

Aufmerksamkeits- störungen und Störungen des Sozialverhaltens



Eberhard Schulz

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter

Hyperkinetische Störungen: Symptome

- Aufmerksamkeitsstörung
 - Hyperaktivität
 - Impulsivität
-
- Symptomatik situationsübergreifend (z.B. Schule, Familie,...)
 - --> Aber: situationsspezifische Variationen (z.B. Gruppensituationen > Einzelsituationen)



Epidemiologie hyperkinetischer Störungen

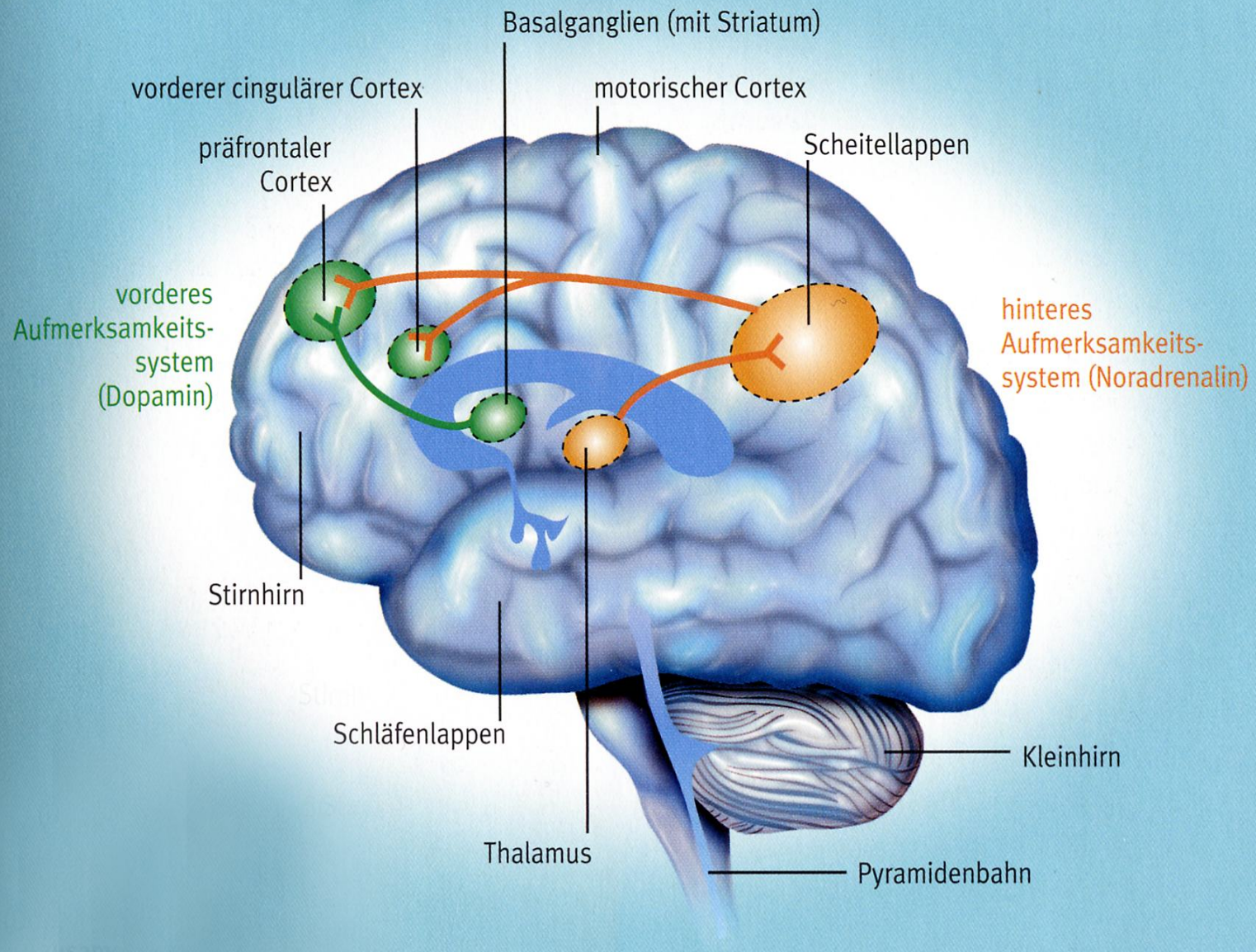
- **Vollbild des Syndroms im Grundschulalter** 3 – 4 %
- **Vollbild des Syndroms im Jugendalter** 2 %
- **sehr schwer ausgeprägte Störungen**
(unbeschulbare Kinder) 1 %
- **Jungen sind 3- bis 9mal häufiger betroffen als Mädchen**

Hyperkinetische Störungen: Pathogenese

- **Genetische Faktoren** (klären 70-90% der Varianz auf): Molekulargenetik: Dopamin-Regulation, allg.: Störungen des Neurotransmitterstoffwechsels

Die restlichen 10-30 % Varianz werden aufgeklärt durch:

- **Schädigungen des ZNS** (geringes Geburtsgewicht, pränatale Infektionen, toxische Substanzen)
- **Allergische Reaktionen / Nahrungsmittelunverträglichkeiten:** „Feingold-Hypothese“ (Farb-/Konservierungsstoffe), „Phosphat-Hypothese“, „Oligoantigene Diät“, Bewertung: keine zentrale Bedeutung, Diät-Behandlungen meist wenig wirksam und sehr problematisch
- **EEG-Auffälligkeiten:** vermehrte Thetaaktivität (ES 0.58 - 0.92) und weniger Alphawellen
- **Verminderter Glukosemetabolismus** in vorderer Frontalregion, Abweichungen im frontalen-striatalen Cortex
- **Mangelnde Hemmung von Impulsen bzgl.** nonverbalem Arbeitsgedächtnis (z.B. Antizipation von Verhaltenskonsequenzen), Regulation von Affekt, Motivation, Aufmerksamkeit, Internalisierung / Automation von Sprache (z.B. durch Selbstinstruktionen), Entwicklung von Handlungssequenzen
- **Psychosoziale Faktoren:** geringer sozioökonomischer Status, „broken-home“-Familien, negative Eltern-Kind-Interaktion



ADHD	Neurobiologische Grundlagen	Regulation / Kompensation	Therapie
● Gestörte Steuerung und Kontrolle zielgerichteter und/oder flexibler Verhaltensweisen, insbesondere kognitiver und motorischer Prozesse ("defizitäre Verhaltensinhibition")	● Dysfunktion frontokortikostriataler Regelsysteme ● Inhibitionsdefizite kognitiver und motorischer Prozesse ● Gestörte frontallhirnseitige exekutive Funktionen ● Verminderte dopaminerge und noradrenerge Aktivität ● (Entwicklungsverzögerung Entwicklungsabweichung)	● Aktivierung frontokortikaler Steuerungs- und Kontrollsysteme ("Gegenregulation") / Verstärkung neuronaler Inhibitionsmechanismen kognitiver und motorischer Prozesse ● Kurzfristig: Erhöhte Transmission von Dopamin und Noradrenalin ● Langfristig: Nachreifung und Neuorganisation neuronaler Systeme zur Verbesserung von Steuerungs- und Kontrollfunktionen	● Multimodales Vorgehen, u.a. mit Methylphenidat, Kontingenzmanagement, Selbstinstruktionsprogrammen, (Neurofeedback), Elterntraining

Klinisches Bild der Hyperaktivität [I.]

- **Zappelt häufig mit Händen und Füßen, rutscht auf dem Stuhl herum**
- **steht häufig in der Klasse oder in anderen Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird**
- **hat einen unangemessenen Bewegungsdrang**
(bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben)
- **klettert auf Bäume, Mauern oder andere Gegenstände, ohne die damit verbundenen Gefahren zu beachten**

Klinisches Bild der Hyperaktivität [II.]

- hat generell Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich ruhig zu beschäftigen
- ist immer „wie auf Achse“, verhält sich wie „getrieben“
- zeigt ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivität, das durch Bezugspersonen unbeeinflussbar imponiert

Klinisches Bild der Unaufmerksamkeit [I.]

- Beachtet Einzelheiten nicht, macht Flüchtigkeitsfehler bei Schularbeiten oder anderen Tätigkeiten
- hat grundsätzlich Schwierigkeiten, über längere Zeit bei Aufgaben oder Spielen konzentriert zu bleiben
- scheint häufig nicht zuzuhören, auch bei direkter Ansprache
- Anweisungen werden nicht vollständig ausgeführt; Schularbeiten andere Arbeiten oder Pflichten können nicht zu Ende gebracht werden
(dabei spielen Verständnisschwierigkeiten oder oppositionelles Verhalten keine Rolle)

Klinisches Bild der Unaufmerksamkeit [II.]

- **Aufgaben, die Konzentrationsleistungen erfordern**
(z.B. Schulunterricht oder Hausaufgaben) **werden**
entweder vermieden oder nur widerwillig erledigt
- **verliert häufig notwendige Gegenstände**
(z.B. Spielsache, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher
oder Werkzeug)
- **läßt sich durch äußere Reize leicht ablenken**
- **„vergißt“ Pflichten**

Verlauf [I.]

- Entgegen früheren Vorstellungen wächst sich die Störung nicht mit der Pubertät aus, sondern bleibt bis ins Erwachsenenalter hinein bestehen.
- nach der Pubertät reduziert sich oft die motorische Hyperaktivität (**die Jugendlichen können sogar antriebsgemindert und hypoaktiv erscheinen**)
- Impulsivität und Aufmerksamkeitsstörung persistieren bis ins Erwachsenenalter

Verlauf [II.]

- Es kommt häufiger zu dissozialen Entwicklungen, unterqualifizierten Schulabschlüssen, Schulabbrüchen, Ausbildungsabbrüchen und schlechter sozialer Integration (**Arbeitslosigkeit, Partnerschaftskonflikte und -abbrüche, Delinquenz**); dies ist insbesondere der Fall, wenn zusätzlich eine Störung des Sozialverhaltens besteht
- Es besteht ein erhöhtes Risiko für Suchterkrankungen, insbesondere Alkoholabhängigkeit

Häufigkeit komorbider Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS

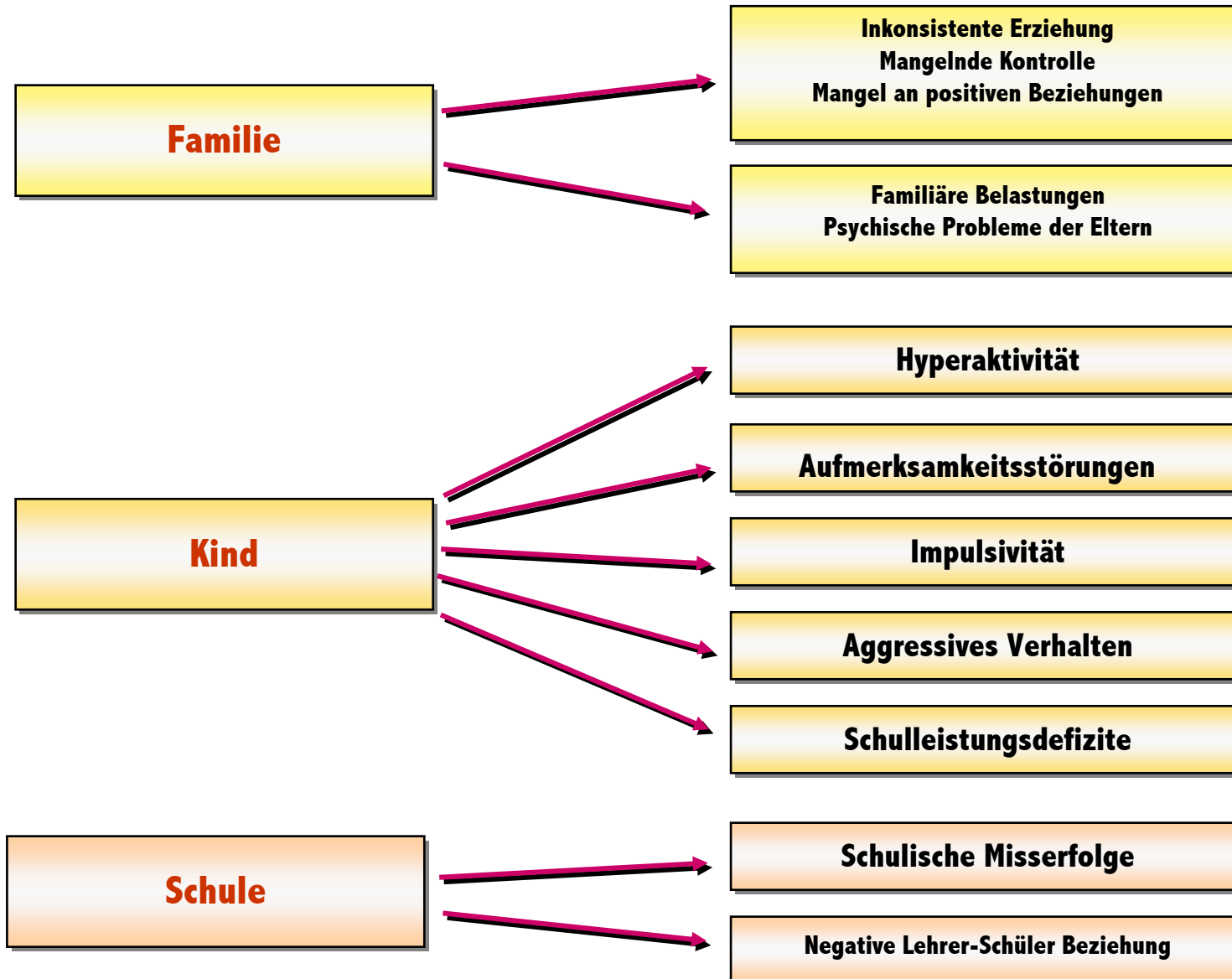
- 50 % **oppositionelle Störung des Sozialverhaltens**
- 30 – 50 % **Störung des Sozialverhaltens**
(ohne oppositionelle Verhaltensstörung)
- 10 – 40 % **affektive, vor allem depressive Störungen**
- 20 – 25 % **Angststörungen**
- 10 – 25 % **Lernstörungen, Teilleistungsschwächen**
- bis 30 % **Tic-Störungen oder Tourette-Syndrom**

- **Störung des Sozialverhaltens ***
- **Intelligenzminderung in Form von Lernbehinderung oder geistige Behinderung**
- **tiefgreifende Entwicklungsstörung**
- **Borderline Persönlichkeitsstörung im Jugendalter ***
- **depressive Episode oder Dysthymia ***
- **Panikstörung oder generalisierte Angststörung**

*) kann auch komorbide Störung sein

- **manische Episode** (v.a. im Jugendalter)
- **schizophrene Störung** (v.a. im Jugendalter)
- **Medikamenteneffekte**,
z.B. von Antiasthmatika, Phenobarbital, Antihistaminika, Steroide,
Sympathomimetika
- **organische / neurologische Primärstörung**,
z.B. Epilepsie (z.B. petit mal), Hyperthyreose, Migräne *
- **desorganisierte, chaotische Familienverhältnisse; Mißhandlung oder
massive Vernachlässigung des Kindes bei psychosozialen Belastungen;**
*

*) kann auch komorbide Störung bzw. Bedingung sein



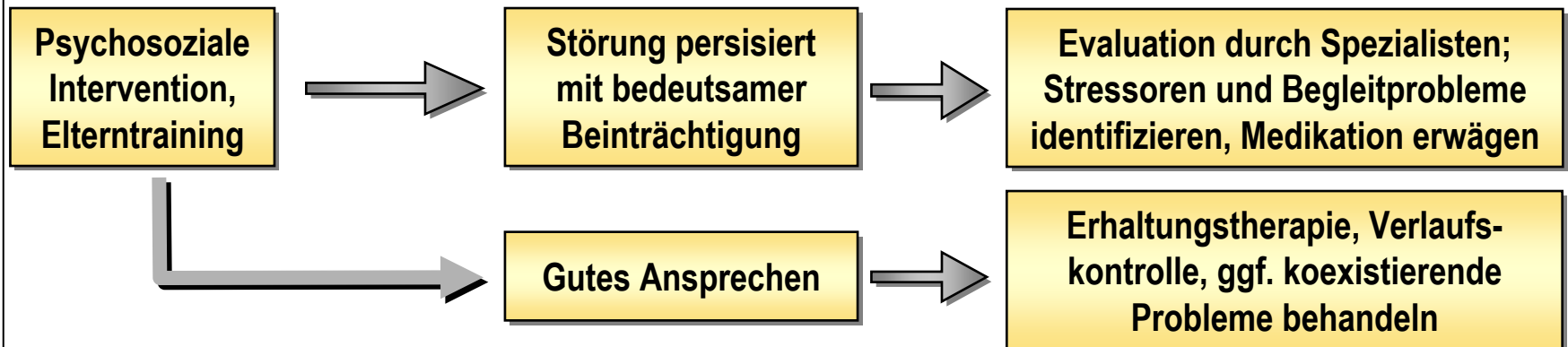
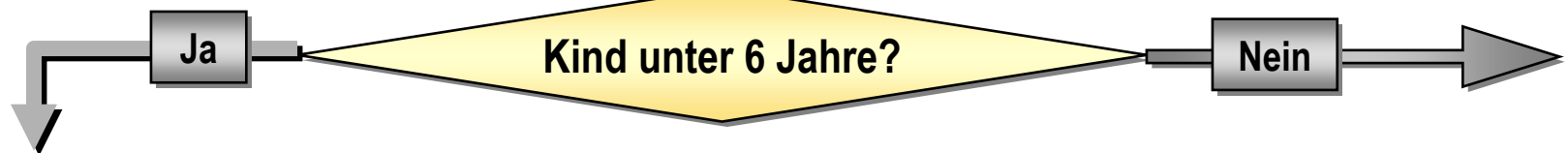


Initiale Behandlung [I.]

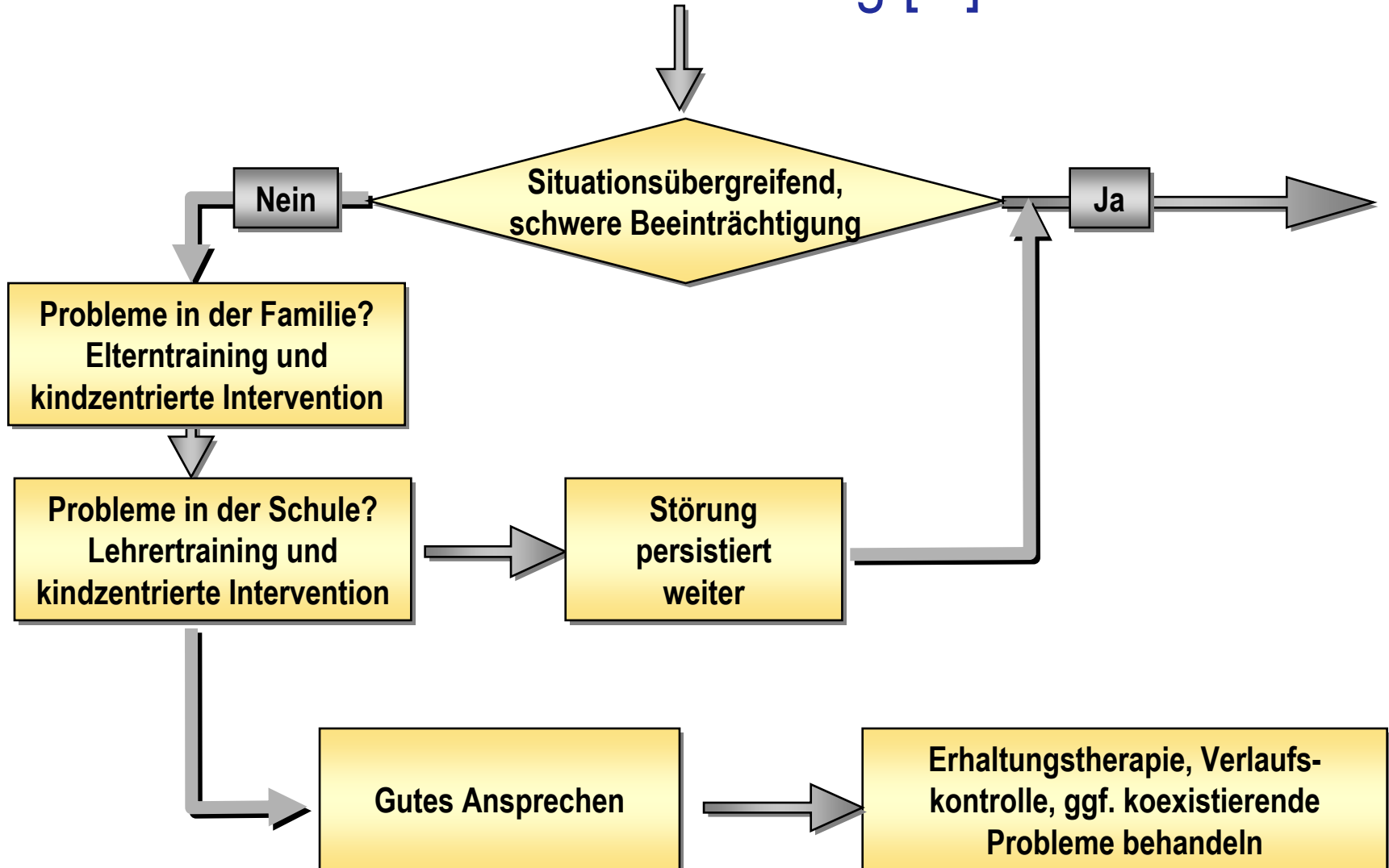
Diagnose: ADHS oder Hyperkinetische Störung



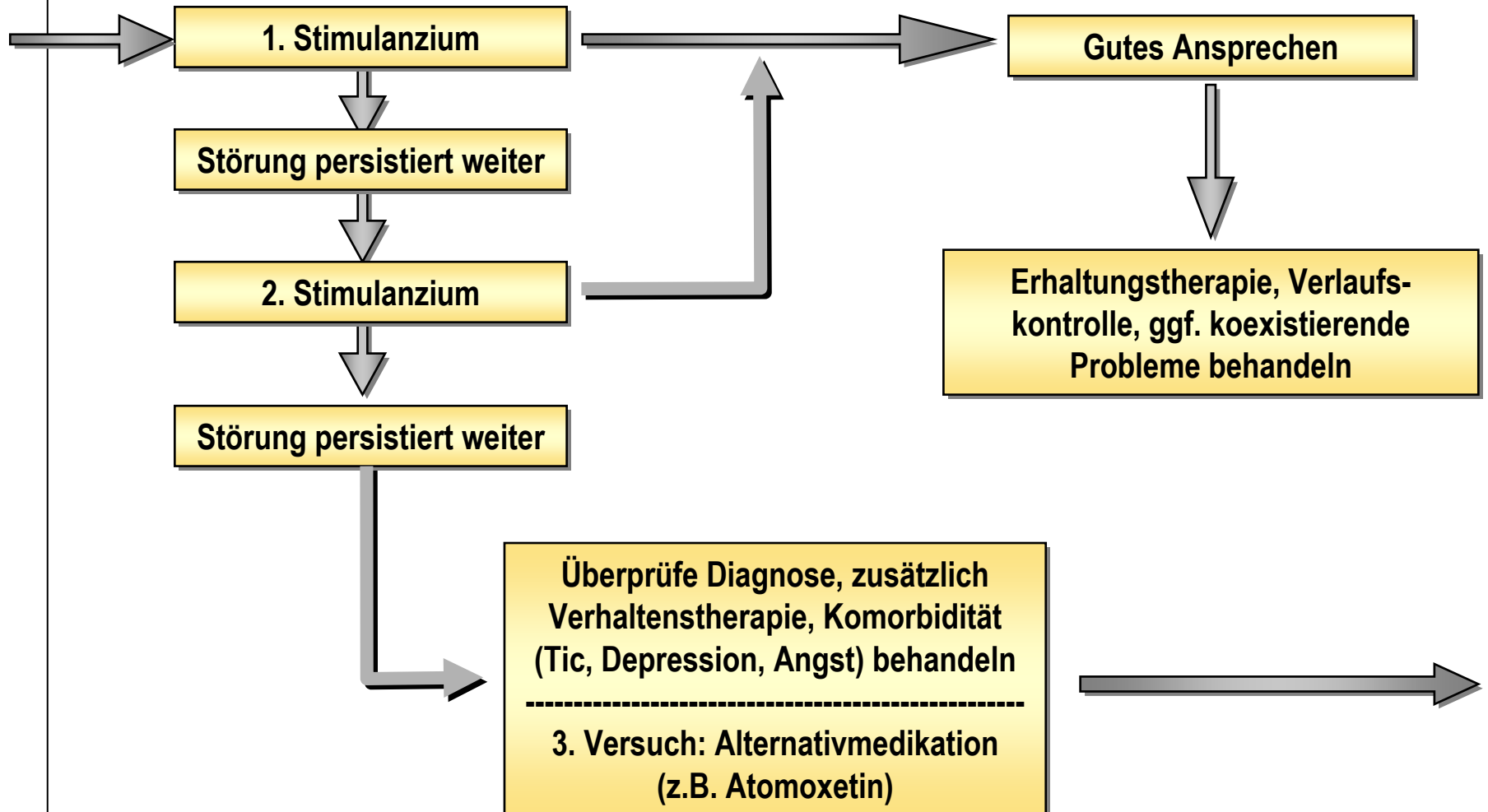
**Psychologische Betreuung:
Psychoedukation, Beratung, Unterstützung des Kindes, der Familie und der Lehrer**



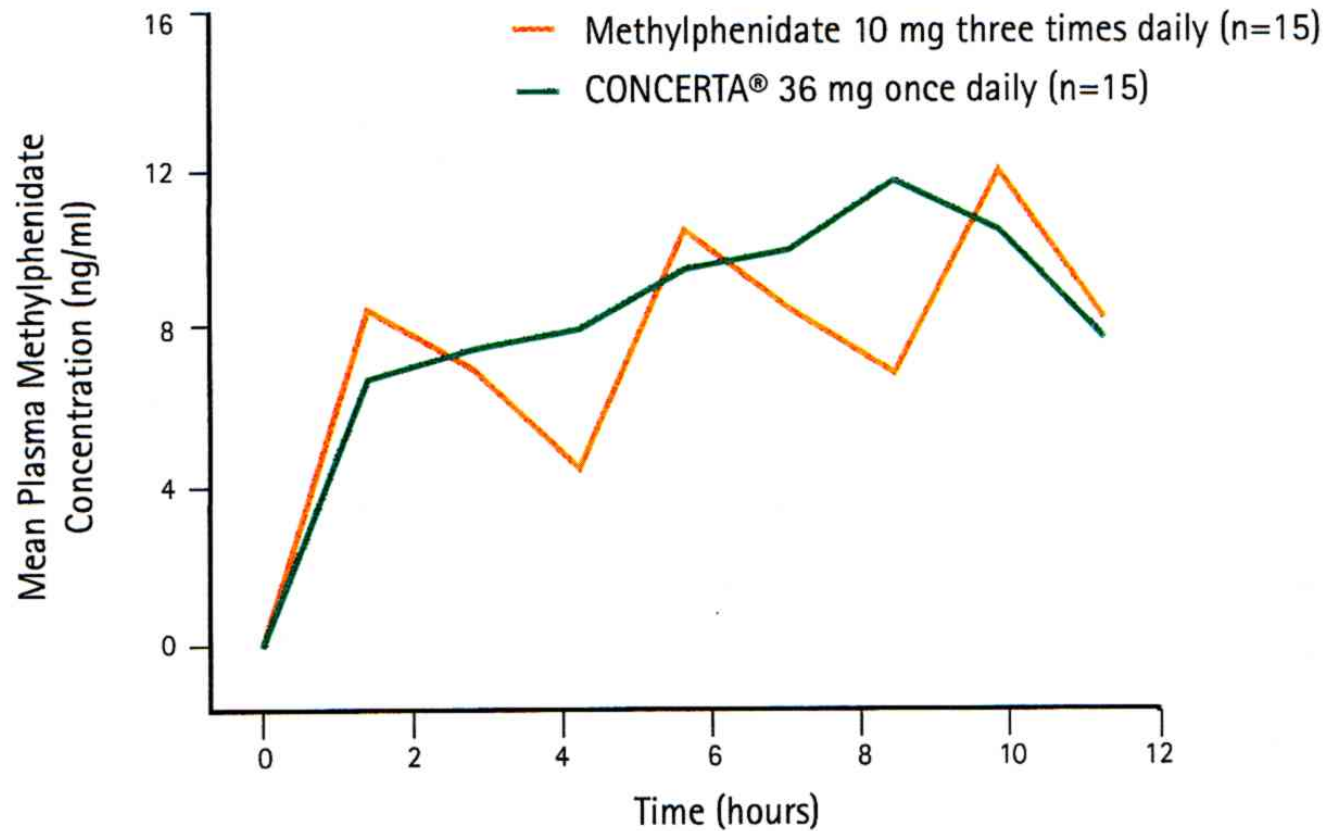
Initiale Behandlung [II.]



Initiale Behandlung [III.]

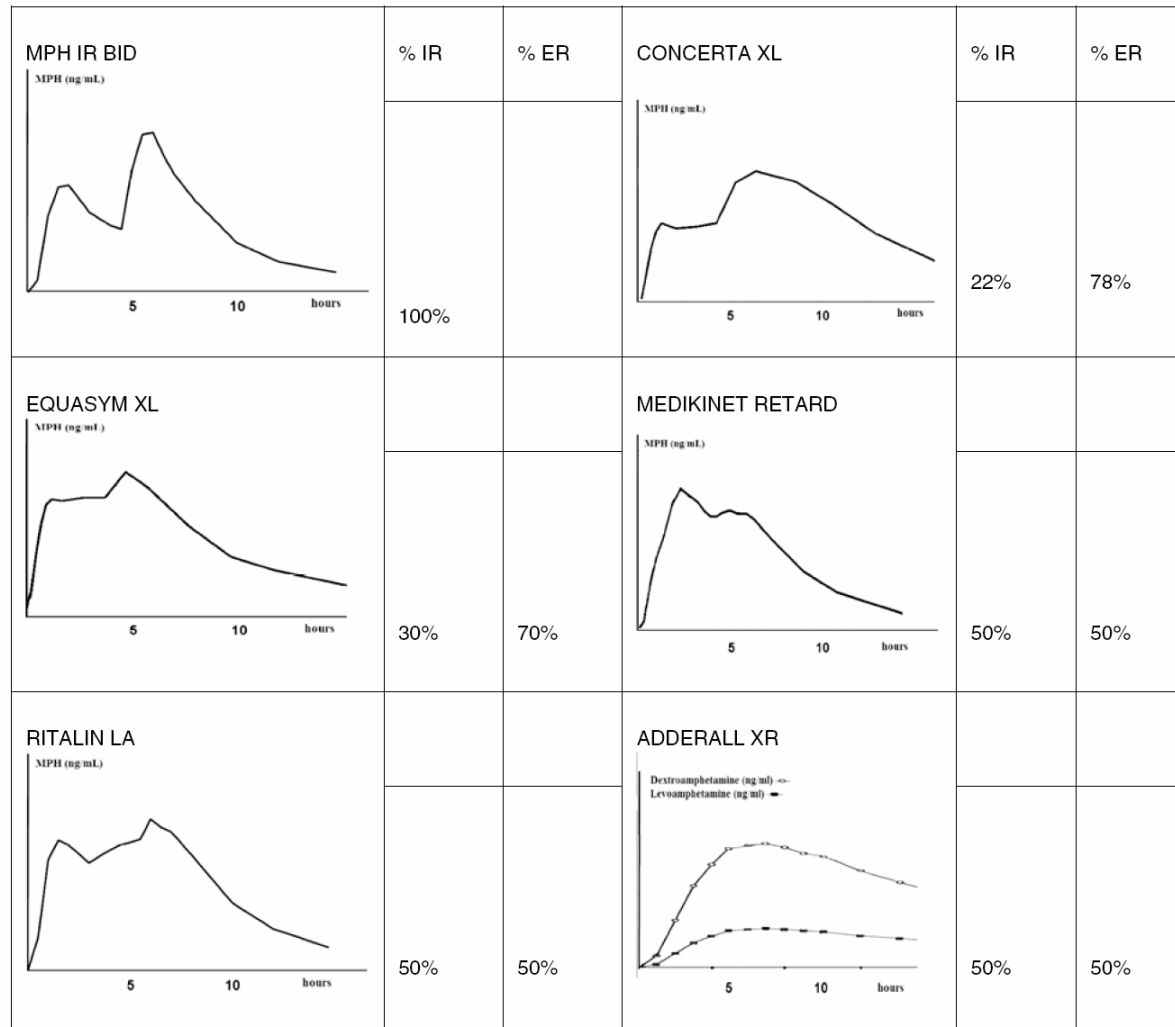


Vergleich Methylphenidat 10mg t.i.d. vs. Oros[®] 36mg



Source: Data on file, McNeil Consumer & Specialty Pharmaceuticals

Pharmakokinetik Retard vs. Methylphenidat b.i.d.



Klinische Wirkung

- Verbesserung der Aufmerksamkeit
- Abnahme der Hyperaktivität
- Beide Effekte sind keine “paradoxe Wirkung”!
- Wirksamkeit bei Kindern in über 100 kontrollierten Studien nachgewiesen
- Responserate liegt übereinstimmend bei ca. 70 %
- Wirksamkeit auch bei Aufmerksamkeitsstörungen ohne Hyperaktivität nachgewiesen
- Nur wenige Studien im späten Jugendalter und Erwachsenenalter

MTA – Studie (Multimodal Treatment of ADHD)

- ➔ Die Kernsymptome Aufmerksamkeits-Defizit, Hyperaktivität und Impulsivität wurden signifikant am wirksamsten mit einer Methylphenidat-Therapie behandelt, die in ein umfassendes Beratungskonzept eingebunden war.
- ➔ Mittlere Dosierung 32 mg / Tag
- ➔ Wenn komorbide Störungen vorlagen, spielten zusätzlich verhaltenstherapeutische Maßnahmen eine wichtige Rolle.

Schlussfolgerungen [I.]

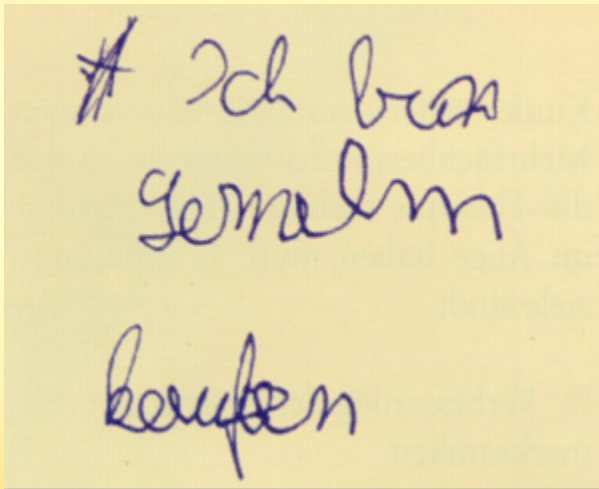
- Die Kurzzeiteffekte von Psychostimulanzien sind beeindruckend
- Die Langzeitwirksamkeit ist weiterhin wenig untersucht
- Auch nach kritischer Würdigung der neuesten Ergebnisse der MTA-Study empfiehlt sich weiterhin ein differenziertes Vorgehen, bei dem zunächst Beratung und Verhaltenstherapie als Behandlungsalternativen bedacht werden müssen
- Die Pharmakotherapie ist Teil einer multimodalen Behandlung

Schlussfolgerungen [II.]

- Entsprechende Empfehlungen gibt auch die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2000).
- In den genannten Studien werden meist Kinder eingeschlossen, bei denen nach intensiver Untersuchung ADHS vorliegt.
- Häufig wurden genaue Titrierungen vorgenommen.
- Unter weniger gut kontrollierten Bedingungen ist die Medikation auch weniger wirksam, wie die MTA-Studie zeigt.
- Es hat den Anschein, dass Kinder und Jugendliche, die weniger stark von der Symptomatik betroffen sind, auch weniger von der Medikation profitieren.

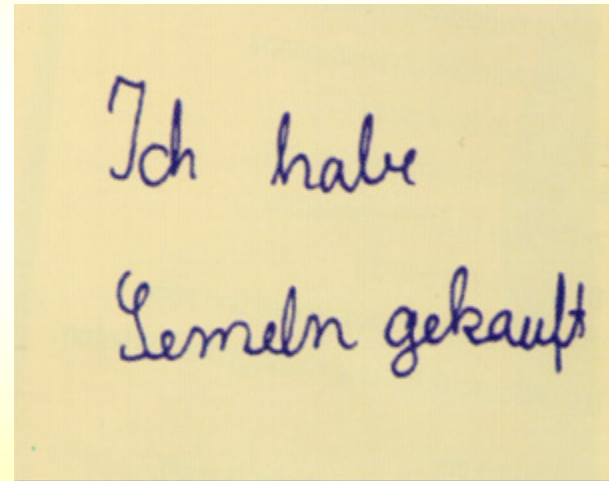
Schriftprobe eines hyperkinetischen Jungen mit Legasthenie

Vor der Einnahme:



Ich brau
Gerneln
kaufen

**Eine halbe Stunde nach
Einnahme von
Methylphenidat:**



Ich habe
Gerneln gekauft