

## Zappelphilipp?.....Loser?

### Die Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung ADS/ADHS

#### Eine Einführung<sup>1</sup>



**Dr. Eleonora Rieser**

Stadtschulrat für Wien,  
Begabungsförderungszentrum  
Tel.: +43(0)1/52525 77890  
[eleonora.rieser@ssr-wien.gv.at](mailto:eleonora.rieser@ssr-wien.gv.at)

#### Zusammenfassung

In diesem Beitrag wird eine Einführung<sup>2</sup> in die Aufmerksamkeits-Defizit-Störung ADS und Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung ADHS gegeben. Diese Abhandlung versteht sich als ein Überblick über die Formen dieser Störung – wie macht sich ADS/ADHS bemerkbar, welche Auffälligkeiten sind zu beobachten - die Ursachen von ADS/ADHS sowie Begleiterkrankungen und die Diagnostik. Danach werden Therapiemaßnahmen dargestellt.

Die ADS/ADHS ist eine sehr häufige Störung im Kindes- und Jugendalter, deren Vorkommen im deutschsprachigen Raum zwischen 3 und 9 % geschätzt wird<sup>3</sup>. Kaum ein anderes Krankheitsbild und seine Behandlung haben in letzter Zeit so viele Diskussionen evoziert wie die Aufmerksamkeitsdefizitstörung mit und ohne Hyperaktivität (ADS/ADHS). Die einen sehen darin eine „Modediagnose“ und führen das Verhalten der Kinder hauptsächlich auf Schwierigkeiten im sozialen Umfeld zurück, andere erkennen darin ein behandlungsbedürftiges Krankheitsbild. Die Betroffenen dieser oft sehr emotional geführten Auseinandersetzung sind verunsichert. Sie wissen nicht mehr, welche Informationen stimmen und an wen sie sich wenden können. Trotz der zunehmenden Aufklärungsarbeit zur Thematik ADS/ADHS gibt es noch immer großen Informationsbedarf.

#### Was ist eine Aufmerksamkeitsdefizitstörung?

Von einer Aufmerksamkeitsdefizitstörung<sup>4</sup> (ADS) sprechen wir, wenn ein Kind länger als sechs Monate im Kindergarten, in der Schule (Gruppensituationen) und auch zu Hause situationsübergreifend durch extrem unaufmerksames und impulsives Verhalten auffällt. Kommen motorische Unruhe und ein starker Bewegungsdrang (Hyperaktivität) dazu,

dann sprechen wir von ADHS (Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung). Schwierigkeiten mit der Aufmerksamkeit, mit der Impulskontrolle oder –hemmung sowie eine übermäßige Aktivität sind die Leitsymptome dieser Störung<sup>5</sup>.

Charakteristisch ist, dass die Verhaltensweisen weder dem Alter noch dem Entwicklungsstand des Kindes entsprechen.

#### ADS und ADHS – Zwei Formen einer Störung

##### Aufmerksamkeitsdefizit ohne Hyperaktivität – ADS

Die ADS zeichnet sich durch Unaufmerksamkeit, Impulsivität sowie durch Aktivitätsminderung (Hypoaktivität) aus<sup>6</sup>. Kinder mit ADS haben eine unzulängliche, nicht altersgemäße Konzentrationsspanne. Sie sind zerstreut, lethargisch, langsam und vergessen kleinste Anweisungen. Kinder mit ADS werden als passiv, scheu und ängstlich beschrieben. Sie haben ein langsames Arbeitstempo und wirken auf die Umgebung verträumt und geistesabwesend.

Auch wenn das hyperaktive Verhalten fehlt, werden Kinder mit ADS verschiedentlich vom sozialen Umfeld isoliert, denn auch sie neigen zu Wutanfällen und starken Stimmungsschwankungen. Aufgrund der Konzentrationsstörung sind sie in der Schule leistungsschwächer und gelten deshalb als dumm oder faul.

##### Aufmerksamkeitsdefizit mit Hyperaktivität – ADHS

Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung<sup>7</sup> beeinträchtigt die Steuerung des Verhaltens des Betroffenen: das zeigt sich in Schwierigkeiten mit der Aufmerksamkeit, mit der Impulskontrolle oder –hemmung und mit einer übermäßigen Aktivität.

Die Menschen können sich auch schwer an Regeln oder Anweisungen halten. Eine weitere Schwierigkeit zeigt sich in einer „Beeinträchtigung der Bereitschaft oder der Fähigkeit der betroffenen Kinder, zukünftige Ziele und Konsequenzen in ihrem Verhalten zu berücksichtigen“<sup>8</sup>. Ein großes Problem wird auch darin gesehen, dass sie ihr Verhalten mit Hilfe der Willenskraft nicht hemmen können.

Es handelt sich also nicht nur um Unaufmerksamkeit und gesteigerten Bewegungsdrang, auch nicht um eine schwierige Phase, die Ursache liegt auch nicht darin, dass die Eltern das Kind nicht streng genug erziehen würden. ADHS ist eine reelle Störung. Laut Prof. Russel A. Barkley, ein amerikanischer Neuropsychologe, gibt es immer mehr Belege dafür, dass in den meisten Fällen von ADHS eine Hirnentwicklungs- oder Hirnfunktionsstörung vorliegt, die auf einer genetischen Grundlage basiert<sup>9</sup>.

Eltern sprechen von einer ausgeprägten und lang andauernden Trotzphase mit außergewöhnlichen Wutanfällen. Die Kinder haben ein plan- und rastloses Spielverhalten und einen destruktiven Umgang mit Spielzeug. Im Vergleich zu anderen Kindern sind Kinder mit ADHS häufiger von motorischen Teilleistungsstörungen betroffen.

Auch das Sozialverhalten der Kinder mit ADHS kann sich gestört entwickeln. Das zeigt sich in nicht vorhersehbaren und aggressiven Verhalten. Dies führt möglicherweise zu einer Isolierung des Kindes, es hat keine beständigen Freundschaften mehr.

In der Schule stört das Kind den Unterricht, zeigt wenig Ausdauer und ist schnell abgelenkt. Eltern müssen sich oft mit den Lehrern<sup>10</sup> auseinandersetzen, weil ihr Kind dazwischenredet, zappelt, Geräusche produziert, den Nachbarn nicht in Ruhe lässt, in der Klasse herumspaziert usw. Auf Ermahnungen reagiert das Kind mit Wutanfällen. Das Kind wird durch Ausgrenzung und Misserfolge unglücklich, sein Selbstbewusstsein schwindet, es besitzt nur mehr geringes Zutrauen in seine eigenen Fähigkeiten.

## Ursachen von ADS/ADHS

Die grundlegenden Erkenntnisse zu den Ursachen einer ADS/ADHS wurden erst im Verlauf der vergangenen 15 Jahre gewonnen. Die Vermutung einer genetischen Disposition wird inzwischen aufgrund von Familien- und Zwillingsstudien angenommen<sup>11</sup>.

Man geht davon aus, dass ADS/ADHS-Kinder mit einer unterschiedlichen Vulnerabilität geboren werden. Diese Anfälligkeit trägt dazu bei, ob sich beim Kind eine ADS/ADHS ausbildet. Doch nicht nur die Vererbung ist wesentlich, auch das soziale Umfeld ist von Bedeutung. Abhängig davon, ob das Kind in einer strukturierten und liebevollen Familie aufwächst oder nicht, können die Symptome mehr oder weniger stark ausfallen.

## Biologische Faktoren

Der Aufmerksamkeitsstörung und Impulsivität liegt wissenschaftlichen Studien zufolge, eine Beeinträchtigung zwischen Stirnhirn und Basalganglien zugrunde<sup>12</sup>. Bei Menschen mit ADS/ADHS ist die Aktivität der Nervenzellen im Bereich Basalganglien-Stirnhirn niedriger. Vor allem im Stirnhirn, das für die Handlungsplanung zuständig ist, findet sich eine geringere Aktivität. Die Unteraktivität beruht wahrscheinlich auf einem Ungleichgewicht bestimmter Botenstoffe. Zu den wichtigsten Botenstoffen zählen im Zusammenhang mit ADS/ADHS das Dopamin und das daraus gebildete Noradrenalin.

Diese Ergebnisse scheinen darauf hinzudeuten, dass im Gehirn von Menschen mit ADHS nicht das richtige Ausmaß an Neurotransmittern erzeugt wird. Die These, dass ADHS durch einen Mangel an diesen Botenstoffen im Gehirn verursacht wird, ist vielversprechend, aber nicht endgültig bewiesen<sup>13</sup>.

## Psychosoziale Faktoren

Die bedeutendsten psychosozialen Faktoren, die mit der Entstehung von ADS/ADHS in Zusammenhang gebracht werden, sind ungünstige Familienverhältnisse beziehungsweise Umgebungsbedingungen. Dazu gehören unklare, schnell wechselnde Beziehungsbedingungen, ungeordnete Tagesabläufe sowie Vernachlässigung bis zur Misshandlung.

Alle Umgebungsbedingungen, die unüberschaubar, unstrukturiert und chaotisch sind, können bei vulnerablen Kindern auslösend bzw. verstärkend hinsichtlich ADS/ADHS wirken. Dazu zählen auch belastende Lebensereignisse, denen Kinder ausgesetzt sind wie z.B. Scheidung der Eltern oder andere familiäre Belastungen.

## Wie äußert sich ADS/ADHS?

Sowohl bei einer ADS mit Hyperaktivität als auch bei einer ADS ohne Hyperaktivität sind die Störung der Aufmerksamkeit und man-

gelnde Impulshemmung („erst handeln, dann denken“) sowie eine „Reizüberflutung“ im Gehirn im Vordergrund. Durch diese „Reizüberflutung“ sind die Kinder dauernd „überreizt“ und damit an der Grenze ihrer Kraft. Aus diesem Stress ergeben sich eine geringe Frustrationstoleranz mit starken Stimmungsschwankungen.

Viele Kinder mit ADS/ADHS scheinen nicht zu hören, wenn sie angesprochen werden; sie finden Dinge nicht, auch wenn sie vor ihnen liegen. Sie haben oft Probleme in der kontrollierten Abfolge von Handlungsabläufen, d.h. es fällt ihnen schwer, Handlungen in der von Eltern oder Lehrer vorgegebenen Abfolge durchzuführen.

Kinder mit ADHS haben häufiger als andere Kinder Teilleistungsschwächen<sup>14</sup>. Eine Leserechtschreibschwäche und/oder Rechenschwäche verkomplizieren die schulische Situation. Die Störung der Aufmerksamkeit und der Informationsverarbeitung kann zu einer Beeinträchtigung von Gedächtnis und Lernen führen. Lernprobleme sind oftmals Anlass für Schulwechsel und auch Klassenwiederholungen.

Einer der für Eltern kompliziertesten Aspekte der ADHS ist, das sich „das Gesicht“ der Störung immer wieder verändert. Das was beim sechsjährigen Kind gut funktionierte, kann beim Sechzehnjährigen vollkommen wirkungslos sein. Das heißt die Hauptsymptome ändern sich nicht nur mit zunehmenden Alter des Kindes, sondern auch in Abhängigkeit von der Situation, in der das Kind ist: dem Ort, dem Visavis und den Anforderungen<sup>15</sup>.

Zusammenfassend ist zu betonen, dass sich Kinder mit ADS/ADHS im Verhalten und der Entwicklung voneinander unterscheiden. Bei einem Teil der Kinder bleibt ADS/ADHS die einzige Störung, bei anderen kommen Lernprobleme, Aggressivität, antisoziales Verhalten aber auch Schwierigkeiten im Umgang mit Gleichaltrigen dazu. Allen gemeinsam ist, dass sie nur unzureichend ihr eigenes Verhalten hemmen und sich auf Dinge und Aufgaben konzentrieren können.

## Begleiterkrankungen und Folgen

Wie erwähnt, entwickeln Kinder mit ADS/ADHS aufgrund von Misserfolgen im sozialen und schulischen Bereich sowie durch Konflikte mit Schulfreunden und auch mit den Eltern möglicherweise Belastungssymptome,

die zu weiteren sekundären Störungen führen.

Sie haben außerdem eine Anfälligkeit für psychische Erkrankungen, die grundsätzlich auch als eigenständiges Krankheitsbild auftreten können. Laut den ADHS-Diagnoserichtlinien des DSM-IV werden die Affektive Störung, die Angststörung und andere genannt.

## Diagnostik von ADS/ADHS

Die Diagnostik von ADS/ADHS setzt sich aus der Beobachtung des Kindes durch Eltern und Lehrer, einer ärztlichen Diagnostik, von einem speziell weitergebildeten Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde oder einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Konsultation eines Klinischen Psychologen zusammen.

Zur Diagnostik zählen:

- grundlegende medizinische Untersuchungen (Anamnese, Fragebogen Eltern/Kind/Kindergarten/Schule, psychiatrischer Befund und körperliche Untersuchungen),
- eine umfassende Abklärung im Rahmen einer klinisch psychologischen Diagnostik,
- psychologische Testungen wie eine standardisierte IQ-Testung (z.B. K-ABC, HAWIK),
- die Überprüfung von Teilfunktionen wie Gedächtnis und Aufmerksamkeit weiters
- die Erfassung komorbider Störungen und von emotionalen Bedingungen (durch Testung).

Aufgrund der Tatsache, dass es sich bei ADHS um eine Störung auf biologischer Basis handelt, ersuchen Eltern oftmals um medizinische Tests zur Bestätigung der Diagnose. Laut Prof. Russell A. Barkley gibt es zum gegenwärtigen Zeitpunkt „keine Labortests, mit denen sich eine ADHS-Diagnose absichern ließe. Daher ist ein routinemäßiger Einsatz von Blut-, Urin- und genetischen Analysen sowie EEG, Kernspin- und Computer-Tomographie nicht erforderlich. Bestimmte einfache Tests können notwendig sein, wenn ihr Kind bestimmte Medikamente bekommen soll“<sup>16</sup>.

## Maßnahmen zur ADS/ADHS – ein multimodales Therapiekonzept

Nach Abschluss der Untersuchungen werden die Eltern nicht nur eine Diagnose sondern auch Behandlungsempfehlungen erhalten. Darüber bestehen auch unter Ärzten teilweise unterschiedliche Meinungen. Häufig werden zur Behandlung von ADS/ADHS Psychostimulanzien wie Methylphenidat oder Atomoxetin,

ein selektiver Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer, eingesetzt<sup>17</sup>. Ob eine medikamentöse Therapie sinnvoll ist oder nicht, hängt vom Einzelfall ab und müssen die Eltern mit den Spezialisten besprechen.

Untersuchungen zur Evaluation von Therapien zeigen positive Ergebnisse für eine multimodale Therapie, einer individuellen Kombination aus verschiedenen Therapieformen, die im engeren Sinne eine psychologische Behandlung und eine Medikation umfasst.

Dazu zählen die Eltern-Kind-Beratung, die auch pädagogische Empfehlungen für das schulische und familiäre Umfeld umfassen. Gegebenenfalls kann eine Therapie der Betroffenen mit verhaltenstherapeutischen Maßnahmen zur Strukturierung und auch kognitiven Umstrukturierung oder eine Systemische Familientherapie unter Beteiligung von Lehrern, Sozialarbeitern und anderen Helfern bei der Behandlung der Störung sehr wichtig und effizient, manchmal sogar unerlässlich sein.

Sportliche Aktivitäten wie eine Reittherapie, Zirkusspiele, Akrobatik, Laufen als Mittel zur Selbstdisziplinierung sowie zusätzliche psychomotorische Behandlungsansätze komplementieren das multimodale Therapiekonzept.<sup>18</sup>

Alternative Therapieansätze wie Homöopathie, Diäten, die Cranio-Sacraltherapie usw. nehmen keinen wissenschaftlich gesicherten Einfluss auf die Symptomatik einer ADS/ADHS.<sup>19</sup>

In sehr komplexen und hartnäckigen Fällen, besonders bei Komorbidität mit anderen psychischen Störungen oder starkem Leidensdruck im Umfeld (z.B. Schulsuspendierung notwendig), ist eine (teil)stationäre Aufnahme indiziert (z.B. Tagesklinik für Psychosomatik an der Kinderklinik, Kinder- und Jugendpsychiatrie im AKH Wien oder Neurologisches Krankenhaus am Rosenhügel, Kinderpsychosomatik im Wilhelminenspital etc.).

Weiteres Informationsmaterial erhalten Sie auch unter folgenden Internet-Seiten:

Verein ADAPT: [www.adapt.at](http://www.adapt.at)

Bundesverband Aufmerksamkeitsstörung/Hyperaktivität: [www.bv-ah.de](http://www.bv-ah.de)

Informations- und Diskussionsserver zur ADHS: [www.adhs.ch](http://www.adhs.ch)

*Ich danke Univ.-Prof. Dr. Brigitte Hackenberg und Univ. Prof. Dr. Maria Theresia Schubert, Kinderklinik AKH Wien sowie Dr. Barbara Reisel für die fachliche Beratung.*

*1 Dieser Beitrag ist eine korrigierte Zusammenfassung der Abschlussarbeit für den Universitätslehrgang „Psychosoziale Beratung“ an der Donau-Universität Krems von Dr. Eleonora Rieser. Veröffentlicht in: Mitteilungen der Sanitätsverwaltung, Offizielles Organ für das öffentliche Gesundheitswesen in Österreich, Hrsg. BM für Gesundheit, Familie und Jugend, 108. Jg/ Heft 12, Dezember 2007, S. 3 – 6.*

*2 Das komplexe Thema ADS/ADHS kann im Rahmen dieser Einführung nicht erschöpfend dargestellt werden. Ich verweise auf die angegebene Literatur.*

*3 Vgl. Dipl.Psych. Götz Müller im Vortrag „Das Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADS/ADHS)“ am 10. November 2006 in Salzburg.*

*4 Die American Psychiatric Association führte 3 Kategorien der Störung ein (einen überwiegend hyperaktiv-impulsiven Typ, einen überwiegend unaufmerksamen Typ und einen Mischtyp). In diesem Beitrag geht es vorrangig um ADHS, die Hyperaktivität umfasst und ADS, die durch Unaufmerksamkeit gezeichnet wird. In: Barkley Russell A. Das große ADHS-Handbuch für Eltern. Verantwortung übernehmen für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität. Bern 2005. S. 209.*

*5 Vgl. Barkley Russell A. S. 43ff.*

*6 Vgl. Barkley Russell A. S. 209f.*

*7 Vgl. Barkley Russell A. S. 65f.*

*8 Barkley Russell A. S. 43.*

*9 Vgl. Barkley Russell A. S. 47.*

*10 Alle personenbezogenen Bezeichnungen gelten auch in ihrer weiblichen Form.*

*11 Barkley Russell A. S. 111.*

*12 Vgl. Fitzner Thilo, Stark Werner (Hrsg.) ADS: verstehen – akzeptieren – helfen. Das Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom mit Hyperaktivität und ohne Hyperaktivität. Weinheim 2000. S. 29, 147.*

*13 Vgl. Barkley Russell A. S. 109ff.*

*14 Vgl. Barkley Russell A. S. 161.*

*15 Vgl. Barkley Russell A. S. 157.*

*16 Barkley Russell A. S. 211.*

*17 Laut Univ.-Prof. Dr. B. Hackenberg Juli 2011. Zur Besserung von ADHS-Symptomen bei Behandlung mit Omega-3/-6-Fettsäuren laufen derzeit Studien.*

*18 Vgl. Fitzner Thilo, Stark Werner (Hrsg.). S. 296ff.*

*19 Vgl. Fitzner Thilo, Stark Werner (Hrsg.). S. 272.*