

«Das POS-Kind wird erwachsen...»

Die Teilnahme an 2 Seminaren über die Aufmerksamkeitsdefizitstörung in Wolfsburg (Okt. 1995 und Juni 1996) bei Frau Dr. I. Just und über die Stimulantienbehandlung bei depressiven Patienten an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (Mai 1996 durch Frau Prof. B. Woggon) veranlassen uns, kurz über die dabei gewonnenen Erkenntnisse zu berichten:

Sowohl in den USA wie auch in Deutschland sind sich die führenden Fachleute darüber einig, dass es sich in der Mehrzahl der Fälle beim POS (das seit 1980 zunehmend weltweit als **Attention Deficit (Hyperactivity) Disorder** bezeichnet wird) mit grosser Wahrscheinlichkeit um eine meist vererbte biologische Störung im Bereich des Neurotransmittersystems in den Stammganglien und im Frontalhirn handelt. Das Konzept einer neonatalen Hirnschädigung ist nur für wenige Kinder (die häufig auch nicht auf eine Medikation ansprechen!) zutreffend. Wichtig ist der Beginn im früheren Kindesalter, die Persistenz der Symptome, häufig bis ins Erwachsenenalter! Im Vordergrund stehen die Störungen im Bereich der fokussierten Aufmerksamkeit, Konzentration und Wahrnehmung, nur zum Teil in der motorischen (Hyper)aktivität oder Ungeschicklichkeit. Sowohl in den USA wie auch in Deutschland sind die Kriterien für die Diagnosestellung noch Wandlungen unterworfen:

So sind seit 1994 in den USA die neu gefassten DSM-IV-Kriterien verbindlich (vgl. *Tabelle 1*), Frau Dr. Just verwendet eine etwas andere Definition der **Aufmerksamkeitsdefizitstörung (ADS)** (vgl. *Tabelle 2*) und andere deutsche Autoren wiederum stellen weiterhin die motorische Hyperkinetik in den Vordergrund. Einig ist man sich darüber, dass für die Diagnosestellung vor allem die Anam-

nese entscheidend ist und es keine allgemeingültige neuropsychologische oder neuromotorische Untersuchungsbefunde gibt, die eine Diagnose zu 100 % sichern. Interessant sind die Beobachtungen und Vermutungen, dass wahrscheinlich gewisse Suchtprobleme im Jugendalter, affektive Störungen im Sinne einer Depression im Erwachsenenalter, einzelne Migräneformen, Angst- und Panikattacken, Bulimie und das praemenstruelle Syndrom zum gleichen Krankheitsbild gehören könnten (vgl. E. Hallowell!).

Für uns Kinderärzte wichtig sind die vielerorts gemachten Erfahrungen, dass eine korrekte medikamentöse Basisbehandlung dieser Kinder, resp. Erwachsenen im «multimodalen» Behandlungsplan eine zentrale Rolle spielt. Korrekt heißt, dass die individuell sehr unterschiedliche Dosierung der Stimulantien herausgefunden und angewendet wird und dass kontinuierlich möglichst während des ganzen Tages und ohne Unterbrechungen an Wochenden oder in den Ferien therapiert wird. Frau Dr. Just hat auf Grund ihrer Erfahrungen mit Hunderten von Patienten mit diesem Vorgehen beobachtet, dass nach einigen Jahren die medikamentöse Behandlung nicht mehr nötig ist, d.h. dass wahrscheinlich eine Nachreifung oder «Ausheilung» der gestörten Neurotransmitterfunktion erfolgt. Bei Erwachsenen ist die Behandlungsdauer mit Stimulantien häufig weniger lange notwendig. Auch bei jugendlichen und erwachsenen Patienten sind bisher nie Abhängigkeits- oder Suchtprobleme mit Stimulantien beobachtet worden. Im Gegenteil: Gewisse Suchtabhängige können wahrscheinlich durch eine Stimulantienbehandlung von ihrer Abhängigkeit erlöst werden. In gleicher Richtung weisen die Erfahrungen

von Frau Prof. Woggon, die Stimulanten (meist in Ergänzung zu Antidepressiva) bei depressiven Jugendlichen und Erwachsenen sowie einzelnen Suchtabhängigen einsetzt und die Meinung vertritt, dass ein Teil der depressiven Erwachsenen zum Formenkreis des ADS gehört. Ähnliches lassen ja auch die Stammbäume vieler ADS-Kinder vermuten.

Diese Erkenntnisse bestätigen auch unsere eigene Erfahrung, dass eine medikamentöse Behandlung von ADS- resp. POS-Kindern im Gesamtbehandlungsplan eine wichtige und in einem gewissen Sinne auch präventive Rolle spielt. Dass diese Therapie noch zu selten angewandt wird, bekräftigt auch Prof. Trott, Kinderpsychiater aus Würzburg, der feststellt, dass nur jedes 200. Kind mit ADS, das medikamentös behandelt werden sollte, diese Therapie auch erhält! Vor allem wenn im Bereich der Suchtprophylaxe vermehrt auf die von Frau Just gemachten Beobachtungen abgestellt würde, könnte wahrscheinlich viel Leid erspart bleiben.

Im Anschluss an das letzte Seminar in Wolfsburg bildeten sich in Deutschland regionale Ärztegruppen, die ihre Erfahrungen mit der medikamentösen Langzeittherapie von ADS-Patienten gemeinsam austauschen und auswerten wollen. Dieser Bericht soll u.a. Interesse dafür wecken, in der Schweiz eventuell auch eine entsprechende Gruppe zu bilden. Die Autoren stellen sich dabei eine mögliche Zusammenarbeit mit weiteren Kinderärzten, Kinder- und vor allem auch Erwachsenenpsychiatern vor und stehen für weitere Auskünfte gerne zur Verfügung.

M. Ryffel, Münchenbuchsee
C. Kind, Schaffhausen

Tabelle 1

Amerikanische Einteilung DSM-IV 1994 *

(* = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association)
der Aufmerksamkeitsdefizitstörung (ADHD)

Attention-Deficit-Hyperactivity Disorder (ADHD)

A: Diese Kinder oder Erwachsenen zeigen eine mindestens 6 Monate andauernde Störung mit Symptomen gemäss 1 und /oder 2, dies in einem Ausmass, dass sie zu Problemen mit der Umwelt (Schule, Familie etc.) führen und nicht mit dem aktuellen Entwicklungsalter übereinstimmen.

1. 6 oder mehr Kriterien von Unaufmerksamkeit (inattention)

- a: Hat grosse Mühe sich auf Details zu konzentrieren, macht gehäuft Flüchtigkeitsfehler bei Hausaufgaben, vergisst vieles zu Hause und bei anderen Aktivitäten.
- b: Hat Mühe, bei Aufgaben oder Spielen länger aufmerksam zu sein.
- c: Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere mit ihm sprechen.
- d: Hat Schwierigkeiten Anleitungen (Instruktionen) zu verstehen und wird weder mit den Aufgaben in der Schule, zu Hause oder am Arbeitsplatz fertig.
- e: Hat Schwierigkeiten sich und anstehende Aufgaben/Aktivitäten zu organisieren.
- f: Zögert, vermeidet resp. lehnt oft Aufgaben in Schule oder zu Hause ab, die eine längere geistige Anstrengung erfordern.
- g: Verliert häufig Gegenstände, die für Aufgaben und Aktivitäten in der Schule oder zu Hause benötigt werden (z.B. Spielzeuge, Bleistifte, Bücher oder Anweisungen).
- h: Wird leicht durch äussere Reize abgelenkt.
- i: Ist im Alltag übermäßig vergesslich.

2. 6 oder mehr Kriterien von Hyperaktivität und Impulsivität

Hyperaktivität

- a: Zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder windet sich in seinem Sitz.
- b: Kann nur mit Mühe sitzen bleiben, wenn dies von ihm erwartet wird
- c: Rennt und klettert in Situationen herum, wo dies nicht erwünscht oder möglich ist. (bei Jugendlichen und Erwachsenen beschränkt sich dies mehr auf ein inneres Empfinden von Rastlosigkeit).
- d: Kann nur schwer ruhig spielen.
- e: Ist oder erscheint häufig «innerlich von einem Motor angetrieben».
- f: Redet häufig übermäßig viel.

Impulsivität

- g: Platzt oft mit der Antwort heraus, bevor die Frage vollständig gestellt worden ist.
- h: Kann in Spiel- und Gruppensituationen nur schwer warten, bis er an der Reihe ist.
- i: Unterbricht oft andere oder drängt sich diesen auf, platzt z.B. ins Spiel anderer, stört eine Unterhaltung.

B: Einige dieser Kriterien müssen vor dem 7. Altersjahr vorhanden gewesen sein und zu Problemen geführt haben.

C: Probleme auf Grund dieser Störung müssen in verschiedenen Situationen aufgetreten sein (z.B. in Spielgruppe, Kindergarten, Schule, bei Freizeitaktivitäten, zu Hause oder am Arbeitsplatz).

D: Die entstandenen Probleme müssen klar die soziale Anpassung, die schulische Leistungsfähigkeit oder später sogar die Berufslaufbahn beeinträchtigen.

E: Kriterien einer anderen tiefgreifenden Entwicklungsstörung oder psychiatr. Krankheit sind nicht gegeben.

Klinische Einteilung:

ADHD, vorwiegend mit Aufmerksamkeitsstörung (Kriterien A 1)

ADHD, vorwiegend mit Hyperaktivität, Impulsivität (Kriterien A 2)

ADHD, in voller Ausprägung (Kriterien A 1 + 2)

ADHD, in teilweiser Remission (bei Jugendlichen und Erwachsenen, bei denen nur noch einzelne Kriterien zutreffen)

Gehäuft finden sich beim ADHD zudem Teilleistungsstörungen wie Legasthenie oder Dyskalkulie.

Tabelle 2

Aufmerksamkeitsdefizitstörung (Einteilung nach Frau Dr. Just, Wolfsburg)

Als **HAUPTSYMPTOME** der ADS-Störung sind *altersunabhängig* folgende Merkmale immer vorhanden:

- Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörung
- Störung der Wahrnehmung und Informationsverarbeitung
- Störung der Gedächtnisbildung (= Abspeicherung «Vernetzung!»)

Diese Menschen sind also leicht ablenkbar; bleiben nie bei der Sache, führen nichts zu Ende, haben keine Ausdauer, hören nicht zu, vergessen rasch, lernen nicht aus begangenen Fehlern, haben Mühe Strategien zu entwickeln etc.

Als **FAKULTATIVE SYMPTOME** (durch mangelhafte Steuerungsmöglichkeiten) stehen im Vordergrund:

- **Motorische Hyperaktivität (kann auch fehlen!)**

Dauernde (evtl. auch nur innere) Rastlosigkeit, ziellose Hyperaktivität, kein Stillsitzen, andauernde Zappligkeit, evtl. verstärkter Rededrang, Nägelknabbern, Bemalen von Hefträndern, Beknabbern von Bleistiften, etc.

- **Impulsivität**

Unvorhersehbares, unberechenbares Verhalten (Unfallgefahr!), kaum gedacht, schon getan!

- **Erregbarkeit, Irritierbarkeit**

Frustrationsintoleranz, starke Stimmungsschwankungen, Empfindlichkeit gegenüber Kritik, rasches Weinen, grosse Störanfälligkeit, Wutausbrüche, Aggressivität

- **Mangelhafte emotionale Steuerung**

zunehmende Selbstwertstörung, dysphorisch bis suizidal, fehlendes oder übersteigertes Einfühlungsvermögen, mangelnde Realitätskontrolle, Mutlosigkeit, Verleugnung von Schwierigkeiten, mangelnde Körperpflege, lange Zeit reifes und kindisches Verhalten

- **Dissoziales Verhalten**

Aussenseiter, wenig Freunde, Streitsüchtigkeit, Schlagen und Raufen, Klassenclown, destruktiv bis kriminelles Verhalten (evtl. in Banden)

Bei starker Ausprägung und Andauern dieser Primärsymptome kann es im weiteren Verlauf häufig zu den folgenden (z.T. reaktiven) Sekundärsymptomen kommen:

1. LERN- UND LEISTUNGSSTÖRUNGEN

Störverhalten, fehlende Arbeitshaltung, Disziplinprobleme oder auffallend braves Kind, das nicht stört (va Mädchen), Vermeidungsverhalten bis zum Schuleschwänzen, Rechtschreib- und Leseprobleme, seltener Probleme beim Rechnen, schlechtes Schriftbild, lückenhaftes Verfolgen des Unterrichts, Vergessen von Hausaufgaben, benötigt sehr viel Zuwendung von Lehrern und Eltern.

Die Leistungen entsprechen also nie der eigentlichen Intelligenz. Sehr intelligente Kinder können überdies ihre ADS-Primärsymptome bis ins Gymnasium oder Berufsleben kompensieren.

2. TEILLEISTUNGSSTÖRUNGEN

Auf Grund von akustischen oder visuellen Wahrnehmungs- und Koordinationsstörungen, bereits primär zusätzlich vorhanden oder sekundär verstärkt.

3. SCHWERE SEKUNDÄRE, RESP. REAKTIVE VERHALTENSSTÖRUNGEN

Störung der sozialen und familiären Interaktion und Integration (evtl. auch verstärkt, wenn ein Elternteil selbst ein unbehandeltes ADS aufweist...), soziale Isolierung, später gehäuft Alkohol- und Drogenmissbrauch (Selbstheilungsversuch mit falschen Mitteln??), Kriminalität, reaktive Depression, ausserordentlich stark verminderter Selbstwertgefühl.

Empfehlenswerte weiterführende aktuelle Literatur siehe S. 13

Tabelle 2**Aufmerksamkeitsdefizitstörung** (Einteilung nach Frau Dr. Just, Wolfsburg)

Als **HAUPTSYMPTOME** der ADS-Störung sind *altersunabhängig* folgende Merkmale immer vorhanden:

- **Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörung**
- **Störung der Wahrnehmung und Informationsverarbeitung**
- **Störung der Gedächtnisbildung (= Abspeicherung «Vernetzung!»)**

Diese Menschen sind also leicht ablenkbar; bleiben nie bei der Sache, führen nichts zu Ende, haben keine Ausdauer, hören nicht zu, vergessen rasch, lernen nicht aus begangenen Fehlern, haben Mühe Strategien zu entwickeln etc.

Als **FAKULTATIVE SYMPTOME** (durch mangelhafte Steuerungsmöglichkeiten) stehen im Vordergrund:

- **Motorische Hyperaktivität (kann auch fehlen!)**

Dauernde (evtl. auch nur innere) Rastlosigkeit, ziellose Hyperaktivität, kein Stillsitzen, andauernde Zappligkeit, evtl. verstärkter Rededrang, Nägelknabbern, Bemalen von Hefträndern, Beknabbern von Bleistiften, etc.

- **Impulsivität**

Unvorhersehbares, unberechenbares Verhalten (Unfallgefahr!), kaum gedacht, schon getan!

- **Erregbarkeit, Irritierbarkeit**

Frustrationsintoleranz, starke Stimmungsschwankungen, Empfindlichkeit gegenüber Kritik, rasches Weinen, grosse Störanfälligkeit, Wutausbrüche, Aggressivität

- **Mangelhafte emotionale Steuerung**

zunehmende Selbstwertstörung, dysphorisch bis suizidal, fehlendes oder übersteigertes Einfühlungsvermögen, mangelnde Realitätskontrolle, Mutlosigkeit, Verleugnung von Schwierigkeiten, mangelnde Körperpflege, lange Zeit reifes und kindisches Verhalten

- **Dissoziales Verhalten**

Aussenseiter, wenig Freunde, Streitsüchtigkeit, Schlagen und Raufen, Klassenclown, destruktiv bis kriminelles Verhalten (evtl. in Banden)

Bei starker Ausprägung und Andauern dieser Primärsymptome kann es im weiteren Verlauf häufig zu den folgenden (z.T. reaktiven) Sekundärsymptomen kommen:

1. LERN- UND LEISTUNGSSTÖRUNGEN

Störverhalten, fehlende Arbeitshaltung, Disziplinprobleme oder auffallend braves Kind, das nicht stört (va Mädchen), Vermeidungsverhalten bis zum Schuleschwänzen, Rechtschreib- und Leseprobleme, seltener Probleme beim Rechnen, schlechtes Schriftbild, lückenhaftes Verfolgen des Unterrichts, Vergessen von Hausaufgaben, benötigt sehr viel Zuwendung von Lehrern und Eltern.

Die Leistungen entsprechen also nie der eigentlichen Intelligenz. Sehr intelligente Kinder können überdies ihre ADS-Primärsymptome bis ins Gymnasium oder Berufsleben kompensieren.

2. TEILLEISTUNGSSTÖRUNGEN

Auf Grund von akustischen oder visuellen Wahrnehmungs- und Koordinationsstörungen, bereits primär zusätzlich vorhanden oder sekundär verstärkt.

3. SCHWERE SEKUNDÄRE, RESP. REAKTIVE VERHALTENSSTÖRUNGEN

Störung der sozialen und familiären Interaktion und Integration (evtl. auch verstärkt, wenn ein Elternteil selbst ein un behandeltes ADS aufweist...), soziale Isolierung, später gehäuft Alkohol- und Drogenmissbrauch (Selbstheilungsversuch mit falschen Mitteln??), Kriminalität, reaktive Depression, ausserordentlich stark vermindertes Selbstwertgefühl.

Empfehlenswerte weiterführende aktuelle Literatur siehe S. 13

**Empfehlenswerte weiterführende
aktuelle Literatur**

H. Ch. Steinhausen: Hyperkinetische Störungen im Kindes- und Jugendalter, W. Kohlhammer Verlag, 1995

G. E. Trott: Das hyperkinetische Syndrom und seine medik. Behandlung, J. A. Barth Verlag, 1993

M. Gordon: ADHD/Hyperactivity A Consumer's Guide, GSI-Publication, 1991, ISBN 0-9627701-0-8

K. Nadeau: Attention Deficit Disorder in dults. Research-Diagnosis-Treatment, 1995, ISBN 0-87630-760-8

P. H. Wender: Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults, 1995, ISBN 0-19-509227-9

E. Hallowell, J. Ratey: Driven to Distraction «Recognizing and Coping with Attention Deficit Disorder from Childhood through Adulthood», 1995, ISBN 0-684-80128-0 «sehr empfehlenswertes Taschenbuch von 2 amerik. Kinderpsychiatern für Laien», «National Bestseller!»

**Für Eltern zu empfehlen/
Pour les parents:**

S. Bernau: Hilfen für den Zappelphilipp, Herder/Spektrum Verlag, 1995 «Neben guter Darstellung der medik. Therapie auch eine Fülle von alternativen Ratschlägen mit Schwerpunkt auf der Ernährung ohne Sektierertum»

J. Krause: Leben mit hyperaktiven Kindern, Piper/C + H Verlag, 1995, «Elternratgeber einer betroffenen Mutter und Ärztin»

G. Falardeau: Les enfants hyperactifs et lunatiques, Comment les aider, Le Jour, 1993, ISBN 2-8904-4471-6 «Ausgezeichnetes Buch in franz. Sprache eines kanadischen Pädiaters»

C. Neuhaus: Das hyperaktive Kind und seine Probleme, Ravensburger Buchverlag, Ravensburg, 1996 «Anspruchsvoller Elternratgeber mit vielen aktuellen amerik. Literaturangaben, für Fachleute noch fast lesenswerter...»