

handlung« indiziert. Die Beseitigung Angst auslösender Situationen in und außerhalb der Familie, ein verändertes Modellverhalten und die Förderung der Konfliktfähigkeit sind dabei in allen wesentlichen Therapieverfahren wichtige Elemente. Eine elterliche psychische Störung/Angsterkrankung bedarf häufig einer eigenen Behandlung. Eine medikamentöse Unterstützung gehört – nach ausgiebiger Diagnostik – in die Hand des Kinder- und Jugendpsychiaters (kurz wirksame Benzodiazepine wie Lorazepam, längerfristig falls notwendig mit einem SSRI wie Fluoxetin, was jedoch eine längere pharmakologische Behandlung voraussetzt, um wirksam zu werden, evtl. Beta-Blocker).

## 12.7 Aufmerksamkeitsdefizit/-Hyperaktivitätsstörungen (ADHS)

*Gabriele Schmid*

### Definition, Symptomatik und Verlauf

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) stellt die wohl umstrittenste psychische Störung bei Kindern und Jugendlichen dar. Immer wieder entzündet sich in einer emotional geführten öffentlichen Diskussion die Auseinandersetzung um unseren Normalitätsbegriff (»Wie unruhig müssen Kinder sein, um als psychisch gestört zu gelten?«) und die medikamentöse Behandlung von Kindern mit psychischen Störungen (»Pillen für den Zappelphilipp«).

Bei der ADHS handelt es sich um ein lange bekanntes und intensiv beforschtes Verhaltensmuster. Unter der Diagnosegruppe »ADHS« werden die in der ICD-10 als »einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung« bzw. »hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens« und die im DSM-IV als »Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen« (drei Subtypen: Mischtyp mit Aufmerksamkeitsstörung **und** Hyperaktivität/Impulsivität, vorwiegend unaufmerksamer Typ, vorwiegend hyperaktiv/impulsiver Typ) kodierten Störungen verstanden.

Im klinischen Alltag haben sich dabei die Begriffe ADHS bzw. ADS mit und ohne Hyperaktivität durchgesetzt und ungenaue Bezeichnungen wie »hyperkinetisches Syndrom« abgelöst.

### Definition

Störungen der Aufmerksamkeit, der Impulskontrolle und des Aktivitätsniveaus stellen bei ADHS in unterschiedlicher individueller Ausprägung die Kernsymptomatik dar, die oft zu erheblichen Einschränkungen in der schulischen und sozialen Integration sowie der emotionalen Entwicklung der betroffenen Kinder und Jugendlichen führt.

Neben der genannten Kernsymptomatik sind folgende Diagnosekriterien zu beachten: die Symptome müssen länger als 6 Monate bestehen und vor dem 7. Lebensjahr auftreten, sie müssen in verschiedenen Lebenssituationen beobachtbar sein (also z. B. in der Familie und im Kindergarten) und zu einem deutlichen Leid bzw. einer Beeinträchtigung der sozialen und schulischen Integration des Kindes führen.

ADHS ist eines der häufigsten Störungsbilder im Kindes- und Jugendalter und häufig mit anderen Störungen bzw. Entwicklungsauffälligkeiten vergesellschaftet. In diesem Zusammenhang wird auch treffend vom »Entwicklungsrisiko ADHS« gesprochen. Mehrere Bereiche der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zeigen sich bei Kindern mit ADHS erheblich beeinträchtigt (Klassen et al. 2004).

Grundsätzlich wird bei einer ADHS-Diagnose von einer Intelligenz im Durchschnitt bzw. im Grenzbereich zur Norm (IQ > 70) ausgegangen. Einen oft nicht unumstrittenen Sonderfall stellen entsprechend ADHS-Merkmale bei definierter Intelligenzminderung (IQ < 70) dar: sind eine kurze Konzentrationsspanne, erhöhte motorische Unruhe oder impulsives Verhalten als eigenständige ADHS zu deuten (und entsprechend zu behandeln), oder gehen die Verhaltensmerkmale in der kognitiven Retardierung auf?

Für den Einzelfall sollte dabei handlungsleitend sein, dass bei einer deutlichen Beeinträchtigung des betroffenen Kindes durch ADHS-Symptome diese zu erfassen und ggf. zu behandeln sind. Die Diagnose ADHS stellt für das Kind keine weitere Pathologisierung dar, sondern ermöglicht ergänzende therapeutische Hilfen oder Zugang zu Fördermöglichkeiten (z. B. Gewährung einer Integrationshilfe für den Schulunterricht).

Bei bestimmten genetischen Syndromen zeigt sich ein »Verhaltensphänotyp ADHS«, so z. B. beim Fragilen X-Syndrom oder beim fetalen Alkoholsyndrom.

Nils und Eike sind zweieiige Zwillinge von 12 Jahren. Seit der frühen Kindheit sind bei ihnen Entwicklungsverzögerungen und eine kognitive Retardierung, jeweils individuell unterschiedlich ausgeprägt, zu beobachten. Besondere Sorge im Verhalten ihrer Kinder bereiteten den Eltern die erheblichen Konzentrationsstörungen und motorische Unruhe beider Jungen, die sich auch im schulischen Umfeld zeigten und nach Angaben der Lehrer ein erfolgreicherer Arbeiten in der Schule (Förderschule bzw. Schule für geistig Behinderte) verhinderten. Im Alter von 9 Jahren wurde in einer kinderpsychiatrischen Ambulanz die Diagnose einer ADHS gestellt und eine medikamentöse Therapie mit Stimulanzien eingeleitet. Beide Jungen profitierten im Verlauf sichtlich von der Behandlung und zeigten Lernfortschritte sowie eine verbesserte Selbststeuerung. Nach einer Vorstellung im sozialpädiatrischen Zentrum und einer humangenetischen Untersuchung wurde nun im Alter von 12 Jahren ein Fragiles X-Syndrom als Hintergrund für die Entwicklungsstörungen und die Verhaltensauffälligkeiten diagnostiziert.

Für den Verlauf der ADHS gilt, dass sich ein Symptomwandel von der Kindheit über das Jugendalter bis ins Erwachsenenalter hinein vollzieht. Während in frühen Jahren beim Mischtyp bzw. beim vorwiegend hyperaktiv-impulsiven Typ die Bewegungsunruhe deutlich sichtbar ist, berichten Jugendliche und Erwachsene über ein innerlich erlebtes Gefühl der Rastlosigkeit und des Getriebenseins. Die Aufmerksamkeitsstörung bleibt im Verlauf erhalten, kann jedoch mit zunehmenden metakognitiven Fähigkeiten oft besser kompensiert werden (z. B. sich vor einer Prüfung einen genauen Lernplan erstellen, sich Fragen für ein wichtiges Gespräch gezielt notieren). Die Impulsivität verbunden mit emotionalen Schwankungen wirkt sich im Jugend- und Erwachsenenalter oft negativ auf die Beziehungsgestaltung und auch in Form erhöhter Unfallgefährdung aus. In etwa 30–50% der Fälle bleibt die Diagnose ADHS bis ins Erwachsenenalter bestehen (Kahl et al. 2007).

**! Bis zu zwei Drittel der ADHS-Betroffenen haben weitere psychische Störungen. Die häufigsten komorbiden Störungen bei ADHS sind die (oppositionelle) Störung des Sozialverhaltens, affektive Störungen, Angststörungen, Teilleistungs- und Lernstörungen sowie Ticstörungen (Aufzählung nach Lehmkuhl et al. 2007).**

Für Handlungsempfehlungen für die klinische Praxis stehen **Leitlinien** verschiedener Fachgesellschaften zur Verfügung (Internet: <http://www.awmf.de> für die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie et al., <http://www.dgspj.de> für die Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V.).

Für Eltern und andere Interessierte geben **Selbsthilfeverbände** wertvolle Hinweise und Informationen zu regional verfügbaren Hilfen (<http://www.adhs-deutschland.de>, <http://www.info-adhs.de>, <http://www.juvenus.de>).

### Epidemiologie

Die Angaben zur Häufigkeit der ADHS haben in der Vergangenheit beträchtlich variiert, insbesondere die Wahl der zugrunde gelegten Diagnosekriterien bzw. Messinstrumente und die Auswahl der betrachteten Populationen führten zu diesem Umstand. Die aktuellen Angaben aus der deutschen KIGGS-Studie (Schlack et al. 2007) wurden an einer repräsentativen Stichprobe von über 14.000 Kindern und Jugendlichen zwischen 3 und 17 Jahren gewonnen. Sie basieren auf einer Befragung der Eltern (»Wurde bei Ihrem Kind jemals eine ADHS-Diagnose gestellt?«), hier wurden Prävalenzen von 4,8% berichtet. In einer Einschätzung per Screeningfragebogen (Strengths and Difficulties Questionnaire, Werte über Cut-off in der Unterskala Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität) ergab sich eine Prävalenz von 4,9%. Frühere Schätzungen, die von einer Häufigkeit zwischen 3 und 7% ausgingen, wurden damit bestätigt. Der Anspruch an seriöse Angaben zur Prävalenz spielt bei der ADHS wegen der öffentlichen Diskussion womöglich eine noch entscheidendere Rolle als bei anderen Erkrankungen.

In bestimmten klinischen Gruppen zeigt sich eine deutlich höhere Auftretensrate der ADHS als in

der Allgemeinbevölkerung. Bei Menschen mit geistiger Behinderung etwa gehen verschiedene Studien von einer Prävalenz von bis zu 16% aus (z. B. Dekker u. Koot 2003). Bei Kindern mit autistischen Störungen zeigt sich in bis zur Hälfte der Fälle eine ADHS-Symptomatik (Leitlinie tiefgreifende Entwicklungsstörungen, DGKJPP et al. 2007e).

### Ätiologie und Pathogenese

»Die« Ursache für das heterogene Störungsbild ADHS ist nicht bekannt. Wie auch bei anderen psychischen Störungen wird bei der ADHS eine **multifaktorielle Entstehung** angenommen. Neben genetischen Befunden, die auf eine erbliche Beteiligung in der Größenordnung von 70–95% hinweisen, stehen auch prä- und perinatale Faktoren wie mütterlicher Nikotinkonsum in der Schwangerschaft oder eine hypoxische Schädigung des Gehirns des Neugeborenen im Verdacht, zu einer ADHS-Entstehung beizutragen. Auf neurophysiologischer Ebene resultiert dies in veränderten Prozessen im Zusammenspiel zwischen frontalem und präfrontalem Kortex, parietookzipitalem Kortex, Basalganglien und Zerebellum, basierend auf Dysregulationen in beteiligten Transmittersystemen (Dopamin-, Noradrenalin- und Serotonin-Stoffwechsel). Neuropsychologisch findet sich entsprechend ein Informationsverarbeitungsmuster, das durch eine beeinträchtigte Hemmung von Impulsen und Defiziten im Arbeitsgedächtnis (mit Folgen für die Selbstregulation, die Handlungsplanung und die Abfolge von Verhaltensschritten) gekennzeichnet ist.

**Psychosoziale Bedingungen**, wie elterlicher Erziehungsstil oder intrafamiliäre Kommunikationsmuster, scheinen die Ausprägung des Schweregrads und die Entwicklung der ADHS-Symptomatik im Verlauf zu beeinflussen (z. B. Aufrechterhalten des Problemverhaltens durch inkonsistente elterliche Reaktionen). Eine Untersuchung von Christakis und Kollegen (2004), die epidemiologische Daten einer Längsschnittuntersuchung zugrunde legt, berichtet über einen starken Zusammenhang zwischen dem Ausmaß des Fernsehkonsums im Alter von 1 und 3 Jahren und Aufmerksamkeitsproblemen (erfasst per Fragebogen) im Alter von 7 Jahren. Verschiedentlich werden ADHS-Symptome auch ursächlich mit Bindungsstörungen und trauma-

tischen Erfahrungen in Zusammenhang gebracht, wobei dieses Postulat noch weiter untersucht werden soll.

### Ursachen des ADHS

- Genetische Ursachen erklären einen wesentlichen Teil des Risikos für ADHS.
- Epigenetische Faktoren – Priming durch intrauterines und perinatales »Milieu« – können genetische Mechanismen modulieren.
- Psychosoziale Faktoren können die Manifestation sowie den Schweregrad von ADHS in erheblichem Maße beeinflussen.

Das Aufzeigen der bislang bekannten Entstehungsmechanismen spielt bei der Aufklärung der Eltern über eine ADHS-Diagnose bei ihrem Kind eine entscheidende Rolle, da sich viele Eltern »schuldig« am Verhalten ihres oftmals sozial auffälligen Kindes (vor allem beim hyperaktiv-impulsiven ADHS-Typ) fühlen. Im Austausch mit den Eltern kommt man nicht selten ähnlichen Verhaltensmustern in der Eltern- oder Großelterngeneration auf die Spur, was für Eltern und Kinder sehr entlastend sein kann.

### Diagnostik

Wie es nicht »die« ADHS-Ursache gibt, gibt es auch nicht »den« ADHS-Test. Eine ADHS-Diagnosestellung ist ein umfangreiches Unterfangen und basiert auf mehreren diagnostischen Bausteinen, dabei hat sich der Begriff der »multimodalen Diagnostik« durchgesetzt. Das Herzstück des diagnostischen Prozesses stellt das ausführliche klinische Interview der Familie dar, das in der Regel mit Verfahren zur Fremdeinschätzung des Verhaltens auf Fragebogenebene – je nach Alter des Kindes auch mit Selbsteinschätzungsverfahren – ergänzt wird. Neben der Familie sollte auch eine Einschätzung aus der Schule bzw. der Kindertagesstätte (nur mit Einverständnis der Eltern) eingeholt werden, um dem Diagnosekriterium der »situationsübergreifenden« Symptomatik gerecht zu werden. Zur allgemeinen und störungsspezifischen Psychodiagnostik in verschiedenen Altersgruppen existiert inzwischen ein umfangreiches Angebot an Fragebögen, Checklisten, Interviewschemas etc., z. B. zusammengefasst im KIDS 1 (Döpfner et al. 2006). Eine Entwicklungs-

Intelligenz- oder Teilleistungsdiagnostik ist bei Hinweisen auf entsprechende Probleme durchzuführen und dient der differenzialdiagnostischen Einordnung, z. B. zur Abgrenzung einer Lese- und Rechtschreibstörung von einer vermuteten ADHS.

Neuropsychologische Tests zur Erfassung verschiedener Komponenten der Aufmerksamkeit (z. B. PC-gestützte Messung der Daueraufmerksamkeit) bzw. der Exekutivfunktionen sind nicht obligatorisch, sondern dienen im Einzelfall der Erhebung eines individuellen Leistungsprofils und können wertvolle Förderansätze für das Kind oder den Jugendlichen erschließen helfen (Schmid 2007). Zudem können neuropsychologische Testverfahren einen Beitrag zur Objektivierung von medikamentösen Behandlungseffekten leisten.

Es ist zu beachten, dass die Diagnose psychischer Störungen allgemein, also auch der ADHS, bei Kindern mit erheblicher Entwicklungsretardierung bzw. intellektueller Behinderung erschwert ist (Sarimski u. Steinhausen 2008). Die anhand der Entwicklungsnorm definierten Diagnosekriterien (z. B. operationalisiert in »klassischen« ADHS-Fragebogeninstrumenten) gehen oft an der Verhaltenswirklichkeit von Kindern mit intellektuellen Behinderungen vorbei und bedürfen einer Umsetzung in eine ganz individuelle Verhaltensbeschreibung und -analyse.

Therapie

Wie der diagnostische Prozess ist auch das therapeutische Angebot bei ADHS in verschiedene Bausteine einteilbar: neben Interventionen, die am Kind/dem Jugendlichen selbst ansetzen, gibt es Interventionen, die sich an die Eltern/Bezugspersonen richten, und auch Interventionen, die primär auf den Kindergarten/die Schule abzielen. Bei der individuellen Beratung der Familie nach einer ADHS-Diagnose spielt neben dem Schweregrad der Störung und dem Alter des Kindes das Ausmaß von Komorbiditäten, das Vorhandensein von ggf. vordringlichen Belastungsfaktoren in der Familie und auch die regionale Verfügbarkeit bestimmter Therapien (z. B. Mangel an niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenverhaltenstherapeuten) eine Rolle. Grundsätzlich gilt, je jünger das Kind, desto mehr konzentrieren sich Hilfen auf das Umfeld (Eltern, Kindergarten). Die Inhalte von Elternbera-

■ **Tab. 12.2.** Übersicht zu möglichen Interventionen bei ADHS (Auswahl)

Ansatzpunkt	Intervention
Kind	Frühförderung, Psychomotorik, Konzentrationstraining, Medikation, Verhaltenstherapie, Ergotherapie (bei entsprechender Indikation)
Familie	Elterntraining, Erziehungsberatung, Paar- oder Familientherapie
Kindergarten/ Schule	Platzierungsmaßnahmen, Integrationsmaßnahmen, Lehrer-/Erzieherberatung

tung und Elterntrainings bei ADHS beziehen sich in erster Linie auf die Förderung positiver Interaktionen im Alltag (angemessene Verhaltensweisen des Kindes wahrnehmen und gezielt verstärken), auf die Vermittlung von Aufforderung und Regeln und Strategien zur Entschärfung von Konfliktsituationen.

Die Entscheidung für eine **medikamentöse Behandlung** richtet sich nach dem Schweregrad der Symptomatik und dem Ausmaß der psychosozialen Beeinträchtigung des Kindes bzw. des Jugendlichen (ist beispielsweise die schulische Integration erheblich gefährdet?). Aktuell werden vor allem zwei Wirkstoffe (Methylphenidat, Atomoxetin) eingesetzt (weiterführende Informationen z. B. bei Kahl et al. 2007). Eine Übersicht zu möglichen Interventionen bei ADHS findet sich in ■ Tab. 12.2.

12.8 Störungen des Sozialverhaltens

Joachim Walter

Störungen des Sozialverhaltens sind die häufigsten Störungen im Kindes- und Jugendalter. Sie führen zu medialer Aufmerksamkeit und heftigen, oft ideologisch geführten Diskussionen etwa um Strafmündigkeit und geschlossene Unterbringung. Dies spiegelt die Hilflosigkeit der Gesellschaft, aber auch die Schwierigkeit der pädagogischen und psychotherapeutischen Behandlung wider.

**Sozialpädiatrie**

Gesundheitswissenschaft und pädiatrischer Alltag

Schlack, H.G.; von Kries, R.; Thyen, U. (Hrsg.)

2009, XII, 470 S., Hardcover

ISBN: 978-3-642-01476-5