

Interview (August 2013 im Rahmen der Ärztefortbildung Praxisworkshop, München) mit Dr. Miriam Bachmann, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Hamburg

ADHS und Autismus

Hr. Neubacher (Journalist): Sie haben auf die Bedeutung von Autismus als Differenzialdiagnose zur ADHS hingewiesen. Warum lassen sich diese Erkrankungen häufig so schwer unterscheiden und wie kann man sie gegeneinander abgrenzen?

Entscheidend ist, dass man die Kinder sehr genau beobachtet, idealerweise in unterschiedlichen Umgebungen, d.h. in der Praxis sowie z.B. im Kindergarten und in der Familie. Eine Unterscheidung z.B. einer motorischen Unruhe, die bei beiden Störungen auftreten kann, ist insbesondere dann möglich, wenn man das Verhalten der Kinder in sowohl freien und relativ unstrukturierten Situationen als auch in Situationen mit bestimmten Vorgaben betrachtet. Begrenzt man die Kinder nicht sofort, kann man verschiedentlich beobachten, dass sich die Unruhe bei autistischen Kindern eher als ein Getriebensein zeigt. Beispielsweise, indem die Kinder im Raum ständig um die Sitzgruppe herumlaufen und dabei immer am Teppich entlang gehen. Bei ritualisierten Bewegungsabläufen zeigen sich oft viele Wiederholungen. Manche Kinder haben auch Stereotypien, wie z.B. ein Oberkörperschaukeln oder ein flattern der Hände und Arme, bei dem man nicht primär an ADHS denken würde. Da nicht alle Stereotypien typisch ausgeprägt sind hilft nur der genaue klinische Blick und eine exakte Anamnese um ritualisierte und stereotype Merkmale zu erkennen. Ein anderer wichtiger Punkt betrifft Kinder mit ADS, bei denen die motorische Unruhe weniger im Vordergrund steht. Bei autistischen Kindern sieht man häufig, dass sie sich von der Umwelt abgrenzen, weil sie sich dafür wenig interessieren. Kinder aus beiden Gruppen reagieren u.U. zunächst nicht, wenn man sie anspricht. Jedoch lassen sich Kinder mit ADS in einer 1:1-Situation z.B. durch Körper- oder Blickkontakt viel schneller aus diesem Zustand herausholen und zur Aktivität motivieren. Autistische Kinder mögen oft keinen Körperkontakt und müssen dazu meist viel häufiger angesprochen werden. Beide Beispiele können für Kinder bis zum Grundschulalter als Entscheidungskriterium herangezogen werden.

Betrachtet man Kinder mit Autismus im Spiel kann eine Detailfixierung auffallen, etwa, dass sie beim Spielen ein Auto nur hin- und herrollen um das Drehen der Räder beobachten zu können. Diesen Kindern ist nicht bewusst, dass man über dieses Spielzeug in Interaktion mit anderen treten- oder szenisch spielen kann, in dem man z.B. einen Unfall nachspielt. Ihnen fehlt der Blick für das Ganze, was im Konzept zur fehlenden zentralen Kohärenz beschrieben wird. Dagegen können Kinder mit ADHS sehr häufig fantasievolle Rollenspiele spielen und mit anderen Kindern interagieren.

Hr. Neubacher (Journalist): Eine Autismus-Spektrum-Störung (ASS) und eine ADHS kommen auch als Komorbidität häufig vor. Was spricht klinisch für das Vorliegen dieser Konstellation?

Die Diagnose einer Komorbidität aus ADHS und ASS ist nicht einfach. In der ICD-10 existiert sie bislang nicht, obwohl breiter Konsens zwischen Kinder- und Jugendpsychiatern und -psychologen besteht, dass sie klinisch vorkommt. Im DSM V, dem diagnostischen Manual im englischsprachigen Raum, daß im Mai 2013 erschienen ist, können beide Störungsbilder nebeneinander kodiert werden. Was auch gemacht werden sollte, wenn die Auffälligkeiten deutlich ausgeprägt sind, damit entsprechend behandelt werden kann. Diagnostisch hilfreich sind testpsychologische Instrumente. Hier lässt sich z.B. zeigen, dass die Antwortlatenz bei autistischen Kindern größer sein kann. Bei Kindern mit ADHS kann

testpsychologisch oft eine Impulskontrollstörung gesehen werden. Zur Abklärung einer ASS sind auch das standardisierte Verfahren ADOS und das standardisierte Elterninterview ADI-R nötig. Entscheidend sind jedoch eine genaue Anamnese und der Blick auf den Gesamtverlauf, die aktuelle Situation und die Vorgeschichte. Dabei gilt auch: Je mehr Informationsquellen man nutzen kann – Erzieher, Lehrer, Eltern – umso klarer wird das klinische Bild. Entsprechend benötigen wir in unserer Praxis für die Diagnose regelmäßig 7-10 Stunden. Aber auch dann kann es noch sein, dass wir uns nicht festlegen können und weiter die Verdachtsdiagnosen nach Absprache mit den Eltern ein weiteres halbes Jahr im Raum stehen lassen.

Hr. Neubacher (Journalist): Bei Komorbidität von ASS und ADHS kann eine medikamentöse Behandlung mit Stimulanzien die ADHS-Symptome verbessern. Ist denkbar, dass sich dadurch indirekt auch die ASS besser behandeln lässt?

Nach meiner Beobachtung in der Praxis eindeutig ja. Nicht, weil man davon ausgehen kann, dass es sich um eine Behandlung der autistischen Störung handelt. Was sich aber oft zeigt ist, dass durch die Medikation verbesserte Möglichkeiten für die therapeutische Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen bestehen. Die Kinder sind besser zu begleiten, sie können oft strukturierter arbeiten und von den Angeboten besser profitieren. In der Behandlung der autistischen Störung ist Training ein ganz wichtiger Baustein. In den Einzelstunden wird Verhalten geübt, wiederholt und es wird mit vielen Verstärkern gearbeitet, damit sich Patienten neue Verhaltensmuster aneignen können. Dieser Teil der Behandlung gelingt unter Medikation oft deutlich besser. In der Praxis wird dies zum Teil besonders deutlich, wenn wir über die Sommerferien eine ADHS-Medikationspause durchführen und parallel das Training zur Besserung der ASS fortsetzen. Dann merken wir in der Therapie einen deutlichen Unterschied. Auch für die Therapeuten ist die Behandlung dann oft anstrengender, man kommt langsamer voran.