

Dr.med. Meinrad H. Ryffel
Kinder- und Jugendarzt FMH
Praxis psy-bern
Neuengass-Passage 3
3011 Bern
E-Mail: ryffelaway@gmail.com

Kaum ein Störungsbild in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird auch heute noch so kontrovers beurteilt wie das von Betroffenen mit einer ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit/ Hyperaktivitätsstörung) resp. mit der in der Schweiz zT immer noch verwendeten Bezeichnung POS. Zwar ist es seit langer Zeit möglich eine umfassende Behandlung durchzuführen, die die Symptome und vor allem den Leidensdruck der betroffenen Kinder deutlich vermindern kann. Nicht selten kann eine solche Therapie auch zudem sekundär entstehende psychische Erkrankungen im Erwachsenenalter sowie weitere Folgezustände wie Suchterkrankungen, Delinquenz und soziale Ausgrenzung vermindern. Dennoch verunsichert vor allem der Anstieg der zum Teil eingesetzten Arzneimittel („Ritalinboom“) weiterhin viele betroffene Familien und Bezugspersonen. Dadurch wird leider oft eine erfolgsversprechende Betreuung gar nicht oder zu spät eingeleitet.

Aufgrund eigener rund 40 Jahren Erfahrungen in der ärztlichen Begleitung vieler Hunderter von ADHS-Familien möchte ich versuchen nachfolgend das Störungsbild näher zu beschreiben:

Definition:

Bei der ADHS handelt es sich um eine häufig vererbare, neurobiologisch erklärbare andere Hirnfunktion mit ungünstigen Auswirkungen auf die zerebrale Informationsverarbeitung. Im Bereich der Neurotransmittersysteme (= elektrische Überträgersysteme zwischen den Hirnzellen) von Dopamin, Noradrenalin besteht in gewissen Hirnabschnitten (Stirnhirn, Teilen des Stamm- und Kleinhirns) eine Fehlfunktion mit verminderter Aktivität. Diese wahrscheinlich primäre Störung kann und wird durch äussere Umweltfaktoren vor allem psychosozialer Art beeinflusst und zT verstärkt. Je länger die Primärstörung einer ADHS unerkannt bleibt, desto grösser ist das Risiko für sekundäre Störungen und eine Chronifizierung.

Im Mittelpunkt stehen Kinder, die „anders“ sind und durch ihr sehr unterschiedliches „Anderssein“ auffallen, anecken, sich nicht selten unruhig und zappelig verhalten oder ungewöhnlich „brav“ erscheinen und vor allem selbst darunter zunehmend leiden. Gleichzeitig leiden aber auch deren Eltern und weitere Bezugspersonen, die sich fragen, warum ihre wohlgemeinten und objektiv meist auch richtig durchgeführten Erziehungsmassnahmen und pädagogischen Konzepte keinen Erfolg zeigen, warum das Kind in der Schule „unerklärlich versagt“, warum es keine Freunde findet und zunehmend zum Aussenseiter wird, der unverstanden bleibt, ausgegrenzt oder gar gemobbt wird.

Eine Mutter schreibt:

Mein Kind zeigt	ohne	Absicht
	keine	Rücksicht,
		Vorsicht,
		Einsicht,
		Umsicht
	oder	Übersicht
Die Umgebung zeigt oft keine		Nachsicht
und das Kind hat zunehmend keine		Zuversicht

Schon 1848 hat der Frankfurter Psychiater Hoffmann im „Struwelpeter“ die wichtigsten Symptome beschrieben, die eine ADHS prägen. Die auch heute noch im amerik. Klassifikationssystem DSM 5 aufgeführten Hauptsymptome der **Unaufmerksamkeit** sind bei „Hans-Guck-in-die-Luft“ treffend beschrieben,

ebenso die **Hyperaktivität und Impulsivität** in der Geschichte des weitherum berühmten „Zappelphilipps“.



Auch das **Vorkommen bei Mädchen** wird mit „Paulinchen“ und die häufige **Persistenz bis ins Erwachsenenalter** mit dem „wilden Jägersmann“ eindrücklich illustriert.

Der Autor konnte die Symptomatik auch deshalb so gut darstellen, weil in seiner Herkunftsfamilie - wie dies typischerweise häufig der Fall ist - viele unterschiedlich betroffene Familienmitglieder zu finden waren.

100 Jahre später wurden diese Auffälligkeiten von deutschen und schweizerischen Kinderpsychiatern (zB Lempp und Corboz) als „leichter Hirnschaden“ oder mit dem Fachausdruck „POS“, dh als Psychoorganisches Syndrom beurteilt. Versicherungsrechtlich wurde in der Schweiz bis vor kurzem dieser Ausdruck weiterhin von der Invalidenversicherung verwendet. In den USA setzte sich hingegen bereits ab 1980 die Erkenntnis durch, dass es sich bei der ADHS um eine neurobiologisch erklärbare angeborene Störung im „Hirnstoffwechsel“ handeln könnte. Das auffällige Verhalten beschreibend wurde zu dieser Zeit auch der englische Begriff ADHD, dh „Attention Deficit Hyperactivity Disorder“ geprägt, der sich nun weltweit durchgesetzt hat.

Neurobiologisch erklärbar heisst, dass bei der ADHS die für die Informationsverarbeitung zuständigen Hirnregionen weniger aktiviert sind und es in der Folge zu einer geringeren Vernetzung der Hirnzellen kommt. Dadurch wird das Erlernen vieler Grundfähigkeiten deutlich erschwert. Diese primäre Störung erscheint genetisch bedingt zu sein und wird zusätzlich durch äussere Umweltfaktoren unterschiedlich stark beeinflusst.

Diese gestörte Basisfunktion könnte zB so erklärt werden: Ein Betroffener ist nicht imstande, aus den vielfältig angebotenen Informationsreizen, die vorerst im sogenannten Kurzzeitgedächtnis registriert werden, diejenigen auszuwählen und mit bereits bekannten Informationen aus dem Langzeitgedächtnis zu vergleichen, die der vorgegebenen Situation entsprechen. Dies führt nachfolgend zu einer inadäquaten ("unverständlichen", "unüberlegten") Handlung. Es fehlt die Zeit zum "Überlegen", oder das "Überlegen" dauert viel zu lange. Wichtig ist, dass emotionale und selbstmotivierende Faktoren diese Fähigkeit vorübergehend normalisieren können. Dies erklärt die oft gemachte Feststellung, dass alltägliche Verhaltensweisen („Selbstverständliches“) nie erlernt werden, komplizierte und interessierende Fertigkeiten zum Teil aber erstaunlich rasch und gut gelingen.



Grafik adhs20+

Die **Diagnose einer ADHS** ist durch die individuelle Lebensgeschichte, die Chronizität und Persistenz der geschilderten Probleme zu stellen.

Im Aufnehmen der Lebensgeschichte (Anamnese) wird versucht, die für eine ADHS typischen Auffälligkeiten zu eruieren:

Bereits während der Schwangerschaft erleben die Mütter nicht selten ein auffallend hyperaktives oder im Gegensatz dazu ein allzu ruhiges Kind.

Die ersten Lebensmonate gestalten sich häufig überaus strapazierend mit Schlafstörungen, Koliken und Ernährungsschwierigkeiten, andere Kinder wiederum sind jedoch überaus „pflegeleicht“. Mit Gehbeginn ist der „**Zappelphilipp**“ kaum zu bremsen: Er rennt unermüdlich umher, erkennt keine Gefahren, reisst alles herunter und erscheint wie angetrieben. Im Umgang mit anderen Kindern bestehen keine Grenzen, er wird so zum „Schrecken“ auf dem Spielplatz, wobei der Mutter oft fehlende Erziehungskompetenz vorgehalten wird. Immer wieder habe ich verzweifelte Mütter kennengelernt, die so zunehmend sozial ausgegrenzt wurden, hie und da kam es deshalb auch zu Kindsmisshandlungen.

Später in der Spielgruppe und im Kindergarten können die sozialen Interaktionsprobleme mit den Kameraden eskalieren, wobei nicht selten einzelne ADHS-Kinder bereits in diesem Alter ein starkes Störungsbewusstsein entwickeln: „Niemand hat mich lieb, immer bin ich der Schuldige“, andere wiederum spielen den Klassenclown, um so im Mittelpunkt zu stehen und anerkannt zu werden.

Zu Recht werden viele Kinder wegen „emotionaler Unreife“ später eingeschult und fallen dann in der Schule nicht nur durch ihre Hyperaktivität sondern auch wegen ihren zunehmenden Lernschwierigkeiten auf. Eine gute Intelligenz kann diese Problematik zwar längere Zeit kaschieren, die steigenden schulischen Anforderungen bringen jedoch die der ADHS zu Grunde liegenden Defizite im Verlaufe der Zeit immer mehr und deutlicher zum Vorschein.

„**Hans-Guck-in-die Luft**“, häufig eine „**Hanna**“, ist demgegenüber meist bis ins Schulalter wenig auffällig, vielleicht scheu und brav, introvertiert und ohne grosse soziale Kontakte. In der Schule wird Hanna aber dann durch „unerklärliche“ und unerwartete Misserfolge im Lernen auffällig, resigniert und kann so kein Selbstwertgefühl aufbauen.

Sofern die Diagnose bis ins Jugendalter nicht gestellt wird, können ADHS-Adoleszente mit frühzeitigem Nikotin- und Alkoholkonsum auffällig werden oder machen die Erfahrung, dass ihnen Marihuana (quasi als „Selbstmedikation“) vorübergehend zu einer besseren Aufmerksamkeit verhilft. Frühzeitige Delinquenz, Schul- und Lehrversagen oder gar – ausschuss sowie unerwünschte Frühschwangerschaften sind nicht selten.

Die Diagnose wird also vorwiegend klinisch gestellt. Zusätzlich werden in normierten Fragebogen die störungsspezifischen Symptome erfragt und beurteilt. Das Vorhandensein einer definierten Anzahl positiver Kriterien in verschiedenen Bezugssituationen (Familie, Schule, Freizeit etc) bestätigt die Diagnose, wobei eine Mindestdauer der Symptome während mindestens 6 Monaten und deren Auftreten vor dem 12. Lebensjahr vorausgesetzt wird. Entscheidend ist zudem die aus der ADHS für das Kind entstehende Beeinträchtigung bzgl. sozialer Anpassung, schulischer Leistungsfähigkeit oder späterer Berufslaufbahn mit entsprechend subjektivem Leidensdruck.

Ein eigentlicher „ADHS-Test“ existiert nicht, doch sind psychologische Testuntersuchungen in Bezug auf die Intelligenz, neuropsychologische Kompetenzen und vorhandene Begleiterkrankungen unerlässlich.

Häufige Begleiterkrankungen:

Teilleistungsstörungen (Legasthenie, Dyskalkulie)

Angststörungen

Störung des Sozialverhaltens

Autismus Spektrum Störungen

später Depressionen und/oder Suchterkrankungen

Für mich sind zudem sogenannte Aufmerksamkeitsteste, die in einer Standardsituation die Konzentrationsfähigkeit beurteilen lassen (zB bp-Test nach Esser, d2 Test oder der Dortmunder Aufmerksamkeitstest nach Lauth) wichtige diagnostische Hilfsmittel, da nicht selten erst dadurch „nur“ aufmerksamkeitsgestörte ADHS-Kinder (häufig auch noch als ADS-Kinder bezeichnet) objektiv erfasst werden können. Wie bereits erwähnt handelt es sich dabei nicht selten um „brave unauffällige“ Mädchen mit unerklärlichem Schulversagen, die der kanadische Kinderarzt Falardeau mit dem treffenden Ausdruck „**enfants lunatiques**“ bezeichnet hat.



Mit einem **Vorkommen** von ca 5 %, wobei diagnostizierte Knaben die Mädchen deutlich überwiegen, ist die ADHS eine häufige Störung, die im Erwachsenenalter zur Hälfte weiterbesteht, sich also nicht „auswächst“ wie lange angenommen wurde. Die auffallende motorische Hyperaktivität nimmt zwar ab, die **beeinträchtigende Aufmerksamkeitsproblematik aber persistiert**. Die **Vererbung** zeigt sich häufig bei Eltern und Geschwistern in allen Variationen.

Die ärztliche und psychologische Betreuung von ADHS-Kindern ist in der Regel eine dankbare Aufgabe, wobei es wegen der neurobiologischen Besonderheit nicht möglich ist, eine ADHS zu „heilen“. Vielmehr geht es darum zu lernen „**mit dem Handicap einer ADHS zu leben**“ und die individuell vorhandenen Ressourcen optimal einzusetzen. Auch wenn viele Fachleute diese Einschätzung nicht teilen, habe auch ich den Eindruck, dass viele „ADHS-ler“ überaus kreativ, innovativ und voller Ideen sind, die es in einem Behandlungsplan umzusetzen gilt, resp. dieser diese Umsetzung häufig erst realisieren lässt.

Schon die Diagnosestellung ist für viele betroffene ADHS-Familien eine grosse Hilfestellung: Endlich hat vieles, das bisher „unerklärlich war“, eine Erklärung, dies nicht selten nach langer Odyssee mit vielen (auch teuren) Abklärungen, Ratschlägen und Enttäuschungen.

Die ADHS-Diagnose lässt nun vieles in einem anderen Licht erscheinen, die Schwierigkeiten haben eine Ursache, die beeinflusst werden kann.

Im Rahmen der sogenannten **Psychoedukation** werden Eltern und weitere Bezugspersonen (vor allem Lehrer) über die Symptomatik und Bedeutung einer ADHS informiert. In wenigen Fällen habe ich selbst erfolgreich bei einem Schulklassenbesuch versucht, die Mitschüler eines ADHS-Kindes über die Schwierigkeiten ihres Kameraden aufzuklären. Eltern haben heute durch **viele gute Bücher** und **Websites** die Möglichkeit, sich umfassend zu informieren.

Eine überaus geschätzte Hilfe bietet die **Elternselbsthilfeorganisation ELPOS** an, die sich durch ausgewogene Veranstaltungen, Gruppengespräche, umfassende Ratgeber und vor allem bei der Suche nach Abklärungs- und Therapiestellen auszeichnet.

Schulprobleme stehen häufig im Vordergrund. Neben einer spezifischen Therapie von gleichzeitig vorhandener Legasthenie und Dyskalkulie ist häufig das Erlernen richtiger **Lernstrategien** unerlässlich. Bei den häufigen Verhaltensproblemen hat sich eine für ADHS entsprechend ausgestaltete **Verhaltenstherapie** bewährt, sei dies nun im Rahmen einer Familientherapie, einzeln oder in Gruppen.

All diese Behandlungsoptionen müssen häufig durch eine **Basisbehandlung mit Medikamenten** ergänzt, resp. können erst durch eine **medikamentöse Korrektur der gestörten Grundfunktionen** erfolgreich durchgeführt werden.

Schon 1937 hat der amerikanische Kinderpsychiater Bradley fast zufällig bei der Gabe eines Amphetaminpräparates folgendes beobachtet:

"Die auffälligste Verhaltensänderung durch Einsatz von Bazedrin® ist das dramatisch veränderte Lernverhalten der Kinder. Dies ist umso auffälliger, wenn man bedenkt, dass diese Kinder

eine gute Intelligenz besessen und dass man ihren Verhaltensstörungen bisher eine grosse therapeutische Aufmerksamkeit gewidmet hatte.

Hier nun mitansehen zu müssen, wie eine einzige Dosis Amphetamin eine grössere Verbesserung in der Schule mit sich brachte als die gemeinsamen Anstrengungen aller therapeutisch Aktiven in einer wirklich idealen Umgebung, hätte nun wirklich demoralisierend auf die Lehrer wirken müssen, wenn die Besserung, praktisch gesehen, nicht so frappant gewesen wäre."

In der Folge wurde diese medikamentöse Unterstützung mit **Stimulanzien**, dh Medikamenten, die die unteraktivierten Hirnareale stimulieren, resp. aktivieren, ab ca 1960 in den USA landesweit eingeführt und erst sehr viel später von den skeptischen Europäern übernommen. Lange (und auch heute noch) wurde kritisiert, dass mit Medikamenten versucht werde, die vorwiegend durch eine falsche Erziehung verursachten Folgen sowie die Auswirkungen unserer zunehmend hektischen Lebensweise infolge „Fastfood“, arbeitstätigen Müttern, zu viel TV und weiteren Ablenkungen „chemisch“ zu verdecken und die Kinder lediglich „ruhigzustellen“ ! Tatsächlich werden zwar viele hyperaktive Kinder ruhiger, jedoch deshalb, weil sie nun konzentrierter und aufmerksamer zuhören und erstmals lernen können.

Der 10-jährige Klaus sagt spontan zur Mutter:

„Weißt Du, die Tablette wirkt dreifach: Ich kann mich nicht nur viel besser konzentrieren, sondern ich gehe auch wieder gerne zur Schule. Und in der grossen Pause kann ich nun auch verlieren, ohne dass ich immer ausraste !“

Eltern berichten:

- Es ist nicht normal wie normal Erich zur Zeit ist
- Es scheint mir, dass bei meinem Kind ein Schleier weggezogen wurde und es eine Glasglocke verlassen hat
- Jetzt kann meine Tochter zuerst denken und dann handeln
- Trudi ist jetzt viel kreativer, sie zeichnet viel und lange
- Endlich kann mein Sohn seine guten Fähigkeiten zeigen

Zum Einsatz kommen heute chemisch abgeänderte Amphetaminpräparate, vor allem **Methylphenidat** (als Ritalin® bereits seit 1954 auf dem Markt), das heute mit vielen galenischen Varianten bezüglich Dosisstärke und Wirkungsdauer zur Verfügung steht. So erlauben Concerta®, Equasym®, Medikinet® und weiterhin Ritalin® eine ganz genaue individuelle Medikation, die ganz entscheidend ist. Die Behandlung muss unbedingt durch einen erfahrenen Arzt begleitet und überwacht werden, da fast jedes Kind eine etwas andere Dosierung benötigt. Vor allem zu Beginn wird durch ein langsames Aufdosieren mit kleinen Mengen versucht, die individuell richtige Dosis herauszufinden. Später ist eine kontinuierliche Überwachung unumgänglich, da es sich in der Regel um eine mehrjährige Unterstützung handelt. Immer wieder kann der Betroffene jedoch selbst abschätzen, wie lange er von dieser „chemischen Brille“ profitiert, resp. diese benötigt.

Neben Methylphenidat werden in den USA weiterhin **Amphetaminpräparate** (zB Adderall®, Dexedrine®) verwendet. Mit Elvanse® steht seit kurzem ein entsprechendes Präparat auch bei uns zur Verfügung.

Stimulanzien unterstehen zu Recht dem Betäubungsmittelgesetz, da sie bei falscher Anwendung zu Abhängigkeit führen können. Dies ist in der ADHS-Therapie nach jahrzehntelangen weltweiten Erfahrungen sicher nicht der Fall. Es gibt im Gegenteil viele Hinweise darauf, dass die **ohne Therapie deutlich höhere Suchtgefährdung bei ADHS-Betroffenen** mit einer erfolgreichen Medikation abnimmt.

Chemisch ganz anders wirkt **Atomoxetin** (Handelsname Strattera®), das alternativ oder in Kombination mit Stimulanzien eingesetzt werden kann.

«Ich fühle mich
nicht mehr anders
als die andern.»



Behandlungsziel

Wie bei jeder Medikation gibt es **Nebenwirkungen**, wobei zu Beginn häufig Appetit- und Schlafstörungen Probleme machen können. Ernsthafte Nebenwirkungen sind jedoch bei richtiger Anwendung nicht zu erwarten.

Aus dem Mitteilungsblatt einer Schule (NMS Bern):

*RITA - lin kann wohl verschrieben werden,
gänzlich ohne Nebenwirkungen sind aber
LOB - in
ZUWENDUNG - in
MUTMACH - in*

Die Indikation zu einer medikamentösen Unterstützung erfolgt immer in Absprache mit den Eltern und in 1. Linie mit dem betroffenen Kind. Druck aus der Schule darf dazu kein Argument dazu sein.

Dennoch: Es ist nicht richtig, aufgrund wenig auffallender Resultate in der Test- und Abklärungssituation auf eine Medikation zu verzichten, wenn das Kind im Alltag zunehmend leidet, es ist nicht richtig, so lange zu warten, bis das Kind aus der Schule ausgeschlossen wird, es ist nicht richtig, es zuzulassen, dass ein wenig verhaltensauffälliges Kind mit ADHS in eine Hilfsklasse abgeschoben wird.

Neben diesen **bewährten Therapiebausteinen** kommen im Einzelfall weitere Optionen zum Einsatz, vor allem **Ergotherapie und Psychomotorik**. Bewährt hat sich zudem eine **regelmässige sportliche Betätigung**.

Die vielen **alternativmedizinischen Angebote** sind kritisch zu werten, wobei einzelne Kinder davon jedoch sicher profitieren können. Die Berichte über „Wunder“ nach Eisensubstitution oder der Gabe von (teuren) Omega-3-Fettsäuren haben sich nur selten bestätigt, die guten Ergebnisse einer (bisher einzigen) Berner Studie mit homöopathischen Arzneimitteln werden kontrovers beurteilt.

ADHS-Kinder sind nicht nur anders, sie sind auch besonders: Falls ihr Selbstwertgefühl nicht durch Unverständnis, mangelnde Geduld und vor allem fehlende Liebe und Zuneigung aller Bezugspersonen leidet, sind sie immer wieder zu besonderen und aussergewöhnlichen Leistungen fähig. Ob berühmte Persönlichkeiten wie Mozart, Pestalozzi, Steve Jobs oder Bill Clinton und viele weitere wirklich eine ADHS hatten, bleibt offen.

Ganz entscheidend ist aber, dass jedes ADHS-Kind durch eine frühzeitige Erkennung und umfassende Behandlung die Chance erhalten kann, sein individuelles Potential möglichst erfolgreich zeigen und ausleben zu können.

Empfehlenswerte Bücher/Ratgeber:

Aust E./Hammer P.: *Das A.D.S. Buch*, Oberstebrink Verlag

Barkley R.: *das grosse ADHS-Handbuch für Eltern*, Hans Huber Verlag

Born A./Oeler C.: *Lernen mit ADS-Kindern* W.Kohlhammer Verlag

Elpos-Ratgeber, zu beziehen bei www.elposbern.ch

Neuhaus C.: *ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen*, W.Kohlhammer Verlag

Simchen H.: *ADS: Unkonzentriert, verträumt, zu langsam und viele Fehler im Diktat*, W.Kohlhammer Verlag

Empfehlenswerte Links:

www.elpos.ch

www.adhs.info

www.adhs20plus.ch

www.mit-kindern-lernen.ch

www.hansguckindieluft.ch

www.kinder-und-adhs.ch noch im Aufbau