

Komorbide Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit einer ADHS

PIERO ROSSI
SUSANNE BÜRGI

Fallbeispiel

Sara, ein zehnjähriges Mädchen, wurde uns von der Kinderärztin zur Beurteilung und Behandlung zugewiesen. Vor zwei Jahren stellte sie bei Sara eine ADHS-Diagnose. Aktueller Vorstellungsanlass waren anhaltende Verhaltensprobleme (Chaos im Zimmer und in den Schulunterlagen, schlechtes Zeitgefühl, impulsives Verhalten, gereiztes und teilweise freches Reagieren den Eltern und dem Lehrer gegenüber, Streit mit älteren Kindern und Erwachsenen) sowie erwartungswidrige schulische Minderleistungen. Die Mutter berichtete, Sara habe auch grosse Mühe im Rechnen. Dem Bericht des Lehrers war zu entnehmen, dass das Mädchen ein langsames Arbeitstempo und Mühe beim Abzeichnen hatte, sehr umständlich arbeitete und leicht ablenkbar war. Auf eine Therapie mit Stimulanzien hatte das Mädchen angesprochen, allerdings nur in einem unbefriedigenden Ausmass.

Unsere Untersuchung ergab, dass bei Sara neben der ADHS-Problematik eine Entwicklungsstörung des räumlichen Vorstellungs- und Umsetzungsvermögens vorlag (räumlich-konstruktive Störung). Diese neben bzw. zusätzlich zur ADHS bestehende Problematik führte im Schul- und Familienalltag zu erheblichen Problemen. So eckte sie im Zwischenmenschlichen immer wieder an. Da Sara syndrombedingt schlecht schätzen und kein Grössengefühl für Hierarchien aufbauen konnte, vermochte sie keinen natürlichen Respekt vor Autoritäten zu entwickeln. Als Folge des schwachen

räumlichen Vorstellungsvermögens hatte sie auch kein gutes Gefühl für Nähe und Distanz, für „oben“ und „unten“, für „vorher“ und „nachher“.

Raumverarbeitungsprobleme führen sehr häufig zu einer Rechenschwäche oder gar zu einer Dyskalkulie: Ohne einigermaßen intaktes räumliches Vorstellungsvermögen ist es nicht nur schwierig, zwischenmenschliche Kontakte zu regulieren, sondern vor allem auch, mathematische Operationen zu begreifen. Sara, ein intelligentes Mädchen, versuchte diese mathematische Vorstellungsschwäche mit Auswendiglernen zu umgehen – einer Strategie, mit der sie verständlicherweise bald an Grenzen stiess.

Ihr schwaches räumliches Vorstellungsvermögen beeinträchtigte auch die Entwicklung eines altersentsprechenden Zeitempfindens (gestern, heute, morgen oder „in einer Viertelstunde“ sind räumliche Dimensionen). Sara „sah“ diese Zeitblöcke nicht und es schien daher, als trödle und vergesse sie die Zeit (eine Eigenschaft, welche typischerweise auch bei einer ADHS vorkommt, bei Sara aber eine andere Ursache hatte).

Ergänzend zur medikamentösen Therapie und einer verhaltenstherapeutischen Elternberatung erfolgte neu eine spezialisierte Ergotherapie. Dem Mädchen geht es zwischenzeitlich (fast zwei Jahre nach Beginn der Ergotherapie) emotional, aber auch bezüglich der schulischen Leistungen deutlich besser.

Definition Komorbidität

Wer Menschen mit einer ADHS kennt, weiss es bestens: Eine ADHS kommt

selten allein. Tatsächlich ist das Störungsbild aufs Engste verwoben mit anderen Faktoren, welche Ausprägung und Verlauf der Krankheit bestimmen. Dazu gehört in erster Linie die Art, wie in der Familie und der Schule dem betroffenen Kind begegnet wird. Daneben kann der Verlauf einer ADHS wesentlich durch psychische Begleiterkrankungen, sogenannte Komorbiditäten, geprägt sein.

Als eine Komorbidität wird in der Medizin und der Psychopathologie (= Lehre der psychischen Erkrankungen) ein zusätzlich zu einer Grunderkrankung (in unserem Fall der ADHS) vorliegendes anerkanntes Krankheits- oder Störungsbild bezeichnet, welches im gleichen Zeitrahmen auftritt. Um als komorbide Störung zu gelten, muss die Begleiterkrankung diagnostisch von der ADHS deutlich abgrenzbar sein. Es liegen dann Doppel- oder gar Mehrfachdiagnosen vor (zum Beispiel ADHS plus Depression oder ADHS plus Legasthenie). Bei komorbiden Störungen handelt es sich also um eigenständige psychische oder psychosomatische Erkrankungen, welche entweder als Folge der ADHS auftreten können, oder aber um Störungsbilder, die quasi neben einer ADHS bestehen und andere Ursachen haben.

Kombinationsdiagnosen sind bei der ADHS die Regel

Professor H.-C. Steinhausen geht davon aus, dass bei Vorliegen einer ADHS in der überwiegenden Mehrheit der Fälle (bis zu 85%) eine weitere Störung vorliegt. Bei bis zu 60% aller betroffenen Kinder soll sogar mehr als eine Zusatzdiagnose vorliegen. Fachleute sprechen in diesem

Zusammenhang von multiplen Komorbiditäten. Die ADHS tritt also so häufig mit anderen Störungen gemeinsam auf, so dass eine Kombinationsdiagnose die Regel, eine isolierte ADHS den Sonderfall darstellt. Das bedeutet, dass sowohl die Diagnostik als auch die Therapie meist sehr aufwändig sind bzw. sein müssen, um dem betroffenen Kind und seinen Problemen gerecht werden zu können. Erforderlich ist in jedem Fall eine umfassende klinische und neuropsychologische Untersuchung. Nur mit einer ganzheitlichen Herangehensweise ist es möglich, den meist vielschichtigen Ursachen der Konzentrationsschwächen und der Impulsivität nachzugehen, komorbide Störungen zu erfassen und in ein Therapieprogramm zu integrieren.

Wie werden komorbide Erkrankungen erkannt?

Um Übersicht über die Fülle der Beschwerden, Symptome, Vorerkrankungen, Befunde und psychosozialen Rahmenbedingungen eines Patienten oder einer Patientin gewinnen zu können, benötigen ärztliche und psychologische Fachpersonen Diagnosen. Diese dienen einer möglichst genauen Zuordnung von Symptomen, diagnostischen Zeichen und Befunden zu diagnostischen Kategorien bzw. zu Krankheitsbegriffen. Die Methode der Diagnosefindung nennt man Diagnostik. Sie stellt für jede Ärztin und jeden Psychologen ein unverzichtbares Handwerkszeug dar und ist wesentlich für eine sorgfältige Planung und Überprüfung jeder Therapie. Wie bei anderen Fragestellungen auch zählen zur Diagnosefindung bei

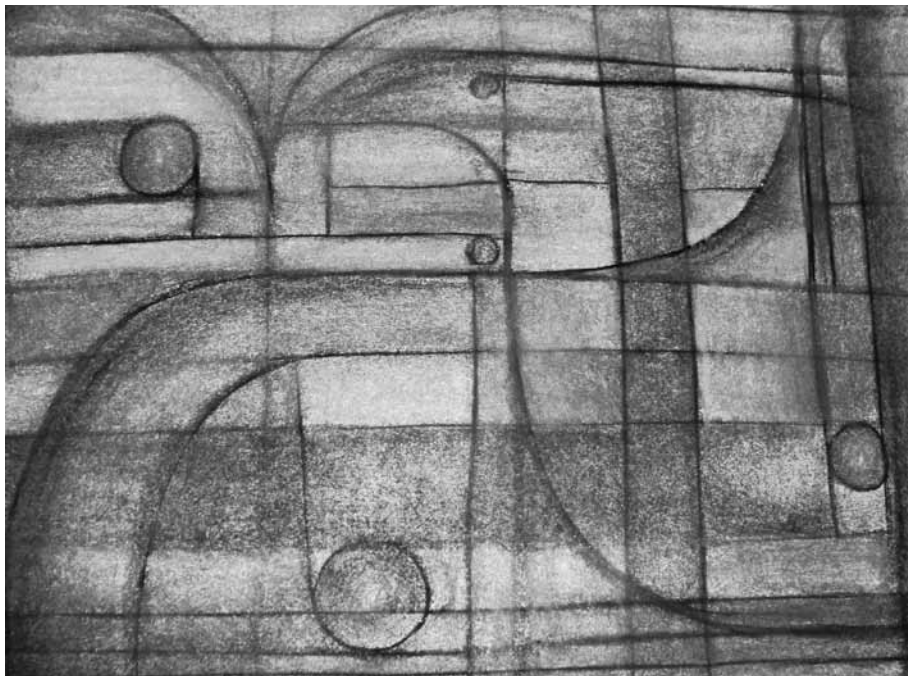
Verdacht auf eine ADHS unter anderem Untersuchungsgespräche, das Erheben der Vor- und der Familienkrankengeschichte sowie verschiedene Testverfahren.

Differenzialdiagnostik

Werden bei der Untersuchung eines Kindes mit Verdacht auf eine ADHS Begleiterkrankungen erkannt, ist es wichtig zu überprüfen, ob es sich bei den Beschwerden wirklich um eine eigenständige Problematik im Sinne einer Komorbidität handelt. Viele Probleme wie zum Beispiel die eingangs beschriebene Raumverarbeitungsstörung, aber auch eine Angststörung oder eine Legasthenie können nämlich ihrerseits mit Konzentrationsschwächen und Unruhe einhergehen. Aufmerksamkeitsprobleme und impulsives Verhalten bedeuten also nicht automatisch, dass eine ADHS

vorliegt. Im Rahmen der sogenannten Differenzialdiagnostik wird untersucht, ob die Probleme, welche spontan an eine ADHS denken lassen, auch tatsächlich eine solche zur Ursache haben. Fachleute prüfen dabei auch sehr sorgfältig, ob Begleitprobleme nicht vielleicht sogar das Hauptproblem darstellen. Es geht also um die Frage, ob es sich um eine eigenständige Störung handelt, welche neben der ADHS besteht (Komorbidität), oder um eine andere Kernproblematik, die sich lediglich mit ADHS-ähnlichen Symptomen präsentiert. Das alles tönt nicht nur kompliziert, es ist es manchmal auch. Begleitprobleme können denn auch nicht immer auf Anhieb diagnostisch eingestuft werden, so dass eine abschliessende Beurteilung den Beobachtungen im Behandlungsverlauf vorbehalten bleiben muss.

Gedanken - Nadine Brantschen, Lostorf



Für die Therapie ist das Erfassen von Komorbiditäten wichtig

Dass sich Fachleute intensiv mit Komorbiditäten befassen, hat einen ganz praktischen Grund: Es geht um das möglichst vollständige und ganzheitliche Erfassen der Beschwerden einer Patientin/eines Patienten. Würde eine Patientin bildhaft gesprochen nur von Läusen, nicht aber von Flöhen befreit, hielte das Jucken an und sie könnte nicht geheilt werden. Für das Wohlsein und die Genesung von Kindern mit ADHS ist es von entscheidender Bedeutung, allfällig vorliegende Begleitprobleme zu erkennen. Andernfalls ist es nicht möglich, einen wirksamen Therapieplan zu erstellen.

Zunächst aber ist eine fachgerechte Therapie der ADHS zentral. Nur so sind nämlich in den meisten Fällen die Voraussetzungen gegeben, dass ein Kind von der Therapie der Begleitstörungen profitieren kann. Therapie ist immer ein Lernprozess: Ohne mehr oder weniger intakte Aufmerksamkeits- und Selbststeuerungsfunktionen kann ein betroffenes Kind auch von der allerbesten Legasthenie-, Angst- oder Traumatherapie nicht wirklich profitieren.

Wir sehen in der Praxis immer wieder Betroffene mit komorbiden Problemen, deren ADHS gar nicht oder nur ungenügend behandelt wird. Wiederholt haben wir feststellen können, dass eine wirksame ADHS-Therapie den komorbiden Störungen regelrecht den „Wind aus den Segeln“ nahm. Die Begleitproblematik war zwar noch da, hatte aber nicht mehr so starke Auswirkungen im Schul- oder Familienalltag.

Als wissenschaftlich anerkannte Behandlungsform der ADHS zählt heute die medikamentöse Behandlung in Kombination mit einer Verhaltenstherapie und einer Elternberatung (eine sogenannt multimodale, also auf verschiedenen

Ebenen ansetzende Behandlung, die gegebenenfalls auch schulische Fördermassnahmen o.a. beinhalten kann). Seit einiger Zeit gehört ausserdem auch die Neurofeedbacktherapie zu den im wissenschaftlichen Sinn wirksamen Behandlungsformen.

Die wichtigsten komorbiden Begleiterkrankungen der ADHS bei Kindern

Ohne Anspruch auf Vollständigkeit geben wir im Folgenden einen kurzen Überblick über die häufigsten komorbid zur ADHS vorliegenden Störungen und deren Behandlungsmöglichkeiten. Die Reihenfolge entspricht nicht den Resultaten von epidemiologischen Studien (deren Angaben grossen Schwankungen unterliegen), sondern widerspiegelt die Häufigkeit der Komorbiditäten, wie wir sie bei Kindern in unserer psychologischen Praxis erleben.

Lernstörungen

Definition: Mit Lernstörungen bezeichnen wir Minderleistungen beim absichtsvollen Lernen, die sich in mehreren schulischen Bereichen zeigen (im Gegensatz zu isolierten Störungen wie der Leserechtschreibstörung oder der Dyskalkulie, siehe unten) und auf grundlegende Trainingsdefizite bezüglich schulischen Lernens und Umsetzung des Gelernten zurückzuführen sind.

Häufigkeit des gemeinsamen Auftretens mit der ADHS: sehr häufig.

Differenzialdiagnostische Relevanz: Die Begleitsymptome und Auswirkungen einer Lernstörung können im Alltag durchaus mit einer ADHS vom unaufmerksamen Typus verwechselt werden.

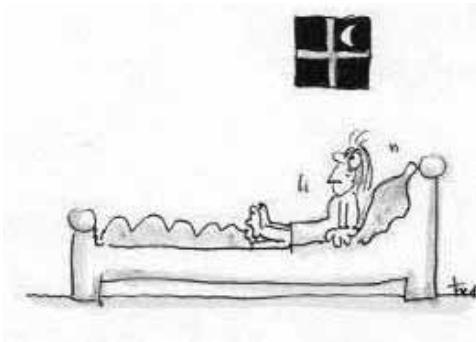
Therapie: Lerntherapie bei einer anerkannten Lerntherapeutin/einem anerkannten Lerntherapeuten (Beispiel: www.lernspirale.ch).

Bemerkung: Die Planung lerntherapeutischer Interventionen sollte in Rücksprache

mit der Fachperson erfolgen, welche das Kind neuropsychologisch untersuchte. So kann eine massgeschneiderte Förderung erfolgen.

Prognose: gut.

(Ein-) Schlafstörungen



Definition: überdauernde Einschlafstörungen: unangenehmes Wachbleiben >30 Min.; Durchschlafstörungen: wiederholtes, subjektiv belastendes nächtliches Wachsein.

Häufigkeit des gemeinsamen Auftretens mit der ADHS: Einschlafstörungen sind sehr häufig, Durchschlafstörungen seltener zu beobachten.

Differenzialdiagnostische Relevanz: Schlafstörungen können zu Tagesmüdigkeit und Konzentrationsproblemen führen. Bei ADHS vom unaufmerksamen Typus muss differenzialdiagnostisch ausgeschlossen werden können, dass es sich bei den Schlafstörungen um das Kern- und bei den Konzentrationsschwächen um das Folgeproblem handelt.

Therapie: verhaltenstherapeutische Massnahmen: visuelle und/oder akustische Stimulation beim Einschlafen (z.B. leise plätschernder Zimmerbrunnen, leicht leuchtendes Mobile), kein TV, keine Konsole- oder PC-Games 2-3 h vor der Einschlafzeit. Bei sehr hartnäckigen Einschlafstörungen wird die behandeln-

de ärztliche Fachperson eine Therapie mit Melatonin oder allenfalls auch mit niedrig dosierten Stimulanzien verordnen (letzteres, um sich besser auf den Schlaf konzentrieren zu können).

Bemerkung: Einschlafstörungen kommen bei ADHS-Betroffenen sehr häufig vor. Unserer Meinung nach gehören sie zu den Kernsymptomen der ADHS. Einschlafstörungen können für das betroffene Kind quälend sein, trotzdem werden sie oftmals nicht behandelt. Ein erholsamer Schlaf ist wichtig für das Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit. Gelegentlich weisen Einschlafstörungen darauf hin, dass die medikamentöse Therapie mit Stimulanzien nicht optimal eingestellt ist (Kontaktaufnahme mit der Ärztin/ dem Arzt).

Prognose: gut.

Schädlicher Konsum von Bildschirmmedien

Definition: Konsum von TV/DVD, PC-Games oder Konsolenspielen von mehr als 1.5 h pro Tag und/oder Vernachlässigung schulischer und familiärer Verpflichtungen.

Häufigkeit des gemeinsamen Auftretens mit einer ADHS: häufig.

Differenzialdiagnostische Relevanz: Der Konsum von schnellen, aggressionsfördernden Autorenn- oder Ballerspielen sowie übermässiger TV/DVD-Konsum können erwiesenermassen ADHS-ähnliche Impulskontroll-, Konzentrations- und Lernstörungen verursachen.

Therapie: Reduktion des Konsums auf max. ½ h pro Tag (alle Bildschirmmedien zusammengefasst).

Bemerkung: Manfred Spitzer hat zu diesem Thema ein interessantes Buch verfasst mit dem Titel „Vorsicht Bildschirm“.

Prognose: sehr gut. Wiederholt konnten wir beobachten, dass sich die Impulsivität durch eine Konsumreduktion vermindern liess und manche Kinder quasi automatisch mehr lasen.

Motorische Entwicklungsstörungen

Definition: deutlicher Entwicklungsrückstand motorischer Entwicklungsetappen. Betroffen können die Grob- und/oder Feinmotorik (Grafomotorik) sein.

Häufigkeit des gemeinsamen Auftretens mit einer ADHS: häufig.

Differenzialdiagnostische Relevanz: keine Verwechslungsgefahr mit der ADHS.

Therapie: Psychomotoriktherapie, Bewegung.

Bemerkung: statt TV und PC-Games spielen raus in den Wald gehen! Eltern, nehmt euch an der Nase: Sport und Bewegung sind billige und wirksame Mittel bei motorischen Entwicklungsrückständen. Bei hartnäckigen und therapieresistenten grafomotorischen Problemen sollte die Schönschrift nicht mehr benotet werden. Evt. Verwendung eines Notebooks im Unterricht.

Prognose: unterschiedlich; Grafomotorikprobleme können sich als sehr hartnäckig und bisweilen therapieresistent erweisen.

Störung mit oppositionellem Trotzverhalten

Definition: Verhaltensstörung mit aggressivem und trotzigem Verhalten, aber deutlich weniger ausgeprägt als bei der Störung des Sozialverhaltens (siehe unten).

Häufigkeit des gemeinsamen Auftretens mit einer ADHS: kommt bei Knaben relativ oft vor.

Differenzialdiagnostische Relevanz: Es besteht ein gewisses Verwechslungsrisiko mit einer ADHS, weil es Störungen mit oppositionellem Trotzverhalten auch ohne ADHS geben kann.

Therapie: verhaltenstherapeutische Interventionen mit dem Kind und den Eltern.

Bemerkung: Buchtipps: Döpfner, Schürmann und Lehmkuhl: „Wackelpeter und Trotzkopf“.

Prognose: gut, vor allem, wenn sich auch die Väter in der Therapie engagieren.

Lese- und Rechtschreibstörung

Definition: ein im Vergleich zum Alter, zur Intelligenz und zur Schulstufe markantes Defizit der Entwicklung der Lese- und/oder Rechtschreibkompetenzen.

Häufigkeit des gemeinsamen Auftretens mit einer ADHS: häufig.

Differenzialdiagnostische Relevanz: keine Verwechslungsgefahr mit der ADHS.

Therapie: logopädische oder lerntherapeutische Behandlung der Ursachen (auditive oder visuelle Wahrnehmungs- und Verarbeitungsstörungen). Zwecks Therapieplanung der Legasthenie wird eine neuropsychologische Untersuchung empfohlen. In der Schule sollten individuelle Lernziele vereinbart und gegebenenfalls Notenbefreiungen vorgenommen werden.

Bemerkung: Es muss gewährleistet werden, dass in der Zeit, in welcher die Legasthenietherapie erfolgt, die Stimulanzien (noch) wirksam sind.

Prognose: bei schwerer Legasthenie oft nur Teilremission.

Enuresis (Einnässen)

Enkopresis (Einkoten)

Definition: wiederholtes Entleeren von Urin oder Kot an ungeeigneten Stellen (z.B. im Bett oder in der Kleidung).

Häufigkeit des gemeinsamen Auftretens mit einer ADHS: Enuresis öfters; Enkopresis gelegentlich.

Differenzialdiagnostische Relevanz: kein Verwechslungsrisiko mit einer ADHS.

Therapie: gründliche ärztliche Untersuchung zum Ausschluss organischer Ursachen, evt. ärztlich geleitete Therapie (Blasentraining). Ausserdem verhaltenstherapeutische Interventionen mit dem Kind und den Eltern. Die Enuresis verbessert sich oft unter der Therapie mit Stimulanzien. Wenn diese Verbesserung

ausbleibt oder wenn der Leidensdruck gross ist, kann die Kinderärztin/der Kinderarzt eine medikamentöse Enuresistherapie einleiten.

Bemerkung: Kinder mit einer ADHS nässen oder koten gelegentlich ein, weil sie in ihrer Überaktivität keine Zeit finden, ihr „Geschäft“ zu erledigen.

Prognose: gut.

Dyskalkulie (Rechenstörung)



Definition: ein im Vergleich zum Alter, zur Intelligenz und zur Schulstufe markantes Defizit der Entwicklung der Rechenfertigkeiten.

Häufigkeit des gemeinsamen Auftretens mit einer ADHS: gelegentlich (wobei leichte Rechenschwächen häufig begleitend zur ADHS auftreten können).

Differenzialdiagnostische Relevanz: Die Begleitsymptome und Auswirkungen der Dyskalkulie und vor allem der ihr oft zugrunde liegenden Raumverarbeitungsstörung können im Alltag durchaus mit einer ADHS verwechselt werden.

Therapie: neuropsychologische oder ergotherapeutische Behandlung der Ursachen (meistens Raumverarbeitungsstörung).

Bemerkung: Spezifische Therapiemöglichkeiten der Dyskalkulie werden in der Schweiz nur selten angeboten (positives Beispiel: www.mathehaus.ch). Leider wird die Behandlung der Dyskalkulie – sofern sie überhaupt erkannt wird – oft LegasthientherapeutInnen überlassen,

welche dafür nicht ausgebildet sind.

Prognose: Bei qualifizierter Therapie sprechen viele Kinder gut darauf an.

Ticstörung

Definition: kurze und unwillkürliche, regelmässig oder unregelmässig wiederkehrende motorische Bewegung, meist umschriebener Muskelgruppen (z.B. Blinzeln, Schulterzucken, Grimassieren), oder Lautäusserungen (vokale Tics wie stereotypes Grunzen oder Schmatzen). Treten verschiedene motorische und vokale Tics zusammen auf, spricht man vom Tourette-Syndrom.

Häufigkeit des gemeinsamen Auftretens mit einer ADHS: gelegentlich.

Differenzialdiagnostische Relevanz: Auswirkungen von leichten Ticstörungen können durchaus mit einer ADHS verwechselt werden.

Therapie: Es existieren verhaltenstherapeutische Methoden zur Tic-Behandlung. Bei Nichtansprechen und sofern sicher gestellt ist, dass es sich nicht um eine Nebenwirkung der Stimulanzien handelt, kann die Fachärztin/der Facharzt eine spezifische medikamentöse Therapie in Erwägung ziehen

Bemerkung: Bei den Ticstörungen ist zu erwähnen, dass zunehmend Hinweise vorliegen, wonach es sich bei den Tics, welche erst nach der Behandlung mit Stimulanzien auftreten, um unerwünschte Arzneimittelwirkungen handeln kann.

Prognose: gut, vor allem bei einer medikamentösen Therapie.

Angststörungen

Definition: ausgeprägte Furcht vor einem Objekt oder einer Situation, teilweise auch unspezifische, generalisierte Ängste bis hin zu Panikzuständen. Wenn die gefürchtete Situation zur Angstvermeidung gedanklich oder konkret gemieden wird, spricht man von einer Phobie.

Häufigkeit des gemeinsamen Auftretens

mit einer ADHS: gelegentlich.

Differenzialdiagnostische Relevanz: Angststörungen gehen immer mit Veränderungen im Aufmerksamkeitssystem einher, sind aber normalerweise deutlich von der ADHS abgrenzbar.

Therapie: kognitive Verhaltenstherapie (unkomplizierte, oft gut wirksame und bewährte therapeutische Intervention). In sehr schweren Fällen kann ein Behandlungsversuch mit Medikamenten erwogen werden.

Bemerkung: Kinder mit einer ADHS sind als Folge der syndromspezifischen Reizüberflutung oftmals ängstlich, ohne dass eine eigenständige Angststörung diagnostiziert werden muss.

Prognose: gut.

Depressionen

Definition: Depressionen zeichnen sich aus durch Energielosigkeit, Stimmungstiefs und einer Einschränkung oder einem Verlust von Gefühlen. Die Stimmung der Betroffenen lässt sich durch Positives nicht aufhellen. Hinzu kommen Selbstvorwürfe, innere Unruhe und Schlafstörungen. Bei Kindern kann eine Depression auch von Aggressionen begleitet werden.

Häufigkeit des gemeinsamen Auftretens mit einer ADHS: bei Kindern eher selten.

Differenzialdiagnostische Relevanz: Nicht immer ist es einfach, ADHS-Stimmungsschwankungen von „echten“ Depressionen abzugrenzen. Im Gegensatz zu ADHS-Betroffenen, welche durch positive Erlebnisse schnell aus einem Tief herausfinden, verlaufen Stimmungstiefs bei Depressionen meistens unabhängig von äusseren Ereignissen.

Therapie: Auch bei Kindern bewährt sich die kognitive Verhaltenstherapie. Medikamente werden nur in Ausnahmefällen verabreicht, allenfalls ist auch eine stationäre Behandlung auf einer kinderpsychiatrischen Abteilung zu

erwägen. Kombinationsbehandlungen mit Stimulanzien und Antidepressiva sind bei Kindern bis jetzt kaum erforscht.

Bemerkung: Wir beobachten in der Praxis selten eigenständige Depressionen bei Kindern. Meistens handelt es sich um emotionale Instabilitäten, welche direkt mit der ADHS zusammenhängen. Bei Suizidäusserungen des Kindes immer eine ärztliche oder psychologische Fachperson konsultieren.

Prognose: gut bei ADHS-bedingten emotionalen Schwankungen. Eine Prognose bei ADHS mit ausgeprägten Depressionen ist nur im Einzelfall zu stellen.

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Definition: akute oder chronische psychische Störung nach traumatisierenden Erlebnissen.

Häufigkeit des gemeinsamen Auftretens mit einer ADHS: kommt öfters vor.

Differenzialdiagnostische Relevanz: Wer die Symptome der PTBS nicht kennt, könnte diese durchaus mit ADHS-Symptomen verwechseln.

Therapie: Angezeigt ist eine traumaspezifische Therapie (meistens EMDR). Diese Therapie erfolgt auch mit Kindern ausschliesslich durch speziell ausgebildete PsychotherapeutInnen (siehe www.emdr-schweiz.ch).

Bemerkung: Viele Kinder mit einer ADHS erleben zahlreiche leicht traumatisierende Erlebnisse, welche durchaus die Qualität einer chronifizierten PTBS entwickeln können und dann zusätzlich zur ADHS psychotherapeutisch behandelt werden müssen. Leider verfügen erst wenige FachpsychologInnen über Know-how bezüglich der Behandlung eines Traumas bei vorliegender ADHS (Beispiel: www.psychotherapie-zh.ch).

Prognose: keine eigenen Erfahrungen; keine zuverlässigen Angaben zur Behandlung der PTBS bei Vorliegen einer

ADHS in der Forschungsliteratur. Gemäss Angaben von KollegInnen aber oft gutes Ansprechen auf die Therapie.

Bipolare Störungen

Definition: abwechslungsweise depressive und manische Phasen, wobei bei Kindern nicht zwingend die typisch manische Symptomatik mit extremer Antriebssteigerung oder Grössenideen vorliegen muss. In einer manischen Episode wirken Kinder vor allem gereizt und haben häufiger destruktive Wutausbrüche oder Impulsdurchbrüche. Ausserdem können bei Kindern gleichzeitig sowohl manische wie depressive Symptome vorliegen.

Häufigkeit des gemeinsamen Auftretens mit einer ADHS: sehr klein.

Differenzialdiagnostische Relevanz: hoch. Nicht immer ist es indes einfach, ADHS-Stimmungsschwankungen von bipolaren Störungen abzugrenzen. Wenn in der Familie manisch-depressive Erkrankungen vorkommen, muss aufgrund der erhöhten Erblichkeit bei entsprechender Symptomatik eine bipolare Störung im Auge behalten werden.

Therapie: medikamentöse Therapie.

Bemerkung: In den USA werden immer mehr Kinder als „bipolar“ diagnostiziert, währenddem in Europa diese Diagnose noch selten gestellt wird. Wenn Kinder mit ADHS allen fachgerechten Therapien zum Trotz immer noch emotional sehr instabil sind, sollte an eine bipolare Störung gedacht werden.

Prognose: keine eigenen Erfahrungen.

Begleiterkrankungen der ADHS bei Jugendlichen

Zusätzlich zu den oben genannten Begleiterkrankungen können bei Jugendlichen mit einer ADHS unter anderem folgende Komorbiditäten vorliegen:

Störung des Sozialverhaltens

Definition: Verhaltensstörung mit sich

wiederholendem und andauerndem Muster dissozialen, aggressiven oder aufsässigen Verhaltens mit Missachtung altersgemässer Normen, Regeln und/oder Rechte anderer.

Häufigkeit des gemeinsamen Auftretens mit einer ADHS: kommt oft vor. Meistens bestehen zusätzlich erschwerende psychosoziale Begleitprobleme.

Differenzialdiagnostische Relevanz: geringes Verwechslungsrisiko mit einer ADHS.

Therapie: In der Regel sind stationäre Massnahmen mit milieu- und verhaltenstherapeutischen Behandlungen nötig (Platzierung in sozialtherapeutischen Einrichtungen).

Bemerkung: Vor allem unter delinquierenden Jugendlichen, welche bereits mit der Jugendanwaltschaft zu tun hatten, ist diese Komorbidität auffallend häufig vertreten. Dabei wird die ADHS oftmals übersehen. Häufig kombiniert mit Suchterkrankungen.

Prognose: oftmals viele Rückschläge und langwieriger Verlauf (vor allem, wenn die ADHS nicht erkannt und nicht behandelt wird).

Suchtstörungen

Definition: schädlicher Konsum oder Abhängigkeit von Suchtmitteln wie zum Beispiel Tabak, Alkohol, Cannabis oder Kokain.

Differenzialdiagnostische Relevanz: Symptome der Suchtstörungen können nicht mit einer ADHS verwechselt werden.

Häufigkeit des gemeinsamen Auftretens mit einer ADHS: Bei Jugendlichen, deren ADHS nicht rechtzeitig erkannt und behandelt wurde, besteht häufig eine Suchtstörung.

Therapie: Entzugsbehandlung, bei Bedarf auch bei Jugendlichen stationär (gilt auch bei Cannabisabhängigkeit). Tabakabhängigkeit: bei Nichtansprechen auf Verhaltenstherapie Hausärztin/Hausarzt konsultieren.

Bemerkung: Unter Therapie mit Stimulanzien muss auf den Konsum von Cannabis und Alkohol verzichtet werden.
Prognose: unterschiedlich. Bei erfolgreicher ADHS-Therapie ist die Prognose gut.

Andere Komorbiditäten

Bei nicht rechtzeitig behandelten weiblichen Jugendlichen mit einer ADHS kommt es gehäuft zu Essstörungen, teilweise auch zu Selbstverletzungen und Verhaltensproblemen, welche einer Borderline-Störung ähnlich sein können. Ob begleitend zur ADHS Störungen aus dem autistischen Formenkreis vorliegen können oder ob sich diese beiden Störungsbilder gegenseitig ausschliessen, konnte bisher nicht abschliessend geklärt werden. Siehe dazu auch www.adhs.ch/adhs/diagnostik/adhsoderasperger.htm.

Zusammenfassung

1. Therapierelevante Begleitstörungen sind bei der ADHS nicht die Ausnahme, sondern die Regel. Aus unserer Erfahrung setzt deren erfolgreiche Behandlung oftmals voraus, dass die therapeutischen Möglichkeiten der ADHS konsequent ausgeschöpft worden sind.
2. Um eine ganzheitliche Behandlung sicherzustellen, müssen bei Verdacht auf Vorliegen einer ADHS im Rahmen der Diagnostik immer auch allfällige Komorbiditäten erfasst werden.
3. Damit wird verständlich, weshalb Abklärungen bei ADHS-Verdacht aufwendig sind und nur von psychologischen oder ärztlichen Fachpersonen durchgeführt werden können, welche über genügend Know-how in der Kinderpsychopathologie und der Entwicklungsneuropsychologie verfügen.



lic. phil.
Susanne Bürgi
Psychologin FSP
CH 5702 Niederlenz
buergi@
psychologie-
online.ch



Dipl.-Psych.
Piero Rossi
Fachpsychologe für
Psychotherapie FSP
CH 5702 Niederlenz
praxis@
psychologie-online.ch

www.psychologie-online.ch
www.adhs.ch

Offenlegung möglicher Interessenskonflikte der letzten fünf Jahre
Freiwillige Selbstverpflichtung entsprechend den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP). In: Zeitschrift f. Kinder- und Jugendpsychiatrie, 2006, 34 (4): 303-305.

In den letzten fünf Jahren hatte Dipl.-Psych. Piero Rossi:

Vortragshonorare: ja, indes keine Honorare von pharmazeutischen Firmen; industrie-gesponserte Vortragsreihen: nein; klinische Prüfungen (Einnahmen durch Beteiligung an Medikamententests): nein; Mitgliedschaften in wissenschaftlichen Beiräten von pharmazeutischen Unternehmen: nein; Aktienbesitz und Beteiligungen an pharmazeutischen Firmen: nein.

In den letzten fünf Jahren hatte lic. phil. Susanne Bürgi:

Vortragshonorare: ja, indes keine Honorare von pharmazeutischen Firmen; industrie-gesponserte Vortragsreihen: nein; klinische Prüfungen (Einnahmen durch Beteiligung an Medikamententests): nein; Mitgliedschaften in wissenschaftlichen Beiräten von pharmazeutischen Unternehmen: nein; Aktienbesitz und Beteiligungen an pharmazeutischen Firmen: nein.