

6 Die individuelle Therapie der ADHS

Götz-Erik Trott

Einleitung

Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) entsteht nicht aus einer reaktiven Fehlanpassung eines Menschen an pathogene äußere oder kulturelle Bedingungen. Es handelt sich vielmehr um eine starke primäre Abnormität der Verhaltensorganisation, die in verschiedenen Ländern und Kulturen in ungefähr gleicher Häufigkeit zu finden ist (Faraone et al. 2003, Trott 1993).

Menschen mit einer ADHS tragen ein hohes Risiko sekundärer Fehlentwicklungen, die sich nicht nur auf das Kindes- und Jugendalter beschränken (Trott 2004).

Die ADHS ist in jedem Lebensalter keine seltene Erkrankung. Wir gehen davon aus, dass bei Kindern und Jugendlichen die Prävalenz bei rund 4% und bei Erwachsenen bei 2% liegt. Entgegen früherer Annahmen remittiert diese Störung nicht automatisch in der Pubertät, sondern bleibt bei einem Drittel bis der Hälfte der Betroffenen auch im Erwachsenenalter bestehen (Barkley 1998, Krause et al. 1998, Weiss u. Hechtman 1983, Wender 2002).

Insbesondere beeinträchtigt die ADHS die exekutiven Funktionen des zentralen Nervensystems. Dies bedeutet, dass Betroffene Schwierigkeiten haben, Vigilanz, Anstrengung und Arbeitsgeschwindigkeit auf Dauer aufrechtzuerhalten, Aufmerksamkeit zu aktivieren und zu fokussieren, sich für Arbeitsvorgänge zu aktivieren, Prioritäten zu setzen, zu organisieren, den Affekt zu modulieren, Frustrationen zu bewältigen, das Arbeitsgedächtnis zu strukturieren und Handlungen zu regulieren und zu hemmen. Daher ist es verständlich, dass 25–40% der ADHS-Kinder im Jugend- und frühen Erwachsenenalter Schwierigkeiten im Sozialverhalten zeigen und überdurchschnittlich häufig Abhängigkeit oder Sucht entwickeln (Krause u. Krause 2004, Rösler 2001).

Menschen mit ADHS neigen im Alltag zu Bagatellverletzungen und haben auch häufiger Verkehrsunfälle (Barkley et al. 2002). Auswirkungen dieser

Störung zeigen sich also nicht nur im Gesundheitswesen, sondern auch im Erziehungs- und Bildungswesen, in der Justiz und in den sozialen Sicherungssystemen (Taylor 2003).

Umso mehr verwundert es, dass die Existenz dieser in allen gängigen diagnostischen Klassifikationsschemata niedergelegten Erkrankung bisweilen bestritten wird. Obwohl wir über die Neurobiologie dieser Erkrankung sehr viel wissen (Barkley 1998, Gerlach 2002) werden als Ursache dieser Störung immer wieder epochale und peristatische Phänomene oder erzieherische Defizite genannt (Schlack 2004). Die mit einem hohen Evidenzgrad als wirksam belegte Stimulanzienbehandlung führt wiederholt zu Bundestags- und Landtagsanfragen, und Politiker klinken sich in diese leidenschaftlich geführte Diskussion gerne ein.

Besonderheiten der Erkrankung und deren Diagnostik

Die Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung ist aufwendig und erfordert ein solides psychiatrisches Hintergrundwissen. Die in Laienkreisen zum Teil heftig geführte Debatte mag teilweise darin begründet sein, dass die Diagnose dimensional und nicht kategorial erfolgt. Die Symptome sind sehr stark situationsabhängig und scheinen ihre Ursache in einer Willensschwäche zu haben, beruhen aber auf einem hirnganisch bedingten Unvermögen, die Wahrnehmungsfähigkeit ausreichend zu regulieren und den Handlungsablauf zu strukturieren. Die Krankheitsursache ist nicht monokausal (s. Abb. 6.1), die Beeinträchtigung kann durch bestimmte Einflussgrößen abgemildert, aber auch akzentuiert werden.

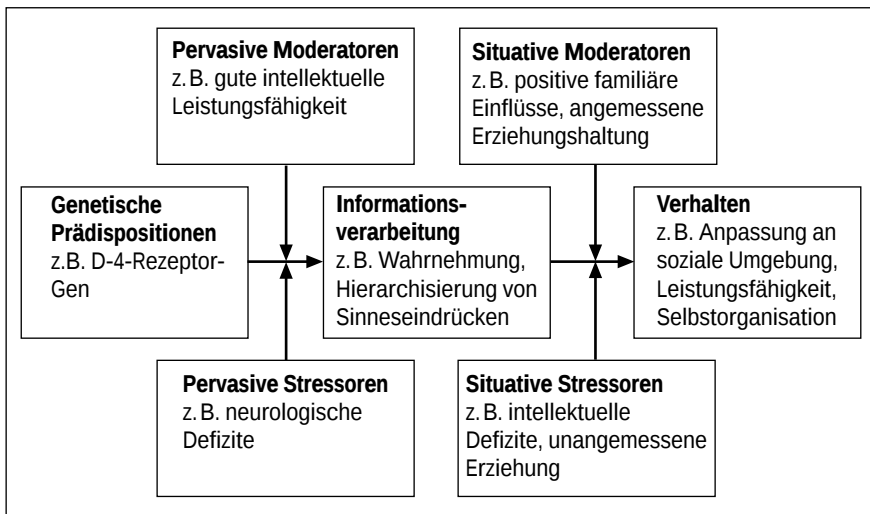


Abb. 6.1 Ursachen der ADHS

Mit zunehmendem Alter steigt die psychopathologische Vielfalt und Schwere, so dass einer frühen und wirksamen Intervention große, auch sozialmedizinische Bedeutung zukommt. Die Besonderheiten der ADHS bringen es mit sich, dass insbesondere bereits die Primärbeziehungen belastet sein können. Wie die frühe Symptomatik der ADHS aussieht, ist Gegenstand von prospektiven Untersuchungen, die augenblicklich im Gange sind. Die Symptomatik in den ersten beiden Lebensjahren können wir noch nicht mit der erforderlichen Genauigkeit beschreiben. Aus klinischer Erfahrung wissen wir jedoch, dass uns aus der Gruppe der an ADHS erkrankten Kinder und Jugendlichen überdurchschnittlich häufig berichtet wird, dass bereits im Säuglingsalter erhebliche Regulationsstörungen (Störungen des Schlaf-Wachrhythmus, Schreiatacken, z. T. auch Fütterstörungen) vorlagen (Papousek 2004). Im Vorschulalter und insbesondere im Schulalter kommen Schwierigkeiten bei der Integration in die Gruppe der Gleichaltrigen dazu, so dass wir es in der Adoleszenz häufig mit schwerwiegenden und die Lebensqualität erheblich beeinträchtigenden Symptomen zu tun haben (s. Tab. 6.1). Neuere Untersuchungen belegen auch eine starke Überschneidung mit dem Borderline-Syndrom (Fossati et al. 2002).

Die fachgerechte Behandlung wird vielfach durch komorbide Erkrankungen erschwert. Im Kindesalter sind dies insbesondere Tics, Sprach- und Sprechstörungen, Ausscheidungs-, Schlafstörungen, motorische Ungeschicklich-

Tab. 6.1 Entwicklungspsychopathologie der ADHS

Alter	Mögliche Symptome
(Säuglingsalter)	(Regulationsstörungen) (Beziehungsstörungen)
Vorschulalter	Probleme in der Gruppe feinmotorische Schwierigkeiten Verzögerung der Blasen- und Mastdarmkontrolle
Schulalter	niedriges Selbstbewusstsein Lernschwierigkeiten Verhaltensprobleme soziale Ungeschicklichkeit impulsives Verhalten
Adoleszenz	Schulprobleme schwierige berufliche Integration Substanzmissbrauch ungewollte Schwangerschaft Suizidversuche Stimmungsinstabilität komplexe Lernprobleme Demotivation