

Im Gespräch mit... Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Susanne Walitza

«ADHS wächst sich nicht immer aus»

Die ADHS-Spezialistin Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Susanne Walitza von der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (PUK) gibt Einblicke in ihre Forschungstätigkeit. Sie erklärt, was die heutige Schnelllebigkeit für Kinder mit einer Aufmerksamkeitsstörung bedeutet und warum der Lockdown im Frühsommer für viele Betroffene auch ein Gewinn war.

Interview | Regina Scharf

● **BrainMag: Frau Prof. Walitza, ADHS bei Kindern ist häufig und die Lehrpersonen sind sensibilisiert – manchmal vielleicht übersensibilisiert. Ab welchem Alter ist eine verlässliche Diagnose möglich?**

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Susanne Walitza: ADHS ist eine klinische Diagnose, die relativ sicher im Schulalter gestellt werden kann. In diesem Fall sollten die Symptome vor dem siebten Lebensjahr (nach ICD-10) aufgetreten sein. Wichtig ist, dass die Symptome von verschiedenen Personen und aus unterschiedlichen Perspektiven beschrieben werden. Die Symptome müssen situationsübergreifend auftreten und mit einem Leidensdruck verbunden sein. Um eine Über- oder Unterversorgung von Kindern mit ADHS-Symptomen zu vermeiden, ist unter dem Titel «Kinder fördern» eine Broschüre mit Handlungsempfehlungen entstanden¹. Zentrales Element dieser Handlungsempfehlungen ist ein runder Tisch, an dem sich Eltern und Kind, Lehrpersonen etc. ausführlich miteinander austauschen können. Die Handlungsempfehlungen basieren auf den Ergebnissen zweier Studien, die von der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) und der Universität Freiburg durchgeführt wurden, und werden mit Unterstützung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) weiterentwickelt.

Gibt es Screening-Tests, mit denen man Kinder und Jugendliche identifizieren kann?

Ein einheitliches Screeningverfahren für ADHS bei Kindern und Jugendlichen existiert nicht. Es gibt aber Kurztests, beispielsweise die Conners Skalen zu Aufmerksamkeit und Verhalten, die auch von Allge-



Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Susanne Walitza, Ordinaria für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich

meinärztinnen und -ärzten bei Kindern ab acht Jahren durchgeführt werden können. Diese Kurztests gehen einen Schritt weiter als eine rein subjektive Beurteilung, ersetzen aber keine ausführlichere Diagnostik. Gemäss Leitlinien ist an dieser Stelle bei Kindern mit Verdacht auf eine Aufmerksamkeitsstörung eigentlich die Überweisung zum Spezialisten bzw. zur Spezialistin empfohlen. Ein wichtiger Grund dafür ist, dass ca. 70% der Kinder mit ADHS eine komorbide Zusatzstörung aufweisen, die frühzeitig erkannt und mitbehandelt werden sollte. Darüber hinaus sollte nicht vergessen werden, dass die Diagnose ADHS immer auch eine Ausschlussdiagnose für andere psychiatrische Störungen ist.

«Wir sollten die
medikamentöse Therapie
möglichst personalisieren.»

Kinder mit ADHS scheinen sichtbarer zu sein als solche mit ADS. In welchen Fällen sollte man genauer hinschauen?

Dass die Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität seltener diagnostiziert wird, liegt unter anderem an der Terminologie des in Europa hauptsächlich verwendeten ICD-Klassifikationssystems. Dieses bezeichnet das ADHS als hyperkinetische Störung mit gemeinsamem Auftreten von Hyperaktivität, Impulsivität und Aufmerksamkeitsdefizit. Daneben gibt es die hyperkinetische Störung in Kombination mit störenden Verhaltensweisen und als Restkategorie steht die alleinige Aufmerksamkeitsstörung zur Verfügung. Die drei Leitsymptome werden im amerikanischen Klassifikationssystem DSM ebenfalls aufgeführt. Es wird aber darauf hingewiesen, dass Symptomkombinationen überwiegen können. Ein Kind ist beispielsweise mehr impulsiv und hyperaktiv, bei einem anderen überwiegt das Aufmerksamkeitsdefizit. Diese Beschreibung wird dem ADS als überwiegende Aufmerksamkeitsstörung meiner Meinung nach eher gerecht. Darüber hinaus fallen Kinder mit einem ADS weniger auf, weil sie seltener den Unterricht stören, sondern unkonzentriert und verträumt sind. Wahrscheinlich sind Mädchen häufiger von einem ADS betroffen. Das zeigt sich auch daran, dass Mädchen weniger häufig und später im Kindesalter diagnostiziert werden als Jungen. Im Erwachsenenalter ist das Geschlechterverhältnis aber nahezu ausgeglichen.

Handelt es sich bei ADHS um ein Problem unserer heute schnelllebigen Zeit?

Dagegen spricht, dass die Prävalenz gemäss Studien in den letzten 30 Jahren nicht angestiegen ist. Insgesamt nimmt der Stress bei den Kindern und Eltern durch die heutige Schnelllebigkeit aber zu; diese erschwert die Aufrechterhaltung einer klaren Struktur und Konzentration auf eine Sache. Es ist deshalb wichtig, einen Ausgleich für die Kinder zu schaffen, beispielsweise durch Familienzeit oder Aktivitäten in der Natur. Der Lockdown hat für kurze Zeit zu einer einzigartigen Reduktion von schnelllebigen Abläufen geführt und uns gezeigt, wie wichtig und schützenswert diese Ressourcen sind. Eine anonyme Befragung bei unseren Patientinnen und Patienten und deren Eltern hat gezeigt, dass sich die Symptomatik der betroffenen Kinder in dieser Zeit vielfach verbessert hat, obwohl das Homeschooling sehr anpruchsvoll war.

Welchen Stellenwert haben nicht-medikamentöse Therapien im Vergleich zu medikamentösen Therapien bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS?

Verglichen mit den zugelassenen medikamentösen Therapien des ADHS ist die Wirksamkeit der nicht-medikamentösen Behandlungen viel geringer. Die nicht-medikamentösen Therapien haben jedoch vor allem im Hinblick auf die Selbstwirksamkeit einen hohen Stellenwert und sollten bei Betroffenen mit einem geringeren Schweregrad voll ausgeschöpft werden. Dazu gehören möglichst klare Strukturen, zu Hause und im Klassenzimmer, und die Beratung von Kindern und Eltern. Neurofeedback erzielt zwar kurzfristig nur sehr geringe Erfolge, scheint aber dafür langfristig und nachhaltig zu wirken². Die Intervention ist sehr zeitintensiv und kann neben der Schule zu einer hohen Belastung führen. Neu bieten wir deshalb an der PUK Sommer-Ferienkurse für Neurofeedback an. Einen – wenn auch geringen, aber positiven – Effekt auf die Symptome des ADHS hat zudem die Nahrungsergänzung mit Omega-3-Fettsäuren.

Welche medikamentösen Therapiemöglichkeiten gibt es und wann sollte man über diesen Schritt nachdenken?

Die deutschsprachigen Leitlinien der AWMF empfehlen, bei Personen mit einem mittelgradigen oder hohen Schweregrad eine medikamentöse Therapie einzusetzen³. Um einen höheren Schweregrad handelt es sich, wenn der Leidensdruck hoch ist, beispielsweise weil das Kind aufgrund ungenügender schulischer Leistungen die Klasse wiederholen muss.

Medikament der ersten Wahl zur Behandlung der Aufmerksamkeitsstörung ist das Stimulans Methylphenidat (Concerta[®], Medikinet[®]). Einen komplett anderen Wirkungsmechanismus haben der selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer Atomoxetin (Strattera[®]) und der erst seit kurzem in der Schweiz zugelassene α -2-Rezeptor-Agonist Guanfacin (Intuniv[®]). Lisdexamphetamin (Elvanse[®]) ist wie Methylphenidat ein Stimulans, hat aber eine etwas breitere Wirkungsweise. Alle drei Medikamente sind in der Schweiz zweite Wahl, d.h. sie können nur bei unzureichender Wirkung oder unerwünschten Nebenwirkungen von Methylphenidat verordnet werden. Ich finde diese Reglementierung schade, denn die Medikamente zeigen allesamt eine gute Wirkung. Aus meiner Sicht wäre es sinnvoll, wenn man die medikamentöse Therapie möglichst personalisieren könnte. Das gelingt eher, wenn man mehrere Optionen hat. Die kanadischen Leitlinien zum Beispiel empfehlen als erste Wahl ein Medikament, das möglichst lange über den Tag wirkt. Damit stünden alle retardierten Formen der genannten Medikamente zur Auswahl. An zweiter Stelle steht die Überlegung, ob die



Neurofeedback führt bei Kindern mit einer Aufmerksamkeitsstörung langfristig zu nachhaltigem Erfolg².
Quelle: neuroConn Technology, THERA RAX®

Therapie sofort wirken soll. In diesem Fall würde ein Stimulans eingesetzt werden. Hat man etwas länger Zeit, können Atomoxetin oder Guanfacin zum Einsatz kommen.

Lassen sich die Defizite bei Kindern mit Aufmerksamkeitsstörungen durch eine medikamentöse Therapie aufholen?

Untersuchungen zeigen, dass die Hirnentwicklung bei einer Gruppe von Kindern mit Aufmerksamkeitsstörungen in bestimmten Arealen bis zu zwei Jahre im Rückstand sein kann. Diese Entwicklungsverzögerung wird aber aufgeholt. Durch die Einnahme von Methylphenidat kann dieser Prozess gemäss Studien, in denen eine Bildgebung verwendet wurde, beschleunigt werden. Rein klinisch betrachtet holen die behandelten Kinder Rückschritte wahrscheinlich schneller auf, weil sie ihre Ressourcen durch die medikamentöse Behandlung viel besser nutzen können. Wie andere Kinder auch, lernen sie ganz schnell viele Dinge dazu und können ihre Defizite kompensieren. Eine ADHS wächst sich im Übrigen nicht immer aus, wie früher oft angenommen wurde. Bei ca. der Hälfte der Betroffenen halten die ADHS-Symptome über das Kindes- und Jugendalter hinaus an.

«Der Umgang mit Kindern mit ADHS erfordert einen langen Atem.»

Die Probleme von und im Umgang mit Kindern mit einer ADHS enden nicht schlagartig mit einer medikamentösen Behandlung. Was ist sonst noch zu tun?

Der Umgang mit Kindern mit ADHS erfordert einen langen Atem, klare Strukturen, anhaltende Begleitung und Edukation. Ganz wichtig sind deshalb auch der Einbezug und die Unterstützung der Eltern. Diese sind durch das negative Verhalten oft so erschöpft, dass sie nicht mehr konsequent handeln. Mindestens genauso problematisch ist, dass sie in dieser Situation auch die positiven Verhaltensweisen ihrer Kinder

nicht mehr wahrnehmen können. In der Folge fallen die Kinder noch mehr durch ein negatives Verhalten auf, denn sie merken, dass sie nur auf diese Weise Aufmerksamkeit bekommen. Bei den Unterstützungsangeboten haben wir die Erfahrung gemacht, dass sie teilweise so aufwendig sind, dass sie nicht von den Eltern in Anspruch genommen werden können. An der PUK bieten wir Elterngruppen an, die von Psycholog*innen und Psychiater*innen geleitet werden und zum Beispiel fünf Sitzungen umfassen. Mit diesem Fünfer-Päckchen kommt man schon recht weit. Im Bedarfsfall können die Sitzungen weiter aufgestockt werden.

Was sind die dringendsten Fragen betreffend ADHS, auf die Sie mittels Forschung eine Antwort suchen?

Die dringendste Frage für mich ist, wie wir die Therapie weiter personalisieren können. In diesem Zusammenhang suchen wir Responder und Non-Responder auf Stimulantien (Methylphenidat und Lisdexamphetamin), mit deren Hilfe wir in ADHS-Modellen die Wirkung der Medikation untersuchen. Wir möchten mit den Non-Respondern beginnen. Diese Gruppe könnte uns helfen, Personen, die nicht auf die Therapie mit Stimulanzien ansprechen, frühzeitig zu identifizieren und anders zu behandeln. Ein weiterer Fokus unserer Forschung ist die Früherkennung und die Frage, durch welche Interventionen sich Vollbilder vermeiden lassen. ADHS ist oftmals eine chronische Erkrankung, aus diesem Grund benötigen wir mehr Informationen über die Langzeitfolgen unserer Interventionen. Ein wichtiger Forschungszweig ist deshalb auch das Neurofeedback, mit dem man kurzfristig zwar nur wenig, aber langfristig gute Erfolge erzielen kann. ○

Bibliografie

- ¹ Kinder fördern. Handlungsempfehlungen zum Umgang mit AD(H)S im Entscheidungsprozess. Abrufbar unter: www.zhaw.ch
- ² Minder F, et al.: Informant-related effects of neurofeedback and cognitive training in children with ADHD including a waiting control phase: a randomized-controlled trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2018, 7(8): 1055–1066.
- ³ S3 Leitlinie «Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter» (2018). Abrufbar unter: www.awmf.org