dysphorische Stimmungslage bei Inaktivität.

3. Affektlabilität: Sie bestand meist schon vor der Adoleszenz, gelegentlich so lange, wie sich der Patient erinnern kann. Wechsel zwischen normaler und niedergeschlagener Stimmung sowie leichtgradiger Erregung. Die niedergeschlagene Stimmungslage wird vom Patienten häufig als Unzufriedenheit oder Langleweiligkeit beschrieben. Die Stimmungswechsel dauern Stunden bis maximal einige Tage.

4. Desorganisiertes Verhalten: Aktivitäten werden unzureichend geplant und organisiert. Gewöhnlich schildern die Patienten diese Desorganisation im Zusammenhang mit der Arbeit, der Haushaltsführung oder mit schulischen Aufgaben. Aufgaben werden häufig nicht zu Ende gebracht, die Patienten wechseln planlos von einer Aufgabe zur nächsten. Unsystematische Problemlösestrategien, Schwierigkeiten in der zeitlichen Organisation und Unfähigkeit, Zeitpläne oder Termine einzuhalten.

**Neue Lehrgänge:
Medizin / Gesundheit**
Beginn: 24. April 06
 am ■ Abend ■ Samstag ■ Montag

- Dipl. med. Chefarztsekretärin
- Dipl. med. Praxisleiter/-in
- Dipl. Ernährungsberater/-in
- Dipl. Gesundheitsberater/-in
- Dipl. Wellnessberater/-in
- Dipl. Fitnesstrainer/-in
- Dipl. Gesundheitsmassseur/-in
- Dipl. Ärztebesucher/-in
- Eidg. dipl. Pharmaberater/-in HFP
- Fort-/Weiterbildungskurse für MPA

Informationen und Beratung
kostenlos und unverbindlich!

**Arzt- / Spitalsekretärin
Med. Sekretärin H⁺**
 ■ Kursbeginn: 24. April 06
 gesamtschweizerisch anerkannter Diplomabschluss

Benedict NEUMARKT 1, 9001 ST. GALLEN
 TEL. 071 226 55 55
www.benedict.ch

5. Mangelhafte Affektkontrolle: Der Patient (und sein Partner) berichten von andauernder Reizbarkeit, auch aus geringem Anlass, verminderte Frustrationstoleranz und Wutausbrüche, meist nur von kurzer Dauer. Typisch ist die erhöhte Reizbarkeit im Strassenverkehr im Umgang mit anderen Verkehrsteilnehmern. Die mangelhafte Affektkontrolle wirkt sich nachteilig auf Beziehungen zu Mitmenschen aus.

6. Impulsivität: Einfache Formen hiervon sind Dazwischenreden, Unterbrechen anderer im Gespräch, Ungeduld, impulsiv ablaufende Einkäufe, schnell gefasste, unreflektierte Entschlüsse und das Unvermögen, Handlungen im Verlauf zu steuern, ohne dabei Unwohlsein zu empfinden.

7. Emotionale Überreagibilität: Der Patient ist nicht in der Lage, adäquat mit alltäglichen Stressoren umzugehen, sondern reagiert überschüssig oder unangemessen, niedergeschlagen, verwirrt, unsicher, ärgerlich oder ängstlich.

Im Erwachsenenalter ist die Diagnosestellung häufig schwieriger. Nicht selten haben sekundäre Störungen, soziale Auffälligkeiten bis hin zur Delinquenz oder Depressionen, Angst-, Sucht- und Zwangserkrankungen das Primärbild verwischt. Auch hier ist die sorgfältige Anamnese bis zurück ins Kindesalter unabdingbar, häufig ist es nötig, Zusatzinformationen von Eltern und anderen Bezugspersonen einzuholen.

Bei dieser Störung sind häufig mehrere Familienmitglieder z.T. über verschiedene Generationen hinweg in unterschiedlicher Art betroffen. So kann ein wahrer Teufelskreis entstehen: Eine (häufig nicht erkannte!) ADHS-betroffene Mutter ist mit ihrem ADHS-Kind rasch überfordert, da sie selbst nicht die nötigen Strukturen bieten kann und ihre eigene Impulsivität einen ruhig konsequenten Erziehungsstil verhindert. Gut gemeinte Elternkurse wie z.B. ein Triple-P-Kurs führen da zu weiterem Frust, da die vermittelten Ratschläge mit einem ADHS-Kind nicht zum Ziele führen...



Empfehlenswerte Bücher für ADHS-Betroffene:

- | | |
|---------------|--|
| Aust/ Hammer: | Das A.D.S. – Buch, Oberste Brink, 1999 |
| Hallowell E.: | Zwanghaft zerstreut, Rowolth, 1999 |
| Ryffel D.: | ADS bei Erwachsenen, H. Huber, 2001 |
| Ryffel D.: | Wir fühlen uns anders, H. Huber, 2003 |
| Ryffel D.: | ADHS bei Frauen, H. Huber, 2004 |
| Simchen H.: | ADS Unkonzentriert, verträumt, zu langsam und viele Fehler im Diktat. W. Kohlhammer 2001 |
| Wender P.: | Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, Kohlhammer, 2002 |

Bücher für Kinder:

- | | |
|-----------------|---|
| Michael Gordon: | Zappelmax, Hilfe mein Bruder kommt, Ich würde wenn ich könnte, Übersetzungen aus dem Amerikanischen, Bezug bei Daniel Ryffel, Ritterstrasse 18E, 3047 Bremgarten |
| Felix Dietz: | Wenn ich doch nur aufmerksam sein könnte, ADS-Gruppe Frankfurt D. Dietz, Ligusterweg 32, D-60433 Frankfurt, auch in Praxis Dr. M. Ryffel, 3053 Münchenbuchsee, erhältlich |



Illustration von Doris Ryffel

2. Teil: Therapiemöglichkeiten

Nicht selten ist der Leidensweg bis zur Diagnosestellung lang und gleicht einer wahren Odyssee von einem Therapeuten zum anderen. In dieser Situation ist es wichtig, vorerst ausführliche Informationen über das Störungsbild zu vermitteln (*siehe Kasten «Empfehlenswerte Bücher...»*).

Dieses Vorgehen wird vom Psychologen Keith Connors zutreffend als «**Bibliotherapie**» bezeichnet.

Auch im Internet haben Betroffene Gelegenheit sich weiter zu informieren, so z.B. in **ADD-Online (www.adhs.ch)**.

Sowohl bei Kindern wie auch bei Erwachsenen ist in ausgeprägten Fällen eine Medikation mit Stimulanzien verbunden mit Beratung und Verhaltenstherapie als Behandlung der Wahl anzusehen.

Die Stimulanzientherapie, ist – **wenn richtig indiziert richtig durchgeführt!** – in 80 bis 90 % erfolgreich und verbessert im Sinne einer «chemischen Brille» die fokussierte Aufmerksamkeit und Selbststeuerung. Das bei uns eingesetzte Methylphenidat (in Ritalin

und Concerta enthalten) ist seit über 50 Jahren im Einsatz und weiterhin der eigentliche «Gold-Standard»! Ganz entscheidend ist die korrekte Durchführung, d.h. eine individuell massgeschneiderte Dosierung.

Das Ziel der Therapie besteht darin, das Selbstwertgefühl des Betroffenen zu verbessern, das vorhandene individuelle Potential auszuschöpfen und die oft beeinträchtigte Beziehungsfähigkeit zu erleichtern.

Erst durch die Medikation können häufig zusätzlich notwendige Behandlungen endlich «greifen». Auf der anderen Seite ist es immer wieder erstaunlich, wie die Pharmakotherapie bei gutem familiären und schulischem Umfeld, resp. befriedigender beruflicher Situation, alleine bereits eine grosse Erleichterung bewirkt und weitere Therapien erübrigt.

Die medikamentöse Behandlung ist in der Regel über Jahre durchzuführen, solange sie indiziert erscheint, ist die Compliance erstaunlich gut. Nebenwirkungen sind bei korrekter Anwendung harmlos: Appetit- und Schlafstörungen sind am häufigsten. Weitere immer wieder erwähnte Nebenwirkungen treten erst bei Überdosierung oder falscher Anwendung (z.B. «Ruhigstellung», Apathie etc.) auf.

Die häufig postulierte Suchtgefahr mit Stimulanzien besteht glücklicherweise nicht. Studien zeigen sogar, dass mit Stimulanzien behandelte ADHS-Jugendliche verglichen mit nicht behandelten ADHS-Patienten ein wesentlich niedrigeres Suchtrisiko aufweisen.

Bei bisher nicht diagnostizierten ADHS-Patienten haben wir selbst wiederholt Suchtprobleme beobachtet, wobei vor allem Cannabis insofern heimtückisch wirkt, indem es primär die Aufmerksamkeit und die innere Unruhe verbessert, gleichzeitig aber die ADHS-Symptomatik verschlimmern kann.

Im Rahmen der **sog. multimodalen Therapie** werden Vorschulkinder häufig durch eine heilpädagogische Früherziehung unterstützt, später abgelöst durch Psychomotorik oder Ergotherapie, vor allem dann, wenn zusätzlich Wahrnehmungsschwierigkeiten oder Probleme in der Fein- und Grobmotorik bestehen. Pädagogische Massnahmen sind bei Teilleistungsstörungen indiziert, häufig muss auch das «richtige Lernen erlernt werden». Eine Verhaltenstherapie und das Mitmachen in einer Selbsthilfegruppe der ELPOS erleichtern viele Schwierigkeiten.

Die Therapie bei Erwachsenen beruht auf den drei Pfeilern Pharmakotherapie, Psy-

Unter der Internetadresse **www.elpos.ch** finden Eltern und Bezugspersonen von Kindern und Jugendlichen mit POS/AD(H)S sowie Erwachsene mit AD(H)S viele Informationen und nützliche Links.

chotherapie und Coaching. Häufig müssen die Stimulanzien jedoch wegen der Begleiterkrankungen mit weiteren Medikamenten kombiniert werden. Parallel dazu sollte eine Psychotherapie und eventuell ein Coaching, das der besseren Bewältigung des Alltags dient, stattfinden. Für Erwachsene bietet die Selbsthilfeorganisation IG-ADS Unterstützung.

Die ADHS ist also keine gutartige Kinderkrankheit, die sich spätestens in der Pubertät auswächst. Bei Nichterkennen der Problematik, fehlender Behandlung und

durch ungünstige äussere Umstände können Betroffene ein Leben lang an ihrer Primärstörung mit ev. zusätzlichen Sekundärstörungen stark leiden.

Immer wieder ist es aber erstaunlich zu sehen, wie sich auch bei spät erfassten ADHS-Betroffenen deren Lebensqualität durch eine entsprechende Diagnostik und Therapie deutlich verbessert.

Ob eine frühzeitige Erfassung und Behandlung den weiteren Verlauf wirklich positiv beeinflusst, ist wissenschaftlich noch nicht erwiesen. Viele Beispiele aus dem klinischen Alltag und unsere Praxiserfahrungen seit bald 12, resp. 30 Jahren lassen dies aber vermuten.

(Weiterführende Literatur bei den Verfassern.)

Doris Ryffel und Meinrad Ryffel

notfälle...

...in der Arztpraxis – Modul I

Notfallmanagement 1. Teil

Zusammen mit der Firma mpR-PROCESS GmbH bietet der SVA das Modul I an. mpR-PROCESS GmbH aus Steinhausen/ZG ist eine professionelle Weiterbildungsunternehmung mit sämtlichen Zertifikaten im Bereich der ersten Hilfe sowie der Erwachsenenbildung, sie ist zudem eduQua zertifiziert.

Inhalt Modul I

- Ablauf eines medizinischen Notfalles
- Korrekte Führung
- Sauerstoffverabreichung beim Notfallpatienten
- Notfallmaterial
- Stürze und Frakturen
- Bewusstlosigkeit

Anhand von verschiedenen Fallbeispielen wird Gelerntes praktisch geübt und vertieft und der theoretische Stoff wird repetiert.

Kursziele

Die Teilnehmerin ist in der Lage:

- Den Ablauf eines med. Notfall-Geschehens zu benennen
- Einen korrekten Notruf an den Rettungsdienst abzusetzen
- Sauerstoff korrekt dem Notfallpatienten zu verabreichen
- Notfallmaterial in der Praxis richtig einzusetzen
- Bei Stürzen und Frakturen situativ angepasste erste Hilfe zu leisten
- Anhand des Fachwissens bei einer Bewusstlosigkeit den Patienten korrekt zu lagern und die notwendigen Massnahmen abzuleiten

Seminarleitung

Markus-Peter Ruedi mpR-PROCESS GmbH
Steinhausen/ZG

Seminarkosten

Für SVA-Mitglieder mit mindestens 1-jähriger Mitgliedschaftsdauer CHF 250.– (Kurskosten CHF 300.– abzüglich CHF 50.– Unterstützungsbeitrag der Margrit und Ruth Stellmacher-Stiftung).

Für alle anderen Teilnehmerinnen CHF 350.– (Kurskosten CHF 400.– abzüglich CHF 50.– Unterstützungsbeitrag der Margrit und Ruth Stellmacher-Stiftung).

Ort und Daten

Raum Chur 30. März 2006
Raum Bern 6. April 2006

Zeit

08.00 Uhr – 17.00 Uhr

Anmeldeunterlagen und Infos

Tresa Stübi-Cavegn
Schönweidstrasse 16
6020 Emmenbrücke
Tel. 041 281 27 67
Anmeldung/Infos: tresa.stuebi@gmx.ch

Bei kurzfristiger Abmeldung (ab 9 Tage vor Kurstag) werden CHF 200.– für Mitglieder bzw. CHF 300.– für alle anderen Teilnehmerinnen nachträglich in Rechnung gestellt.