

HYPERKINETISCHE STÖRUNGEN

Hyperkinetische Störungen sind durch ein durchgehendes Muster von Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität gekennzeichnet, das in einem für den Entwicklungsstand des Betroffenen abnormen Ausmaß situationsübergreifend auftritt. Die Störung beginnt vor dem Alter von 6 Jahren und sollte in mindestens zwei Lebensbereichen/Situationen (z.B. in der Schule, in der Familie, in der Untersuchungssituation) konstant auftreten.

SYMPTOMATIK

Leitsymptome sind Unaufmerksamkeit (Aufmerksamkeitsstörung, Ablenkbarkeit), Überaktivität (Hyperaktivität, motorische Unruhe) und Impulsivität. Nach ICD-10 (klinische Kriterien) müssen sowohl Unaufmerksamkeit als auch Überaktivität vorliegen. Die Forschungskriterien verlangen das Vorliegen von Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität.

SUBTYPEN

- Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0)
- Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1), bei der sowohl die Kriterien für eine hyperkinetische Störung als auch für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllt sind.
- Einfache Aufmerksamkeitsdefizit ohne Hyperaktivität F98.8

Die Kombinationsdiagnose F90.1 wird durch die Häufigkeit begründet, mit der beide Störungen gemeinsam auftreten, und mit der im Vergleich zur einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung ungünstigeren Prognose.

PSYCHIATRISCHE KOMORBIDITÄT UND BEGLEITSTÖRUNGEN

- Störungen des Sozialverhaltens
- Umschriebene Entwicklungsstörungen, schulische Leistungsdefizite und Hinweise auf Teilleistungsschwächen
- Tic-Störungen (einschl. Tourette-Syndrom)
- Depressive Störungen
- Angststörungen (insbesondere Leistungsängste)
- Suchterkrankungen (insbesondere mit Beginn in der Pubertät)
- Beeinträchtigte Beziehungen zu Familienmitgliedern, zu Erziehern/Lehrern und zu Gleichaltrigen
- Negatives Selbstkonzept

DIE HÄUFIGSTE PSYCHIATRISCHE KOMORBIDITÄT SIND STÖRUNGEN DES SOZIALVERHALTENS UND UMSCHRIEBENE ENTWICKLUNGSSTÖRUNGEN. EMOTIONALE STÖRUNGEN WERDEN AM HÄUFIGSTEN ÜBERSEHEN.

DIFFERENTIALDIAGNOSEN

- Störung des Sozialverhaltens (kann auch komorbide Störung sein)
- Intelligenzminderung in Form von Lernbehinderung oder geistige Behinderung (kann auch komorbide Störung sein)
- Tiefgreifende Entwicklungsstörungen
- Panikstörung oder generalisierte Angststörung
- Manische Episode (v.a. im Jugendalter)
- Schizophrene Störung (v.a. im Jugendalter)
- Borderline-Persönlichkeitsstörung (im Jugendalter; kann auch komorbide Störung sein)
- Medikamenteneffekte, z.B. von Antiasthmatika, Phenobarbital, Antihistaminika, Steroiden, Sympathomimetika Organische/neurologische Primärstörung, z.B. Epilepsie (z.B. Petit mal), ➤
- Hyperthyreose, Migräne (kann auch komorbide Störung sein)
- Desorganisierte, chaotische Familienverhältnisse; Misshandlung oder massive Vernachlässigung des Kindes, biopsychosoziale Belastungen; neurotoxische Substanzen in der Umgebung des Kindes/Jugendlichen (können auch komorbide Bedingungen sein).

EPIDEMIOLOGIE

Betroffen sind ca. 3 – 8 % der Grundschüler, 1 – 4% der Jugendlichen, 1% der Erwachsenen;
Verhältnis Mädchen zu Jungen 1 : 3-9

VERLAUF

Bei ca. 20% der Betroffenen Rückbildung der Symptomatik während der Pubertät
Bei ca. 80% der Betroffenen Teilremission mit Beibehaltung der Aufmerksamkeitsstörung und der Impulsivität und Rückbildung der motorischen Unruhe mit Eintritt in die Pubertät
Erhöhte psychiatrische Komorbidität (siehe oben)

THERAPIE

Multimodales Behandlungskonzept

- Aufklärung und Beratung (Psychoedukation) der Eltern, des Kindes/Jugendlichen und des Erziehers bzw. des Klassenlehrers (wird immer durchgeführt)
- Elternt raining (auch in Gruppen) und Interventionen in der Familie (einschl. Familientherapie) zur Verminderung der Symptomatik in der Familie
- Interventionen im Kindergarten/in der Schule (einschl. Platzierungs-Interventionen) zur Verminderung der Symptomatik im Kindergarten/in der Schule
- Kognitive Therapie des Kindes/Jugendlichen (ab dem Schulalter) zur Verminderung von impulsiven und unorganisierten Aufgabenlösungen (Selbstinstruktionstraining) oder zur Anleitung des Kindes/Jugendlichen zur Modifikation des Problemverhaltens (Selbstmanagement)
- Pharmakotherapie zur Verminderung hyperkinetischer Symptome in der Schule (im Kindergarten), in der Familie oder in anderen Umgebungen
- Außerdem können diätetische Behandlungen (oligoantigene Diät (II)) hilfreich sein. Weitere Studien sind jedoch notwendig, um die Wirksamkeit und die Indikation dieser Intervention genauer abschätzen zu können. Vermutlich ist diese Behandlung nur selten hilfreich, möglicherweise häufiger bei Kindern im Vorschulalter.

Zur Behandlung der komorbiden Störungen können ergänzend Interventionen durchgeführt werden, vor allem:

- Soziales Kompetenztraining bei sozialen Kompetenzdefiziten und aggressivem Verhalten
- Einzel- und/oder Gruppenpsychotherapie (auf verhaltenstherapeutischer, tiefenpsychologischer oder nondirektiver Basis) zur Verminderung von geringem Selbstwertgefühl und/oder Problemen mit Gleichaltrigen
- Übungsbehandlungen zur Verminderung von umschriebenen Entwicklungsstörungen (Teilleistungsschwächen).

ENTBEHRLICHE THERAPIEMABNAHMEN

- Phosphatarme Diät gilt als obsolet
- Die Wirksamkeit nondirektiver oder tiefenpsychologischer Therapie zur alleinigen Behandlung der hyperkinetischen Kernsymptomatik ist nicht belegt
- Die Wirksamkeit von Mototherapie, Krankengymnastik, Psychomotorik und Ergotherapie zur alleinigen Behandlung der hyperkinetischen Kernsymptomatik ist nicht belegt
- Die Wirksamkeit von Entspannungsverfahren (einschl. autogenem Training) bei der Behandlung der hyperkinetischen Kernsymptomatik ist nicht hinreichend belegt.

Weiterführende Literatur

- DÖPFNER M, FRÖHLICH J, LEHMKUHL G: Hyperkinetische Störungen. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Band 1. Göttingen: Hogrefe 2000.
- DÖPFNER M, SCHÜRMAN S, FRÖHLICH J: Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP), 3. veränderte Auflage. Weinheim: Psychologie Verlags Union 1997