

### 8.5.6.3 Hyperkinetische Störungen – ADHS

In der Laienöffentlichkeit sind die hyperkinetischen Störungen vor allem unter dem aus amerikanischen Klassifikationssystemen entnommenen Begriff **„ADHS“ (Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung)** bekannt. In den letzten Jahren wurde dieser Begriff sehr populär.

Hyperkinetische Störungen sind durch drei Leitsymptome gekennzeichnet:

*Drei Leitsymptome*

#### 1) **Unaufmerksamkeit**

Betroffene Kinder sind nicht in der Lage, ihre Aufmerksamkeit bei kognitiv fordernden Aufgaben ausreichend aufrecht zu erhalten, lassen sich von irrelevanten Außenreizen ablenken, machen Flüchtigkeitsfehler, übersehen Details, tun sich schwer Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren, verlieren häufig Gegenstände und neigen zu Vergesslichkeit.

#### 2) **Hyperaktivität**

Bezeichnet eine dem Entwicklungsstand des Kindes unangemessene motorische Unruhe, die auch situativ wenig angepasst erscheint, wie z.B. häufiges Zappeln mit Händen und Füßen, sich auf dem Sessel winden, exzessives Umherlaufen in unpassenden Situationen.

#### 3) **Impulsivität**

Die Kinder haben z.B. in Gruppensituationen Mühe zu warten, bis sie an der Reihe sind, platzen häufig mit Antworten heraus, unterbrechen andere, sind besonders reizbar oder zeigen aggressive Durchbrüche bei geringfügigen Anlässen.

### 8.5.6.3

Seite 2

Hyperkinetische Störungen  
– ADHS

*Verhaltensprobleme*

Diese Merkmale treten bereits **in den ersten sechs Lebensjahren** auf, sind zeitstabil und situationsunabhängig in unterschiedlichen Kontexten zu Hause, in der Schule bzw. Kindergarten, Hort, bei Freizeitaktivitäten etc. gleichermaßen zu beobachten. Die Verhaltensprobleme können so stark werden, dass die betroffenen Kinder wiederholt vom Unterricht suspendiert werden, Schwierigkeiten haben, dauerhafte Freundschaften zu schließen und wiederholt in Konflikte mit Eltern und anderen Autoritätspersonen geraten.

*Zunahme der  
Diagnose ADHS*

Vergleicht man internationale Studien, so lässt sich sagen, dass die Angaben zur **Häufigkeit** der Symptomatik zwischen 2 % und 15 % streuen. Während davon ausgegangen werden kann, dass sich die Grundhäufigkeit der Erkrankung in der Gesamtbevölkerung in den letzten Jahrzehnten kaum geändert hat, ist eine deutliche Zunahme hinsichtlich der diagnostizierten und behandelten Fälle festzustellen, die z.B. in Deutschland bis ins Jahr 2012 anhielt, während seither wieder eine leichte Abnahme beobachtbar ist.<sup>1</sup>

*Besserung der  
Symptomatik in der  
Adoleszenz*

Allgemein ist davon auszugehen, dass die Störung im Erwachsenenalter weiterbesteht. In einer groß angelegten, aktuellen deutschen Studie aber, bei der Kinder und Jugendliche über den Verlauf von zwölf Jahren hinsichtlich ihrer psychischen Gesundheit wiederholt untersucht wurden, zeigte sich, dass die ADHS-Symptomatik im Alter von sieben bis neunzehn Jahren signifikant abnahm.<sup>2</sup> Hierbei war die Abnahme der Auffälligkeiten bei den Burschen, die von einem weitaus höheren Niveau starteten, deutli-

<sup>1</sup> Steinhausen, Döpfner & Schubert, 2016

<sup>2</sup> Klasen et al., 2016

cher ausgeprägt als bei den Mädchen, die relativ konstant um die 2 % Auftretenshäufigkeit variierten.

*Auftretenshäufigkeit*

Insgesamt schätzten Eltern die Symptome ihrer Kinder gravierender ein, als die betroffenen Kinder selbst. Circa 20 % der Kinder und Jugendlichen mit entsprechend klinisch relevanter Symptomatik waren in fachspezifischer Behandlung, ein Prozentsatz, der deutlich höher liegt als bei anderen psychischen Erkrankungen von Kindern wie Ängsten oder Depressionen – vielleicht ebenfalls ein Zeichen dafür, dass die Erwachsenenwelt hier einen erheblicheren Leidensdruck verspürt als bei anderen Symptomatiken.

Die Leitsymptome bedingen, dass das Verhalten der betroffenen Kinder nicht den gängigen Erwartungen und Konventionen entspricht – weder jenen, die sich auf die Situation (z.B. Schulalltag, Spiel in der Gleichaltrigengruppe), noch jenen, die sich auf die Altersangemessenheit der Verhaltensweisen beziehen. Besonders stark divergieren die Erwartungen an das Kind von den tatsächlich gezeigten Verhaltensweisen in Situationen, die längere Aufmerksamkeitsleistungen sowie zielgerichtete Tätigkeiten mit für das Kind weniger attraktiven Inhalten erfordern – also überall dort, wo sich die Kinder selbst motivieren und ihre momentanen Impulse sowie ihr Verhalten selbst kontrollieren und steuern müssten.

*Unangepasstes  
Verhalten*

Auch wenn die **ADHS-Symptomatik** im Laufe des Jugendalters tendenziell abnimmt, weisen Menschen, bei denen ADHS diagnostiziert wurde, auch **im Erwachsenenalter** noch Einschränkungen hinsichtlich ihrer exekutiven Funktionen auf. Im Alltag machen sich diese Einschränkungen z.B. in Form

*Einschränkungen im  
Erwachsenenalter*

### 8.5.6.3

Seite 4

Hyperkinetische Störungen  
– ADHS

von mangelnden Selbststeuerungskompetenzen bemerkbar und einer erhöhten Neigung, sich in Stress- und Problemsituationen in Gefühlen und Gedanken zu verlieren bzw. sich zu wenig an Fehlersuche und Planung von Lösungsstrategien zu orientieren. Daher sind auch betroffene Erwachsene bei der Lösung von komplexeren Aufgaben auf Anleitung, Ermutigung und Trost aus der Umgebung angewiesen.<sup>3</sup>

#### Ursachen und Risikofaktoren

In Bezug auf die Ursachen für die Symptomatik geht man heute von einem Zusammenspiel von bestimmten **neurobiologischen Bedingungen** mit verschiedenen **Umweltfaktoren** aus. Familiäre Häufungen lassen zudem auf **genetische Mitverursachungen** schließen.

**Neuroanatomisch** finden sich Auffälligkeiten in bestimmten Anteilen des Frontallappens, weiters wird von einer Unterfunktion des **Neurotransmitters Dopamin** ausgegangen. Vor allem in diversen Medien wurden und werden wiederholt **allergische Reaktionen** auf bestimmte Nahrungsmittelzusätze als weitere mögliche Ursache propagiert – eine Annahme, die sich in wissenschaftlichen Untersuchungen bisher aber nicht untermauern ließ. Als **Risikofaktoren** ließen sich hingegen **Alkohol- und Nikotinkonsum während der Schwangerschaft** nachweisen, außerhalb von Zentraleuropa könnten auch **Bleiexpositionen** in relevanter Dosis einen möglichen Risikofaktor darstellen.<sup>4</sup>

<sup>3</sup> Vgl. z.B. Elsässer, Newark & Stieglitz, 2014

<sup>4</sup> Vgl. z.B. Steinhausen, 2010

Die genannten Faktoren führen zentral zu **Störungen** bestimmter **neuropsychologischer Schlüsselfunktionen** wie z.B. eine Beeinflussung

*Störungen neuro-  
psychologischer  
Schlüsselfunktionen*

- der Unterdrückung bzw. Aufschiebung von motorischen, kognitiven und emotionalen Impulsen,
- des planerischen Denkens,
- des Arbeitsgedächtnisses,
- des Entscheidungsverhaltens,
- der selektiven und dauerhaften Aufmerksamkeit.

Diese und einige weitere Funktionen schränken die **Fähigkeit zur Selbststeuerung** signifikant ein. Neuropsychologische Einschränkungen können im Zusammenhang mit ADHS als **Temperamentsausdruck** der zuvor beschriebenen biologischen Risikofaktoren verstanden werden. Ihre Ausprägung, Aufrechterhaltung und Entwicklung wird durch den Einfluss **von sozialen Umweltbedingungen** aber maßgeblich **ausgeformt**. Eine wichtige Rolle spielen hierbei das Erziehungsverhalten, die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung, das familiäre Klima, die Rahmenbedingungen in Schule und Freizeit und mit zunehmendem Alter die Qualität der Gleichaltrigenbeziehungen.

*Eingeschränkte  
Selbststeuerung*

*Einfluss von sozialen  
Umweltbedingungen*

Ob mit zunehmendem Alter des Kindes auch **Sekundärstörungen** wie reduzierter Selbstwert, (schulische) Misserfolgserwartung etc. auftreten, die wiederum zu Krankheitsbildern wie Depressionen, Angststörungen etc. führen können, hängt entscheidend vom Umgang mit der ADHS-Symptomatik ab.

*Sekundärstörungen*

### 8.5.6.3

Seite 6

Hyperkinetische Störungen  
– ADHS

Gerade weil die Verhaltensweisen von Kindern mit dieser Symptomatik die Beziehung zu Erwachsenen (Eltern, Lehrer, Erzieher etc.) deutlich belasten können, ist es wichtig, hier gezielt anzusetzen, um **positive Interaktionen** zu fördern und so das **Risiko von Sekundärstörungen** möglichst zu **minimieren**. Situationen, in denen es möglich ist mit dem Kind alleine zu spielen oder Dinge zu unternehmen, das gezielte Wahrnehmen und Rückmelden von positiven Verhaltensansätzen auch in ansonsten kritischen Situationen können hier erste Ansatzpunkte für die Ausgestaltung einer positiven und tragfähigen Beziehung sein.

*Kritik der Diagnosesysteme*

*Andere Ursachen für ADHS*

Wenngleich bereits einiges an Wissen zum Thema ADHS vorhanden ist und auch die Ursachen auf neuronaler Ebene zunehmend besser verstanden werden, darf nicht übersehen werden, dass die Erkrankung in den gängigen Diagnosesystemen rein durch die Oberflächensymptomatik definiert ist. Das bedeutet, dass wie bei anderen Oberflächensymptomen, wie z.B. Fieber, Kopfschmerzen, sich auch hier verschiedene Ursachen hinter der Symptomatik verbergen können (analog: nicht jedes Fieber lässt auf eine Influenza, nicht jeder Kopfschmerz auf einen Gehirntumor schließen). Kurz gesagt: **nicht alles, was auf den ersten Blick nach ADHS aussieht, ist auch ADHS**. So können z.B. verschiedene Stoffwechselerkrankungen, bestimmte Epilepsieformen, unterschiedliche Entwicklungsstörungen, verschiedene affektive Störungen, psychosoziale Belastungen, Traumatisierungen oder auch schulische Über- oder Unterforderung ganz ähnliche Oberflächensymptome verursachen. **Eine gesicherte Diagnosestellung** erfordert daher, andere mögliche Ursachen differenzialdiagnostisch auszuschließen

– dies ist **nur in Zusammenarbeit von ausgewiesenen Fachleuten aus den Bereichen Psychologie und Medizin**, wie Klinischen Psychologen oder Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, **möglich**. Erst eine gesicherte Diagnose eröffnet den Weg zu einer angemessenen und erfolgversprechenden Behandlung.

Grundsätzlich stehen für die **Behandlung von ADHS** unterschiedliche Möglichkeiten zur Verfügung, die grob in drei Gruppen unterteilt werden können:

*Drei Behandlungsmöglichkeiten*

### **1) Kindzentrierte Therapieansätze**

Diese zielen darauf ab, Verhaltensauffälligkeiten durch direkte Interventionen beim Kind zu vermindern. Hierzu zählen Selbstinstruktions- und Selbstmanagementtrainings zur Verminderung von impulsiven und unorganisierten Aufgabenlösungen, bzw. zur Unterstützung und Anleitung des Kindes bei der Modifizierung des Problemverhaltens. Des Weiteren stehen neuropsychologische Trainingsverfahren, Problemlösetrainings, soziale Kompetenztrainings sowie Pharmakotherapie als Möglichkeiten im Raum. Zudem gibt es diverse psychotherapeutische Maßnahmen zur Behandlung etwaiger Sekundärsymptomatiken.

### **2) Eltern- bzw. familienzentrierte Ansätze**

Hier ist an erster Stelle die Psychoedukation zu nennen, d.h. die Aufklärung der Eltern über die Spezifika des Krankheitsbildes und die Vermittlung von hilfreichen Strategien im Umgang mit der Symptomatik, weiters Elterntrainings, verschiedene Interventionen in der Familie, Familientherapie und andere Maßnahmen, die dabei

helfen, symptomverstärkende Rahmenbedingungen in der Familie zu reduzieren.

### 3) Kindergarten- bzw. schulzentrierte Interventionen

Auch in diesem Bereich steht an erster Stelle die Aufklärung der Pädagogen über das Krankheitsbild und seine Besonderheiten, die Veränderung von Rahmenbedingungen, die zur Verschärfung der Problematik beitragen können, aber auch Platzierungsinterventionen, wenn z.B. ein Schulwechsel für das Kind die günstigste Alternative zu sein scheint.

*Wann Tabletten?*

Allgemein hat sich in Bezug auf die Behandlungsstrategie herausgestellt, dass **Pharmakotherapie mittels Stimulanzien** – Methylphenidat ist hier am bekanntesten – nicht in erster Linie und in allen Fällen notwendig ist, sondern dann, wenn eine sehr stark ausgeprägte und situationsübergreifende hyperkinetische Symptomatik zu einer krisenhaften Zuspitzung führt, oder Beratung und Therapie (noch) keine ausreichenden Erfolge zeigen. Darüber hinaus ist **regelmäßig die Notwendigkeit der Fortsetzung einer Medikation zu überprüfen**, an die jeweiligen Ergebnisse anzupassen und gegebenenfalls abzusetzen. Mitunter ermöglicht bei sehr stark zugespitzten Erkrankungsbildern die medikamentöse Einstellung erst die Durchführung von weiteren therapeutischen Maßnahmen. **Eine langfristige, rein pharmakologische Behandlung der Kinder ist jedenfalls zu hinterfragen** (z.B. Döpfner et al., 2004; Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2007; Steinhausen, 2010).

Die folgende Checkliste hilfreicher Maßnahmen konzentriert sich neben der Zusammenfassung grundlegender Regeln auf die funktionelle Gestaltung des Alltages mit ADHS-Betroffenen, die das Zusammenleben erleichtern und vor allem die Auftretenswahrscheinlichkeit von Sekundärstörungen reduzieren können.

*Checkliste hilfreicher  
Maßnahmen*

#### **Checkliste: Maßnahmen bei ADHS**

- Am Anfang aller Maßnahmen muss eine **umfassende Diagnostik** stehen, da nur mit einer gesicherten Diagnose ein sinnvolles Vorgehen möglich ist.
- Im **therapeutischen Bereich** müssen **kind-, eltern- und schulzentrierte Maßnahmen** ineinander greifen. Pharmakologische Behandlungen sollten nur von entsprechenden Fachärzten, da wo notwendig und nur so lange wie nötig, nicht jedoch als alleinige Maßnahme über weite Strecken durchgeführt werden.
- Wichtig ist, dass Erwachsene auch in schwierigen und angespannten Situationen **positive Eigenschaften** des Kindes wahrnehmen sowie **positive gemeinsame Erlebnisse** mit dem Kind bewusst ermöglichen und genießen. Hierbei geht es keineswegs darum, eine „rosarote Brille“ aufzusetzen, sondern aus einem Kreislauf auszusteigen, in dem das Kind nur noch bei Verfehlungen und Problemen Aufmerksamkeit – zumeist in Form von Vorwürfen – erhält, während die Erwachsenen jene Phasen und Situationen, in denen alles gut läuft, dazu nützen, sich auf andere Dinge zu konzentrieren und das Kind diesbezüglich keine Rückmeldungen bekommt.

- **Sinnvolle, klar formulierte Regeln mit fixen Abläufen im Alltag** schaffen Vorhersehbarkeit und geben Sicherheit. Dies gilt insbesondere für Kinder mit ADHS, die in sehr angespannten Situationen besonders unter einem inkonsistenten Erziehungsstil leiden und mit einer weiteren Verstärkung der Symptomatik reagieren.
- Da betroffene Kinder Probleme haben, ihre Handlungen zu planen und Handlungspläne über längere Strecken konsequent zu verfolgen, ist es nützlich, **umfangreichere Aufgaben** (z.B. Hausaufgaben) in Unterpunkte zu gliedern bzw. zu „**portionieren**“. Auf diese Weise können die Kinder diese Schritt für Schritt „abarbeiten“, statt bereits durch den bloßen Anblick einer komplexen Aufgabe überfordert zu sein.
- **Ablenkungen minimieren:** Da es Kindern mit ADHS schwer fällt ihre Aufmerksamkeit über längere Zeit zu fokussieren, ist es hilfreich, in Situationen wo Konzentration gefordert ist, alles was nicht zur Aufgabenbewältigung nötig ist, aus dem Blickfeld zu räumen. Fernseher, Radio etc. sind also für diesen Zeitraum auszuschalten. Um die innere Unruhe besser beherrschen zu können, hilft es manchen Kindern, wenn sie z.B. Kaugummi kauen oder an Obst und Gemüse knabbern können. Nicht alle anspruchsvollen Aufgaben können ausschließlich im Sitzen gelöst werden – eine zwischenzeitliche Veränderung der Körperposition (Schreibtisch, Stehpult, Couch, auf den Teppich legen usw.) kann Kindern Erleichterung bringen.

- Wichtig ist der **Informationsaustausch zwischen Eltern, Schule, Hort etc.** Gewisse Grundinformationen zum Thema ADHS müssen allen Beteiligten zur Verfügung stehen. Für den Austausch bezüglich pädagogischer und therapeutischer Strategien sind entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen, auch um dem Kind zu signalisieren, dass alle Erwachsenen in seinem Sinne an einem Strang ziehen. Ein Hausaufgabenheft und ein Postheft/Mitteilungsheft, das von Lehrern und Eltern regelmäßig abgezeichnet wird, kann helfen, unnötige Konflikte zu reduzieren.

#### **Weiterführende Informationen**

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2007): Hyperkinetische Störungen (F90). In: DGKJP (Hrsg.) Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. 3. Aufl., Köln, Deutscher Ärzte Verlag, S. 239–254

Döpfner, M.; Breuer, D.; Schürmann, S.; Wolff Metternich, T.; Rademacher, C.; Lehmkuhl, G. (2004): Effectiveness of an adaptive multimodal treatment in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder – global outcome. In: European Child & Adolescent Psychiatry, 13/1, S. 117–129

Elsässer, M.; Newark, PE.; Stieglitz R.D. (2014): Selbstregulation, Lageorientierung und Aufmerksamkeit bei erwachsenen ADHS-Patienten. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 43/1, S. 43–52

### 8.5.6.3

Seite 12

Hyperkinetische Störungen  
– ADHS

Klasen, F.; Petermann, F.; Meyrose, A.-K.; Barkmann, C.; Otto, C.; Haller, A.-C.; Schlack, R.; Schulte-Markwort, M.; Ravens-Sieberer, U. (2016): Verlauf psychischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse der BELLA-Kohortenstudie. In: *Kindheit und Entwicklung*, 25/1, S. 10–20

Steinhausen, H.-C. (2010): *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*. München, Elsevier

Steinhausen, H.C.; Döpfner, M.; Schubert, I. (2016): Zeitliche Trends bei den Häufigkeiten für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) und Stimulanzienbehandlung. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 44/4, S. 275–284