

ADS in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Alexander Demisch / Klaus Eckart Zillessen

In der Vergangenheit ist nicht nur in anthroposophischen Kreisen viel und vor allem sehr kontrovers über die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit einer Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung diskutiert worden. Ja, selbst die Frage, ob eine eigene Entität für ein solches Störungsbild überhaupt existierte oder ob die Kardinalsymptome der Störung nicht Resultat einer vorgeburtlichen »Fehlentwicklung« oder eine »Verhaltensoriginalität« sein könnten, wurde eifrig erörtert.¹

Um etwas mehr Sachlichkeit in die zum Teil glaubenskriegsähnliche und erhitzt geführte Diskussion zu bringen, möchten wir aus unserer klinischen Erfahrung mit Kindern und Jugendlichen, die mit Symptomen wie »Unruhe«, »Unaufmerksamkeit« oder »Impulsivität« zum Arzt kommen, berichten.

Zum Selbstverständnis der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie – ein relativ »junges« Fach – versteht sich gewissermaßen als ärztlicher und psychotherapeutischer »Partner« von Kindern und Jugendlichen mit seelischen (psychischen) Problemen. Neben der Berücksichtigung individueller somatischer (körperlicher) und psychischer (seelischer) Veranlagungen oder Krankheitsneigungen kommt der Familie und Schule wesentliche Bedeutung in der Diagnostik und Therapie zu. Deren krankmachende Einflüsse sollten dabei beachtet, deren gesundende Kräfte therapeutisch unterstützt werden. Die Fachdisziplin selbst sieht sich als multimodal, d.h. hier wird unter Einbeziehung verschiedenster Therapeuten und Therapien (z.B. Ergo-, Bewegungs-, Musik-, Physio- und Soziotherapie) und auf den verschiedensten Ebenen (somatisch, psychiatrisch/psychosomatisch und heilpädagogisch) und in den unterschiedlichsten Bereichen (Familie, Schule, Freizeit und Freundeskreis) zum Wohle des Kindes/Jugendlichen therapeutisch interveniert. Zum Selbstverständnis und den Therapieoptionen der anthroposophisch



orientiert arbeitenden Kinder- und Jugendpsychiater sei auf eine bemerkenswerte Veröffentlichung von Karl-Heinz Ruckgaber verwiesen.²

Ursachen

Zu den Ursachen des Krankheitsbildes »ADS« soll an dieser Stelle kurz etwas gesagt werden. Insbesondere vor dem Hintergrund der Frage, ob die Störung der neurochemischen Botenstoffsysteme in Frontalhirnbereich primäre Ursache oder nur morphologisch-funktioneller Ausdruck einer wie auch immer gearteten höheren Dysfunktion auf der Wesensgliederebene³ ist (wie es zum Beispiel Rudolf Steiner im fünften Vortrag des »Heilpädagogischen Kurses« ausführt). Dort spricht Steiner von einem Ungleichgewicht in der Verbindung des Nerven-Sinnes-Poles mit dem Stoffwechsel-Gliedmaßen-Pol des Menschen (siehe den Beitrag von W. Pohl in diesem Heft).

Häufig wurden Nahrungsmittelzusätze wie Salizylate, künstliche Farbstoffe, bestimmte Zucker oder Phosphate angeschuldigt, krankheitsunterhaltend, wenn nicht gar auslösend wirksam zu sein. Entsprechende Diäten wurden propagiert, jedoch ohne bisher überzeugende Wirksamkeitsnachweise in klinischen Studien erbracht zu haben. Lediglich oligoantigene Ernährung konnte (insbesondere bei allergisch disponierten Kindern) einen solchen Beweis liefern und kann unter gewissen ethischen Bedenken bei diesen Kindern im Sinne eines therapeutischen Versuchs als sinnvoll erachtet werden. Einschränkend sei bemerkt, dass jede Diät eine Form der Hinwendung und Beachtung für den Patienten bedeutet und deswegen per se schon einen therapeutischen Aspekt aufweist.

Psychosoziale Faktoren sind möglicherweise in der Lage, die Häufigkeitszunahme zu erklären, die bei dieser Störung – trotz widersprüchlicher Datenlage – beobachtet werden kann. Dabei kommen der Verstärkung psychosozialer Belastungsfaktoren wie familiärer Risikokonstellationen (Patchwork- und broken-home-Familien) und abnehmender Erziehungskompetenz der Eltern und Vorbilder eine wichtige Rolle zu. Weiterhin wird die erhebliche motorische Hemmung und Willenshemmung schon in der frühen Phase der Entwicklung des Nervensystems durch passiven Fernsehkonsum als Belastungsfaktor für Aufmerksamkeitsstörung und ungerichtete motorische Überaktivität diskutiert.⁴

Diagnostik

Eine bedauerliche Tatsache ist in Deutschland, dass ein erheblicher Mangel an niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern besteht und dadurch für Patienten mit dem hier erwähnten Störungsbild eine empfindliche Unterversorgung existiert. Lange Wartezeiten, die Inanspruchnahme von wenig oder ungenügend qualifizierten Therapeuten oder stationäre Notaufnahme in Krisensituationen sind nicht selten die für alle Seiten unerfreulichen Folgen. Betroffene Eltern und Kinder sind oft einem erheblichen Leidensdruck ausgesetzt und haben meist eine frustrierende Odyssee von Hilfsversuchen hinter sich.

Primäres Ziel sollte es sein, eine effektive ambulante Therapie bzw. Hilfestellung zu etablieren. Häufig gehen der Klinikaufnahme vergebliche ambulante Behandlungsversuche voraus. Zu einer notwendigen vollständigen Diagnostik gehören das ausführliche

Aufnahmegespräch mit Einschätzung der Symptomatik (Unaufmerksamkeit, Überaktivität, Impulsivität als Kardinalsymptome) und der weiteren Lebensumstände des Patienten (z.B. Familie, Schule Freizeit/Freunde), die Erhebung des psychopathologischen Befundes (um andere psychiatrische Krankheiten als Ursache der Symptomatik auszuschließen), eine sorgfältige, ggf. auch stationäre Verhaltensbeobachtung und eine exakte testpsychologische Untersuchung. Dabei sollte, wenn von einer allgemeinen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung gesprochen wird, eine signifikante Diskrepanz zwischen der kognitiven Leistungsfähigkeit (häufig als »IQ« bezeichnet) und der beeinträchtigten Konzentrationsleistung in Kurz- und Langzeitverfahren eindeutig feststellbar sein. Nur wenn das klinische Bild und die testpsychologischen Befunde in die gleiche Richtung weisen sowie andere Erkrankungen (z.B. eine Schilddrüsenüberfunktion), emotionale Störungen (Angst- und Zwangsstörungen, Phobien und depressive Störungen) oder familiär bedingte Interaktionsprobleme ausgeschlossen sind, kann von dem o.g. Störungsbild ausgegangen werden.

Zwei oft übersehene Kriterien für die hier beschriebene Störung sind die sogenannte Situationsunabhängigkeit, d.h. die Symptome dürfen nicht nur in einer bestimmten Situation oder in einem definierten Bereich (z.B. Familie oder Schule) auftreten, und das Auftreten der Symptome vor dem sechsten Lebensjahr und für einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten, welches o.g. Störung gegenüber der entwicklungsbedingten Hyperaktivität, einer normalen Reifungsvariante, abgrenzt.

Zu fordern ist eine vollständige fachärztlich kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik, wie sie oben skizziert wurde. Abzulehnen sind, wie mir verschiedentlich bekannt wurde, selbst ernannte Experten, die vorgeben, ADHS an Hand von Videoaufzeichnungen innerhalb von fünf Minuten zu erkennen.

Therapie und multimodale Interventionen

Ein fester Grundsatz in der Behandlung sollte sein, dass keine Therapie ohne eine begleitende Elternberatung wirksam durchgeführt werden kann.

Heilpädagogische Elemente in der Betreuung und viel Fingerspitzengefühl ist bei diesen durch viele negative Vorerfahrungen oft frustrierten und trotzdem stets offenen und neugierigen Kindern nötig, um eine Basis für ein verständnisvolles und therapeutisch wirksames Bündnis zu schaffen.

Der erste Schritt ist die Aufklärung des Patienten, der Eltern und der Lehrer. Oft tritt nachfolgend eine erhebliche Entlastung bei den Patienten und den Eltern ein, da die Betroffenen oftmals verstehen können, dass die Verhaltensprobleme des Patienten nicht Resultat mutwilliger Bösartigkeit, sondern Ausdruck einer behandelbaren Störung sind, die, wenn alle Beteiligten gut kooperieren, erfolgreich beeinflussbar bleibt.

Familientherapie und Elterntraining, welches die dysfunktionalen (gestörten) Regelkreise der Eltern-Kind-Interaktion und verzerrte Kommunikationswege aufdecken und unterbrechen, können die Verhaltensprobleme in der Familie verbessern. Ein Schwerpunkt sollte dabei auf das neue Erleben positiver Interaktionen gelegt werden, welche diese Kinder und Jugendlichen in der Zeit vor einer Behandlung oft nicht oder nur selten

erfahren haben. Diese Intervention ist Domäne der systemischen Familientherapie und lässt sich oft sinnvollerweise ambulant fortsetzen.

Neuere Veröffentlichungen konnten zeigen, dass effektive familienbezogene Interventionen im Vorschulalter eine medikamentöse Behandlung in vielen Fällen überflüssig machen können.⁵

Ab dem Schulalter ist erfahrungsgemäss auch eine kognitive Therapie möglich. Das bedeutet für die Patienten, dass sie durch anleitende Verfahren selbst lernen können, ihr Verhalten zu steuern. Zahlreiche Manuale mit Selbstinstruktionsprogrammen (so geht beispielsweise im Laufe des therapeutischen Prozesses eine Handlungsanleitung zur Problemlösung langsam und über verschiedene Stufen – etwa Flüstern – in einen inneren Monolog über) und verhaltenstherapeutische Übungsprogramme liegen vor. Auch verhaltenstherapeutische Interventionen wie Verstärkerpläne können verwendet werden; darin erlebt der Patient, dass das Verhalten von ihm selbst lenkbar ist und angepasstes Verhalten belohnt wird, statt wie oft vorher, wo unerwünschtes Verhalten gegebenenfalls durch negative Aufmerksamkeit wie z.B. Strafen Beachtung fand. Diese Verfahren sind unserer Meinung nach auch im Sinne der ganzheitlichen Betrachtungsweise sinnvoll als Übungen, um die Aktivität des Ichs über den Willen im Stoffwechsel zu stärken.

Nicht alle Patienten sind in der Lage, ihre Unruhe so gut zu kontrollieren, dass sie ein Entspannungsverfahren (z.B. progressive Muskelrelaxation oder Autogenes Training) erlernen und selbstständig anwenden können.

Die psychomotorische Übungsbehandlung oder funktionelle Therapien, wie die sensorisch-integrative Therapie, deren Konzeption erstaunlich viele Übereinstimmungen mit Steiners Sinneslehre aufweist, können als körperbezogene patientenzentrierte Therapieformen die Störung positiv beeinflussen.

Sind die Symptome derart belastend oder ist die Problematik so eskaliert, dass die Schullaufbahn schon zu scheitern droht oder die Familie mit ihren Möglichkeiten trotz aller Hilfsangebote am Ende der Belastbarkeit angelangt ist, erscheint es immer wieder unabdingbar, eine effektive pharmakologische Behandlung zu nutzen.

Medikamentöse Behandlung

Neben anderen Medikamenten mit zum Teil auch weniger gut belegter Wirksamkeit ist die Substanz erster Wahl das Stimulans Methylphenidat. Entgegen der weit verbreiteten Meinung hat diese Substanzgruppe nichts mit »Beruhigungsmitteln« gemeinsam. Methylphenidat wirkt dadurch, dass bestimmte Nervenzellverbände, welche die bewusste Kontrolle der Konzentration und Aufmerksamkeit steuern, daran gehindert werden, einen Botenstoff (Dopamin) zu schnell wiederaufzunehmen, wodurch dieser länger wirken kann.

Bei Kindern mit einer Störung der Aufmerksamkeit und Hyperaktivität macht sich dies in einer deutlichen Verbesserung der Fähigkeit bemerkbar, sich ausdauernd und aufmerksam einem Geschehen zuzuwenden, sie lassen sich dabei auch weniger von unwichtigen Dingen ablenken und können Beschäftigungen auch mal bis zum Ende durchhalten. Weiterhin können sie bewusster und kontrollierter Handlungen planen und ausführen bzw. voreilige und unangemessene Handlungsimpulse besser zurückhalten. Meist lässt

sich auch eine höhere Frustrationstoleranz beobachten; sie wirken insgesamt meist emotional ausgeglichener im Vergleich zu früher.

Aus einem gesamtheitlichen Verständnis sind unserer Meinung nach diese direkten Wirkungen als verbessertes Ergreifen des Stoffwechsel-Willensmenschen durch das Ich zu verstehen. In der verbesserten Dopamin-Stoffwechselsituation im Frontalhirn spiegelt sich so die bessere Fähigkeit, Handlungen bewusst kontrollierend (Ich-geleitet) auszuführen. Das, was konstitutionell dem Kind nicht möglich war, wurde durch eine vorübergehend notwendige Hilfe durch das Medikament unterstützt. Man könnte anschaulich auch vom »Schuhlöffel für das Ich« sprechen.

Die medikamentöse Behandlung darf erst nach sorgfältiger Diagnostik (s.o.) und Indikationsstellung angesetzt werden. Auslassversuche für die schulfreien Tage oder die Ferien sollten in größeren Abständen erfolgen, um die weitere Fortsetzung der medikamentösen Behandlung zu hinterfragen. Zu warnen ist jedoch davor, ein Medikament wie das Methylphenidat nur in Notfällen »kurz mal« oder nur in der Zeit der Schulstunden am Vormittag oder an Wochentagen einzusetzen. Die Kinder müssen sich selber auch mit den verbesserten »Fähigkeiten« erst erleben, die Familie und das Sozialgefüge muss die positiven Veränderungen wahrnehmen lernen. Zudem ist es sinnvoll, dem veränderten neuen Wesensgliedergefüge auch eine Kontinuität zu ermöglichen. Ansonsten könnte das Bild passen »rein in die Pantoffeln – raus aus den Pantoffeln«, was ja bekanntlich in Erziehung und Therapie keine bevorzugte Methode ist.

Immer wieder kann man erleben, wie erst durch die Medikation Patienten in die Lage kommen, andere Therapien und Interventionen anzunehmen, weil vorher Konzentration und Verhaltenssteuerung zu sehr beeinträchtigt waren.

In den Leitlinien zur Therapie von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter wird vor einer unkritischen Verschreibungspraxis von Stimulanzien gewarnt, jedoch wird neben den psychotherapeutischen Methoden die Stimulanzientherapie als ein wichtiger Baustein im ganzheitlichen, multimodalen Behandlungsansatz verstanden.⁶ Es wird die medikamentöse Behandlung vor dem Schulalter nur unter sehr strenger Indikation befürwortet.

An dieser Stelle sei auch auf die Stellungnahme der Fachverbände für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland zur Behandlung hyperkinetischer Störungen



verwiesen, die in dieser Zeitschrift Heft 3/2000 in Auszügen abgedruckt wurde oder im Internet zu lesen ist.⁷

Tatsächlich werden lediglich 23 Prozent des Methylphenidats von kinder- und jugendpsychiatrischen Ärzten verschrieben,⁸ d.h. über drei Viertel der Menge verschreiben fachfremde Kollegen. Der kritische und gerechtfertigte Einsatz einer so umstrittenen Substanz wie Methylphenidat sollte nur von einem mit dem Störungsbild gut vertrauten Arzt – der auch befähigt sein muss, diese Störung von anderen Störungen, die ein oft täuschend ähnliches Bild zeigen können, zu unterscheiden – eingesetzt werden. Voraussetzung für die Stimulanzientherapie ist eine multimodale Therapie.

Wie oben schon gesagt, gibt es weiterhin noch eine erhebliche Unterversorgung mit fachärztlicher kinder- und jugendpsychiatrischer Kompetenz insbesondere in ländlichen Regionen Deutschlands.

Es ist zu wünschen, dass zur Verbesserung der Therapie- und Hilfs-Strukturen die Zusammenarbeit zwischen Eltern, Kinder- und Jugendpsychiatern, Therapeuten und Lehrern fruchtbar intensiviert wird, um durch eine unvoreingenommene und undogmatische Diskussion individuelle Hilfen für die Kinder mit einer Störung der Aufmerksamkeit und Überaktivität verwirklichen zu können.

Zu den Autoren:

Alexander Demisch, geb. 1973, Waldorfschüler, Studium der Humanmedizin, Assistenzarzt an einer Uniklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie; seit 1996 Organisation und Leitung von Fahrradwandlerlagern der Christengemeinschaft.

Dr. med. Klaus Eckart Zillessen, geb. 1966, neben Studium der Humanmedizin regelmäßige Arbeit bei den Hochschulwochen Stuttgart, vielfältige Beschäftigung mit anthroposophisch erweiterter Medizin, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Oberarzt in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin (Bereich Psychosomatik) des Sophien- und Hufeland-Klinikums Weimar. Unterrichtet für Kunsttherapeuten an der Ita-Wegman-Bildungsstätte in Weimar.

Anmerkungen

- 1 Beispielsweise: »Der Spiegel«, 29, 2002, S. 122-133: Jörg Blech, Katja Thimm: Kinder mit Knacks; »Erziehungskunst« H. 9, 2001: Henning Köhler: Originell oder gestört? Wie anders darf ein Kind sein?; Novalis H. 9/10, 2002: Die Ritalindebatte
- 2 Karl-Heinz Ruckgaber: Warum nicht Kinder- und Jugendpsychiater werden? In: »Der Merkurstab« 54, H.3, 2001, S. 199 ff.
- 3 Walter Pohl: Das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom menschenkundlich betrachtet. In: »Der Merkurstab«, 55, H. 4, 2002, S. 294-298. Eine gekürzte Fassung findet sich in diesem Heft auf S. 147 ff.
- 4 Rainer Patzlaff: Der gefrorene Blick, Stuttgart 2001
- 5 Manfred Döpfner, Jan Frölich, Gerd Lehmkuhl: Hyperkinetische Störungen, Göttingen 2000 (Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie 1)
- 6 <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/kjpp-019.htm>
- 7 unter <http://www.dgkjp.de/adhs.pdf>
- 8 Deutsches Ärzteblatt 2003, 100, A 41-46 (Heft 1-2)