

Attention Deficit (Hyperactivity) Disorder (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung = ADHS)

Seit über 20 Jahren wird in den USA unter dem Begriff der **Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)** die obligat im Kindesalter beginnende häufige Verhaltens- und Lernstörung verstanden, die bereits im letzten Jahrhundert vom Frankfurter Psychiater Heinrich Hoffmann im berühmten "Struwwelpeter" in all seinen typischen Erscheinungsformen beschrieben wurde. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts hat der englische Kinderarzt Still das Störungsbild erstmals für Mediziner im "Lancet" ausführlich erläutert und betont, dass ursächlich eine angeborene Konstitution und nicht etwa eine schlechte Erziehung oder ungünstige Umweltbedingungen im Vordergrund stehe.

In der 1994 letztmals revidierten DSM IV - Einteilung der amerikanischen Psychiatrievereinigung werden folgende Kriterien für die ADS-Diagnose aufgestellt:

1) Kriterien der Unaufmerksamkeit:

- Konzentrationsschwäche, Vergesslichkeit
- Mühe mit der Daueraufmerksamkeit
- Schwierigkeit zuzuhören
- Mühe mit Anleitungen und bei alltägl. Verrichtungen
- Organisationsschwierigkeiten
- Mühe sich länger geistig anzustrengen
- Häufiges Verlieren und Verlegen
- Leichte Ablenkbarkeit durch äussere Reize
- Übermässige Vergesslichkeit im Alltag

2) Kriterien der Hyperaktivität und Impulsivität

- Ständige Unruhe in Händen und Füssen
- Mühe ruhig sitzen zu bleiben
- "Zappelphilipp" (innere Unruhe bei Erwachsenen)
- Schwierigkeit ruhig zu spielen
- "Innerlich wie von einem Motor angetrieben"
- Übermässiges Reden
- Antworten bevor Frage vollständig gestellt wurde
- Unmöglichkeit zu warten
- Störendes Verhalten gegenüber anderen

Je nach Vorhandensein dieser Symptome werden das **Vollbild (= ADHS)** oder die **Teilstörungen mit vorwiegender Aufmerksamkeitsproblematik (ADS), resp. Hyperaktivität/Impulsivität** unterschieden. Die in Europa gebräuchliche ICD 10 - Klassifizierung fordert unter F 90 zur Diagnosestellung obligat die hyperkinetischen Kriterien. Somit werden leider viele Betroffene mit einer vorherrschenden Aufmerksamkeitsproblematik nicht erfasst und die Chance einer hilfreichen Behandlung wird verpasst.

Zur Diagnosestellung ist der **Beginn im früheren Kindesalter**, die **Persistenz** der Symptome über mindestens 6 Monate und vor allem das **Auftreten von relevanten Problemen** in unterschiedlichen Lebensbereichen (dh in Kindergarten, Schule, Freizeit, zu Hause oder am Arbeitsplatz) vorauszusetzen.

Lange wurde die ADHS als eine auf das Kindesalter beschränkte Entwicklungsstörung betrachtet. Heute weiss man, dass auch Erwachsene weiter unter dieser Störung leiden können. Die hyperkinetische Symptomatik verschwindet zwar häufig, die Aufmerksamkeitsprobleme halten aber an, die Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Sucht- und Angsterkrankungen ist hoch und das Auftreten von Dissozialität und Kriminalität nicht selten. Andererseits sind viele ADHS-Betroffene häufig sehr 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 Steuerungs- und Koordinationsaufgaben in der cerebralen Informationsverarbeitung übernehmen. Neuere funktionelle Untersuchungen mit "brain-imaging"- Methoden zeigen eine Hypoaktivität und Dysregulation in gewissen Bereichen der Neurotransmittersysteme von Dopamin, Noradrenalin und zT auch Serotonin. Dadurch wird die schon lange bekannte positive Wirkung der Medikation mit Stimulanzien verständlich. Neue MRI - Untersuchungen zeigen überdies bei Erwachsenen diskrete Struktur- und Grössenunterschiede in Abschnitten des Frontalhirnes und der Stammganglien.

Die Diagnose wird durch die Erhebung der persönlichen und familiären Anamnese und die Verwendung strukturierter Fragebogen vor allem klinisch gestellt, ergänzt durch die Durchführung spezifischer "Aufmerksamkeitsteste", sowie eine somatische und neurologische Untersuchung. Eine entwicklungs-, resp. schulpyschologische und neuromotorische Untersuchung lässt die häufig begleitenden Teilleistungsstörungen (Lega-

sthenie, Dyskalkulie) und eine ev. leichte cerebrale Bewegungsstörung erkennen. Noch wird in der Deutschschweiz häufig der Begriff "infantiles POS" für solche Kombinationen verwendet.

In ausgeprägten Fällen ist die Medikation mit Stimulanzien verbunden mit Beratung (sog. "coaching") und/oder eine Verhaltenstherapie als Behandlung der Wahl anzusehen. Die sehr individuell zu dosierende Stimulanzientherapie kann sowohl im Kindes- wie auch im Erwachsenenalter eingesetzt werden, ist in 80 - 90 % erfolgreich und verbessert im Sinne einer "chemischen Brille" die fokussierte Aufmerksamkeit und Selbststeuerung. Das Ziel der Therapie besteht vor allem darin, das Selbstwertgefühl des Betroffenen zu verbessern, das vorhandene individuelle Potential auszuschöpfen und die oft fehlende Beziehungsfähigkeit aufzubauen. Die Behandlung und Betreuung ist über Jahre durchzuführen, die häufig postulierte Suchtgefahr der Stimulanzientherapie besteht für ADS-Betroffene glücklicherweise nicht. Neben dem bei uns vor allem bekannten Methylphenidat (= Ritalin) werden auch verschiedene Amphetaminpräparate eingesetzt, in der Schweiz kann dafür nur das primär als Appetitzügler registrierte Dexamin verwendet werden. Neue Langzeitpräparate wie Concerta und Ritalin LA sind vor allem für Jugendliche und Erwachsene von Vorteil, leider bis heute aber nur zT kassenzulässig.

Zahlreiche Studien haben die Wirksamkeit der Stimulanzientherapie für kürzere Zeitperioden nachgewiesen, entsprechend populär ist diese Behandlung vor allem in den USA geworden. Das National Institute of Mental Health hat nun im Herbst 1999 die ersten Resultate der bisher grössten Langzeitstudie bzgl. optimaler Betreuung von ADHS-Kindern veröffentlicht. Auch in dieser sog. MTA-Studie (= Multi Treatment Assessment) wird der hohe Stellenwert der Medikation ersichtlich. Zudem hat Biederman, einer der führenden ADHS-Forscher aus Boston, in einer prospektiven Studie zeigen können, dass mit Stimulanzien behandelte ADHS-Jugendliche ein um 85 % weniger hohes Risiko für Drogenmissbrauch zeigen als solche, die nicht behandelt werden.