

Serie „Kindersprechstunde“, Teil 3: Hyperkinetische Störung/ADHS

Wenn Kinder ständig stören: Erziehungsfehler oder Krankheit?

VON D. SCHLAMP

„Mein Kind kann nicht bei der Sache bleiben, stört ständig, streitet mit anderen Kindern und reagiert oft aggressiv.“ So oder ähnlich klingen die Klagen vieler Eltern, die erzieherisch an ihre Grenzen kommen. Liegt hier eine echte hyperkinetische Störung vor, haben die Eltern Fehler gemacht oder leidet das Kind evtl. an einer Psychose? Unser Beitrag zeigt, wie Sie die Verdachtsdiagnose ADHS sichern, an welche Komorbiditäten Sie denken müssen und wie Sie im Einzelfall behandeln.

Dr. med. Dieter Schlamp

Stv. Ärztl. Direktor,
Heckscher-Klinik
für Kinder- und
Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie,
München



— Die hyperkinetische Störung bzw. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist mit einer Häufigkeit von etwa 5% eine sehr verbreitete Problematik.

In jedem Einzelfall bedarf es einer differenzierten Betrachtung, ob tatsächlich eine solche Störung vorliegt, welche Faktoren hierbei von Bedeutung sind und wie man den Betroffenen am besten helfen kann.

Wie wird ein Kind zum Zappelphilipp?

Ätiopathogenetisch stehen in der Regel genetische Faktoren im Vordergrund. Prä- und perinatale Umstände können die Störung mit verursachen und Umgebungseinflüsse (z. B. lebensgeschichtliche Ereignisse, Erziehung) die Ausprägung und den Verlauf erheblich modulieren.

Es handelt sich im Wesentlichen um ein Steuerungsdefizit des sog. Aufmerksamkeitssystems, einer Art „zentralen Managementsystems“ des Gehirns. Dieses organisiert, fokussiert, integriert, setzt Prioritäten und ist verantwortlich für Selbstregulation, Selbstkontrolle sowie längerfristige Handlungsplanung [7].

Neurobiochemisch besteht ein relativer Mangel an Noradrenalin- bzw. Dopaminwirkung – Ansatzpunkte für die etablierten pharmakotherapeutischen Behandlungsstrategien.

Diagnostik: Oft helfen Schulzeugnisse

Die diagnostischen Kriterien umfassen die drei Kardinalsymptome

- Aufmerksamkeitsdefizit,
- Hyperaktivität und
- Impulsivität.

Zu deren Bewertung dienen Beurteilungsskalen wie die Conners-Skala oder der Fremdbeurteilungsbogen für hyperkinetische Störungen, FBB-HKS [1, 4]. Von besonderer Bedeutung sind die Schulzeugnisse als Integral der Verhaltensbeobachtung über ein Schuljahr.

Je nach Gewichtung der Hauptsymptome ergibt sich der klinische Subtyp:

- der Mischtyp,
- der vorw. hyperaktiv-impulsive Typ,
- der vorwiegend unaufmerksame Typ.

Im Jugendalter tritt eine zuvor vorhandene Hyperaktivität zunehmend in den Hintergrund. Oft bereiten dann ausgeprägte Impulsivität in Verbindung mit Regelverletzungen bis hin zur Dissozialität die größten Probleme; diese können prognosebestimmend sein.

Die Störung erstreckt sich definitionsgemäß auf alle Lebensbereiche, auch

► **Kinder mit ADHS haben oft auch einen ausgeprägten Trotzkopf.**

wenn der Grad der Ausprägung unterschiedlich sein kann. Der Beginn der Störung muss im frühen Kindesalter liegen. Psychologische Untersuchungen können zur Diagnosestellung beitragen, sind jedoch nicht entscheidend.

Zu berücksichtigende Differenzialdiagnosen und Komorbiditäten sind in Tabelle 1 bzw. 2 aufgeführt.

Therapeutische Möglichkeiten

Die Basis bilden eingehende Information und Beratung („Psychoedukation“) sowie die Bemühung um Compliance (Patienten und Bezugspersonen). Dies sowie verhaltenstherapeutische oder heilpädagogische Betreuung führen u.U. bereits zu einer ausreichenden Besserung.



Tabelle 1

ADHS – Differenzialdiagnosen

- Depressive Syndrome
- Sozialverhaltensstörungen
- Psychosen
- Drogenmissbrauch (z.B. Cannabis)
- Teilleistungsstörungen (z.B. Legasthenie, Dyskalkulie)
- Über-/Unterforderung
- Schilddrüsenfunktionsstörungen
- Stoffwechselstörungen
- Anfallserkrankungen
- Psychosoziale Situation (belastende Lebensumstände, erzieher. Defizite)

Genügt dies nicht, ist auch eine medikamentöse Behandlung angezeigt. Sie kann zwar bei den meisten Patienten Konzentrationsdefizite, Hyperaktivität sowie Steuerungsfähigkeit bessern, ändert jedoch alleine nicht automatisch etablierte ungünstige Verhaltensmuster.

Verhaltenstherapie

Diese stellt die am besten etablierte und bewährte Therapieform dar. Sie zielt darauf ab, den Patienten zu einer besseren Steuerung und Strukturierung ihres Verhaltens, den Bezugspersonen zu einem angemessenen Erziehungsverhalten zu verhelfen und die Interaktionen zwischen beiden positiver zu gestalten [3]. Es gibt auch empfehlenswerte Ratgeber für Eltern [2, 5]. Die „Zauberformel“ lautet: Zuwendung und Verständnis, aber auch Klarheit und Konsequenz.

Bei geringer Motivation und Sozialverhaltensstörungen kommen sozialpädagogische Maßnahmen infrage (z.B. Erziehungsberatung, Einzelbetreuung, heilpädagogische Nachmittagsbetreuung, ggf. Heimunterbringung).

Medikamentöse Behandlung Stimulanzien

Diese entfalten einen rasch einsetzenden dopamin- und noradrenergen Effekt, der bei bis zu 85% der Patienten zu einer deutlichen Besserung führt. Stimulanzien unterliegen dem Betäubungsmittelgesetz. Vorteile einer Therapie mit Stimulanzien sind die jahrzehntelange

Erfahrung mit dieser Substanzgruppe, die hohe Responderrate, der rasche Wirkungseintritt und die gute Steuerbarkeit.

Methylphenidat wird in einer individuell zu bestimmenden Dosierung verabreicht (meist zwischen 0,5 und 0,8 mg/kg KG/Tag, schrittweise Titration; Höchstdosis: 1 mg/kg KG/Tag bzw. 60 mg/Tag). Da die Wirkungsdauer nur bei etwa vier (bis fünf) Stunden liegt, ist zu meist die Tagesdosis auf zwei Einzeldosen zu verteilen (morgens und mittags).

Bei Einsatz von **Retardpräparaten** (z.B. Concerta®, Medikinet® retard, Ritalin® LA [noch nicht zugel.], Equasym® Retard) genügt eine einmal tägliche Verabreichung am Morgen. Bei der Auswahl sollten die individuellen Bedürfnisse hinsichtlich Wirkungsdauer und -verlauf berücksichtigt werden.

Amphetamin muss zur Herstellung durch den Apotheker (Kapseln oder Saft) rezeptiert werden, da hierzulande kein Handelspräparat zugelassen ist [8].

Selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer

Diese besitzen keinen „Soforteffekt“. Die Wirkung baut sich vielmehr erst im Laufe einiger Wochen auf, ist dafür aber durchgehend vorhanden.

Atomoxetin (Strattera®) ist hier die einzige für die ADHS-Therapie zugelassene Substanz. Empfehlenswert ist auch hier eine abgestufte Titration (Dosis meist zwischen 0,8 und 1,2 mg/kg/Tag; Höchstdosis: 1,8 mg/kg/Tag; insges. max. 120 mg). In der Regel wird eine Dosis morgens (oder abends) verabreicht. Vorzugsindikationen sind ausgeprägte Steuerungs- und Verhaltensprobleme am Abend und frühen Morgen, komorbide Ticstörungen oder Angstsymptome.

Nebenwirkungen

Sowohl Stimulanzien als auch Atomoxetin sind meist relativ gut verträglich. Häufig treten eine Appetitminderung sowie eine leichte Zunahme von Herzfrequenz und Blutdruck auf, gelegentlich kann es zu unspezifischen leichteren Nebenerscheinungen kommen. Eine längerfristige Beeinträchtigung des Wachstums ist bislang nicht belegt. Bei zerebralen Anfallsleiden sollte die Indi-

Tabelle 2

ADHS – Komorbiditäten

- Sozialverhaltensstörungen/oppositionelles Trotzverhalten (> 50%)
- Affektive Störungen (Depressivität, Ängstlichkeit) (> 30%)
- Ticstörungen (> 10%)

kation sorgfältig abgewogen werden. Besondere Vorsicht ist bei kardiologischen Vorerkrankungen sowie ausgeprägten Depressionen und suizidaler Gefährdung angezeigt. Eine Behandlung vor dem Alter von sechs Jahren sollte nur in begründeten Ausnahmefällen erfolgen.

Bei Stimulanzien können evtl. Ein schlafschwierigkeiten auftreten und Ticstörungen getriggert werden. Bei Atomoxetin können neben Müdigkeit Miktions- und sexuelle Funktionsstörungen vorkommen, sehr selten wurden Leberfunktionsstörungen beschrieben.

Neurofeedback

Kinder mit ADHS können u. U. von einem Neurofeedback-Training profitieren. Sie bilden dabei ein Verständnis dafür aus, Aufmerksamkeit zu „besitzen“ und in bestimmten Situationen zielgerichtet einsetzen zu können [6].

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Dieter Schlamp
Heckscher-Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Deisenhofener Str. 28, D-81539 München
E-Mail: dieter.schlamp@heckscher-klinik.de

Summary

My Child is so restless

Hyperkinetic or attention deficit hyperactivity disorders (ADHD) are characterized by three symptoms: attention deficit, hyperactivity and impulsiveness. For some patients, intensive, continuous counselling or behaviour therapy leads to adequate success. If this is not effective, drug treatment using stimulants such as methylphenidate or the selective norepinephrine reuptake inhibitor atomoxetine is indicated.

Keywords: Hyperkinetic disorder – ADHD – Stimulants – Atomoxetine