

Stellungnahme zur Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung

Die Hyperkinetische Störung in der Kindheit (ICD-10 F 90)^{1*} ist Ende der 60er Jahre in die standardisierten Klassifikationssysteme für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters aufgenommen worden. Diese „Diagnose“ wird seit etwa 10 Jahren leider inflationär verwendet. ADS/ADHS ist ein Störungsbild, das auf ein Zusammenwirken von bio-psycho-sozialen Einflüssen zurückgeht. Es handelt sich um ein komplexes Syndrom mit umschriebenen Leitsymptomen und verschiedenen Untergruppen. Zu den häufigsten Symptomen gehören motorische Unruhe, Störungen der Aufmerksamkeit, Hyperaktivität, Konzentrationsprobleme, ungesteuerte Impulsivität sowie Defizite in der Verhaltenskontrolle und mangelnde Frustrationstoleranz.

Epidemiologie

Die Mehrzahl der neueren epidemiologischen Studien zur Prävalenz zeichnet ein nahezu übereinstimmendes Bild. Mindestens 1% bis max. 6 % aller 5- bis 18-Jährigen sind betroffen und leiden behandlungsbedürftig an ADS/ADHS. Etwa zwei von drei Patienten sind männlichen Geschlechts.

Diagnose

Die vergleichsweise große Streubreite der Häufigkeitsschätzungen zeugt von den fließenden Grenzen des Störungsbildes. Obwohl bereits Diagnoseleitlinien erarbeitet worden sind, die neben einer psychologischen und medizinisch-körperlichen Untersuchung immer auch die Exploration der Eltern und des Kindes, Informationen des Kindergartens oder der Schule sowie längere Verhaltensbeobachtungen fordern, werden diese zumeist nicht umgesetzt. In der Praxis ist ADS/ADHS eine Sammeldiagnose, die ganz unterschiedliche Störungsbilder erfasst. Es handelt sich immer um Kinder mit umfassenden Verhaltens- und Entwicklungsstörungen. Darunter finden sich sowohl Kinder mit neurologischen Defiziten als auch Kinder, die ihre seelischen Schwierigkeiten motorisch ausdrücken. Daneben gibt es Kinder aus Multiproblemfamilien, die zum Indexpatient werden. Eltern betroffener Kinder stehen zweifellos immer unter besonderer Belastung.

Trotz intensiver Forschung gibt es bis heute keine in der Praxis handhabbaren neurologischen Diagnoseverfahren oder biochemischen Marker. Die Diagnose beruht hauptsächlich auf psychologischen Tests, Verhaltensbeobachtungen, Einschätzungen von Experten, Eltern und Lehrern, Checklisten und Fragebögen. Sie kann nur gestellt werden, wenn die Symptome in verschiedenen Lebensbereichen zu beobachten sind.

Ätiologie

Grundlagenforschung und psychotherapeutische Erfahrungen weisen auf eine große Bandbreite möglicher Ursachen hin:

- prä- und perinatale Schädigung
- neurologische Unreife bei Frühgeburt
- minimale cerebrale Dysfunktionen
- Traumata

¹ geläufige Abkürzungen:

Hyperkinetisches Syndrom – HKS; Aufmerksamkeits-Defizit-Störung – ADS; Aufmerksamkeits-Defizit-Störung mit Hyperaktivität – ADHS; Attention-Deficit-Hyperactive-Disorder - ADHD

- Trennungs- und Verlusterfahrungen
- Bindungsstörung oder desorganisierte Bindung
- postpartale Depression der Mutter
- Suchtprobleme oder psychische Erkrankung der Eltern
- transgenerationale Übertragung elterlicher Konflikte

Nach wie vor sind die Ursachen für das umschriebene, komplexe Verhaltensmuster nicht restlos geklärt. Die meisten Experten sind sich aber darin einig, dass bei vielen Kindern genetische und biologische Ursachen mitspielen, wenn sie überdurchschnittlich heftig auf äußere Reize reagieren. Unbestreitbar gibt es Kinder, die mit einer besonderen Vulnerabilität auf die Welt kommen und die möglicherweise besonders leicht dazu neigen, diese Verhaltensstörungen zu entwickeln. Aber ob es wirklich dazu kommt, hängt ebenso unbestreitbar von den familiären und sozialen Bedingungen ab, unter denen diese Kinder aufwachsen. Die verbreitete Modellvorstellung über ADS/ADHS als einer rein biochemischen Funktionsstörung oder eines nur genetisch bedingten Defizits ist nicht zutreffend.

Monokausale Erklärungen, dass die Störung des Kindes ausschließlich auf organische Veränderungen zurückgeht oder die Folge einer Stoffwechselstörung ist, finden bei vielen Eltern deshalb großen Anklang, weil diese Vorstellungen die Eltern von den mit der Störung verbundenen Schuldgefühlen entlasten. Zudem verspricht die Verordnung eines verhaltensändernden Medikaments schnelle und einfache Hilfe.

Das kindliche Gehirn ist ein sehr komplexes und anpassungsfähiges Organ. Es strukturiert und differenziert sich durch den Gebrauch, der von ihm gemacht wird und durch die Lebensbedingungen des Kindes: die Qualität seiner Beziehungen, seine Möglichkeiten die Welt zu erkunden, sich frei zu bewegen und soziale Kontakte zu pflegen. Die Zunahme von Kindern mit ADS/ADHS-Symptomatik kann als ein Indikator dafür angesehen werden, dass ihre Lebenswelt es ihnen erschwert, die Adaptionfähigkeit ihres Gehirns in einer Weise zu entwickeln, die ihnen eine altersgemäße Regulation und Steuerung von inneren und äußeren Reizen ermöglicht. Vor diesem Hintergrund lassen sich die Symptome des Kindes als misslingender Bewältigungsversuch verstehen.

Therapie

Eine wirksame Behandlung dieser Störung bedarf in erster Linie einer kompetenten psychotherapeutischen Begleitung. Die Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter präferieren eine ambulante und auf mehreren Ebenen angesiedelte Behandlung. Die Behandlung umfasst neben einer Psychotherapie des Kindes unter Berücksichtigung möglicher komorbider Störungen die begleitende Aufklärung und Beratung der Eltern sowie eine an die individuelle Problematik angepasste Kombination weiterer Therapiebausteine wie Elterntraining, Familientherapie und Pharmakotherapie. Stationäre Behandlung kann bei einer Symptomatik von besonderem Schweregrad, bei zusätzlichen schweren Beeinträchtigungen, aber auch bei mangelnden Ressourcen oder besonders ungünstigen Lebensbedingungen in Familie, Kindergarten oder Schule notwendig sein.

Eine Behandlung allein mit aktivierenden Psychopharmaka kann keine tragfähige Strategie zur nachhaltigen Heilung mit dauerhaftem Erfolg sein. Die Indikation ist sorgfältig und gewissenhaft abzuwägen. Auf der einen Seite zeigen empirische Befunde, dass damit betroffenen Kindern und ihren Familien erstmals wieder ein normaler überschaubarer Alltag ermöglicht wird und sich Schulstress und soziale Ausgrenzung deutlich reduzieren. Auf der anderen Seite wirken diese Psychopharmaka nur bei einem Teil der Kinder. Zu bedenken ist auch, dass sie eine ganze Reihe von unerwünschten Nebenwirkungen wie Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, nervöse Ticks, Wachstumsverzögerungen oder Depressionen hervorrufen können. Einige Neurobiologen weisen warnend darauf hin, dass mögliche schädigenden

Spätfolgen auf das sich entwickelnde kindliche Gehirn nicht ausreichend erforscht sind. Im Handbuch Psychopharmaka werden Psychostimulanzien, zu denen Ritalin und ähnlich wirkende Medikamente gehören, aufgrund ihres möglichen Abhängigkeitspotentials als Risikomedikamente eingestuft.

Bedarfsgerechte Versorgung

Bei einer auf 1-6% geschätzten Prävalenzrate ist in Baden- Württemberg von 20.000 - 120.000 behandlungsbedürftigen Kindern und Jugendlichen auszugehen. Selbst wenn man alle in der vertragsärztlichen Versorgung mit Kindern und Jugendlichen befassten Berufsgruppen berücksichtigt - ca. 500 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, ca. 150 Kinder- und Jugendpsychiater, ca. 1400 Kinder- und Jugendärzte - steht in Baden-Württemberg nur für einen kleinen Teil der behandlungsbedürftigen Kinder mit ADS/ADHS ein Therapieplatz zur Verfügung. Eine bedarfsgerechte Versorgung ist damit nicht gegeben. Dieser Mangel darf nicht durch eine Ausweitung der Verschreibung von Psychostimulanzien allein kompensiert werden.

Eine qualitativ gute und bedarfsgerechte Versorgung erfordert den wechselseitigen Respekt der verschiedenen Berufsgruppen und die enge fachliche Kooperation von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Pädagogen und Ärzten.

Literatur

- Bandelow, B., Bleich, B. & Kropp, S. (2000). Handbuch Psychopharmaka. Göttingen: Hogrefe.
- Bovensiepen, G., Hopf, H. & Molitor, G. (Hrsg.) (2002). Unruhige und unaufmerksame Kinder: Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms, Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2002); Eckpunkte der Ergebnisse der vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung durchgeführten interdisziplinären Konsensuskonferenz zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. Bonn 28. und 29. Oktober 2002.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Hrsg.) (2003). Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Dornes, M. (1999); Die Entstehung seelischer Erkrankungen: Risiko- und Schutzfaktoren. In: Suess, G.J. & Pfeifer, W.K. (Hrsg); Frühe Hilfen. Gießen: Psychosozial-Verlag, (S. 25 - 64).
- Hüther, G. (2004); Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn. Göttingen: Vandenhoeck.
- Ihle, W. & Esser, G. (2002); Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Psychologische Rundschau, 53, 159 - 169.
- Remschmidt, H. & Mattejat, F. (2003); Therapieevaluation bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen. Deutsches Ärzteblatt (PP), 100: A 1066 -1072 (Heft 16).