



Tagungsdokumentation

Pillen fürs Glück?

Über den Umgang mit
Depression und Hyperaktivität

Tagung des Nationalen Ethikrates in Rostock 2006

Tagungsdokumentation
Pillen fürs Glück?

Tagungsdokumentation

Pillen fürs Glück?

Über den Umgang mit
Depression und Hyperaktivität

Vorträge der Tagung des Nationalen Ethikrates 2006

INHALT

Herausgegeben vom Nationalen Ethikrat

Vorsitzende: Kristiane Weber-Hassemer
Jägerstraße 22/23 • D-10117 Berlin
Telefon: +49/30/203 70-242 • Telefax: +49/30/203 70-252
E-Mail: kontakt@ethikrat.org
www.ethikrat.org

Nationaler Ethikrat
Tagungsdokumentation
Pillen fürs Glück?

© 2007 Nationaler Ethikrat
Alle Rechte vorbehalten
Eine Abdruckgenehmigung wird auf Anfrage gern erteilt.
Gestaltung: BartosKersten Printmediendesign, Hamburg
Titelillustration: Manfred Bogner
Druck: Gallus Druckerei KG

- Seite 9 >> **Martin Lohse**
Mitglied des Nationalen Ethikrates
Einführung: Pillen fürs Glück? Über den Umgang mit Depression und Hyperaktivität
- Seite 13 >> **Manfred Döpfner**
Leitender Psychologe an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln
ADHS im internationalen Vergleich: Störungsbild, Behandlungsoptionen und ethische Aspekte
- Seite 29 >> **Ulrich Hegerl**
Klinischer Oberarzt der Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München
Warum die Depression gut behandelbar ist
- Seite 41 >> **Helmut Remschmidt**
Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie des Universitätsklinikums Gießen und Marburg
Zehn Thesen zu Chancen und Risiken psychoaktiver Substanzen im Kindes- und Jugendalter
- Seite 61 >> **Marianne Leuzinger-Bohleber**
Geschäftsführende Direktorin des Sigmund-Freud-Instituts, Frankfurt am Main
Psychoanalytische Erkundungen zu Depression und Hyperaktivität
Die emanzipatorisch-psychoanalytische Perspektive
- Seite 73 >> **Literaturhinweise**

MARTIN LOHSE
Mitglied des Nationalen Ethikrates

Einführung: Pillen fürs Glück? Über den Umgang mit Depression und Hyperaktivität

Wir haben das Thema dieser Veranstaltung mit „Pillen fürs Glück?“ überschrieben, einem zugegebenermaßen provokanten Titel, und werden uns dabei der Depression und der Hyperaktivität zuwenden.

Warum wählen wir unter den psychischen Krankheiten als Thema für unsere Tagung gerade diese beiden aus? Ein Grund ist, dass sie sehr weit verbreitet sind. Es gibt unterschiedliche Schätzungen zur Häufigkeit. Die Zahlen schwanken sehr stark. Aber es steht außer Zweifel, dass es weit verbreitete Erkrankungen sind, die trotzdem ein gewisses Schattendasein führen. Dies liegt nicht zuletzt daran, dass diese beiden psychischen Krankheiten und die von ihnen Betroffenen immer noch mit einem gewissen Stigma behaftet sind. Dahinter könnte manchmal der Vorwurf stehen, dass der Betroffene an diesen Krankheiten schuld sei, dass Depression und Hyperaktivität also nicht mit anderen Krankheiten vergleichbar seien. Viele Menschen fragen sich auch: Sind das, worum es hier geht, eigentlich Krankheiten oder sind es Normvarianten? Andere tendieren hingegen zu der Meinung, es handele sich um Krankheiten, also distinkte Entitäten, die sich von dem abgrenzen lassen, was Normalität sei.

Der zweite Grund für die Wahl dieser beiden Erkrankungen ist, dass wir uns klarmachen wollen, dass es sich hier zumindest in einigen Fällen um ganz schwerwiegende Störungen handelt, unter denen die Betroffenen, aber auch ihre Familien und ihre weitere Umwelt erheblich leiden können. Gerade deswegen meinen wir, dass diese Krankheiten ein bisschen ins Licht gestellt werden sollten.

Des Weiteren sind es Erkrankungen, die man multimodal therapiert, bei denen also verschiedene Disziplinen in der Therapie eine Rolle spielen, mit unterschiedlichen theoretischen Ansätzen und praktischen Vorgehensweisen. Wir wollen diese Richtungen im Rahmen dieser Tagung zusammenbringen. Das ist in Deutschland, so mein Eindruck, besonders schwer. Ich habe meine Ausbildung zum Teil in England

Hinweis:

Die in der vorliegenden Tagungsdokumentation versammelten Beiträge weichen zum Teil deutlich von den mündlich vorgetragenen Referaten ab. Der Wortlaut der Vorträge kann im Protokoll der Tagung unter http://www.ethikrat.org/veranstaltungen/pdf/Wortprotokoll_Pillen_fuers_Glueck_Rostock_2006-11-22.pdf nachgelesen werden.

und Frankreich gemacht. Dort war es – zumindest damals – sehr viel leichter, gerade in der Psychiatrie, verschiedene Richtungen zusammenzubringen. Vor allem deshalb wollen wir diese Tagung als interdisziplinäres Forum nutzen.

Es ist in den letzten Jahren der Eindruck entstanden, dass diese Krankheiten zunehmen. Wenn man das aus meiner Perspektive als Pharmakologe betrachtet, also als jemand, der sich für Arzneimittel und ihre Wirkung interessiert, dann würde man das bejahen. Die Verordnungen von Arzneimitteln nehmen im psychiatrischen Bereich generell deutlich zu, aber ganz besonders für diese beiden Erkrankungen. Einige Zahlen hierzu: Wenn wir von dem ausgehen, was Ärzte in Deutschland verordnen – darüber gibt es sehr zuverlässige Angaben von den gesetzlichen Krankenversicherungen, die wir jährlich im Arzneiverordnungsreport dokumentieren und kommentieren –, dann können wir konstatieren, dass sich die Zahl der Verordnungen von Methylphenidat, also Ritalin® und verwandten Substanzen, in den letzten zehn Jahren verzehnfacht hat. Ob das viel oder wenig ist, darüber gibt es eine intensive Diskussion. Heutzutage werden jährlich fast 100.000 Menschen – überwiegend Kinder, überwiegend Jungen – mit diesen Medikamenten behandelt. Bei den Antidepressiva hat sich die Zahl der Verschreibungen in den letzten zehn Jahren verdoppelt – auf über 700 Millionen Tagesdosen, das sind kontinuierlich fast zwei Millionen Behandelte in Deutschland. Auch hier wissen wir nicht, woran das liegt. Was nimmt zu? Nimmt die Krankheit wirklich zu, wie einige suggerieren? Gibt es neue Erkrankungen, die einer Therapie mit diesen Mitteln zugänglich geworden sind? Oder verbessert sich lediglich die Diagnostik? Therapieren wir erstmals auch Patienten, die früher unentdeckt blieben? Oder schließlich, bei gleich bleibender Diagnostik: Ist es vielleicht nur der Griff zu den Arzneimitteln, der sich vermehrt hat gegenüber anderen Therapierichtungen oder vielleicht auch gegenüber dem Nichtstun? In jedem Fall stellt sich hier die Frage: Haben wir früher falsch gehandelt oder falsch behandelt? Handeln wir heute richtig? Bekommen zu wenige Patienten Arzneimittel oder eher zu viele? Oder: Werden diese Medikamente den richtigen Patienten verschrieben? Diesen und anderen, verwandten Fragen wollen wir auf der heutigen Tagung nachgehen.

MANFRED DÖPFNER

Leitender Psychologe an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln

ADHS im internationalen Vergleich: Störungsbild, Behandlungsoptionen und ethische Aspekte

Hyperkinetische Störungen (HKS) oder Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) sind im letzten Jahrzehnt in das Zentrum öffentlichen Interesses gerückt und viele Kontroversen haben sich an den Fragen nach der Validität dieser Störungen, ihrer Auftretenshäufigkeit, der Zunahme der Problematik in den letzten Jahrzehnten sowie an den Fragen nach den Ursachen und der adäquaten Behandlung der Störung entzündet. Unter den Fachleuten besteht international ein breiter Konsens,

- » dass ADHS eine häufige Störung im Kindes- und Jugendalter ist, die zu erheblichen Beeinträchtigungen bei den Betroffenen und ihrem Umfeld führen kann;
- » dass ADHS bis ins Erwachsenenalter hinein persistieren kann und auch dann noch zu erheblichen Beeinträchtigungen führen kann;
- » dass mehrere Faktoren ADHS verursachen können, dass aber genetische Faktoren bei der Entstehung von ADHS der wichtigste Einzelfaktor sind;
- » dass der hohe genetische Anteil nicht ausschließt, dass psychosoziale und gesellschaftliche Umstände doch auch einen erheblichen Beitrag zur Auftretenshäufigkeit und zur Ausgestaltung der Störung leisten;
- » dass eine individuell abgestimmte (adaptive) multimodale Therapie, in der Aufklärung und Beratung (Psychoedukation), psychosoziale Interventionen auf verhaltenstherapeutischer Grundlage und Pharmakotherapie die entscheidenden Komponenten sind, wirkungsvoll ist;
- » dass bei der Versorgung von Menschen, die von der ADHS-Symptomatik betroffen sind, verschiedene Disziplinen zusammenarbeiten müssen und eine Vernetzung auf regionaler Ebene dringend geboten ist.

Diese Kernpunkte sind in mehreren Konsensuspapieren und Leitlinien auf nationaler und internationaler Ebene dokumentiert, so beispielsweise in:

- » dem Eckpunktepapier der interdisziplinären Konsensuskonferenz des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) aus dem Jahre 2002¹
- » der Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer zu Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen²
- » den Leitlinien der Fachgesellschaften für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie³, für Kinderheilkunde und Jugendmedizin⁴ und für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde⁵
- » den Leitlinien einer europäischen Expertengruppe zu ADHS bei Kindern und Jugendlichen⁶
- » dem „International Consensus Statement on ADHD“, das von einer Vielzahl von Wissenschaftlern unterzeichnet wurde⁷

In diesem Beitrag sollen die wissenschaftlich gesicherten Erkenntnisse zum Störungsbild, zur Auftretenshäufigkeit (Prävalenz), zu den Ursachen (Ätiologie) und zum Verlauf sowie zu den Behandlungsoptionen dargestellt werden. Abschließend werden ethische Aspekte diskutiert, die mit der Behandlung dieses Störungsbildes verbunden sind.

Störungsbild

Das Störungsbild ist in den beiden international anerkannten Klassifikationssystemen für psychische Störungen – der International Classification of Diseases (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (WHO)⁸ und dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR) der American Psychiatric Association⁹ – definiert. Zunehmend wird der Begriff der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) favorisiert, weil er am besten die verschiedenen Facetten der Störung bezeichnet. Beide Klassifikationssysteme beschreiben diese Störung einheitlich als eine Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit (Aufmerksamkeitsstörung, Ablenkbarkeit), der Impulskontrolle (Impulsivität) und der Aktivität (Hyperaktivität). Tabelle 1 zeigt die Kriterien für die Diagnose dieser Störung, wie sie in diesen beiden

¹ Siehe unter www.zentrales-adhs-netz.de.

² Bundesärztekammer 2005a, 2005b, 2007.

³ Döpfner/Lehmkuhl 2003.

⁴ Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e. V./Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin 2003.

⁵ Ebert/Krause/Roth-Sackenheim 2003.

⁶ Banaschewski et al. 2006, Taylor et al. 2004.

⁷ Barkley 2002.

⁸ Deutsche Fassung: Weltgesundheitsorganisation 2004, 2005.

⁹ Deutsche Fassung: Saß/Wittchen/Zaudig 2003.

derzeit gültigen internationalen Klassifikationssystemen definiert werden.¹⁰ Die Diagnose einer ADHS setzt voraus, dass eine bestimmte Anzahl der genannten Symptome vorliegt und dass diese Symptome über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten in einem Ausmaß vorhanden sind, das zu einer Fehlanpassung und deutlichen Beeinträchtigung des Betroffenen führt.

Diese Auffälligkeiten müssen außerdem bereits vor dem Alter von sechs Jahren auftreten und sie müssen in mehreren, jedoch nicht notwendigerweise in allen Situationen und Lebensbereichen nachweisbar sein – in der Familie, im Kindergarten, in der Schule oder auch in der Untersuchungssituation. Am häufigsten treten die Auffälligkeiten in fremdbestimmten Situationen (Schule, Hausaufgaben, Beruf) auf. Darüber hinaus muss die Problematik auch bezogen auf den Entwicklungsstand des Kindes, Jugendlichen oder Erwachsenen auffällig sein. Intellektuell retardierte Menschen können also durchaus eine so definierte ADHS haben, allerdings müssen die Symptome dann deutlich stärker ausgeprägt sein als bei Menschen mit dem entsprechenden Entwicklungsniveau.“

Beide Klassifikationssysteme unterscheiden sich zwar nur unwesentlich in der Definition der einzelnen Symptome von ADHS, wohl aber in der Bestimmung der Anzahl und der Kombination dieser Kriterien, die für die Diagnose einer Störung vorliegen müssen. Wie Abbildung 1 zeigt, fordert ICD-10, dass sowohl Störungen der Aufmerksamkeit als auch Störungen der Impulskontrolle und Störungen der Aktivität für die Diagnose einer „Störung von Aktivität und Aufmerksamkeit“ (F 90.0) vorhanden sein müssen. Sind zusätzlich die Kriterien einer Störung des Sozialverhaltens (das heißt aggressives Verhalten) erfüllt, dann wird eine „hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens“ (F 90.1) diagnostiziert. Demgegenüber unterscheidet das DSM-IV zwischen:

- » dem gemischten Subtypus der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, bei dem wie beim ICD-10 Symptome in allen drei Bereichen auftreten
- » dem vorherrschend unaufmerksamen Subtypus, bei dem nur die Merkmale der Aufmerksamkeitsstörung voll erfüllt sind
- » dem vorherrschend hyperaktiv-impulsiven Subtypus, bei dem nur die Merkmale der Hyperaktivität-Impulsivität voll erfüllt sind¹²

Diese Binnendifferenzierung von DSM-IV, vor allem die Definition des vorherrschend unaufmerksamen Subtyps neben dem gemischten Subtyp, erscheint sinnvoll,

¹⁰ Döpfner/Frölich/Lehmkuhl 2000.

¹¹ Vgl. Döpfner 2003.

¹² Vgl. Döpfner et al. 2000.

Symptomkriterien der hyperkinetischen Störung nach ICD-10 (Forschungskriterien) und der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung nach DSM-IV

A) Unaufmerksamkeit

1. Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten.
2. Hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder Spielen aufrechtzuerhalten.
3. Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn/sie ansprechen.
4. Führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund von oppositionellem Verhalten oder Verständnisschwierigkeiten).
5. Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren.
6. Vermeidet häufig, hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengungen erfordern (wie Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben).
7. Verliert häufig Gegenstände, die er/sie für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (zum Beispiel Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug).
8. Lässt sich oft durch äußere Reize leicht ablenken.
9. Ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich.

B) Hyperaktivität

1. Zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum.
2. Steht häufig in der Klasse oder in anderen Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird.
3. Läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben).
4. Hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen.
5. Ist häufig „auf Achse“ oder handelt oftmals, als wäre er/sie „getrieben“ (DSM-IV); zeigt ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivität, das durch die soziale Umgebung oder durch Aufforderungen nicht durchgreifend beeinflussbar ist (ICD-10).

C) Impulsivität

1. Platzt häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist.
2. Kann häufig nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist (ICD-10: bei Spielen oder in Gruppensituationen).
3. Unterbricht und stört andere häufig (platzt zum Beispiel in Gespräche oder in Spiele anderer hinein).
4. Redet häufig übermäßig viel (ICD-10: ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren). (Im DSM-IV unter Hyperaktivität subsumiert.)

weil ein erheblicher Anteil der Kinder und vor allem Jugendlichen und Erwachsenen ausgeprägte Aufmerksamkeitsstörungen aufweist, ohne die Kriterien für eine ausgeprägte Hyperaktivität-Impulsivität voll zu erfüllen. Das so definierte Konzept von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen konnte durch eine Vielzahl empirischer Studien auch in interkulturellen Analysen belegt werden.¹³ Zu Kontroversen und Missverständnissen unter Fachleuten wie in der Öffentlichkeit hat die Tatsache geführt, dass bei ADHS – wie bei allen psychischen Störungen – eine dimensionale Betrachtungsweise gegenüber der kategorialen Sichtweise angemessener ist, obwohl die Klassifikationssysteme diskrete Störungskategorien definieren. Die einzelnen Symptome einer ADHS können also mehr oder weniger stark ausgeprägt sein. Die klinische Diagnose einer ADHS spaltet dieses Kontinuum in Kategorien auf und vereinfacht damit die klassifikatorische Zuordnung. Dieser kontinuierliche Charakter von ADHS hat dazu geführt, dass die Störung mitunter als erfundene Störung kritisiert wird. Die Tatsache, dass Grenzsetzungen bei kontinuierlich verteilten Merkmalen immer arbiträr bleiben müssen, gibt jedoch keinen Anlass, die Existenz dieser Problematik zu leugnen – genauso wenig wie beispielsweise die Existenz von Bluthochdruck als ernst zu nehmende Erkrankung geleugnet werden kann, nur deshalb, weil die Grenzen von normalem Blutdruck zu Bluthochdruck fließend sind. Bei der Hypertonie wie bei ADHS ist unbestritten, dass sehr starke Ausprägungen eine ernst zu nehmende Beeinträchtigung der Gesundheit darstellen. Diskussionswürdig sind allerdings die Grenzziehungen: Bei welcher Ausprägung sprechen wir noch von Normvariationen und wann von einer Störung? In den gegenwärtigen Klassifikationssystemen hat man das Kriterium der Funktionsbeeinträchtigungen zur Definition der Grenzen herangezogen – eine ADHS wird dann diagnostiziert, wenn eine bestimmte Anzahl von Symptomen vorliegt und wenn diese Symptomatik zu einer erheblichen Einschränkung in den Alltagsfunktionen führt, das heißt zu Beeinträchtigungen im Zusammenleben in der Familie, mit Freunden, in der Schule oder im Beruf. Wann eine Einschränkung aber eine erhebliche Einschränkung ist, das unterliegt natürlich subjektiven Bewertungen.

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen ohne zusätzliche (komorbide) psychische Störungen sind eher die Ausnahme – bei bis zu 80 Prozent werden komorbide Störungen diagnostiziert,¹⁴ vor allem oppositionelle Störungen des Sozialverhaltens (bis zu 50 Prozent), stärker ausgeprägte Störungen des Sozialverhaltens (30 bis 50 Prozent), affektive, vor allem depressive Störungen (15 bis 20 Prozent), Angststörungen (20 bis 25 Prozent) und umschriebene Lernstörungen (10 bis 25 Prozent). Darüber hinaus werden Tics sowie Sprech- und Sprachstörungen, aber

¹³ Vgl. Barkley 2002, Döpfner et al. 2006.

¹⁴ Vgl. Jensen/Martin/Cantwell 1997.

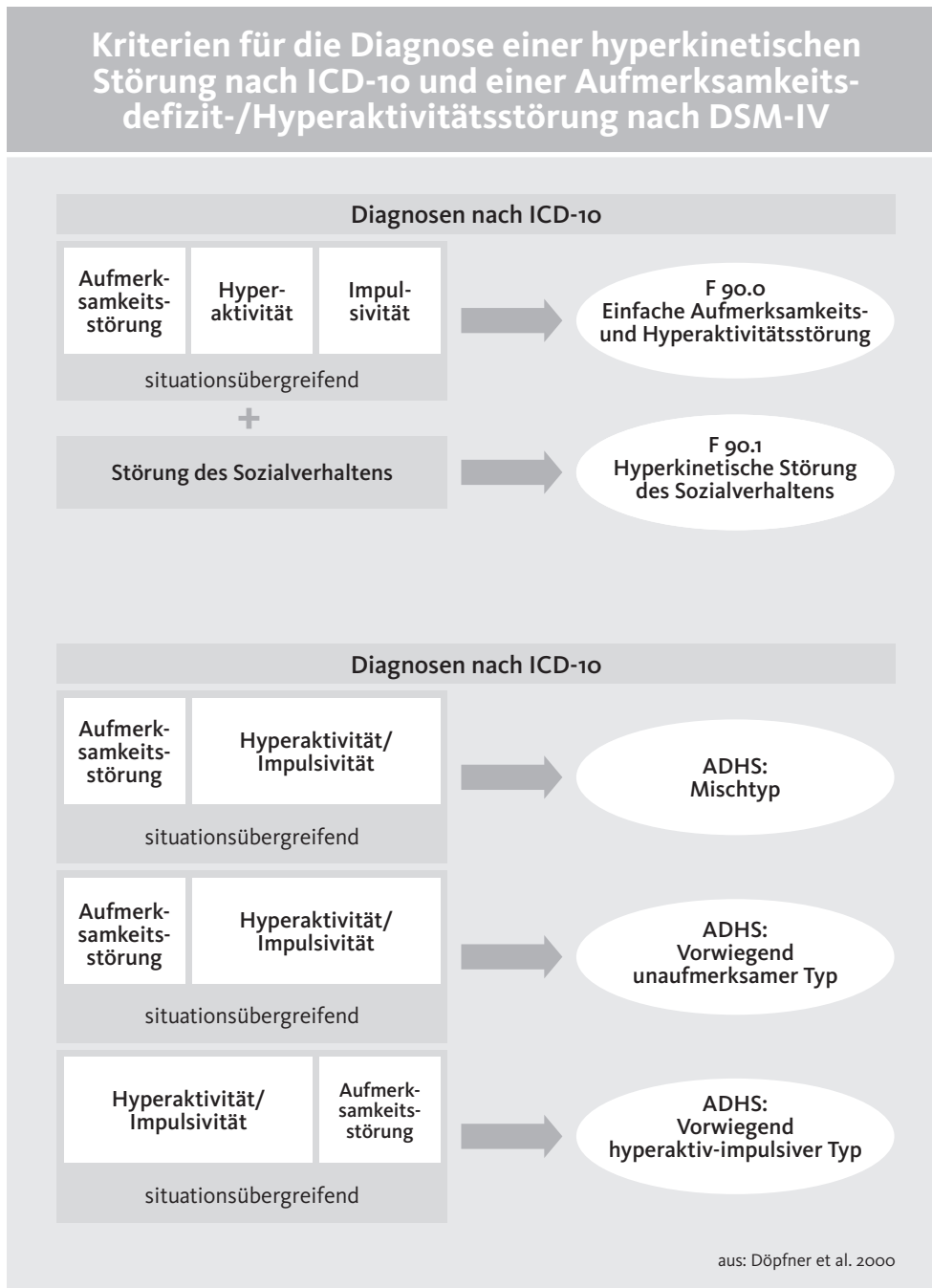


Abbildung 1

auch Störungen der motorischen Funktionen gehäuft beobachtet. Neben diesen komorbiden Störungen treten bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS gehäuft zusätzliche Probleme und Belastungen auf. Die betroffenen Kinder wiederholen häufiger eine Klasse, haben schlechtere Schulnoten und erreichen geringere Leistungen in Sprach-, Lese-, Rechtschreib- und Rechentests. Die Kinder haben eine geringere soziometrische Position in der Gleichaltrigengruppe und die Eltern-Kind- sowie die Lehrer-Kind-Beziehungen sind durch ein hohes Maß an negativen, bestrafenden und kontrollierenden Interaktionen gekennzeichnet.¹⁵

Prävalenz

Mehrere Studien liegen zur Auftretenshäufigkeit von ADHS und ADHS-Symptomen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland vor. Die Studien unterscheiden sich in der untersuchten Stichprobe, der Größe der Stichprobe, den eingesetzten Instrumenten zur Erfassung der Symptome und den Kriterien zur Bestimmung von ADHS. Daher sind Schwankungen bei den ermittelten Prävalenzraten unvermeidlich. Eine Expertise des „zentralen adhs-netzes“ (www.zentrales-adhs-netz.de) fasst die Studien zur Prävalenz von ADHS im deutschen Sprachraum zusammen.¹⁶ Für Kinder im Alter von drei bis sechs Jahren liegen für Deutschland zwei Studien vor, welche die gültigen diagnostischen Kriterien über einen Elternfragebogen¹⁷ beziehungsweise über Eltern- und Erzieherfragebogen¹⁸ abprüften. Die Prävalenzraten auf der Basis der Elternangaben lagen in diesen Studien zwischen 9,9 und 11,3 Prozent, wenn man die Kriterien von DSM-IV zugrunde legt. Nach den Angaben der Erzieherinnen im Kindergarten werden die Kriterien von DSM-IV deutlich seltener erreicht, nämlich in 6,6 Prozent der Fälle. Sowohl im Urteil der Eltern als auch der Erzieherinnen sind 4,2 Prozent nach den Kriterien von DSM-IV auffällig.¹⁹ Die Prävalenzraten nach den schärferen ICD-10-Kriterien liegen mit 3,8 Prozent im Elternurteil und mit 1,5 Prozent im Erzieherurteil deutlich unter den Kriterien nach DSM-IV. Die bislang größte Studie zur Häufigkeit von ADHS bei Kindern und Jugendlichen im Alter von vier bis 17 Jahren legen Görtz-Dorten/Döpfner (im Erscheinen) vor. Sie finden auf der Basis von Elternangaben eine Prävalenzrate von 9,3 Prozent nach den Kriterien von DSM-IV und von 3,4 Prozent nach den Kriterien von ICD-10. Bei den genannten Studien wurde allerdings nur überprüft, ob die Kriterien für die Symptomatik vorliegen, es wurde nicht überprüft, ob das zusätzliche Kriterium der Funktionseinschränkung im

¹⁵ Vgl. Döpfner 2002, 2003.

¹⁶ Döpfner et al. 2007.

¹⁷ Kuschel et al. 2006.

¹⁸ Breuer/Döpfner 2006.

¹⁹ Ebenda.

Alltag erfüllt ist, und in nur einer Studie²⁰ wurden die Informationen von Eltern und Erziehern zusammengeführt und damit überprüft, ob die Problematik in mehreren Lebensbereichen vorliegt, wie von den Klassifikationskriterien gefordert. Die genannten Zahlen stellen daher eher eine Überschätzung der wahren Prävalenzraten dar. Wenn ausschließlich Lehrerurteile der Prävalenzschätzung zugrunde gelegt werden, dann kommen auf der Basis von DSM-IV noch höhere Prävalenzraten zustande.²¹

Die Mehrzahl dieser Studien weist auf eine deutlich höhere Prävalenz bei Jungen im Vergleich zu Mädchen hin (mindestens 2:1), wobei die Jungen-Mädchen-Relation extremer wird, wenn schärfere Kriterien zugrunde gelegt werden.²² Darüber hinaus lassen sich Verminderungen der Symptomatik – vor allem der Hyperaktivität und der Impulsivität – mit zunehmendem Alter nachweisen (Görtz-Dorten/Döpfner, im Erscheinen). Andere Studien verwenden nicht die hier dargestellten einzelnen Symptomkriterien der Klassifikationssysteme, sondern schätzen die Prävalenzraten auf der Basis größerer Beurteilungen. So berechnete Huss (2006) auf der Basis von Elternangaben (SDQ) im Rahmen des bundesweiten Kinder- und Jugendsurveys des Robert-Koch-Instituts unter Berücksichtigung verschiedener Schätzwerte eine Prävalenz von 3,9 Prozent.

Internationale Studien, die in mehreren neueren Publikationen zusammengefasst werden,²³ belegen ähnliche Prävalenzraten für andere Länder und Kulturen. So zeigen nach Skounti/Philalithis/Galanakis (2007) die Studien aus anderen europäischen Ländern bei Kindern Prävalenzraten zwischen 3,6 und 6,7 Prozent, während sie bei Jugendlichen geringer ausfallen und zwischen 2,2 und 2,6 Prozent liegen. Polanczyk et al. (im Erscheinen) berechnen weltweit eine durchschnittliche Prävalenzrate von 5,3 Prozent, wobei Europa (4,6 Prozent) geringfügig unter und Nordamerika mit 6,6 Prozent etwas über dem weltweiten Durchschnitt liegen. Auch in diesen Studien werden Prävalenzraten anhand verschiedener Klassifikationssysteme bestimmt. Werden die Kriterien von ICD-10 angelegt, ergeben sich deutlich geringere Prävalenzen als nach DSM-IV. Geringere Prävalenzen werden auch ermittelt, wenn die Kriterien früherer Versionen des DSM (DSM-III-R und DSM-III) herangezogen werden. In der Mehrzahl dieser Studien wird zudem bestätigt, dass Jungen im Vergleich zu Mädchen deutlich häufiger von der Symptomatik betroffen sind.

In Deutschland liegt die administrative Prävalenz, das heißt die Häufigkeit, mit der die Diagnose einer ADHS auf Krankenscheinen auftaucht, eher unter den in den epidemiologischen Studien gefundenen Prävalenzraten. So können Köster et al. (2004)

²⁰ Ebenda.

²¹ Baumgaertel/Wolraich/Dietrich 1995.

²² Breuer/Döpfner 2006.

²³ Faraone et al. 2003, Polanczyk et al. (im Erscheinen), Skounti/Philalithis/Galanakis 2007.

zeigen, dass im Jahr 2001 bei knapp 2,5 Prozent der Kinder und Jugendlichen einer Versichertenstichprobe die Diagnose einer hyperkinetischen Störung nach ICD-10 gestellt wurde und dass eine systematische Steigerung dieser administrativen Prävalenz zwischen 1998 und 2001 zu beobachten war.

Ätiologie

Wie bei den meisten psychischen Störungen wird auch bei ADHS eine Interaktion psychosozialer und biologischer Faktoren vermutet. Die Studien der letzten Jahre weisen jedoch eindeutig darauf hin, dass psychosoziale Faktoren eine geringere Rolle spielen und biologischen Faktoren ein immer größerer Stellenwert eingeräumt werden muss.²⁴ Abbildung 2 gibt ein biopsychosoziales Modell zur Entstehung von ADHS wieder, das die weitgehend gesicherten Befunde zu den ätiologischen Faktoren von ADHS integriert. Danach werden genetische Dispositionen, die vermutlich vor allem eine Störung des Neurotransmitterstoffwechsels (insbesondere des Dopaminstoffwechsels) bewirken, als wesentliche Faktoren für die Entwicklung der Störung angenommen. Auf die Beteiligung genetischer Faktoren weisen vor allem Zwillingsstudien hin, die eine Heritabilität (der Varianzanteil der Merkmalsunterschiede, der durch genetische Unterschiede bestimmt wird) zwischen 56 und 86 Prozent ermittelten. In molekulargenetischen Studien konnten Zusammenhänge zwischen Dopaminrezeptor-Genen (DRD 4) sowie Dopamintransporter-Genen (DAT 1) und ADHS nachgewiesen werden. Wenngleich die Befunde teilweise uneinheitlich sind, wird ein Dopaminmangel, teilweise verursacht durch eine erhöhte Dopamintransporter-Gen-Dichte, vermutet. Der Einfluss erworbener Hirnschädigungen (zum Beispiel durch Alkohol- und Nikotinkonsum der Mutter während der Schwangerschaft oder durch Frühgeburt mit niedrigem Geburtsgewicht) ist teilweise belegt, aber deutlich geringer. Auf der neuropsychologischen Ebene lassen sich Störungen der Selbstregulierung in verschiedenen sogenannten exekutiven Funktionsbereichen nachweisen, die für die Planung und Kontrolle von Handlungsabläufen wichtig sind. Diese Auffälligkeiten haben auf der Symptomebene die klassischen Symptome von ADHS zur Folge und ziehen eine Zunahme an negativen Interaktionen zwischen dem Kind und seinen Bezugspersonen nach sich. Belastende Bedingungen in Familie und Schule, aber auch in der Gleichaltrigengruppe können die weitere Entwicklung solcher ungünstiger Interaktionen wesentlich unterstützen, die ihrerseits wiederum eine Zunahme der ADHS und der Störungen im Selbstregulierungsprozess fördern und die Entwicklung weiterer komorbider Symptome (zum Beispiel aggressiven Verhaltens) bewirken können.²⁵

²⁴ Döpfner/Lehmkuhl 2005.

²⁵ Döpfner et al. 2000, Döpfner/Lehmkuhl 2005.

Verlauf

Längsschnittstudien zeigen, dass ADHS über das Kindes- und Jugendalter hinweg relativ stabil ist, wenngleich sich das Bild der Störung wandelt.²⁶ Im Säuglings- und Kleinkindalter treten gehäuft Regulationsstörungen und schwierige Temperamentsmerkmale mit Schlaf- und Essproblemen sowie mit einer gereizten Stimmungslage auf. Das Risiko für die Entwicklung hyperkinetischer oder oppositioneller Verhaltensstörungen ist bei diesen Kindern vor allem dann deutlich erhöht, wenn psychische Störungen der Eltern, Eheprobleme, eine feindselige Einstellung zum Kind sowie negative und überwiegend kritisierende Interaktionen der Mutter mit dem Kind hinzukommen. Im Kindergarten- und Vorschulalter entwickeln sich meist die ausgeprägten hyperkinetischen Verhaltensauffälligkeiten, die sich im Grundschulalter meist weiter verfestigen. Im Jugendalter vermindert sich bei Kindern mit ADHS die motorische Unruhe meist deutlich, während Aufmerksamkeitsstörungen und auch Impulsivität eher persistieren können. Im Erwachsenenalter können sich die ADHS-Symptome weiter vermindern, wobei mindestens 30 bis 50 Prozent der Erwachsenen weiterhin unter Einschränkungen durch die noch bestehende ADHS-Symptomatik leiden.²⁷

Therapieansätze und ihre Indikation

Bei Kindern und Jugendlichen haben sich die medikamentöse Therapie, meist mit Psychostimulanzien, sowie verschiedene verhaltenstherapeutische Interventionen als besonders wirkungsvoll erwiesen.²⁸ Die Kombination medikamentöser Therapie mit Verhaltenstherapie wird als multimodale Behandlung bezeichnet, mitunter wird dieser Begriff allerdings auch bei der Kombination verschiedener Verfahren der Verhaltenstherapie benutzt. Nationale und internationale Leitlinien zur Therapie von ADHS stimmen in ihren Empfehlungen zum Einsatz der verschiedenen Therapien weitgehend überein:²⁹

- » Bei stark ausgeprägter, situationsübergreifender und die Alltagsfunktionen erheblich beeinträchtigender Symptomatik wird eine initiale Pharmakotherapie nach einer eingehenden Beratung empfohlen.
- » In anderen Fällen sollte zunächst Beratung und Psychoedukation (auf verhal-

²⁶ Vgl. Döpfner 2003.

²⁷ Döpfner et al. 2000.

²⁸ Döpfner et al. 2000, Döpfner/Lehmkuhl 2002b.

²⁹ Bundesärztekammer 2005a, 2005b, 2007, Döpfner/Lehmkuhl 2003, Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e. V./Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin 2003, Ebert et al. 2003, Banaschewski et al. 2006, Taylor et al. 2004.

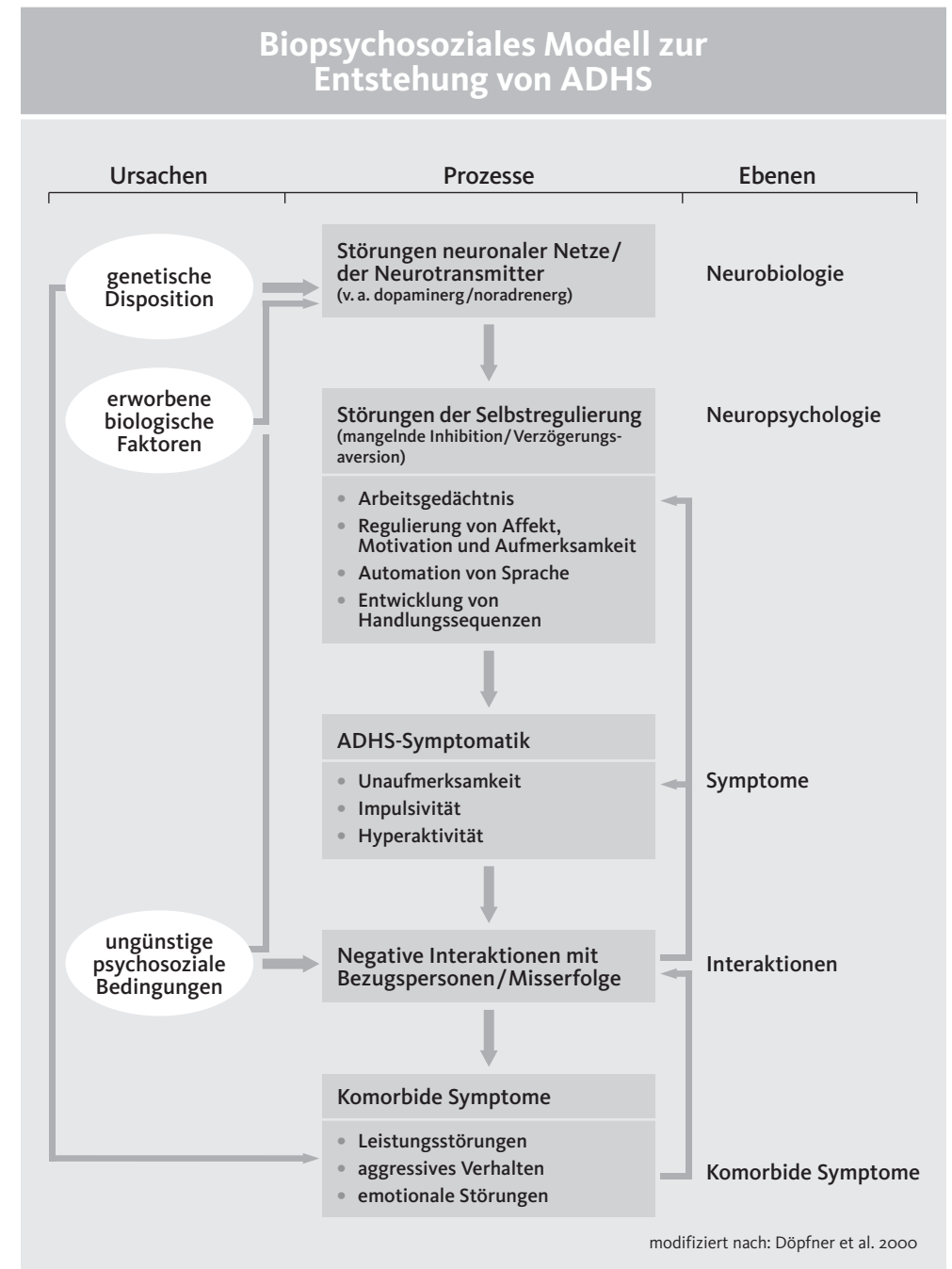


Abbildung 2

- tenstherapeutischer Grundlage) sowie Verhaltenstherapie durchgeführt werden.
- » Eine Kombination von Pharmako- und Verhaltenstherapie ist indiziert, wenn durch Verhaltenstherapie alleine bzw. durch Pharmakotherapie in Verbindung mit Beratung keine hinreichenden Effekte erzielt werden können.
 - » Neben der Behandlung der Kernsymptomatik sind auch komorbide Störungen in der Therapie zu beachten.

In der psychopharmakologischen Behandlung von ADHS stellen Psychostimulanzien (Methylphenidat, D-Amphetamin) die Medikamente der ersten Wahl dar.³⁰ Daneben hat sich der Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer Atomoxetin als wirkungsvoll erwiesen.³¹ Die Wirksamkeit von Methylphenidat ist am besten untersucht. Etwa 70 bis 80 Prozent der Kinder mit ADHS profitieren von einer Psychostimulanzientherapie. Vor allem das störende Verhalten im Unterricht reduziert sich deutlich; bei individueller Titrierung normalisiert sich bei 50 bis 70 Prozent aller Kinder das Verhalten im Unterricht sogar. Im Sozialverhalten kann die Medikation einen Rückgang oppositioneller Verhaltensweisen gegenüber Erwachsenen und gleichzeitig eine Zunahme erwünschten Verhaltens bewirken und damit zur Verbesserung der Eltern- bzw. Lehrer-Kind-Interaktion beitragen. In der Gleichaltrigengruppe kann sich die soziale Akzeptanz des Kindes verbessern, was in soziometrischen Beurteilungen nachgewiesen werden konnte. Ausgeprägte Nebenwirkungen sind selten und lassen sich in der Regel gut kontrollieren. Die Pharmakotherapie hat sich auch bei Erwachsenen als wirkungsvoll erwiesen.³²

Unter den psychosozialen Interventionen haben sich verhaltenstherapeutische Interventionen in der Familie (Elterntrainings) sowie pädagogische Interventionen im Unterricht auf verhaltenstherapeutischer Basis als sehr wirkungsvoll erwiesen.³³ Auch die Wirksamkeit präventiver Ansätze auf verhaltenstherapeutischer Basis konnte³⁴ belegt werden.

Die empirischen Studien zur kombinierten medikamentösen und Verhaltenstherapie von Kindern mit ADHS weisen darauf hin, dass sich sowohl durch Verhaltenstherapie als auch durch medikamentöse Therapie sehr starke Behandlungseffekte erzielen lassen, wobei die medikamentöse Therapie bei der Verminderung der ADHS-Kernsymptomatik laut mehreren Studien der Verhaltenstherapie überlegen ist. Die kombinierte Therapie erwies sich in der Mehrzahl der Studien der Verhaltenstherapie

gegenüber deutlich und der Pharmakotherapie gegenüber etwas überlegen. Die Studien legen ein adaptives Vorgehen nahe, bei dem zunächst mit einer Therapieform begonnen wird und in Abhängigkeit von den Effekten eine Kombination mit der zweiten Therapieform erwogen werden sollte.³⁵

Behandlungsprävalenz

Die Behandlung mit Methylphenidat ist in den letzten eineinhalb Jahrzehnten weltweit und in Deutschland rasant gestiegen. So stieg in Deutschland die Anzahl der definierten Tagesdosen dieses Wirkstoffs von 0,3 Millionen im Jahre 1990 auf 33 Millionen im Jahre 2005, was einer Verhundertfachung der definierten Tagesdosen entspricht.³⁶ Eine solche extreme Zunahme hat verständlicherweise vielfältige Bedenken ausgelöst. Eine Analyse der Methylphenidatverordnungen in einer Versichertenstichprobe zeigt für die Jahre 1998 bis 2000 auch einen deutlichen Anstieg der 7- bis 14-Jährigen, denen Methylphenidat verordnet wurde, und zwar von 0,43 Prozent (1998) auf 1,1 Prozent (2000).³⁷ Damit lagen die Behandlungsprävalenzen jedoch noch deutlich unter den niedrigsten Störungsprävalenzraten nicht nur in der Gesamtstichprobe, sondern auch in der Gruppe, die am häufigsten die Substanz verordnet bekam – nämlich der Gruppe der acht- bis neunjährigen Jungen mit einer Rate von etwa 2,4 Prozent. In den USA hat sich die Verordnungsrate auf hohem Niveau stabilisiert, rund drei Prozent aller Kinder und Jugendlichen und etwa 4,7 Prozent aller Sechs- bis Zwölfjährigen wurden in den Jahren 2000 bis 2002 mit Psychostimulanzien behandelt.³⁸ Die Zahlen für Deutschland weisen darauf hin, dass nicht von einer generellen Überversorgung mit Psychostimulanzien ausgegangen werden kann, denn die Behandlungsprävalenzraten liegen noch deutlich unter den Störungsprävalenzraten. Letzteres gibt bisher keinen Anlass zur Besorgnis, da ja entsprechend den Behandlungsleitlinien längst nicht alle Kinder und Jugendlichen mit einer Diagnose auch pharmakologisch behandelt werden müssen.

Aus den im Vergleich zu den Störungsprävalenzraten niedrigeren Behandlungsprävalenzraten kann jedoch nicht abgeleitet werden, dass die Pharmakotherapie in jedem behandelten Fall auch tatsächlich indiziert ist. Eine Studie von Angold et al. (2000) weist in diesem Zusammenhang auf problematische Entwicklungen in den USA hin. In dieser aufsehen erregenden Analyse, die im Rahmen einer großen epidemiologischen Studie durchgeführt wurde, konnte erstmals belegt werden, dass es

³⁰ Döpfner/Lehmkuhl 2002b.

³¹ Sevecke et al. 2006.

³² Vgl. Bundesärztekammer 2005a, Döpfner et al. 2000, Banaschewski et al. 2006, Taylor et al. 2004.

³³ Vgl. Döpfner/Lehmkuhl 2002b, Pelham/Fabiano (im Erscheinen), Pelham/Wheeler/Chronis 1998.

³⁴ Hanisch et al. 2006.

³⁵ Döpfner et al. 2004.

³⁶ Schwabe/Paffrath 2006.

³⁷ Vgl. von Ferber et al. 2003.

³⁸ Zuvekas/Vitiello/Norquist 2006.

in den USA in hohem Maße zu Fehlverschreibungen von Stimulanzien kommt – die Mehrzahl der Kinder, denen Stimulanzien verschrieben wurden, hatten zu keinem Zeitpunkt die Diagnose einer ADHS. Dieser Befund lässt sich natürlich nicht ohne weiteres auf Deutschland mit deutlich geringeren Verordnungszahlen übertragen, er zeigt aber die möglichen Gefahren auf.

Generell sind für die Zukunft keine so erheblichen Steigerungsraten zu erwarten wie in den letzten zehn Jahren. Die relativ starke Zunahme der Pharmakotherapie lässt sich auch damit begründen, dass die empfohlenen Behandlungsalternativen – vor allem Verhaltenstherapie – nicht in dem entsprechenden Umfang zur Verfügung stehen und häufig auch deshalb eine Pharmakotherapie durchgeführt wird, weil die Alternative nicht greifbar ist. Daher ist sowohl ein deutlicher Ausbau vor allem verhaltenstherapeutischer Behandlungsmöglichkeiten dringend notwendig als auch eine bessere Vernetzung unter den Leistungsanbietern im Gesundheitswesen und der weiteren psychosozialen Versorgung. Diesem Ziel dient das mit Unterstützung des Bundesgesundheitsministeriums im Aufbau befindliche „zentrale adhs-netz“.³⁹

Ethische Aspekte

Eine optimale Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS ist noch lange nicht erreicht und es gibt viele Schwachpunkte, die einer Verbesserung harren.⁴⁰ Ethische Probleme entstehen jedoch nicht primär bei der Versorgung derjenigen, die sehr stark von der Problematik betroffen sind, sondern sie ergeben sich vor allem aus der eingangs dargestellten Tatsache, dass es sich bei ADHS um ein in der Bevölkerung kontinuierlich verteiltes Merkmal handelt und nicht um eine eindeutig abgrenzbare Krankheitseinheit. Dies hat auch die Bioethik-Kommission beim amerikanischen Präsidenten in ihrem Bericht mit dem Titel „Beyond Therapy: Biotechnology and the Pursuit of Happiness“ angesprochen, in dem auch die Psychostimulanzientherapie thematisiert wird.⁴¹ Weil die Grenzen zur Normalität fließend sind und weil Psychostimulanzien mitunter auch bei Menschen ohne ADHS vorübergehend aufmerksamkeits- und leistungssteigernd wirken,⁴² können auch die Grenzen zwischen Behandlung von ADHS und Aktivitäts- beziehungsweise Leistungssteigerung bei subklinischen Ausprägungen verwischen. Besonders in Gesellschaften mit hohen Anforderungen an Aufmerksamkeit, Konzentration und Ausdauer können Situationen entstehen, in denen Jugendliche oder Erwachsene selbst oder Eltern

und andere Bezugspersonen für ein Kind das Bedürfnis entwickeln, mittels Psychopharmaka Anforderungssituationen zu bewältigen und die Leistungsfähigkeit zu steigern. Dies kann zur Verminderung der Toleranz gegenüber denjenigen führen, die in ihrem Verhalten eine gewisse Variation von der Norm aufweisen. Dass es solche Tendenzen bereits gibt, lehrt die klinische Erfahrung, da schon heute Eltern gelegentlich nach einer Medikation fragen, die ihrem Kind beispielsweise helfen soll, das Klassenziel zu erreichen. Bei Kindern mit eindeutig diagnostizierter ADHS ist dies durchaus ein wichtiges Ziel, bei subklinischer Merkmalsvariation oder bei intellektueller Überforderung ist ein solches Ansinnen jedoch bedenklich.

In der überwältigenden Mehrheit der Fälle werden Psychostimulanzien zur Behandlung von Störungen eingesetzt, doch ist die Möglichkeit, dass Psychostimulanzien auch als Lifestyledrogen Verwendung finden werden, durchaus gegeben. Eine breite ethische Diskussion in unserer Gesellschaft darüber ist notwendig, weil medizinische Kriterien nicht mehr ausreichen, auf diese Fragen Antworten zu geben.

³⁹ Im Internet: www.zentrales-adhs-netz.de.

⁴⁰ Döpfner/Lehmkuhl 2002a.

⁴¹ The President's Council on Bioethics 2003.

⁴² Aman/Vamos/Werry 1984, Klorman et al. 1984.

Warum die Depression gut behandelbar ist

Was sind Depressionen?

Depressionen im medizinischen Sinne zählen weltweit zu den großen Volkskrankheiten. Dies ergibt sich aus ihrer Häufigkeit (ca. jeder Zwanzigste leidet innerhalb eines Jahres unter einer Depression) und Schwere. Sie zählen zu den Erkrankungen mit dem höchsten Leidensdruck, was sich unzweideutig daran zeigt, dass diese Erkrankung mehr als alle anderen mit einer hohen Suizidgefährdung einhergeht. Die Mehrzahl der jährlich knapp 11.000 Suizide in Deutschland erfolgt vor dem Hintergrund einer depressiven Erkrankung. Hierdurch, aber auch über negative Einflüsse auf das kardiovaskuläre und andere Organsysteme, gehen Depressionen mit einer deutlich erhöhten Mortalität einher. Interessant ist dabei, dass die Suizidraten mit dem Alter ansteigen und dass Männer ein mehrfach höheres Suizidrisiko haben als Frauen. Gesamteuropäisch (und auch gesamtdeutsch) betrachtet, sind die Suizidraten jedoch bei Männern wie Frauen rückläufig.

Um eine depressive Erkrankung diagnostizieren zu können, müssen eine Reihe von Krankheitszeichen über eine Dauer von mindestens zwei Wochen vorliegen. Zu den Kernsymptomen zählen die depressive Stimmung, eine Hemmung des Antriebs und eine tiefsitzende Freud- und Interesselosigkeit. Weitere Krankheitszeichen wie zum Beispiel Grübelneigung, Schlafstörungen, Appetitstörungen mit Gewichtsverlust, Hoffnungslosigkeit und übertriebene Schuldgefühle müssen hinzukommen.

Wie Abbildung 1 zu entnehmen, lassen sich je nach Zahl und Schwere der Krankheitszeichen Depressionen in verschiedene Schweregrade einteilen. Die schwerste Form ist die wahnhafte Depression. Die Betroffenen sind in einer für Außenstehende nicht mehr nachvollziehbaren Weise davon überzeugt, schwerste Schuld auf sich geladen zu haben (Schuld- und Versündigungswahn), unheilbar erkrankt zu sein (hypochondrischer Wahn) oder durch eigenes Versagen in den finanziellen Ruin geraten zu sein, obwohl vielleicht das Bankkonto gut gefüllt ist (Verarmungswahn).

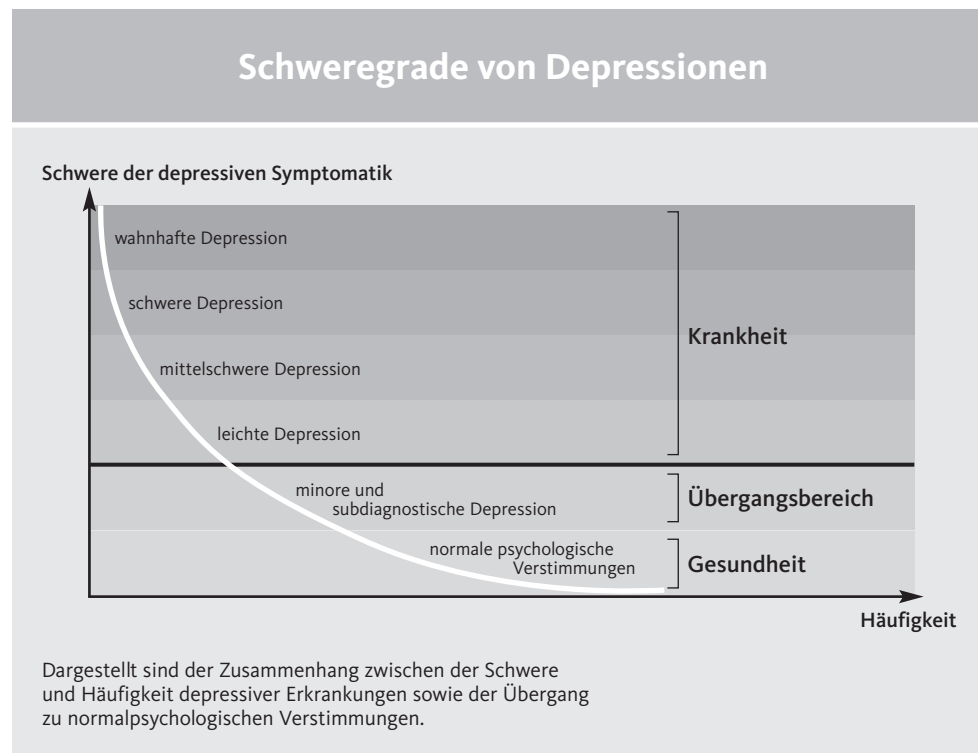


Abbildung 1

Depressionen schwerer und mittelschwerer Ausprägung lassen sich zuverlässig abgrenzen von depressiven Verstimmungen im Rahmen normalpsychologischer Stimmungsschwankungen, wie sie im Auf und Ab des Lebens mit seinen oft auch sehr bitteren Seiten auftreten. Während beispielsweise ein Mensch, der nach Verlust eines nahen Angehörigen in tiefer Trauer versunken ist, seine Gefühle intensiv spürt, berichten ganz im Gegensatz dazu schwer depressiv Erkrankte, gerade keine Gefühle mehr spüren zu können, sich innerlich wie versteinert zu fühlen. Eine der häufigsten Fehleinschätzungen ist, den leidensvollen Zustand eines an einer schweren Depression Erkrankten mit den aus dem eigenen Erleben bekannten depressiven Verstimmungen in schwierigen Lebenslagen zu verwechseln. Die Unfähigkeit der Betroffenen, ihren inneren Zustand zu kommunizieren und sich verständlich zu machen, trägt zu der Isolation und Verzweiflung, die diese Erkrankung begleiten, bei. Es gibt jedoch auch eine große Gruppe von Patienten mit leichteren Depressionen, bei denen die Diagnose und Abgrenzung von subdiagnostischen (minoren) Depressionen und normalpsychologischen Stimmungsschwankungen schwieriger ist.

Nehmen Sie das Beispiel eines älteren Menschen, der vielleicht einen Herzinfarkt hatte oder dessen Partner verstorben ist und der bedrückt wirkt. Sie wollen nun wissen, ob seine Bedrücktheit eine nachvollziehbare Reaktion auf seine jüngsten Erlebnisse ist oder ob eine Erkrankung vorliegt. Es gibt einige Anhaltspunkte, die Ihnen helfen können, einen solchen Fall aus medizinischer Sicht richtig einzuschätzen. Ist dieser Mensch beispielsweise auch durch den Besuch des Enkelkinds nicht in seiner Stimmung beeinflussbar, kann er sich gar nicht darüber freuen, so spricht das für eine Depression. Wenn der Mensch angibt, er könne gar nicht trauern, er sei eigentlich auch nicht traurig, sondern fühle sich eher wie abgestorben – der Fachausdruck ist „Gefühl der Gefühllosigkeit“ –, dann spricht das sehr stark für eine depressive Erkrankung. Wenn er sagt, er sei eine Belastung für das Gesundheitssystem oder für seine Familie und darum wäre es besser, wenn er weg wäre, so ist das eine typische Gedankenfigur, die ein Depressiver in der Depression entwickelt. Zu nennen sind ferner Tagesschwankungen, typischerweise mit Morgentief – auch kennzeichnend für die Depression –, und natürlich auch Suizidalität, also Impulse, sich das Leben zu nehmen.

Depressionen treten unbehandelt typischerweise in mehrmonatigen Krankheitsphasen auf, die vollständig abklingen, aber meist nach einem beschwerdefreien Intervall erneut auftreten, das heißt rezidivierend verlaufen. Nicht selten sind aber auch chronische Verläufe ohne völliges Abklingen der depressiven Symptomatik.

Depressionen können im Rahmen verschiedener Diagnosen auftreten. Am häufigsten ist die als einzelne Episode oder rezidivierend auftretende depressive Störung (unipolare Depression). Weiter zu nennen sind die im jungen Erwachsenenalter beginnenden, eher leichter, aber chronisch verlaufenden Dysthymien sowie die depressiven Episoden im Rahmen bipolarer affektiver Störungen (manisch-depressive Erkrankung), bei denen sowohl depressive als auch manische Episoden auftreten.

Wodurch werden Depressionen verursacht?

Betroffene, die erstmals der existentiell verunsichernden Erfahrung einer schwereren Depression ausgesetzt sind, suchen nahezu zwangsläufig nach Ursachen und Erklärungen. Meist wird ein aktuell bestehendes Lebensproblem, das im Rahmen des depressiven Erlebens noch überdimensioniert wahrgenommen wird, in das Zentrum des Erklärens gestellt. Nicht selten sind aber auch bei bestem Willen keine plausiblen Gründe zu finden oder es sind eher positive Lebensveränderungen vorausgegangen, wie eine bestandene Prüfung, eine Beförderung oder die Geburt eines Kindes. Oft wird auch die Frage gestellt, ob die Depression eine „körperliche“ oder „seelische“

Erkrankung ist. Hilfreich zur Beantwortung dieser drängenden Fragen nach den Ursachen ist das Bild einer Medaille mit zwei Seiten (Abbildung 2), der psychosozialen und der körperlichen oder genauer neurobiologischen Seite. Immer können wir bei einem depressiv erkrankten Menschen auf beiden Seiten nach Ursachen suchen. Das können Faktoren sein, die die Empfindlichkeit oder Neigung zu erkranken (Vulnerabilität) erhöhen, die als Auslöser einer depressiven Episode fungieren oder die die aktuelle depressive Episode unterhalten. Auch wenn vieles noch nicht verstanden ist, möchte ich für beide Seiten Beispiele für Faktoren nennen, die als Ursache diskutiert werden:

Auf der psychosozialen Seite können frühe negative Lebensereignisse lang anhaltende Auswirkungen auf das Verhalten und die Reaktion auf Lebensereignisse in späteren Lebensabschnitten haben und so die Vulnerabilität beeinflussen. Auch können negative Lebensereignisse wie zum Beispiel Verlusterlebnisse, Partnerkonflikte oder chronische Überlastungssituationen als Auslöser wirken. Auf dieser psychosozialen Ebene kann man nicht nur nach Ursachen der Depression suchen, sondern mit Psychotherapie gezielt eingreifen.

Immer gibt es aber auch die neurobiologische Seite, die zweite Seite derselben Medaille. Hier sind zum Beispiel genetische Faktoren zu nennen, die die Vulnerabilität und damit das Erkrankungsrisiko beeinflussen. Weiter dürften Ungleichgewichte in den Botenstoffen, die die Kommunikation zwischen den Nervenzellen gewährleisten, für die Entstehung depressiver Erkrankungen bedeutsam sein. Es gibt sehr viele Botenstoffe im Gehirn. Zwei für die Depression wichtige sind das Serotonin und das Noradrenalin. Alle zurzeit verfügbaren Antidepressiva beeinflussen die Wirkung dieser beiden Botenstoffe, die ihrerseits wieder in vielfältiger Weise die Hirnfunktion modifizieren. Die Vorstellung, dass lediglich ein Serotonin- oder Noradrenalinmangel bestünde, ähnlich wie beim Diabetes mellitus ein Insulinmangel, ist jedenfalls zu einfach. Auch lässt sich bei Depressionen kein Serotoninmangel im Blut oder sonst wo nachweisen. Stresshormone haben ebenfalls die Funktion von Botenstoffen im Gehirn und können möglicherweise die Depressionsentstehung fördern oder auch unterhalten. Es gibt einen bunten Strauß weiterer möglicher neurobiologischer Faktoren, deren Bedeutung für die Entstehung depressiver Erkrankungen zurzeit untersucht und diskutiert wird. Auch wenn vieles noch nicht verstanden ist, so können wir doch auf dieser neurobiologischen Seite mit Antidepressiva gezielt antidepressiv einwirken.

Dieses Bild einer Medaille mit zwei komplementären Seiten, der psychosozialen und der neurobiologischen, ist hilfreich, um „Entweder-oder-Denken“ zu vermeiden, das dazu führt, dass einige Patienten glauben, die „eigentliche Behandlung“ sei die Psychotherapie und die Medikamente würden nur an den Symptomen „herumdoktern“, oder auch umgekehrt, die Depression sei „nichts als ein Serotoninmangel“ und da-

Psychische und körperliche Ursachen: zwei Seiten einer Medaille

	Psychosoziale Aspekte	Neurobiologische Aspekte
Vulnerabilität	z. B. negative Lebensereignisse, Persönlichkeit	z. B. genetische Faktoren
Auslöser	z. B. akute psychosoziale Belastung, Stress, Verlusterlebnis	z. B. Überaktivität der Stresshormonachse
Depressiver Zustand	depressive Symptomatik	z. B. neurochemische Dysfunktion, Überaktivität der Stresshormonachse
Therapie	Psychotherapie	Pharmakotherapie

Bei der Erklärung und Behandlung depressiv Erkrankter verhalten sich psychosoziale und neurobiologische Aspekte wie die zwei sich ergänzenden Seiten derselben Medaille. Bei jedem Erkrankten gibt es auf beiden Seiten Faktoren, die die individuelle Empfindlichkeit, unter bestimmten Bedingungen zu erkranken, die sogenannte Vulnerabilität, beeinflussen oder als Auslöser fungieren können. Auf beiden Seiten kann auch therapeutisch eingewirkt werden.

Abbildung 2

mit die Pharmakotherapie der Königsweg, während die Psychotherapie ein wenig wirksames „Palavern“ sei. Auch wenn es sinnvoll sein kann, bei dem einen Patienten den Behandlungsakzent mehr auf die Psychotherapie, beim anderen mehr auf die Pharmakotherapie zu setzen, so handelt es sich hierbei doch um komplementäre Ansätze und Herangehensweisen.

Interessant ist, dass seit einigen Jahren die Diagnose Depression immer häufiger gestellt wird (dies belegen beispielsweise die Daten verschiedener Krankenkassen). Meines Erachtens lässt sich daraus jedoch nicht folgern, dass Depressionen häufiger werden. Vielmehr dürften die Ursachen für die vermehrte Diagnose unter anderem darin liegen, dass mehr depressiv Erkrankte den Mut haben, zum Arzt zu gehen. Die Ärzte hingegen diagnostizieren möglicherweise etwas besser und nennen die Dinge beim Namen. Um das Stigma, das depressiven Erkrankungen anhaftet, zu vermeiden,

wurden früher sehr viel häufiger als heute „Ausweichdiagnosen“ gestellt. Hinter Diagnosen wie chronischer Rückenschmerz oder Fibromyalgie oder Burn-out verbergen sich nämlich nicht selten depressive Erkrankungen.

Wie werden Depressionen behandelt?

Mit Antidepressiva und spezifischer Psychotherapie stehen wirksame Behandlungsverfahren zur Verfügung. Die Akuttherapie mit Antidepressiva ist Mittel der Wahl bei schwereren Depressionen. Antidepressiva machen nicht süchtig, erfordern jedoch Geduld, da die antidepressive Wirkung meist erst mit einer Latenz von zwei bis drei Wochen eintritt und nicht alle Patienten bereits auf das erste Antidepressivum ansprechen. Kommt es nach zwei Wochen zu keiner Besserung, so ist eine Dosiserhöhung oder ein weiterer Behandlungsanlauf mit einem anderen Antidepressivum mit anderem neurochemischen Wirkansatz nötig.

Klingt dann die Depression ab, so muss die Medikation möglichst bei unveränderter Dosierung über sechs Monate beibehalten werden, um einen sofortigen Rückfall in die depressive Krankheitsphase zu verhindern. Danach ist sorgfältig, am besten unter fachärztlicher Beratung, abzuwägen, ob eine längerfristige rückfallverhütende Behandlung sinnvoll ist. Gut belegt ist, dass sich das Risiko depressiver Rückfälle (Rezidive) durch eine längerfristige Antidepressivagabe um 50 bis 75 Prozent senken lässt. Für die Rückfallverhütung kommt bei unipolaren Depressionen die Weiterführung des Antidepressivums, bei bipolaren affektiven Störungen eine Behandlung mit Lithium oder anderen Stimmungsstabilisierern in Frage. Für Lithium verdichten sich zudem die Hinweise auf einen eigenständigen suizidpräventiven Effekt.

Bezüglich der Psychotherapie wurde die akut antidepressive Wirksamkeit am besten für Verfahren wie die kognitive Verhaltenstherapie und die interpersonelle Therapie belegt, die beide eine gegenwartsorientierte und problemfokussierte Herangehensweise haben. Bei Patienten mit schweren Depressionen ist eine alleinige psychotherapeutische Behandlung oft problematisch, da diese für die Erkrankten eine Überforderung darstellt: Zum einen ist mit einer mehrwöchigen Wirklatenz zu rechnen, zum anderen ist ein Psychotherapieplatz nicht immer sofort verfügbar.

Obwohl mit Psycho- und Pharmakotherapie wirksame Behandlungsverfahren zur Verfügung stehen, erhält nur eine Minderheit der Betroffenen eine optimale, leitlinienkonforme Behandlung. Die Gründe sind die krankheitsimmanente Hoffnungs- und Antriebslosigkeit, die dazu führt, dass sich die Betroffenen keine Hilfe holen, außer-

dem die Schwierigkeit, Depressionen zu erkennen, da die Betroffenen meist primär mit unterschiedlichsten körperlichen Symptomen zu ihrem Hausarzt oder unterschiedlichen Fachärzten gehen. Die darunterliegende Depression wird dann nur erkannt, wenn gezielt danach gefragt wird oder die Patienten auch über ihre Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit und vielleicht auch Suizidgedanken berichten. Selbst wenn die Depression erkannt wird, wird oft nicht konsequent behandelt, die Behandlung von den Betroffenen abgelehnt oder wegen initialer Nebenwirkungen oder Ängsten vor Psychopharmaka vorzeitig abgesetzt. Eine Umfrage hat ergeben, dass 80 Prozent der Bevölkerung glauben, dass Antidepressiva abhängig machen, obwohl dies für Beruhigungs- und Schlafmittel, nicht jedoch für Antidepressiva gilt. Wissensdefizite nicht nur seitens der Bevölkerung, sondern auch bei Ärzten und Stigmatisierung sind weitere gewichtige Faktoren, die zu den großen diagnostischen und therapeutischen Defiziten beitragen.

Wie lässt sich die Versorgung depressiv Erkrankter verbessern?

Durch das Modellprojekt „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ konnte belegt werden, dass sich durch 1) die Kooperation mit Hausärzten, 2) professionelle Öffentlichkeitsarbeit (unter anderem Plakatierung, Kinospots, öffentliche Veranstaltungen), 3) Informationsveranstaltungen mit Multiplikatoren (Lehrer, Pfarrer, Altenpflegekräfte, Medien usw.) und 4) die Unterstützung der Selbsthilfe die Versorgung depressiv Erkrankter verbessern lässt. Dieses Modellprojekt war ein Teilprojekt des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Kompetenznetzes „Depression, Suizidalität“ (www.kompetenznetz-depression.de). Während des zweijährigen Interventionsprogramms in Nürnberg (2001 und 2002) kam es zu einem deutlichen und statistisch signifikanten Rückgang der Zahl suizidaler Handlungen. Gegenüber dem Ausgangsjahr (2000) und einer Kontrollregion, in der kein gezieltes Interventionsprogramm durchgeführt wurde (Würzburg), konnte die Zahl dieser suizidalen Handlungen um über 25 Prozent gesenkt werden (Abbildung 3).¹

Dieser deutliche Effekt hat das Interesse zahlreicher anderer Regionen geweckt. Seit Ende 2002 sind unter dem Dach des bundesweit tätigen Vereins „Deutsches Bündnis gegen Depression e. V.“ 35 Städte und Regionen zusammengeschlossen, die auf kommunaler Ebene vergleichbare 4-Ebenen-Interventionsprogramme zu den sich überlappenden Themenfeldern „Depression“ und „Suizidalität“ durchführen (Abbildung 4).

¹ Hegerl et al. 2006.

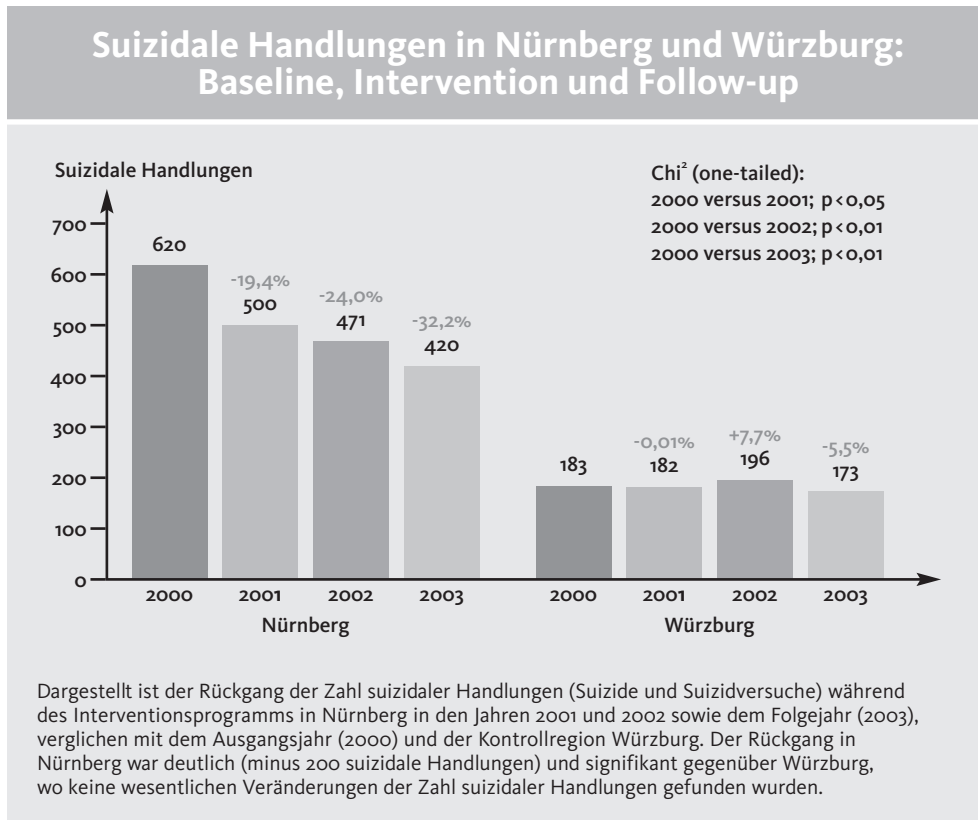


Abbildung 3

Dieser überraschend dynamische Prozess des Transfers des Nürnberger Modells auf andere Regionen ist getragen von der Eigeninitiative und dem Engagement unterschiedlichster Personengruppen in den verschiedenen Regionen, oft mit Unterstützung durch lokale Sponsoren.

Zahlreiche Module und inhaltliche Schwerpunkte, Hinweise auf Veranstaltungen und Hilfsangebote sowie Kontaktdaten regionaler und überregionaler Ansprechpartner sind auf einer eigens eingerichteten Internetseite² zu finden.

Der sorgfältig evaluierte 4-Ebenen-Ansatz des Nürnberger Modellprojektes ist auch im Ausland auf großes Interesse gestoßen. Im Jahre 2004 wurde mit Unterstützung

² www.buendnis-depression.de



Abbildung 4

der Europäischen Kommission die „European Alliance Against Depression“ (EAAD) gestartet. In diesem Netzwerk kooperieren 22 europäische Partner, die in Anlehnung an die Materialien und Konzepte des „Nürnberger Bündnisses gegen Depression“ zunächst regionale Bündnisaktivitäten aufbauen und dann eine Ausweitung auf andere Regionen in den jeweiligen Ländern anstreben. Die EAAD wurde im Grünbuch der Europäischen Kommission „Improving the Mental Health of the Population: Towards a Strategy on Mental Health for the European Union“ als Beispiel eines Best-Practice-Ansatzes herausgestellt. In Deutschland noch weniger bekannt, wird die EAAD in mehreren europäischen Ländern bereits von der jeweiligen Regierung auch auf nationaler Ebene unterstützt. Umfangreiche Informationen zur EAAD sind auf der Homepage des Netzwerks³ zu finden.

³ www.eaad.net

HELMUT REMSCHMIDT

*Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie des
Universitätsklinikums Gießen und Marburg*

Zehn Thesen zu Chancen und Risiken psychoaktiver Substanzen im Kindes- und Jugendalter

Einleitung

Psychoaktive Substanzen sind chemische Verbindungen, die psychische Vorgänge beeinflussen. Zu ihnen zählen auch Abhängigkeit erzeugende Drogen wie Haschisch/Marihuana, Heroin oder Kokain. Von diesen soll allerdings in diesem Beitrag nicht die Rede sein. Vielmehr bezieht er sich ausschließlich auf die Anwendung von Psychopharmaka zur Krankenbehandlung. Dieser wird in der Öffentlichkeit oft mit Reserviertheit und Misstrauen begegnet, die eine vorurteilsfreie, sachliche und auf Ergebnisse der empirischen Forschung beruhende Beurteilung erschweren. Aufgrund derartiger Voreingenommenheiten wird vielfach nichtmedikamentösen Ansätze wie bestimmten psychotherapeutischen Verfahren, pädagogischen Maßnahmen, Ergotherapie, Musiktherapie usw. der Vorzug eingeräumt, auch wenn diese Interventionen empirisch gar nicht überprüft sind.

Es ist Zeit, mit derartigen Vorurteilen aufzuräumen und in der Behandlung jene Methoden einzusetzen (gleichgültig, aus welcher Fachrichtung sie auch kommen mögen), die sich aufgrund empirischer Studien in der Behandlung als erfolgreich erwiesen haben.

Die Anwendung von Psychopharmaka bringt, wie auch die Anwendung anderer Medikamente, Chancen und Risiken mit sich. In Tabelle 1 ist eine Übersicht über derartige Chancen und Risiken wiedergegeben, wobei zwischen kurzfristiger Anwendung (K – Tage bis Wochen), mittelfristiger Anwendung (M – einige Monate) und langfristiger Anwendung (L – ein Jahr oder länger) unterschieden wird. Bei den Risiken ist vermerkt, dass ein Teil derselben nur bei unangebrachter oder missbräuchlicher Anwendung (U) auftritt.

Beginnen wir mit den Chancen: Ein wichtiges Indikationsgebiet für den Einsatz von Psychopharmaka sind akute Krankheitszustände, die sich häufig nur mit Hilfe von Medikamenten unterbinden lassen. Dazu gehören zum Beispiel psychotische Erregungszustände, gewalttätiges Verhalten im Rahmen psychischer Erkrankungen mit Selbst- und Fremdgefährdung, ausgeprägtes selbstverletzendes Verhalten oder Ausnahmezustände aufgrund hirnorganischer Beeinträchtigungen. Derartige Zustände lassen sich oft mit Hilfe andersartiger Maßnahmen nicht unterbrechen, es sei denn durch eine Fixierung des Patienten, was tunlichst vermieden wird. Dennoch existieren aber auch mitunter ausgeprägte Krankheitszustände, in denen (stets nach richterlicher Genehmigung) eine Fixierung nicht vermieden werden kann.

Ein weiteres Indikationsfeld ist die Behandlung von Zielsymptomen, zum Beispiel bei Autismus-Spektrum-Störungen. Beispielsweise ist es möglich, durch den Einsatz von Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (etwa Fluoxetin, Fluvoxamin oder Sertralin) Stereotypien, Rituale und rigides Verhalten ebenso wie depressive Verstimmungen zu reduzieren. Über eine Beeinflussung der dopaminergen Transmission durch D2-Rezeptor-Antagonisten (zum Beispiel Haloperidol oder Pimozid) ist es möglich, aggressives und selbstverletzendes Verhalten und negativistische Verhaltensweisen positiv zu beeinflussen.

Die Domäne ist aber die Behandlung klinischer Syndrome und definierter Störungen mit Hilfe verschiedener Psychopharmaka, beispielsweise die Behandlung ausgeprägter Depressionen mit Antidepressiva, von Zwangsstörungen, ebenfalls mit bestimmten Antidepressiva (meist Serotonin-Wiederaufnahmehemmern), oder die Behandlung schizophrener Erkrankungen mit Hilfe von Antipsychotika. Diese Behandlung eröffnet große Chancen und kann auf beachtliche Erfolge verweisen, wobei aber stets zu beachten ist, dass die medikamentöse Behandlung in einen Gesamtbehandlungsplan einzuordnen ist, auf den wir später noch Bezug nehmen werden. Aber auch die vorübergehende Behandlung, zum Beispiel bei Patientinnen mit Anorexia nervosa oder Bulimie, kann von großer Hilfe sein. Da diese Erkrankungen in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle mit einer depressiven Verstimmung einhergehen, ist die kurzfristige antidepressive Behandlung hilfreich und eröffnet einen besseren Zugang für die Psychotherapie. Langfristig hat sich allerdings bei der Anorexia nervosa, im Gegensatz zur Bulimia nervosa, eine antidepressive psychopharmakologische Behandlung nicht bewährt. Ferner sind Indikationen erprobt, mit deren Hilfe man das Wiederauftreten bestimmter Krankheitsepisoden (zum Beispiel bei Depressionen oder bipolaren Erkrankungen) vermeiden oder hinauszögern kann. So wird bei bipolaren Erkrankungen, bei denen depressive und manische Phasen alternieren, eine Lithium-Prophylaxe mit Erfolg betrieben, und neuerdings werden auch bestimmte Formen

von Antiepileptika erfolgreich eingesetzt. Schließlich werden Psychopharmaka auch angewandt, um das Herausfallen bestimmter Patienten aus dem Bildungssystem zu verhindern. Beispielsweise kann Stimulanzienbehandlung bei einem ausgeprägten hyperkinetischen Syndrom (stets gemeinsam mit anderen Interventionen) wesentlich dazu beitragen, dass ein begabtes hyperkinetisches Kind in seiner Schulklasse verbleibt und ihm damit die Chance gegeben wird, einen Schulabschluss zu erhalten, der ja im Hinblick auf die berufliche Weiterentwicklung eine wichtige Voraussetzung ist.

Natürlich birgt die Behandlung mit Psychopharmaka auch Risiken. Zu ihnen zählen die kurzfristigen substanzspezifischen Nebenwirkungen. So können bei der Anwendung von Stimulanzien (zum Beispiel Ritalin) Appetitstörungen auftreten, Schlafstörungen, ein leichter Anstieg der Pulsfrequenz, mitunter auch depressive Verstimmungen. Derartige unerwünschte Wirkungen müssen stets sorgfältig abgewogen werden gegenüber den positiven Effekten der jeweiligen Substanz. Dies gilt für alle Psychopharmaka, auf deren Wirkungen und Nebenwirkungen im Rahmen einer derartigen Übersicht nicht im Detail eingegangen werden kann. Zugegebenermaßen gibt es aber auch unerwünschte Langzeitfolgen bei der Anwendung mancher Substanzen, die durchaus als gravierend zu betrachten sind. So ist bekannt, dass nach langfristiger Anwendung traditioneller Neuroleptika sogenannte tardive Dyskinesien auftreten können, die durch Tremor, Bewegungsstörungen im Gesicht und andere irreversible Einschränkungen im motorischen Bereich gekennzeichnet sind (malignes neuroleptisches Syndrom). Neuerdings kann diese Entwicklung jedoch durch die Anwendung der sogenannten atypischen Neuroleptika vermieden werden. Über die langfristigen Auswirkungen (zum Beispiel nach Behandlung über zehn oder mehr Jahre) von Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter ist noch wenig bekannt. Ein weiteres Risiko kann auch darin bestehen, dass Psychopharmaka in biologische und psychologische Entwicklungsprozesse eingreifen. Beispielsweise kann durch Stimulanzien das Längenwachstum beeinflusst werden. Hierzu gibt es allerdings unterschiedliche Befunde, und auch jene Studien, die eine Reduktion des Längenwachstums bestätigen, kommen zu dem Ergebnis, dass es sich lediglich um ein bis drei Zentimeter handelt. Unklar ist, ob sich langfristig Psychopharmaka auch auf die kognitive Entwicklung ungünstig auswirken.

Bei unsachgemäßer oder gar missbräuchlicher Anwendung ergeben sich auch weitere Risiken, wie sie in Tabelle 1 wiedergegeben sind. Sie lassen sich aber vermeiden, wenn die Psychopharmakotherapie nie als alleinige Behandlungsmethode eingesetzt wird und wenn im Sinne eines modernen psychoedukativen Ansatzes der Patient (auch wenn er noch ein Kind oder ein Jugendlicher ist) und seine Eltern über die Behandlung genau informiert werden, einschließlich der spezifischen Wirkungsweise der angewandten Medikation.

Chancen und Risiken der Behandlung mit psychoaktiven Substanzen

Chancen:

- **Notfallbehandlung (K)**
- **Behandlung von Zielsymptomen (K, M)**
(z. B. bei Autismus-Spektrum-Störungen)
- **Behandlung klinischer Syndrome und definierter Störungen (M, L)**
(z. B. Zwangsstörungen, Schizophrenie)
- **Vorübergehende adjuvante Therapie (K, M)**
(z. B. Anorexie, Bulimie)
- **Vorbereitung auf andere Behandlungsmaßnahmen (K)**
(z. B. Psychotherapie)
- **Prophylaxe des Wiederauftretens von Krankheitsepisoden oder Suizidalität (M, L)**
(z. B. bei bipolaren Erkrankungen, Schizophrenie)
- **Passagere Krankheitsbehandlung zur Verhinderung von Bildungsdefiziten und sozialem Abstieg (M, L)**

Risiken:

- **Kurzfristige substanzspezifische Nebenwirkungen (K)**
- **Unerwünschte Langzeitfolgen (L)**
(z. B. malignes neuroleptisches Syndrom)
- **Eingriff in biologische und psychologische Entwicklungsprozesse (L)**
(z. B. Wachstum, kognitive Entwicklung)
- **Partieller Ersatz für Erziehungsmaßnahmen (U)**
(z. B. im häuslichen Bereich, in der Schule)
- **Erschwerung oder Ausschluss anderer Behandlungsmaßnahmen (U)**
(z. B. Psychotherapie, Übungsbehandlung)
- **Induktion eines mechanischen Krankheitsverständnisses unter Reduktion der persönlichen Verantwortung (U)**
- **Behinderung individueller Bewältigungsstrategien (U)**
(z. B. Bewältigung von Verlusten und Trauer)

Kurz- (K), mittel- (M) und langfristige (L) Anwendung, (U): unsachgemäße oder missbräuchliche Anwendung

Tabelle 1

Nach dieser allgemeinen und einleitenden Übersicht soll nun in Form von zehn Thesen zur Behandlung mit Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter Stellung genommen werden.

Gesichtspunkte für die Anwendung von Psychopharmaka

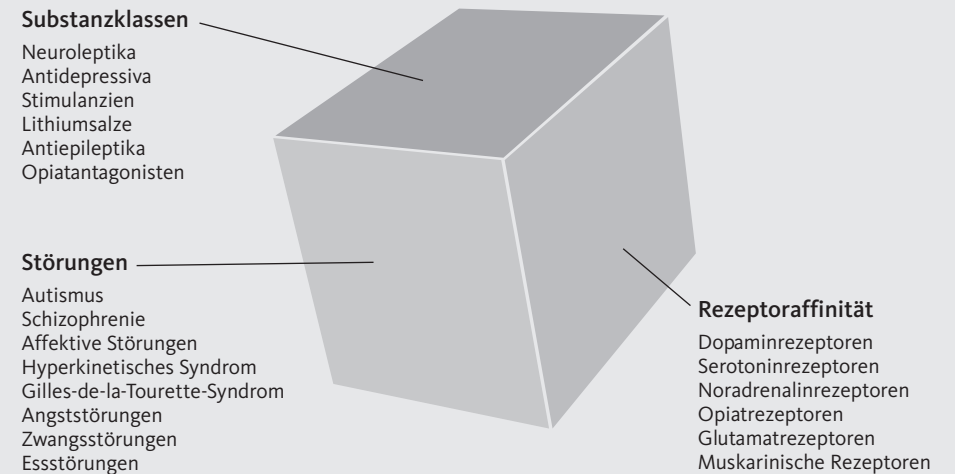


Abbildung 1

These 1: Äußerungsformen psychischer Störungen

Psychische Störungen äußern sich im Erleben und Verhalten der betroffenen Personen (seien es Kinder, Jugendliche oder Erwachsene) und gehen mit Veränderungen der Hirnfunktionen einher. Demgemäß können sie auf mindestens zwei Wegen beeinflusst werden: durch Einwirkungen auf Erleben und Verhalten (dies ist der Ansatz der Psychotherapie) und durch Einwirkungen auf die Hirnfunktion (dies ist der Ansatz der Psychopharmakotherapie).

Gemäß dieser These werden in der Behandlung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter sowohl psychotherapeutische Verfahren als auch die Psychopharmakotherapie eingesetzt. Auf Letztere soll im Folgenden kurz eingegangen werden.

Abbildung 1 soll verdeutlichen, dass bei der Anwendung von Psychopharmaka mindestens drei Gesichtspunkte zu bedenken sind: die Störungen, die angewandten Substanzklassen und die Rezeptoraffinität der angewandten Medikamente.

Was die Störungen betrifft, so sind bei allen in Abbildung 1 genannten medikamentöse Behandlungsansätze erfolgreich, wobei es wichtig ist, bei den angewandten Präparaten

über deren Rezeptoraffinität Bescheid zu wissen. Dabei ist der jeweilige Kenntnisstand bezüglich der Bedeutung des jeweiligen Rezeptorsystems zu berücksichtigen. Beispielsweise spielt in der Behandlung schizophrener Erkrankungen das dopaminerge System eine große Rolle. Hier kommt es darauf an, mit Hilfe geeigneter Präparate dieses System so zu beeinflussen, dass genügend Dopamin in dem für die Neurotransmission wichtigen synaptischen Spalt vorhanden ist. Dies wird zum Beispiel durch das klassische Neuroleptikum Haloperidol erreicht, während das atypische Neuroleptikum Clozapin sowohl das dopaminerge als auch das serotoninerge System beeinflusst und dementsprechend eine Rezeptorbindung sowohl mit den Dopaminrezeptoren als auch mit den Serotoninrezeptoren eingeht. Eine Domäne der Beeinflussung des serotoninergen Systems sind zum Beispiel die Depressionsbehandlung und die Behandlung von Zwangsstörungen. Hier werden neuerdings die sogenannten Serotonin-Wiederaufnahmehemmer eingesetzt, die die Rückresorption von Serotonin in das präsynaptische Ende einer Synapse verhindern und damit dazu beitragen, dass genügend Serotonin im synaptischen Spalt erhalten bleibt. Serotonin-Wiederaufnahmehemmer haben sich bei der Behandlung von Depressionen und Zwangsstörungen bewährt, bei Letzteren auch in Kombination mit Verhaltenstherapie.

Allerdings sind in Deutschland Serotonin-Wiederaufnahmehemmer zur Behandlung depressiver Störungen nicht zugelassen. Es gibt lediglich die Indikation eines SSRI-Präparates (Fluoxetin) für Zwangsstörungen.

Über die Anwendung von Serotonin-Wiederaufnahmehemmern wurde in den letzten Jahren kritisch und kontrovers diskutiert, weil Hinweise aufgetaucht waren, dass bestimmte Präparate aus dieser Gruppe zu einer erhöhten Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen führen. Dies wurde insbesondere im Hinblick auf Paroxetin berichtet. Hinsichtlich der Behandlung depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter mit Serotonin-Wiederaufnahmehemmern ist nach Auffassung der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Abwägung zwischen dem therapeutischen Nutzen und möglichen Nebenwirkungen vorzunehmen. Die Entscheidung für ein bestimmtes Präparat sollte im Einzelfall begründet und dokumentiert und sowohl mit den Personensorgeberechtigten als auch mit dem Patienten besprochen werden.¹

Bei der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung haben sich in zahlreichen Studien Stimulanzien (insbesondere Methylphenidat in seinen verschiedenen Varianten, aber auch der Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer Atomoxetin) bewährt.

Methylphenidat ist die am besten untersuchte Substanz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. An der Wirkungsweise dieser Substanz bei richtiger Indikation kann kein Zweifel bestehen. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass die Stimulanzien nie die einzige Behandlung bei einer ADHS sein sollten. Sie sollte stets kombiniert sein mit Verhaltenstherapie und einer sorgfältigen Aufklärung des Patienten und seiner Familie (psychoedukativer Ansatz). Als Medikament der zweiten Wahl kann nach dem derzeitigen Kenntnisstand Atomoxetin angesehen werden. Alle anderen Präparate sind Medikamente der dritten Wahl und sollten nur dann angewandt werden, wenn die Medikamente der ersten und zweiten Wahl nicht hinreichend wirksam sind oder unerwünschte Wirkungen aufweisen.

Über die Stimulanzienbehandlung wird immer wieder in der Öffentlichkeit kritisch diskutiert, und es werden häufig von sachkundiger Seite Argumente vorgebracht, die längst überholt sind. Zu ihnen zählt auch die unbegründete Vermutung, dass Stimulanzien zu Abhängigkeit und süchtigem Verhalten führen. Dies ist bei adäquater und indikationsgeleiteter Anwendung bislang widerlegt. Eine Metaanalyse von sieben Studien hat gezeigt, dass die Verabreichung von Methylphenidat im Kindes- und Jugendalter das Suchtrisiko im Erwachsenenalter nicht erhöht, es wurde sogar ein protektiver Effekt diesbezüglich beschrieben.² Auch die These, der zufolge eine Stimulanzienmedikation später zu einem Parkinson-Syndrom führen könnte, ist wissenschaftlich nicht haltbar.³

Die Stellungnahme der Bundesärztekammer zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) informiert über den derzeitigen Kenntnisstand zu ADHS und enthält im Anhang auch einen Fragen-Antworten-Katalog, der sich auf die wichtigsten Themenkreise konzentriert, die im Zusammenhang mit ADHS immer wieder erörtert werden.⁴

Diese Ausführungen dürften gezeigt haben, dass es eine rationale Grundlage für den Einsatz von Psychopharmaka bei einer Reihe psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter gibt. Der Einsatz sollte sich nach dem empirischen Wissen richten. Zu beachten sind stets die unerwünschten Wirkungen, insbesondere solche, die zu einer Gefährdung des Patienten führen, wie zum Beispiel die Suizidalität.

² Wilens et al. 2003.

³ Gerlach et al. 2003.

⁴ Bundesärztekammer 2007.

¹ Vgl. Fegert/Herpertz-Dahlmann 2004.

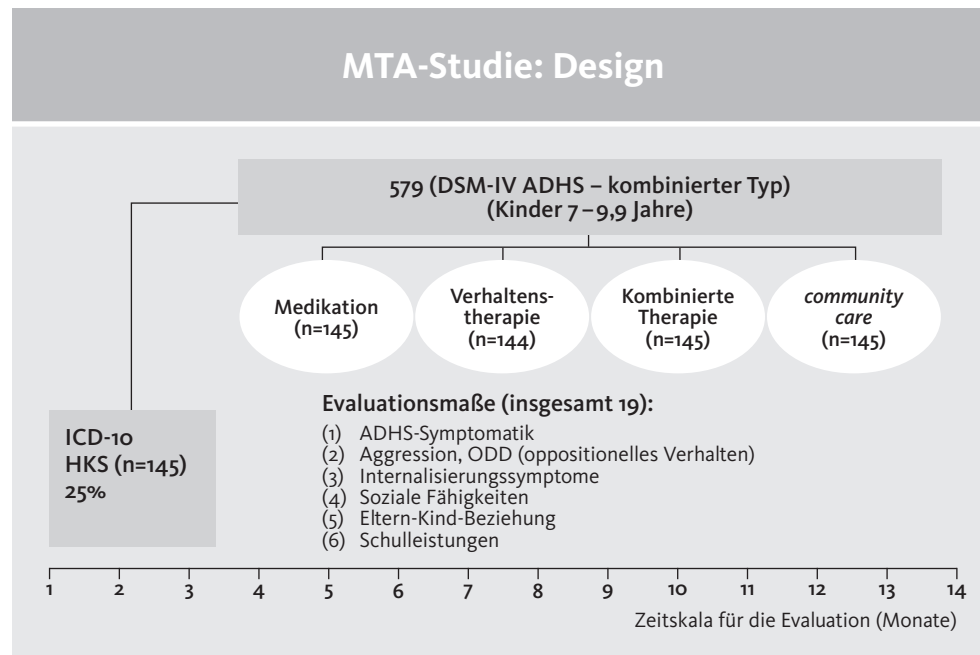


Abbildung 2

MTA-Studie: Zusammenfassung der Ergebnisse

Zielgruppe: Kinder mit ADHS (kombinierter Typ, 7–9,9 Jahre)
Zeitraum: 14 Monate, 4 Behandlungsmethoden

ADHS-Symptomatik		
Kombinierte Behandlung	➔	Verhaltenstherapie und <i>community care</i> und Medikation alleine
Internalisierende Symptome		
Kombinierte Behandlung	➔	Verhaltenstherapie und <i>community care</i>
Soziale Fertigkeiten		
Kombinierte Behandlung	➔	Verhaltenstherapie und <i>community care</i> und Medikation alleine
Auseinandersetzungen zwischen Eltern und Kind		
Kombinierte Behandlung	➔	Verhaltenstherapie und <i>community care</i> und Verhaltenstherapie alleine

Tabelle 2

These 2: Vereinbarkeit von Pharmakotherapie und Psychotherapie

Psychopharmakotherapie und Psychotherapie sind keine Gegensätze. Sie können vielmehr sinnvoll und erfolgreich kombiniert werden. Diese Erkenntnis hat zu mehrdimensionalen Behandlungsansätzen geführt, die sich immer mehr durchsetzen. Die verbreitete Ansicht, Pharmakotherapie und Psychotherapie seien nicht kombinierbar, schadet den Patienten.

Inzwischen liegen zahlreiche Studien vor, die sehr klar beweisen, dass die Kombination von Pharmakotherapie und Psychotherapie bei vielen Störungen besser wirkt als eine dieser beiden Behandlungsformen allein. Ein sehr gutes und bekanntes Beispiel ist die MTA-Studie zur Behandlung von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen in den USA. Das Studiendesign dieser umfangreichen Untersuchung ist in Abbildung 2 wiedergegeben.

Aus Abbildung 2 geht hervor, dass die Stichprobe (579 Kinder im Alter von sieben Jahren bis neun Jahre und neun Monate) nach einem randomisierten Plan mit vier verschiedenen Interventionstypen behandelt wurde: nur mit Medikation, nur mit Verhaltenstherapie, kombinierter Therapie (Verhaltenstherapie plus Medikation) und sogenannter *community care*, die aus Medikation und einfacher, nicht detaillierter Beratung bestand. Es wurde eine Reihe von Evaluationsinstrumenten angewandt, die in Abbildung 2 wiedergegeben sind. Ferner wurden eine ausführliche Untersuchung zu Beginn der Studie durchgeführt sowie Evaluationen nach drei, neun und 14 Monaten. Das Ergebnis dieser bahnbrechenden Studie ist in Tabelle 2 dargestellt.

Es zeigt, dass sowohl im Hinblick auf die ADHS-Symptomatik als auch auf internalisierende Symptome (wie Angst, depressive Verstimmung) und auf soziale Fertigkeiten die kombinierte Behandlung (also die Kombination von Medikation und Verhaltenstherapie) allen anderen Interventionsformen überlegen war.

Gleiches trifft zu auf die kombinierte Behandlung von Zwangsstörungen mit Serotonin-Wiederaufnahmehemmern und kognitiver Verhaltenstherapie. Eine Recherche in der Datenbank PSYCInfo ergab 16 Publikationen (neun mit Bezug auf Erwachsene und sieben mit Bezug auf Kinder und Jugendliche) zu dieser Fragestellung. Mit Bezug auf das Kindes- und Jugendalter fanden sich zwei Originalarbeiten und fünf Reviews beziehungsweise Buchkapitel. Die wesentlichen Ergebnisse sind folgende:

- » Sertralin plus begleitende Psychotherapie ergab eine Erfolgsrate von 72 Prozent bei Kindern und 61 Prozent bei Jugendlichen.⁵
- » Kinder und Jugendliche mit Zwangsstörung sollten mit einer Kombination von kognitiver Verhaltenstherapie und einem selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer behandelt werden.⁶

Trotz dieser Erfolgsraten muss darauf hingewiesen werden, dass es Non-Responder gibt, das heißt einzelne Kinder und Jugendliche, die auch auf diesen kombinierten Behandlungsansatz nicht ansprechen, und es ist zu überlegen, welche Interventionsform für diese Gruppe die günstigste ist.

These 3: Kenntnisse, Erfahrungen und Verantwortung in der Behandlung

Die Anwendung von Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter erfordert besondere Kenntnisse und Erfahrungen und unterliegt auch einer besonderen Verantwortung. Gründe:

- » Berücksichtigung von Reifungs- und Entwicklungsprozessen
- » Fehlende Erprobung (und/oder Zulassung) von Pharmaka in dieser Altersgruppe (bis zu 80 Prozent)
- » Therapieentscheidung durch Eltern/Bezugspersonen

Im Hinblick auf Reifungs- und Entwicklungsprozesse ist festzustellen, dass die Neurotransmittersysteme zum Teil im Kindes- und Jugendalter noch nicht ausgereift sind und dass diesbezüglich eine besondere Vorsicht beim Einsatz geboten ist. Die fehlende Erprobung im Kindes- und Jugendalter ist ein generelles Problem, das sich nicht nur auf Psychopharmaka, sondern auf alle Medikamente im Kindes- und Jugendalter bezieht. Auf diesen Aspekt wird später noch eingegangen.

Schließlich liegt die Entscheidung über die Anwendung von Medikamenten bei Kindern stets in der Hand der Eltern, wobei Jugendliche in den Entscheidungsprozess bereits einbezogen werden sollten. Hier begegnen die behandelnden Ärzte sehr unterschiedlichen Auffassungen: Es gibt immer wieder Eltern, die grundsätzlich die Anwendung von Psychopharmaka bei ihren Kindern verweigern. Umgekehrt gibt es Eltern, die ohne weiteres bereit sind, einer Verabfolgung von Psychopharmaka zuzustim-

⁵ Cook et al. 2001.

⁶ Pediatric OCD Treatment Study Team 2004.

men, weil sie die Hoffnung haben, dadurch auch in ihrem erzieherischen Verhalten entlastet zu werden. Beide Extreme sind problematisch und müssen im Rahmen des psychoedukativen Ansatzes zum Gegenstand einer ausführlichen Aufklärung und Beratung gemacht werden.

These 4: Diagnostik geht jeder Behandlung voraus

Wie bei Medikamenten zur Behandlung körperlicher Erkrankungen muss der Verordnung von Psychopharmaka eine sorgfältige, leitlinienorientierte Diagnostik durch kompetente Ärzte vorausgehen, die mit den störungsspezifischen Indikationen vertraut sind, Chancen und Risiken der jeweiligen Präparate kennen und in der Lage sind, die pharmakologischen Komponenten in einen Gesamtbehandlungsplan einzuordnen. Dieser stützt sich auf mehrere Behandlungskomponenten und bezieht stets die Lebenssituation des Kindes und seiner Familie in den Behandlungsplan ein.

Was die Diagnostik und Therapie betrifft, so hat die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP) gemeinsam mit den beiden anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Fachverbänden⁷ Leitlinien veröffentlicht, die sowohl in der Diagnostik als auch in der Therapie unbedingt beachtet werden sollten. Sie stützen sich auf den derzeitigen empirischen Wissensstand und berücksichtigen auch so weit wie möglich die gängigen Evidenzkriterien.⁸

In Abbildung 3 ist schematisch das diagnostische Vorgehen beim hyperkinetischen Syndrom beziehungsweise ADHS wiedergegeben.

Wie Abbildung 3 zeigt, ergeben sich im Hinblick auf die Diagnostik und die Therapieindikation fünf Schritte, wobei es nach dem dritten Schritt zu einer multi-axialen Diagnostik kommt. Dabei erstreckt sich die erste Achse auf das klinisch-psychiatrische Syndrom (zum Beispiel Autismus oder ADHS), die zweite Achse auf etwaige komorbide Entwicklungsstörungen (zum Beispiel Legasthenie oder Sprachentwicklungsstörungen), die dritte Achse umfasst die Intelligenz, die vierte Achse etwaige zusätzliche körperliche Erkrankungen (zum Beispiel Herzfehler oder Klumpfuß), die fünfte Achse die abnormen psychosozialen Bedingungen (zum Beispiel einen psychisch kranken Elternteil, Misshandlung) und die sechste Achse das Niveau der

⁷ Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie e. V. (BKJPP), Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.

⁸ DGKJP et al. 2003.

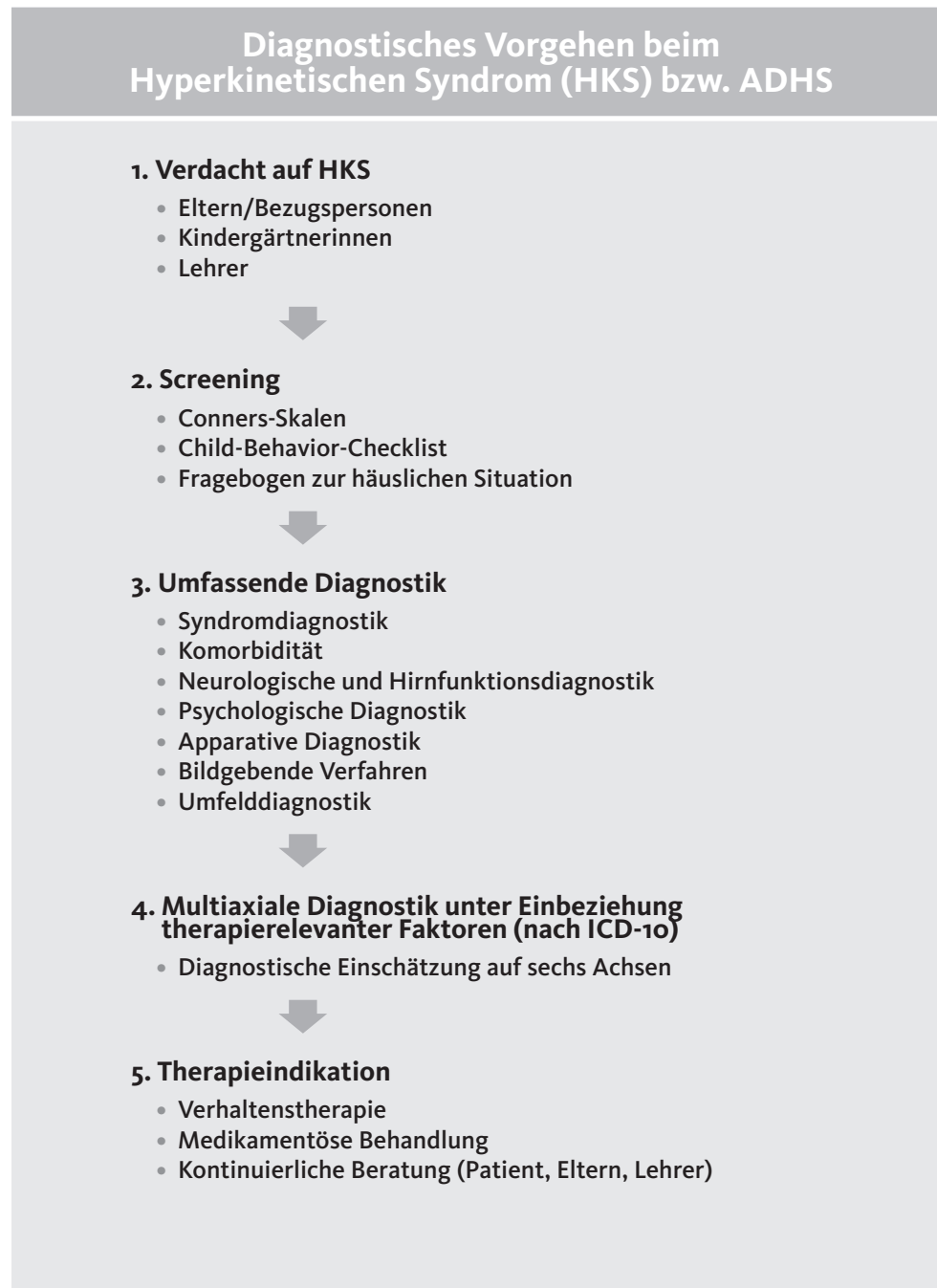


Abbildung 3

psychosozialen Anpassung. Diese sechsteilige Diagnose ist eine gute Voraussetzung für die Therapieindikation, die hier im Falle der ADHS beziehungsweise des hyperkinetischen Syndroms zu einer mindestens dreifachen Intervention führt, die aus Verhaltenstherapie, medikamentöser Behandlung (wenn sie aufgrund der Schwere des Krankheitsbildes indiziert ist) und einer kontinuierlichen Beratung von Patienten, Eltern und anderen Bezugspersonen besteht.

Was den Gesamtbehandlungsplan betrifft, so werden nach dem in Marburg entwickelten Komponentenmodell bei jeder Störung fünf Interventionsformen, bezogen auf das jeweilige Krankheitsbild, in unterschiedlicher Intensität angewandt.

1. individuelle Psychotherapie
2. funktionelle Übungsbehandlung
3. familienbezogene Maßnahmen
4. andere umfeldbezogene Maßnahmen (zum Beispiel Schule, Jugendamt)
5. Medikation

Diese fünf Komponenten werden störungsbezogen und individuumsbezogen bei allen Patienten angewandt. Das jeweilige Mischungsverhältnis der Komponenten ergibt sich aus der empirischen Wirksamkeitsforschung und der Angemessenheit und Akzeptanz der Maßnahme bei jedem einzelnen Patienten.⁹ Bei richtiger Kombination sind die Erfolge beachtlich.

These 5: Psychopharmakotherapie ist stets Krankenbehandlung

Die Anwendung von Psychopharmaka dient ausschließlich der Krankenbehandlung. Es existiert nach internationaler Übereinkunft keine Indikation für ihre Anwendung bei gesunden Menschen (Kindern, Jugendlichen wie Erwachsenen) zur kognitiven Leistungssteigerung, zur Erzeugung von Wohlbefinden oder gar von Glück.

Gleiches gilt unseres Erachtens auch für die Psychotherapie. Auch die Psychotherapie muss das Ziel verfolgen, sich mit der Zeit überflüssig zu machen. Sie kann nicht der Lösung allgemeiner Lebensfragen dienen, sie kann keine „säkulare Seelsorge“ sein, bezahlt von den Krankenkassen.

⁹ Vgl. Remschmidt/Mattejat 2001.

These 6: Zeitliche Behandlungsgrenzen versus Chronifizierung

Die Behandlung von Krankheiten (seien sie psychischer oder somatischer Natur) zielt stets auf eine in einem vertretbaren Zeitraum verantwortbare Beendigung ab. Sie erstrebt immer Hilfe zur Selbsthilfe, wobei eine intensive Aufklärung des Patienten (und bei Kindern und Jugendlichen auch von deren Eltern) integraler Bestandteil des Behandlungskonzeptes ist (sogenannter psychoedukativer Ansatz). Dies gilt für die Psychopharmakotherapie und die Psychotherapie gleichermaßen.

Die zeitliche Begrenzung der medikamentösen und zum Teil auch psychotherapeutischen Behandlung ist bei vielen Störungen freilich dadurch kompliziert, dass viele von ihnen zur Chronifizierung neigen und dass nach Absetzen der Medikation das Störungsbild beziehungsweise die Symptomatik wieder auftritt. Diese vielen Störungen innewohnende Tendenz ist ein großes Problem für die Behandlung. Insofern muss zwar am Ziel festgehalten werden, die Behandlung in einem annehmbaren Zeitrahmen zu beenden, wo dies möglich ist. Wo dies nicht möglich ist, ist sie selbstverständlich fortzusetzen, stets aber in einem Behandlungsplan, der sich nicht auf die Verabreichung von Medikamenten reduzieren lässt, sondern auch psychotherapeutische Elemente umfasst, zumindest aber eine kontinuierliche Beratung im Sinne des psychoedukativen Ansatzes.

These 7: Abwägung von Chancen und Risiken

Die Chancen und Risiken der Psychopharmakotherapie im Kindes- und Jugendalter müssen sowohl störungsbezogen, substanzbezogen als auch individuumsbezogen in jedem Einzelfall abgewogen werden. Dabei spielen Ursachen, Schweregrad und Stadium der Erkrankung, der Erkenntnisstand, bezogen auf die jeweilige Therapiemaßnahme, und die Möglichkeiten anderer Interventionen (zum Beispiel Psychotherapie, erzieherische Einflüsse, Elternberatung) eine entscheidende Rolle.

Bei dem in These 7 apostrophierten Abwägungsvorgang ist, neben den dort erwähnten Gesichtspunkten, auch zu erörtern, ab wann, das heißt ab welchem Schweregrad und welcher Symptomatik, eine Behandlung erforderlich ist. Diese Entscheidung wirft natürlich die Frage auf, welchen Krankheitsbegriff man der Behandlungsindikation zugrunde legt. Die Diskussionen und Ergebnisse der Forschung in den letzten Jahren haben gezeigt, dass nahezu alle Krankheitsbilder in der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Sinne eines dimensional Krankheitsmodells (wie zum Beispiel Adipositas

oder Hypertonie) angesehen werden müssen und nicht im Sinne eines kategorialen Ansatzes (zum Beispiel Infektionskrankheiten).

Unseres Erachtens kann hierbei als Richtschnur die Frage gelten, inwieweit ein Kind durch die jeweilige Störung oder Erkrankung daran gehindert wird, seinen altersgemäßen Entwicklungsaufgaben nachzukommen und an einem seinem Alter und Entwicklungsstand gemäßen Leben teilzunehmen. Diese allgemeine Formulierung ist auf den jeweiligen Einzelfall anzuwenden, ähnlich wie ein unbestimmter Rechtsbegriff, der auf den Einzelfall bezogen interpretiert werden muss. Wenn beispielsweise ein achtjähriges Kind nicht mehr in die Schule gehen kann, weil es Angst hat, oder wenn ein 16-jähriger Patient mit einer Zwangsstörung morgens verspätet aus dem Haus geht, weil er vor dem Frühstück ein zweistündiges Zwangsritual ausführen muss, so ist dies als krankhaft zu betrachten und behandlungsbedürftig.

These 8: Kompetenz und Gesamtbehandlungsplan

Die kompetente Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher mit Psychopharmaka und ihre Einordnung in einen Gesamtbehandlungsplan (Komponentenmodell) erfordert eine umfassende Ausbildung und kontinuierliche Weiter- und Fortbildung in der Entwicklungspsychopathologie, Entwicklungspsychologie und Entwicklungspharmakologie sowie den fortwährenden (ambulanten oder stationären) Kontakt mit den betreffenden Kindern und Jugendlichen und ihren Eltern.

Psychopharmakotherapie kann nicht im Schnellverfahren und nicht in Wochenendkursen erlernt werden. Sie erfordert vielmehr eine umfangreiche Aus- und Weiterbildung, die, wie in These 8 dargelegt, keineswegs nur Kenntnisse und Erfahrungen in der Psychopharmakotherapie voraussetzt, sondern auch in allen entwicklungsorientierten Gebieten, die das Kindes- und Jugendalter berühren. Beispielsweise ist bekannt, dass trizyklische Antidepressiva im Kindesalter nicht wirksam sind, während sie im Erwachsenenalter, bei adäquater Indikation, eine bemerkenswerte Wirkung haben. Dies hängt vermutlich damit zusammen, dass die Neurotransmittersysteme, auf die die trizyklischen Antidepressiva einwirken, im Kindes- und Jugendalter noch nicht hinreichend differenziert sind, um auf diese Medikamente anzusprechen. Was den Gesamtbehandlungsplan betrifft, sind zum Beispiel Kenntnisse und Erfahrungen erforderlich, die psychotherapeutische Interventionen ebenso einschließen wie umfeldbezogene Maßnahmen (zum Beispiel Austausch von Informationen zum Behandlungsverlauf mit Lehrern und anderen Betreuern des jeweiligen Kindes, sofern die Eltern dem zustimmen).

These 9: Notwendigkeit kontrollierter Studien

Angesichts unzureichender Erprobung von Psychopharmaka (und auch anderer Medikamente) im Kindes- und Jugendalter ist die Durchführung kontrollierter Psychopharmakastudien in dieser Altersgruppe zu unterstützen. Dies entspricht sowohl den Bestrebungen der Europäischen Union als auch denjenigen entsprechender Beratungsgremien und Behörden anderer Länder (zum Beispiel der Arzneimittelzulassungsbehörde FDA in den USA).

Kürzlich hat die Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina (2005) auf der Grundlage der Beratungen einer Expertenkommission „Empfehlungen zur Arzneimitteltherapie im Kindesalter“ herausgegeben, die in deutscher und englischer Sprache die wichtigsten Gesichtspunkte zu dieser Problematik zusammenfassen. In den Empfehlungen wird darauf hingewiesen, dass Kinder und Jugendliche wegen ihrer alters- und entwicklungsbezogenen Besonderheiten auch eines besonderen Schutzes bedürfen, was auch deshalb erforderlich sei, weil in der Kindheit wichtige Weichen für das spätere Leben gestellt würden und der Kindheit daher ein hoher gesellschaftlicher Zukunftswert zukomme. Nach Auffassung des Präsidiums der Leopoldina sollte sichergestellt werden, dass Kinder weder durch die Behandlung mit ungeprüften Arzneimitteln gefährdet noch in klinischen Prüfungen in medizinisch oder ethisch unververtretbarer Weise belastet würden. Sodann heißt es in den Empfehlungen:

„Das Präsidium der Leopoldina fordert mit dieser Empfehlung die gesellschaftlich und politisch Verantwortlichen auf, zum Schutz der Kinder sowie zur Optimierung der Prävention bei allen Lebensaltern folgendes Aktionsprogramm engagiert umzusetzen:

- » Unterstützung des Vorschlags der EU-Kommission zu einer europäischen Verordnung über Kinderarzneimittel, die die Entwicklung und Erprobung von Arzneimitteln für Kinder und Jugendliche zum Ziel hat
- » Schnellstmöglicher Aufbau einer Infrastruktur in der klinischen Medizin für die Entwicklung und Prüfung von Arzneimitteln zur Anwendung bei Kindern
- » Obligatorische Einbindung pädiatrischer und weiterer fachärztlicher Expertisen bei der Erstellung und Begutachtung von Studienprotokollen zur Prüfung von Arzneimitteln bei Kindern
- » Implementierung eines interdisziplinären Arbeitskreises „Arzneimitteltherapie im Kindesalter“ zum Beispiel bei den Zulassungsbehörden, der in breitem Umfang die medizinischen und sozialwissenschaftlichen Bereiche einschließen sollte

- » Die bereits an sechs Koordinationszentren für klinische Studien (KKS) etablierten pädiatrischen Zentren müssen weiter ausgebaut und langfristig finanziell abgesichert werden.¹⁰

Schließlich wird in den Empfehlungen ausgeführt, dass dieses Aktionsprogramm neben einer Stärkung des Gemeinwohls auch einen Innovationsschub für die Arzneimittelindustrie bewirken könnte.

These 10: Rolle der pharmazeutischen Industrie

Nicht zu verhehlen ist, dass die pharmazeutische Industrie die Anwendung von Psychopharmaka auch im Kindes- und Jugendalter offensiv und zuweilen aggressiv propagiert. Hier sind die Fachkenntnis und die ethische Verantwortung der Ärzteschaft gefragt, um Missbrauch und Fehlentwicklungen vorzubeugen. Entsprechende Kodizes und Stellungnahmen können hier als Richtschnur dienen.

In diesem Sinne hat die Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e. V. einen Kodex für die Zusammenarbeit der pharmazeutischen Industrie mit Ärzten, Apothekern und anderen Angehörigen medizinischer Fachkreise herausgegeben.¹¹ Dieser Kodex enthält die ethischen und rechtlichen Bedingungen, die bei der Zusammenarbeit zwischen der pharmazeutischen Industrie und Angehörigen medizinischer Fachkreise beachtet werden sollten. Dabei wird auch detailliert auf die Bedeutung von Fortbildungsveranstaltungen eingegangen, die in der Vergangenheit nicht selten den Charakter von Werbeveranstaltungen für bestimmte Präparate hatten. Unter Bezugnahme auf die Muster-Berufsordnung der deutschen Ärztinnen und Ärzte (Stand vom 30. Januar 2004) wird darauf hingewiesen, dass die gleichen Grundsätze für wissenschaftliche Informationsveranstaltungen auch für berufsbezogene Informationsveranstaltungen gelten müssten, wobei bei Veranstaltungen, die der Absatzsteigerung von Arzneimitteln dienen, seitens der pharmazeutischen Industrie keinerlei Kosten für die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte übernommen werden dürfen. Auch für eine Reihe anderer Sachverhalte, die unter Umständen als ethisch problematisch angesehen werden können, gibt der Kodex entsprechende Leitlinien im Sinne seiner Intention, die wie folgt formuliert wird: „Mit den Mitteln der Selbstkontrolle soll Fehlverhalten erkannt und sanktioniert werden. Die Schiedsstelle des FSA (Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e. V.) hat die Aufgabe, bei Verstößen gegen die Regeln der Zusammenarbeit einzuschreiten. Jedermann kann die Schiedsstelle in Anspruch nehmen: Unternehmen, Ärzte, Patienten, kurzum, alle Bürger.“¹²

¹⁰ Leopoldina 2005, S. 7.

¹¹ FSA Arzneimittelindustrie 2006.

¹² Kodex, S. 4.

Zusammenfassung

Sofern man akzeptiert, dass psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter als Ursache oder Teilursache Hirnfunktionsstörungen beziehungsweise Abweichungen im Neurotransmitterstoffwechsel zur Grundlage haben, kann man die Anwendung psychoaktiver Substanzen nicht grundsätzlich ablehnen. Allerdings muss deren Anwendung einer klaren und spezifischen Indikation folgen, die sich auf die Ergebnisse nachvollziehbarer empirischer Untersuchungen stützt. Da viele Indikationen für die Anwendung von Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter (angesichts häufig fehlender Studien) im Analogieschluss aus Untersuchungen an Erwachsenen abgeleitet werden, ist bei der Psychopharmakotherapie im Kindes- und Jugendalter besondere Vorsicht geboten. Die gleichen Probleme existieren allerdings auch bei der Anwendung der meisten anderen Substanzklassen, die nicht in den Bereich der Psychopharmaka gehören. Kinder und Jugendliche bedürfen nämlich wegen ihrer alters- und entwicklungsbedingten Besonderheiten eines besonderen Schutzes. Sie von der Anwendung psychoaktiver Substanzen auszuschließen ist ebenso wenig vertretbar wie die ausschließliche Anwendung solcher Substanzen nach einer Indikation für Erwachsene. Im Übrigen ist die Psychopharmakotherapie als alleinige Behandlungsmaßnahme bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter ebenfalls nicht angemessen. Deshalb vertreten Kinder- und Jugendpsychiater weltweit die Ansicht, dass die Psychopharmakotherapie in einen Gesamtbehandlungsplan eingeordnet werden muss und dass innerhalb dieses Plans der Stellenwert der angewandten Psychopharmaka, je nach Krankheitsbild, ein jeweils unterschiedlicher sollte. Dieses Konzept wird am Beispiel eines Therapieansatzes erläutert, der sich regelhaft auf mehrere Komponenten stützt und inzwischen auch hinreichend evaluiert ist. Diese Komponenten sind:

1. Individuelle Psychotherapie mit dem Patienten (Kind oder Jugendlichen)
2. Funktionelle Übungsbehandlung mit dem Patienten
3. Eltern- und familienbezogene Maßnahmen
4. Andere umfeldbezogene Interventionen
5. Behandlung mit Psychopharmaka

Im Hinblick auf diese Komponenten lässt sich ein relativ spezifisches Behandlungsprofil für die einzelnen im Kindes- und Jugendalter auftretenden Störungen definieren. Was die eingesetzten Substanzen betrifft, so richtet sich die spezielle Indikation an drei Gesichtspunkten aus, die in jedem Einzelfall beachtet werden sollten: der Störung (zum Beispiel Autismus, Depression, hyperkinetisches Syndrom), den Substanzklassen (zum Beispiel Antipsychotika, Antidepressiva, Stimulanzien) und der Rezeptoraffinität (zum Beispiel Dopaminrezeptoren, Serotoninrezeptoren). Pharmakotherapie und

Psychotherapie sind keine Widersprüche, sondern lassen sich störungs- und individualsbezogen miteinander kombinieren, wobei jeweils eine sorgfältige Abwägung zwischen Wirkung und Nebenwirkung oder, allgemein gesprochen, zwischen Chancen und Risiken zu erfolgen hat.

Psychoanalytische Erkundungen zu Depression und Hyperaktivität

Die emanzipatorisch-psychoanalytische Perspektive

Depressionen – die *melancholia* – begleiten die westliche Kulturgeschichte von Anfang an, wie uns die viel beachtete Ausstellung „Melancholie: Genie und Wahnsinn in der Kunst“ in Paris und Berlin im Jahre 2006 erneut eindrucksvoll vor Augen führte.

Dennoch sprechen einige der heutigen Sozialwissenschaftler angesichts der dramatischen Zunahme von Depressionen davon, dass die Depression (und in anderer Weise auch das sogenannte ADHS, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom) zu Signaturen unserer Zeit avanciert sind, in der sich traditionelle Strukturen, Wertsysteme und darauf basierende fest gefügte Verhaltenserwartungen weitgehend aufgelöst haben. Entgrenzungsphänomene und Flexibilisierungen von Lebensperspektiven ziehen einen Verlust an sozialer Sicherheit nach sich und machen die eigene Identität zum lebenslangen Projekt des Einzelnen. Der französische Soziologe Alain Ehrenberg erklärte die Depression zur Krankheit der zeitgenössischen (westlichen) Gesellschaften, deren Verhaltensnormen nicht mehr, wie etwa noch zu Freuds Zeiten, auf Schuld und Disziplin gründen, sondern auf Verantwortung und Initiative.¹ Das spätbürgerliche Individuum scheint abgelöst durch ein Individuum, das die Vorstellung hat, „alles ist möglich“, und geprägt ist von der Angst um seine Selbstverwirklichung, die sich leicht zum Gefühl der Erschöpfung steigern kann. Der ständige, oft nicht bewusste Wunsch, ein ganz besonderes, originelles, von anderen bewundertes und möglichst in den Medien beachtetes Leben zu führen, wird zu einem Druck zur Individualisierung, der in Versagens-, Scham-, und Insuffizienzgefühle und schließlich in depressive Symptome münden kann. Die Depression wird so zur Tragödie der Unzulänglichkeit.²

¹ Ehrenberg 2004.

² Bohleber 2005, S. 782.

Depressiven Patienten in tragenden therapeutischen Beziehungen zu Einsichten in die Hintergründe ihres subjektiven Leidens an solcherart empfundenen Unzulänglichkeiten zu verhelfen und sie dadurch von unbewussten Zwängen und Einschränkungen zu emanzipieren³ gehört nach wie vor zu den wesentlichen Zielen psychoanalytischer Behandlungen. Analytiker und Analysand versuchen gemeinsam, die Symptome zu entschlüsseln, die den Depressiven mit ungelösten Konflikten seiner Vergangenheit verbinden und unbewusst sein Denken, Fühlen und Handeln mitbestimmen. Einsichten in die unbewussten Quellen eigener Reaktionsweisen, vor allem in frühere konflikthafte, pathogene Beziehungsmuster, werden in der therapeutischen Beziehung durchgearbeitet und befreien den Patienten von unbewussten Fesseln. Er kann vermehrt erkennen, warum er auf bestimmte Anforderungen in seiner individuellen und gesellschaftlich mitbestimmten Realität mit Depressionen reagiert. Dadurch gewinnt er sukzessive seine Lebensinitiative zurück, kann äußere Wirklichkeiten kritisch reflektieren und das Leiden daran direkt ertragen, ohne darüber erneut depressiv zu erkranken. Sigmund Freud hat diesen Prozess mit der bekannten Formulierung charakterisiert, es gehe in einer Psychoanalyse darum, „neurotisches Elend in gemeines Unglück“ zu verwandeln. In seinem Gesundungsprozess wird sich der Depressive wieder eher als Herr (oder Frau) des eigenen Hauses fühlen, „sich mit seinen eigenen – statt mit ihm fremden – Kleidern schmücken“, aus seinem Rückzug und dem ständigen schmerzlichen Blick in einen verengt-verzerrenden Spiegel herausfinden und seine aktuellen Beziehungen als Mann oder Frau aktiver gestalten können.⁴ Leiden, Verlust und Trauer neben Momenten des Glücks, der Freude und der Befriedigung werden psychisch als unverzichtbare Dimensionen der menschlichen Existenz akzeptiert. Auf Antidepressiva, die sich in Akutphasen der depressiven Erkrankung, besonders bei einem drohenden Suizid, oft als unverzichtbare Krücken erwiesen haben, kann nun weitgehend verzichtet werden. Um den Titel dieser Veranstaltung zu paraphrasieren: Pillen verschaffen zwar Erleichterung und erweisen sich zuweilen sogar in der Überbrückung einer schweren Krise als lebensrettend, doch vermitteln sie keine Einsichten in die Ursachen solcher Krisen und Erkrankungen und schon gar nicht so etwas wie Glück!

Die Erkenntnis des Selbst („Erkenne dich selbst!“) – gepaart mit dem emotional intensiven Durcharbeiten krankhafter, unbewusster Beziehungsmuster in der neuen, haltenden, therapeutischen Beziehung – ist, so die Auffassung der Psychoanalyse, die schmerzliche Voraussetzung für seelische Gesundheit, Beziehungsfähigkeit und Kre-

aktivität. Daher sehen psychoanalytische Autoren depressive Erkrankungen immer in Zusammenhang mit Entwicklungsprozessen, vor allem mit Fehlentwicklungen bedingt durch unbewusste Konflikte und Phantasien a) im Bereich eines differenzierten, integrierten, realistischen Selbst- und Identitätsgefühls und b) im Bereich der Fähigkeit, ausreichend befriedigende, reziproke, interpersonelle Beziehungen aufzunehmen und zu gestalten.

Um dies anders zu formulieren: Psychopathologische Störungsbilder, wie die Depression (oder auch ADHS), werden nicht als klar abgrenzbare Erkrankungen betrachtet, die auf spezifischen genetischen oder biologischen Faktoren beruhen, sondern als Fehlentwicklungen beziehungsweise -anpassungen, mit denen ein Individuum versucht, gravierende und dauerhafte Unterbrechungen seiner normalen psychischen Entwicklung zu bewältigen. Zudem wird die Depression weniger als krankhafter Zustand, sondern eher als ein Prozess betrachtet, der abhängig von inneren und äußeren Bedingungen abläuft.

Schon relativ kurze Therapien, die auf einem solchen Verständnis von Depressionen beruhen, haben sich als erfolgreich bei der Behandlung depressiver Patienten in einer akuten Lebenskrise oder während einer ersten Erkrankung, besonders im jugendlichen Alter, erwiesen, wie dies kürzlich der Wissenschaftliche Beirat für Psychotherapie aufgrund der Studien, die Kriterien der evidenzbasierten Medizin entsprechen, erneut feststellte. Psychoanalytische Therapien wurden – ebenso wie verhaltenstherapeutische – als „wissenschaftlich anerkannte Verfahren“ ausgewiesen.⁵ Doch erfordert die Behandlung der zunehmenden Zahl chronifizierender Patienten weiterhin eine große gemeinsame Anstrengung aller Fachleute auf diesem Gebiet. Patienten, die an chronifizierten Depressionen – meist verbunden mit sogenannten Persönlichkeitsstörungen – leiden, erzielen nur mit Langzeitbehandlungen eine nachhaltige Besserung ihres Zustandes.

Welche Individuen, welche menschlichen Schicksale verbergen sich hinter einer Diagnose „chronischer Depression“? Lassen Sie mich dies kurz am Beispiel einer Frau illustrieren, die wir im Rahmen einer großen repräsentativen Ergebnisstudie psychoanalytischer Langzeittherapien untersucht haben:

Frau N. wurde von ihrem Hausarzt in eine Psychoanalyse geschickt, weil sie unter extremen psychosomatischen Symptomen – ohne nachweisbare organische Ursache – und gravierenden, chronifizierten Depressionen litt. „Der ganze Körper tat mir weh“;

³ Habermas 1968.

⁴ Hierbei beziehe ich mich auf das Gemälde „Melancholia“ des kolumbianischen Malers Fernando Botero, das einen depressiven, transvestistischen Mann darstellt, der sich in einem viel zu kleinen Spiegel betrachtet. Botero legte seiner Darstellung von *melancholia* das berühmte Bild Albrecht Dürers zugrunde. Leider konnte Boters Gemälde hier nicht abgedruckt werden.

⁵ Brandl et al. 2004; vgl. dazu auch Corveleyn/Luyten/Blatt 2005, Leuzinger-Bohleber/Hau/Deserno 2005.

sagte die inzwischen fast Sechzigjährige im Studieninterview. Zudem befand sie sich vor Beginn der Behandlung in einer massiven Ehekrise und hatte große Probleme mit ihrem (verwahrlosten) adoleszenten Sohn. Frau N. schilderte, dass sie in der Psychoanalyse verstanden habe, wie ihre traumatischen Erfahrungen während des Zweiten Weltkriegs sowohl die psychosomatischen Symptome als auch ihre schweren Beziehungskonflikte unbewusst determiniert hatten. Sie flüchtete als Dreijährige mit ihrer Mutter aus Ostpreußen und lebte einige Jahre in einem Flüchtlingslager. Eine entscheidende Erinnerung in der Behandlung war, dass sie – als Sechsjährige – sah, wie die an Typhus erkrankte Mutter auf einer Bahre weggetragen wurde – wahrscheinlich tot –, doch vermutete Frau N., dass ihre wiederkehrenden Alpträume auf ihre kindlichen Phantasien während dieser traumatischen Ereignisse hinweisen könnten, die Mutter sei noch am Leben gewesen und lebendig begraben worden, weil sie (möglicherweise aufgrund ödipaler Todeswünsche) sie nicht gerettet habe. Da der Vater in Russland gefallen war, wurde sie als Vollwaise in eine Pflegefamilie gegeben. In der Therapie erinnerte sie sich an die entsetzliche Einsamkeit und Ohnmacht: Sie wurde oft von ihrem Pflegevater körperlich misshandelt und von der Pflegemutter als billige Arbeitskraft im Haushalt eingesetzt. Daher flüchtete sie als 14-Jährige aus der Pflegefamilie und arbeitete als Verkäuferin, bis sie ihren Mann kennen lernte und heiratete. In beeindruckender Weise schilderte sie ihren jahrelangen Kampf, ihren beiden Kindern eine „gute Mutter“ zu sein. Sie entdeckte in der Psychoanalyse, dass ihre schweren Krankheiten unter anderem auch durch die unbewusste Überzeugung determiniert waren, sie werde – wie ihre Mutter – ihren Kindern „wegsterben“. Sie hatte durch viele Krankenhausaufenthalte und Kuren ihren eigenen Kindern zahlreiche frühe Trennungen zugemutet – außer ihrer fehlenden inneren Sicherheit bezüglich ihrer „mütterlichen Funktionen und Fähigkeiten“ wohl einer der Gründe für die emotionale Verwahrlosung ihres Sohnes. Sie erzählte, dass es für sie nur dank der professionellen und gleichzeitig warmherzigen Beziehung zu ihrer Analytikerin möglich gewesen sei, sich nochmals den Schrecken ihrer Kindheit zuzuwenden und schließlich zu erkennen, wie sehr sie immer noch durch unverarbeitete Erfahrungen und vermeintliche Wahrheiten, wie die eben erwähnte Überzeugung, ihr stehe kein besseres Schicksal zu als ihrer Mutter, determiniert war. So zeigten diverse Phantasien, beispielsweise die angstvolle Vorstellung, auch ihre Analytikerin werde ihr plötzlich „wegsterben“ und sie hilflos zurücklassen, wie gegenwärtig und immer noch wirksam ihre traumatischen Kindheitserfahrungen auch in aktuellen Beziehungen noch waren. Die Einsichten in solche Zusammenhänge erlebte sie wie eine große Befreiung, die nicht nur zu einem Überwinden der chronischen Depressionen und einer neuen Lebensqualität führte, sondern vor allem ihre Beziehung zu ihrem Mann und ihren Kindern verbesserte. So erzählte sie, dass für sie zwar das Herausfinden aus den jahrzehntelangen Depressionen zentral gewesen sei. Doch das wichtigste Ergebnis ihrer Psychoanalyse sei gewesen, dass sie die Weitergabe ihrer traumatischen Er-

fahrungen an ihre Kinder „noch im letzten Moment etwas abmildern konnte – mein Sohn holte während seiner Jugendzeit vieles nach und hat sich stabilisiert“.

Frau N. war eine der fast 130 interviewten Patienten in psychoanalytischen Langzeitbehandlungen, die die Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV) in einer Katamnese-Studie mit insgesamt 400 Probanden untersucht hat.⁶ Bei den Probanden handelte es sich mehrheitlich um Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und schweren Depressionen (vgl. Abbildung 2). Neben ihren eigenen Aussagen beurteilten wir den Behandlungserfolg auch anhand von „objektiven Kriterien“ (Rückgang der Gesundheitskosten) sowie von Einschätzungen psychoanalytischer und nichtpsychoanalytischer Experten. Die chronisch Depressiven unter ihnen hatten – ohne Rückfall – ihre Depressionen nachhaltig überwunden. Über 80 Prozent von ihnen waren durchschnittlich sechs-einhalb Jahre nach Abschluss ihrer Behandlungen nachhaltig mit den erzielten Ergebnissen zufrieden (vgl. Abbildungen 4 und 5). Im Hinblick auf die Kosten, die aus der Arbeitsunfähigkeit beziehungsweise den Aufenthalten in Krankenhäusern resultierten – vor, während und nach der Behandlung (vgl. Abbildung 7) –, stellte sich heraus, dass – bei alleiniger Betrachtung der Arbeitsunfähigkeitstage – die Krankenkassen viel Geld sparen könnten, wenn sie den Patienten, die mit Kurztherapien nicht zu behandeln sind, zur richtigen Zeit die richtige Behandlung zukommen ließen.

Das Ergebnis ist umso erstaunlicher, als das National Institute for Mental Health (NIMH) in einer Nachuntersuchung seiner wohl bedeutendsten Depressionsstudie feststellen musste, dass 75 Prozent der depressiven Patienten nach allen Formen der Kurztherapie einen Rückfall innerhalb von fünf Jahren erleiden, etwa 50 Prozent der depressiv Erkrankten chronifizieren, 20 Prozent reagieren nicht auf antidepressive Medikamente.

Um die nachhaltige und die auf autonomer Selbstentfaltung der Patienten beruhende Wirksamkeit psychoanalytischer Langzeitbehandlungen weiter nachzuweisen, führen wir zurzeit eine große prospektive Studie zur Wirksamkeit psychoanalytischer verglichen mit kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungen bei chronisch depressiven Patienten durch. Gerade die chronischen Patienten stellen für alle Therapieverfahren eine große Herausforderung dar, denn die Wirksamkeit aller Formen von Kurztherapien bei leichteren depressiven Erkrankungen ist längst gut empirisch nachgewiesen (allerdings meist ohne lange Katamnesen). Wie die Kollegen im Kompetenznetzwerk Depression engagieren sich auch Psychoanalytiker im „Psychodynamischen Netzwerk gegen Depression“ flächendeckend hier in Deutschland und in

⁶ Vgl. hierzu ausführlich Leuzinger-Bohleber et al. 2001, 2002. Auch die nachfolgenden Abbildungen entstammen diesen Quellen.

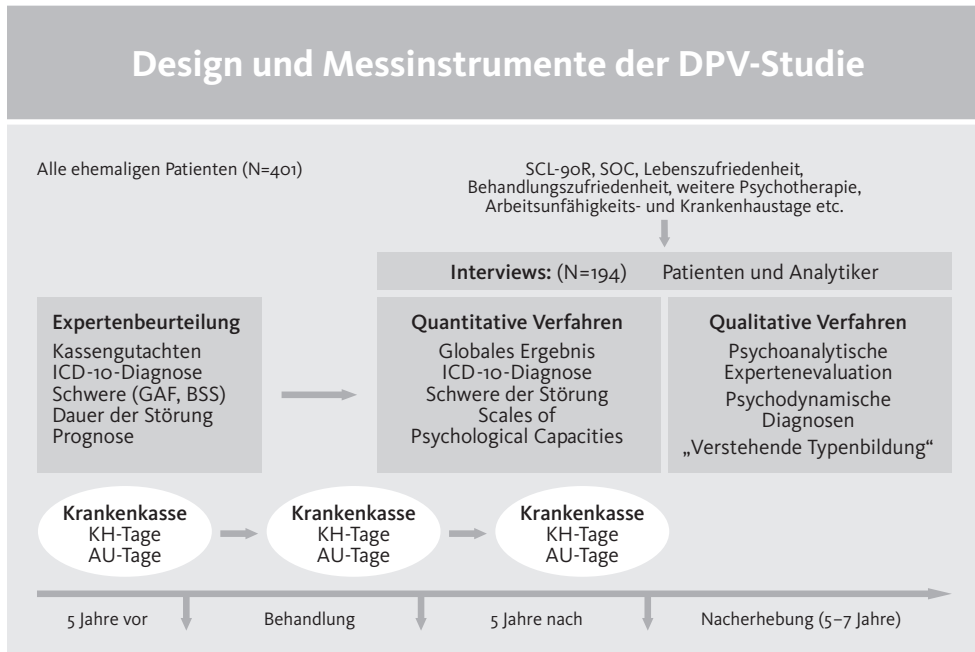


Abbildung 1

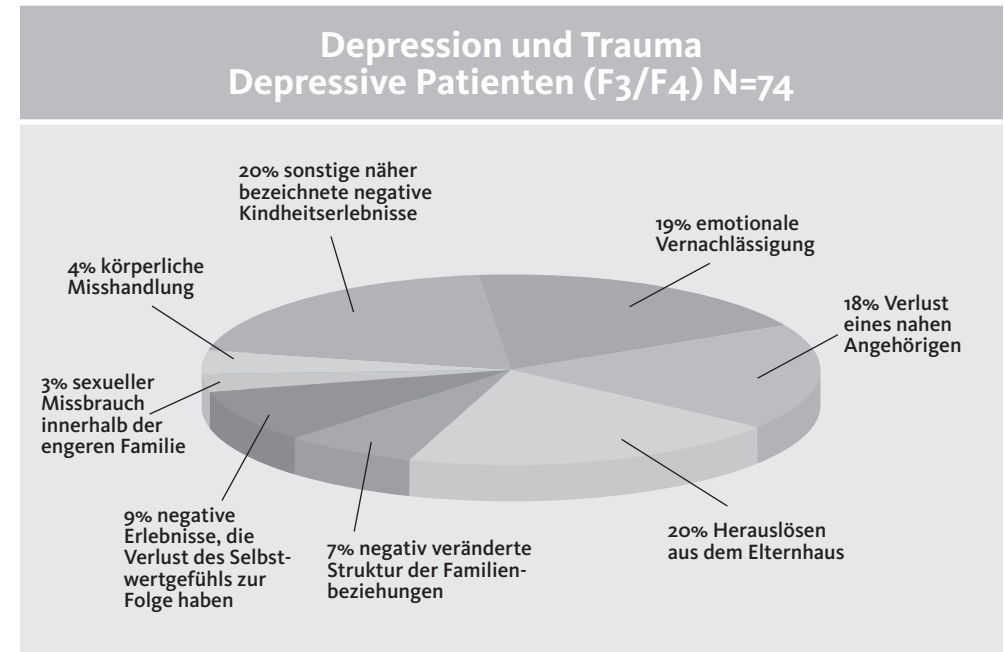


Abbildung 3

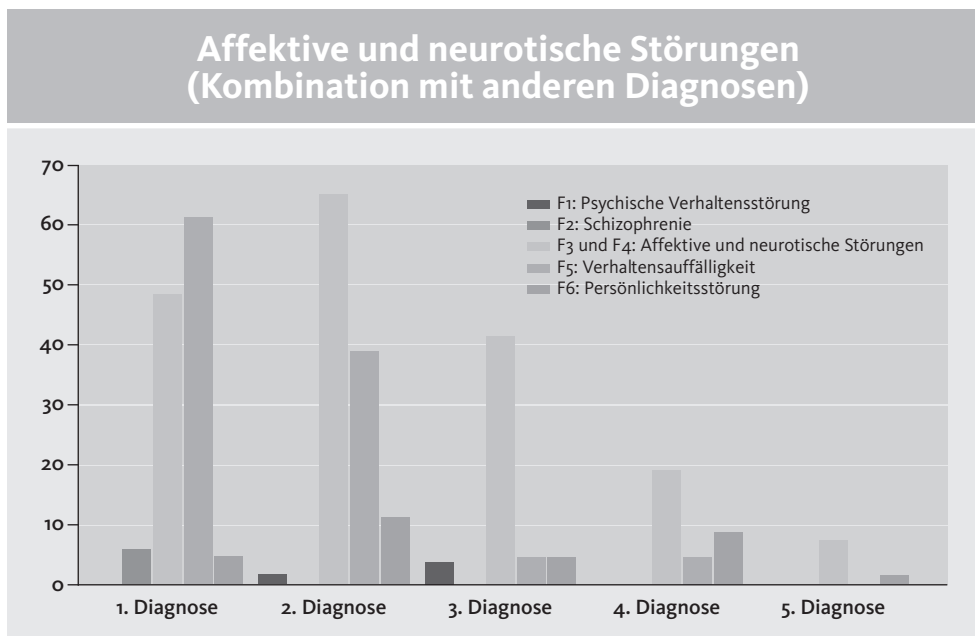


Abbildung 2

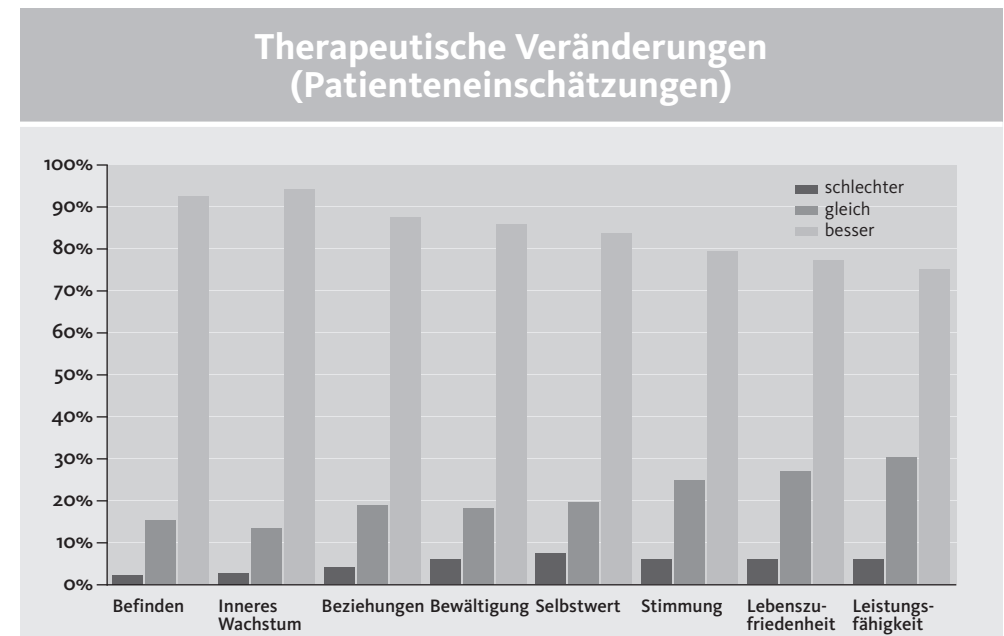


Abbildung 4

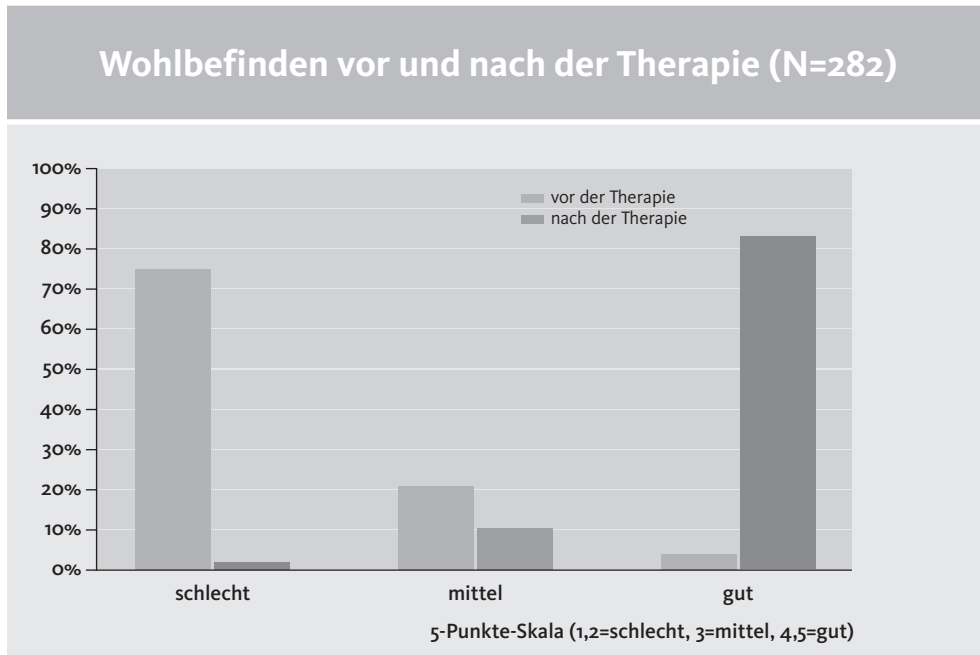


Abbildung 5

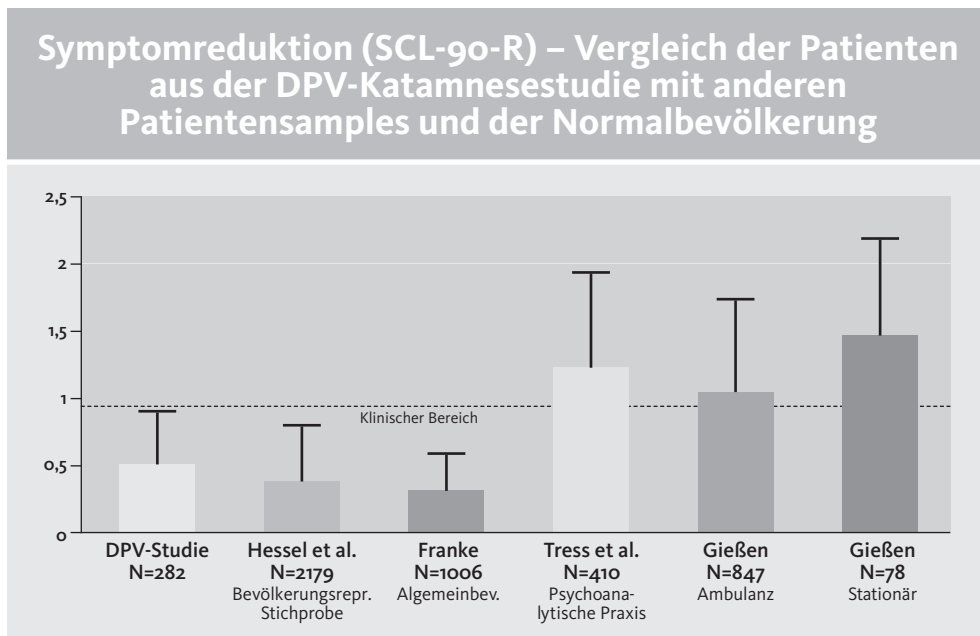


Abbildung 6

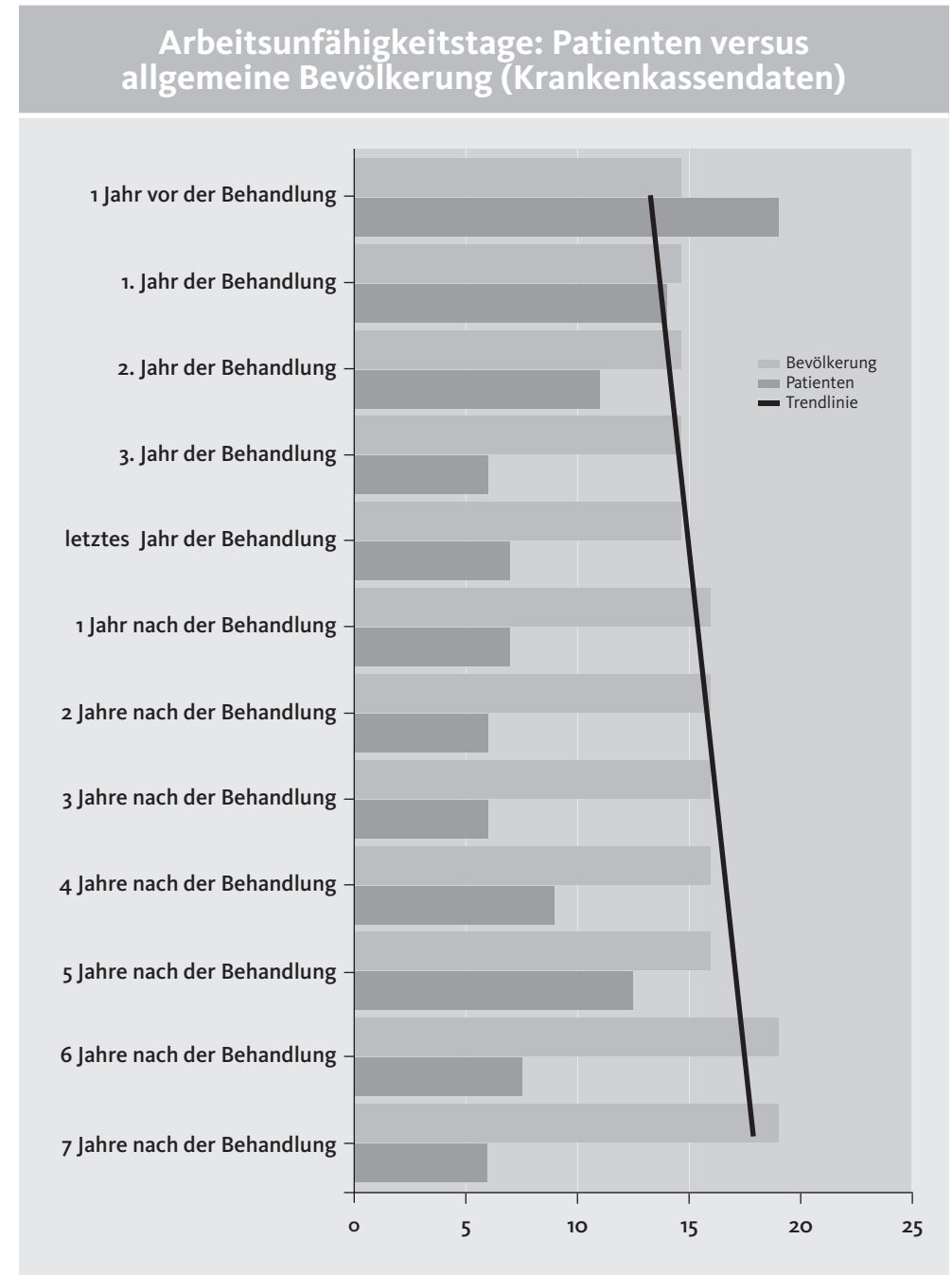


Abbildung 7

vielen europäischen Ländern in der Prävention und den vielen Formen der Krisenintervention, Beratungen und Kurztherapien.⁷

Eine der zentralen ethischen Fragen im Bereich der Behandlung von Patienten mit seelischen Störungen ist, ob die Patienten in den Entscheidungsprozess einbezogen werden, welche Art der Therapie – zum Beispiel eine psychiatrisch-medikamentöse, eine verhaltenstherapeutische oder eine psychoanalytische – für ihn den meisten Erfolg verspricht. Alle diese „wissenschaftlich anerkannten Verfahren“ wählen unterschiedliche Zugangsweisen aufgrund unterschiedlicher erkenntnistheoretischer Positionen, eines unterschiedlichen Menschenbildes und unterschiedlicher Methoden und Behandlungstechniken. Manche Patienten, auch schwer depressive, fühlen sich eher durch das oben skizzierte emanzipatorische Erkenntnisinteresse der Psychoanalyse angezogen, andere ziehen den pragmatischen Zugang der Verhaltenstherapie vor. Aus meiner Sicht ist es – im Sinne einer differentiellen Indikation – ethisch unverzichtbar, dass der erwachsene Patient umfassende Informationen erhält, damit er – zusammen mit dem Fachmann – selbst entscheiden kann, welchen Weg er wählen möchte, um aus seiner jeweils ganz persönlichen und durch sehr spezifische Faktoren geprägten Art der Depression herauszufinden.

Eine analoge Problematik stellt sich für die Eltern sogenannter ADHS-Kinder. Unbestritten gibt es auch hier verschiedene Wege, mit den Problemen dieser Kinder umzugehen, von der Behandlung mit Amphetaminen, einer kombinierten Psychopharmako- und Verhaltenstherapie bis hin zu psychoanalytischen Behandlungen.

So konnten wir in der kürzlich durchgeführten Frankfurter Präventionsstudie die Wirksamkeit eines ganzheitlichen, psychoanalytischen, nichtmedikamentösen Präventionsprogramms nachweisen. Wir zeigten dabei auf, dass sich hinter einer scheinbar homogen beschreibbaren Symptomatik (ADHS) sehr verschiedene Kinderschicksale und mögliche Ursachen verbergen: eine (hirn)organische Komponente; eine besondere Begabung, Vitalität und Kreativität; ein Leiden an den vielen Faktoren einer „veränderten Kindheit“; eine Frühverwahrlosung; ein kindlicher Bewältigungsversuch erlittener Traumatisierungen; eine Manifestation latenter Trauer und Depression oder unverstandene kulturelle Faktoren beim Zusammentreffen von Kindern in Bildungsinstitutionen einer globalisierten Welt. Das Verstehen der individuellen Hintergründe einer ADHS-Symptomatik ist unverzichtbare Voraussetzung, um diesen Kindern einen eigenständigen, kreativen und dauerhaften Umgang mit ihrer inneren Regulierungsstörung zu ermöglichen. Wir konnten auch empirisch nachweisen, dass das nichtmedikamentöse, pädagogisch-psychoanalytische, „verste-

hende“ Präventionsprogramm zu einem statistisch signifikanten Rückgang von aggressivem und sozial desintegriertem Verhalten führt.⁸

Aufgrund neuerer Studien mit Hilfe bildgebender Verfahren ist durchaus anzunehmen, dass sich unterschiedlichste neurobiologische oder psychosoziale Faktoren auch in der Funktionsweise des Gehirns niederschlagen. Medikamente, wie zum Beispiel Ritalin[®], ein hochwirksames Amphetamin, beeinflussen offensichtlich hyperaktives Verhalten. Doch ist dabei zu bedenken, dass Medikamente zwar in manchen familiären und pädagogischen Eskalationssituationen das letzte Mittel darstellen, doch gleichzeitig ein wirkliches Verstehen der erwähnten individuellen (und oft auch unbewussten) Gründe für das hyperaktive Verhalten verhindern. Stattdessen vermitteln sie dem Kind eine latente, für das Selbstwertgefühl höchst problematische Botschaft: „Ohne Medikamente bist du ein Wesen, das unfähig ist, seine eigenen Impulse und Affekte so zu kontrollieren, dass es für andere tragbar ist.“

Zudem nehmen Dauermedikationen dem Gehirn als selbstregulierendem System die Möglichkeit, sich korrigierend und adaptiv zu entwickeln. Schließlich sind die Langzeitfolgen eines medikamentösen Eingriffs in das kindliche Gehirn noch weitgehend unbekannt.

Daher besteht weiterer Bedarf an interdisziplinären Analysen der individuellen, familiären, institutionellen und psychosozialen Gründe für das Zunehmen von ADHS in Zeiten sich verändernder Kindheiten. Zudem brauchen wir weitere, methodisch sorgfältige Studien mit langen Zeiträumen der Nachuntersuchung und – vor allem – finanziert durch unabhängige, möglichst öffentliche Geldgeber.

7 www.sfi-frankfurt.de

8 Leuzinger-Bohleber/Rüger/Fischmann (in Vorbereitung); vgl. auch Leuzinger-Bohleber/Staufenberg/Fischmann (im Erscheinen), Leuzinger-Bohleber/Brandl/Hüther 2006.

Literaturhinweise zum Beitrag von Manfred Döpfner

- Aman, M. G.;** Vamos, M.; Werry, J. S. (1984). Effects of Methylphenidate in Normal Adults with Reference to Drug Action in Hyperactivity. In: Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 18 (1), 86–88.
- Angold, A.;** Erkanli, A.; Egger, H. L.; Costello, E. J. (2000). Stimulant Treatment for Children: a Community Perspective. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 39 (8), 975–984; Discussion 984–994.
- Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e. V.;** Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (2003). Leitlinien Kinderheilkunde und Jugendmedizin: R7 Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS). München.
- Banaschewski, T.** et al. (2006). Long-Acting Medications for the Hyperkinetic Disorders: a Systematic Review and European Treatment Guideline. In: European Child and Adolescent Psychiatry 15, 476–495.
- Barkley, R. A.** (2002). International Consensus Statement on ADHD. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 41 (12), 1389.
- Baumgaertel, A.;** Wolraich, M. L.; Dietrich, M. (1995). Comparison of Diagnostic Criteria for Attention Deficit Disorders in a German Elementary School Sample. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 34 (5), 629–638.
- Breuer, D.;** Döpfner, M. (2006). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen bei Drei- bis Sechsjährigen in der ärztlichen Praxis – eine bundesweite Befragung. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 34, 357–365.
- Bundesärztekammer** (Hrsg.) (2005a). Stellungnahme zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) – Kurzfassung. In: Deutsches Ärzteblatt 102 (51–52), A3609–A3616.
- Bundesärztekammer** (Hrsg.) (2005b). Stellungnahme zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) – Langfassung.
Siehe: <http://www.bundesaerztekammer.de/30/Richtlinien/Empfidx/ADHS/Lang/index.html>
- Bundesärztekammer** (Hrsg.) (2007). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Stellungnahme herausgegeben vom Vorstand der Bundesärztekammer auf Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats. Köln.
- Döpfner, M.** (2002). Hyperkinetische Störungen. In: F. Petermann (Hrsg.), Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie, 5. Aufl., Göttingen, 151–186.
- Döpfner, M.** (2003). Hyperkinetische Störungen. In: G. Esser (Hrsg.), Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, 2. Aufl., Stuttgart, 172–196.
- Döpfner, M.;** Banaschewski, T.; Grosse, K.-P.; Huss, M. (2007). Häufigkeit von ADHS bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland [Electronic Version]. Expertise des zentralen adhs-netzes 1-2007. Siehe: www.zentrales-adhs-netz.de
- Döpfner, M.** et al. (2004). Effectiveness of an Adaptive Multimodal Treatment in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder – Global Outcome. In: European Child and Adolescent Psychiatry 13, Supplement 1, I/117–I/129.
- Döpfner, M.** et al. (2006). Cross-Cultural Reliability and Validity of ADHD Assessed by the ADHD Rating Scale in a Pan-European Study. In: European Child and Adolescent Psychiatry 15, Supplement 1, I/46–I/55.

Döpfner, M.; Frölich, J.; Lehmkuhl, G. (2000). Hyperkinetische Störungen. Leitfaden Kinder und Jugendpsychotherapie. Band 1. Göttingen.

Döpfner, M.; Lehmkuhl, G. (2002a). ADHS von der Kindheit bis zum Erwachsenenalter – Einführung in den Themenschwerpunkt. In: Kindheit und Entwicklung 11, 67–72.

Döpfner, M.; Lehmkuhl, G. (2002b). Evidenzbasierte Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 51, 419–440.

Döpfner, M.; Lehmkuhl, G. (2003). Hyperkinetische Störungen (F90). In: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP); Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie; Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP) (Hrsg.), Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter, 2. Aufl., Köln, 237–249.

Döpfner, M.; Lehmkuhl, G. (2005). Störungen der Aufmerksamkeit und Hyperaktivität. In: P. F. Schlottke et al. (Hrsg.), Enzyklopädie der Psychologie, Serie II: Klinische Psychologie, Band 5: Störungen im Kindes- und Jugendalter – Grundlagen und Störungen im Entwicklungsverlauf, Göttingen, 610–647.

Ebert, D.; Krause, J.; Roth-Sackenheim, C. (2003). ADHS im Erwachsenenalter – Leitlinien auf der Basis eines Expertenkonsensus mit Unterstützung der DGPPN. In: Nervenarzt 10, 939–946.

Faraone, S. V.; Sergeant, J.; Gillberg, C.; Biederman, J. (2003). The Worldwide Prevalence of ADHD: Is it an American Condition? In: World Psychiatry 2 (2), 104–113.

Görtz-Dorten, A.; Döpfner, M. (im Erscheinen). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen von Kindern und Jugendlichen im Elternurteil – eine Analyse an einer Feldstichprobe mit dem Diagnostiksystem DISYPS-KJ 2.

Hanisch, C. et al. (2006). Kurzzeiteffekte des indizierten Präventionsprogramms für Expansives Problemverhalten (PEP) auf das elterliche Erziehungsverhalten und auf das kindliche Problemverhalten. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 35 (2), 117–126.

Jensen, P. S.; Martin, D.; Cantwell, D. P. (1997). Comorbidity in ADHD: Implications for Research, Practice, and DSM-V. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 36 (8), 1065–1079.

Klorman, R. et al. (1984). Enhancing Effects of Methylphenidate on Normal Young Adults' Cognitive Processes. In: Psychopharmacology Bulletin 20 (1), 3–9.

Köster, I.; Schubert, I.; Döpfner, M.; Adam, C.; Ihle, P.; Lehmkuhl, G. (2004). Hyperkinetische Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Zur Häufigkeit des Behandlungsanlasses in der ambulanten Versorgung nach den Daten der Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen (1998–2001). In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 32, 157–166.

Kuschel, A.; Ständer, D.; Bertram, H.; Heinrichs, N.; Naumann, S.; Hahlweg, K. (2006). Prävalenz hyperkinetischer Symptome und Störungen im Vorschulalter – ein Vergleich zweier Diagnoseinstrumente. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 34, 275–286.

Pelham, W. E.; Fabiano, G. A. (im Erscheinen). Empirically Supported Treatments for ADHD. In: Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology.

Pelham, W. E., Jr.; Wheeler, T.; Chronis, A. (1998). Empirically Supported Psychosocial Treatments for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. In: Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology 27 (2), 190–205.

Polanczyk, G. et al. (im Erscheinen). The Worldwide Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: a Systematic Review and Meta-Regression Analysis. In: American Journal of Psychiatry.

Saß, H.; Wittchen, H. U.; Zaudig, M. (2003). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision (DSM-IV-TR). Göttingen.

Schwabe, U.; Paffrath, D. (Hrsg.) (2006). Arzneimittelverordnungs-Report 2006. Berlin.

Sevecke, K.; Battel, S.; Dittmann, R.; Lehmkuhl, G.; Döpfner, M. (2006). Wirksamkeit von Atomoxetin bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS – eine systematische Übersicht. In: Nervenarzt 77, 294–308.

Skounti, M.; Philalithis, A.; Galanakis, E. (2007). Variations in Prevalence of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Worldwide. In: European Journal of Pediatrics 166 (2), 117–123.

Taylor, E. et al. (2004). Clinical Guidelines for Hyperkinetic Disorder – First Upgrade. In: European Child and Adolescent Psychiatry 13, Supplement 1, 1/7–1/30.

The President's Council on Bioethics (2003). Beyond Therapy: Biotechnology and the Pursuit of Happiness [Electronic Version]. Siehe: www.bioethics.gov

von Ferber, L. et al. (2003). Die Entwicklung des Methylphenidatgebrauchs in Deutschland von 1998 bis 2000, eine versichertenbezogene epidemiologische Studie. In: Deutsches Ärzteblatt 100, A41–A46.

Weltgesundheitsorganisation (2004). Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10, Kapitel V (F): Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. Herausgegeben von H. Dilling, W. Mombour, M. H. Schmidt, E. Schulte-Markwort. 3. Aufl. Bern.

Weltgesundheitsorganisation (2005). Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10, Kapitel V (F): Klinisch-diagnostische Leitlinien. Herausgegeben von H. Dilling, W. Mombour, M. H. Schmidt. 5. Aufl. Bern.

Zuvekas, S. H.; Vitiello, B.; Norquist, G. S. (2006). Recent Trends in Stimulant Medication Use Among US Children. In: American Journal of Psychiatry 163 (4), 579–585.

Literaturhinweise zum Beitrag von Ulrich Hegerl

Hegerl, U.; Althaus, D.; Schmidtke, A.; Niklewski, G. (2006). The Alliance against Depression: Two-Year Evaluation of a Community-Based Intervention to Reduce Suicidality. In: Psychological Medicine 36, 1225–1234.

Hegerl, U.; Niescken, S. (Hrsg.) (2004). Depressionen bewältigen – die Lebensfreude wiederfinden. Stuttgart.

Hegerl, U.; Reiners, H.; Althaus, D. (Hrsg.) (2005). Das Rätsel Depression. Eine Krankheit wird entschlüsselt. München.

Literaturhinweise zum Beitrag von Helmut Remschmidt

Bundesärztekammer (Hrsg.) (2004). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Köln.

Cook, E.-H. et al. (2001). Long-Term Sertraline Treatment of Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 40, 1175–1189.

Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina (Hrsg.) (2005). Empfehlungen zur Arzneimitteltherapie im Kindesalter. Halle an der Saale.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP); Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie; Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie e. V. (BKJPP) (Hrsg.) (2003). Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. 2. Aufl. Köln.

Fegert, J. M.; Herpertz-Dahlmann, B. (2004). Zur Problematik der Gabe von selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) bei depressiven Kindern und Jugendlichen. In: Nervenarzt 75, 908–910.

FSA (Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie) e. V. (Hrsg.) (2006). Kodex für die Zusammenarbeit der pharmazeutischen Industrie mit Ärzten, Apothekern und anderen Angehörigen medizinischer Fachkreise. Siehe: www.fs-arzneimittelindustrie.de

Gerlach, M.; Banaschewski, T.; Warnke, A.; Rothenberger, A. (2003). Ist ein Parkinson-Syndrom als Spätfolge einer Methylphenidat-Behandlung im Kindesalter möglich? Eine empirische Standortbestimmung. In: Nervenheilkunde 22, 80–84.

Pediatric OCD Treatment Study (POTS)Team (2004). Cognitive Behavior Therapy, Sertraline, and their Combination for Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder: The Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Randomized Controlled Trial. In: Journal of the American Medical Association 292, 1969–1976.

Remschmidt, H.; Matthejat, F. (2001). The Component Model of Treatment in Child and Adolescent Psychiatry: Theoretical Concept and Empirical Results. In: H. Remschmidt; F. Matthejat (Hrsg.), Treatment Evaluation in Child and Adolescent Psychiatry, Darmstadt, 1/26–1/45. (European Child and Adolescent Psychiatry 10, Supplement 1)

Wilens, T. E.; Faraone, S. V.; Biederman, J.; Gunawardene, S. (2003). Does Stimulant Therapy of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Beget Later Substance Abuse? A Meta-Analytic Review of the Literature. In: Pediatrics 111, 179–185.

Literaturhinweise zum Beitrag von Marianne Leuzinger-Bohleber

Bohleber, W. (2005). Editorial. Die Psychoanalyse der Depression. Erscheinungsformen – Behandlung – Erklärungsansätze. In: Psyche 59, 781–788.

Brandl, Y. et al. (2004). Psychoanalytische Therapie. Eine Stellungnahme für die wissenschaftliche Öffentlichkeit und für den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie. In: Forum der Psychoanalyse 20, 13–125.

Corveleyn, J.; Luyten, P.; Blatt, S. J. (Hrsg.) (2005). The Theory and Treatment of Depression. Towards a Dynamic Interactionism Model. Leuven.

Ehrenberg, A. (2004). Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Frankfurt am Main.

Franke, G. (1995). SCL-90-R: Die Symptom-Checkliste von Derogatis. Deutsche Version – Manual. Göttingen.

Habermas, J. (1968). Technik und Wissenschaft als „Ideologie“. Frankfurt am Main.

Hessel, A.; Geyer, M.; Brähler, E. (2000). Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und Akzeptanz psychosozialer Kompetenzen. In: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 46, 311–318.

Leuzinger-Bohleber, M.; Brandl, Y.; Hüther, G. (2006). ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen. Göttingen.

Leuzinger-Bohleber, M.; Hau, S.; Deserno, H. (Hrsg.) (2005). Depression – Pluralismus in Praxis und Forschung. Göttingen.

Leuzinger-Bohleber, M.; Rüger, B.; Fischmann, T. (in Vorbereitung). Frankfurter Präventionsstudie. Konzepte, Ergebnisse, Beobachtungen. In: Psyche (Sonderheft: Depression. Psychoanalytische Erkundungen einer Zeitkrankheit).

Leuzinger-Bohleber, M.; Rüger, B.; Stuhr, U.; Beutel, M. (2002). „Forschen und Heilen“ in der Psychoanalyse. Ergebnisse und Berichte aus Forschung und Praxis. Stuttgart.

Leuzinger-Bohleber, M.; Rüger, B.; Stuhr, U.; Beutel, M. (2001). Langzeitwirkungen von Psychoanalysen und Psychotherapien – eine multiperspektivische repräsentative Katamnesestudie. In: Psyche 55, 193–276.

Leuzinger-Bohleber, M.; Staufenberg, A.; Fischmann, T. (im Erscheinen). ADHS – Indikation für psychoanalytische Behandlungen. Einige klinische, konzeptuelle und empirische Überlegungen ausgehend von der Frankfurter Präventionsstudie. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie.

Tress, W. et al. (1997). Psychogene Erkrankungen in hausärztlichen Praxen. In: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 43, 211–232.

von Thadden, E. (2006). Eine Krankheit. Keine Krankheit. In: Die Zeit, Nr. 33, 10. August 2006, 41–42.

