



Grundlagen

Keine psychische Störung des Kindes- und Jugendalters wird in Deutschland so kontrovers diskutiert wie die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Die Themen reichen von der generellen Leugnung der Existenz des Störungsbildes bis hin zur Frage, ob Kinder im Grundschulalter für eine Verhaltensstörung medikalisiert werden sollten. Auch zur Entstehung des Störungsbildes gibt es sehr unterschiedliche, teils wenig wissenschaftliche, Theorien.

Der vorliegende, einführende Teil des Buches soll daher einen Beitrag leisten, den Diskurs durch wissenschaftliche Erkenntnisse anzureichern, verschiedene im Raum stehende Thesen auf ihren Gehalt zu prüfen und schließlich eine Wissensbasis zu schaffen, die auf dem aktuellen Stand der Forschung beruht.

Im ersten Kapitel wird daher zunächst auf das Erscheinungsbild der ADHS ein- und der Frage nachgegangen, inwiefern Phänomene der Unaufmerksamkeit und Überaktivität überhaupt behandlungsbedürftigen Störungscharakter besitzen. Anschließend werden die aktuellen Kriterien und Klassifizierungen der ADHS genannt und deren Neuerungen erläutert. Wie verbreitet eine ADHS in Deutschland ist und inwiefern die Häufigkeit innerhalb des letzten Jahrzehnts zugenommen hat, wird beantwortet. Problemlagen, die beim Vorliegen einer ADHS sehr häufig vorkommen, werden erörtert. Die wissenschaftlich gut belegten Ursachen einer ADHS sowie eine kurze Übersicht über den Entwicklungsverlauf von der Geburt bis hin zum Erwachsenenalter bilden den Abschluss des ersten Kapitels. Beides bildet die Grundlage für das Verständnis der in den folgenden beiden Teilen thematisierten Förder- und Interventionsmöglichkeiten im Umfeld Schule und Familie.

Im zweiten Kapitel zum diagnostischen Prozess wird, nach der Beschreibung eines idealen Ablaufes, vor allem auf die Möglichkeiten eingegangen, wie eine diagnostische Abklärung durch die aktive Mitwirkung durch Lehrkräfte an Gültigkeit gewinnen kann. Dabei werden konkrete Aufgaben benannt, die Lehrkräfte während des Prozesses haben könnten.

1

Störungsbild ADHS

Satyam Antonio Schramm

1.1 Erscheinungsbild und Klassifikation

Eine ADHS wird häufig assoziiert mit den Phänomenen des Antriebens, der Rastlosigkeit und vor allem mit offenbar unbändiger (motorischer) Energie. Dies macht allerdings nur einen Aspekt des klinisch definierten Störungsbildes aus: den der Hyperaktivität, welcher auch nicht zwingend vorliegen muss. Zwei weitere wichtige, aber zum Teil weniger auffällige, Aspekte sind impulsives und unaufmerksames Verhalten. Zusammen bilden sie die Trias Un-

aufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität, deren extreme Ausprägungen (in unterschiedlicher Gewichtung) das Störungsbild ADHS definieren.

Begrifflich ist eine ADHS gleichzusetzen mit den von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als gültig ausgewiesenen Bezeichnungen Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Aufmerksamkeitsstörung mit/ohne Hyperaktivität, Einfache Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung und Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens. Aus den vielfältigen Begriffen wird deutlich, dass eine eindeutige Definition schwer festzulegen ist. Zudem kommen häufig weitere Problematiken zur Kernsymptomatik hinzu, die die Feststellung einer »reinen« ADHS erschweren.

Diese etwas unklare Abgrenzung führt in der öffentlichen Diskussion in Deutschland häufig zur Frage, ob es sich bei ADHS wirklich um ein klinisch relevantes Störungsbild handelt oder ob damit normales Verhalten von Kindern und Jugendlichen ungerechtfertigt zur Störung erklärt wird. Die aktuelle Darstellung des Störungsbildes in den Medien orientiert sich teils wenig an wissenschaftlichen Befunden und sorgt daher möglicherweise bei den Betroffenen sowie deren Familien für Unsicherheit oder führt zu ablehnenden Reaktionen des Umfeldes (v. a. bei der häufig emotional geführten Debatte um die Gabe von Medikamenten).

Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken hat sich eine Reihe namhafter Wissenschaftler unter der Federführung des renommierten Forschers Russell A. Barkley zusammgefunden und eine Erklärung formuliert, die die klinische Relevanz des Störungsbildes ADHS unterstreicht (Barkley et al., 2002). Aus ihr geht hervor, dass in wissenschaftlichen Fachkreisen Einigkeit über die negativen Auswirkungen extremer Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und mangelnder Impulskontrolle herrscht. Diese Extreme zu definieren und darauf aufbauend zwischen normalen und klinisch relevanten Ausprägungen die Grenze zu ziehen, ist allerdings tatsächlich nicht immer eindeutig möglich (Lee et al., 2008).

Auch die ansteigende Diagnosehäufigkeit und Behandlung mit Medikamenten sorgen für zunehmendes mediales Interesse in

Deutschland. So wurde in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung berichtet, dass Würzburg aufgrund der sehr häufigen ADHS-Diagnosen und entsprechend hoher Versorgung durch Medikation Welthauptstadt der ADHS sei. Weiterhin seien in Deutschland im Jahre 2011 rund 552.000 Jungen und 197.000 Mädchen aufgrund einer ADHS behandelt worden, wiederum zumeist durch Medikation (Mihm, 2013).

Die immer häufiger vergebene Diagnose ADHS führt zu der Frage nach einer adäquaten therapeutischen Behandlung neben oder auch unter Verzicht von Medikation. Die Behandlungsbedürftigkeit wird von Barbaresi, Colligan, Weaver, Voigt, Killian und Katusic (2013) eindrucksvoll im Rahmen einer (in dieser Form einzigartigen) prospektiven Längsschnittstudie belegt. Die ADHS-Problematik überdauert bis ins Erwachsenenalter bzw. die Auftretenswahrscheinlichkeit von anderen psychiatrischen Erkrankungen im Erwachsenenalter wird durch eine ehemals diagnostizierte ADHS erhöht. Weiterhin ist eine ADHS mit einer erhöhten Sterblichkeit (aufgrund von Suizid und Unfällen) assoziiert. Dies unterstreicht die Notwendigkeit einer umfassenden und altersangemessenen Behandlung des Störungsbildes durch verschiedene, auch auf das (Schul-)Umfeld fokussierende, Maßnahmen.

Wie eingangs erwähnt, stehen im Zentrum der ADHS drei Kernsymptome. Neben Unaufmerksamkeit sind Hyperaktivität und Impulsivität zwei weitere Symptome, die bei Menschen mit ADHS in unterschiedlicher Gewichtung auftreten können. Typischerweise entwickeln sich diese Symptome sehr früh, bestehen über eine Reihe von Situationen hinweg und sind im Vergleich zur Altersgruppe und im Kontext der Entwicklungssituation extrem ausgeprägt und unangemessen.

Unter dem Begriff Symptom wird in Anlehnung an Barkley (2006, S. 77) im Folgenden entweder ein konkretes Verhalten (z. B. oft auf dem Stuhl herumrutschen) oder eine Symptomklasse verstanden, die ähnliche Symptome enthält und eine Dimension einer psychischen Störung darstellt (z. B. Unaufmerksamkeit). Die Bezeichnung Symptom ist somit *nicht* gleichzusetzen mit einer Beeinträchtigung oder

Problematik. Letztere sind vielmehr Folge einer Symptomatik und können in unterschiedlicher Form auftreten (so etwa häufigeres Sitzenbleiben, schlechtere Schulnoten, soziale Probleme etc.).

Das Kernsymptom *Unaufmerksamkeit* äußert sich bei Kindern und Jugendlichen vor allem dadurch, dass ihr Interesse an Dingen, mit denen sie sich augenblicklich auseinandersetzen, rasch nachlässt und sie sich anderen neuen, vermeintlich interessanteren, Inhalten zuwenden. Dadurch werden Aufgaben oder Tätigkeiten häufig unterbrochen oder auch abgebrochen, bevor sie zu Ende geführt wurden. Betroffene werden daher als sprunghaft und unstet wahrgenommen. Diese mangelnde Persistenz der Aufmerksamkeit tritt bereits in freien Spielsituationen auf, wird jedoch besonders deutlich bei offenbar langweiligen, eintönigen und sich häufig wiederholenden Aufgaben.

Ein weiteres Kennzeichen innerhalb des Symptomkomplexes der Unaufmerksamkeit ist eine hohe Ablenkbarkeit. Gerade komplexe, mehrschrittige Aufgabenstellungen, deren Ausführung planvolles Handeln erfordert, führen zu hoher Ablenkbarkeit (Barkley, 2006). Die Organisation und Planung von Aufgaben ist daher ein Problemfeld, da Ziel und Absicht einer Tätigkeit leicht aus den Augen verloren werden. Schwierigkeiten in den genannten Bereichen können zu einer generellen Abneigung gegenüber Tätigkeiten führen, die eine längere Aufmerksamkeitsspanne sowie geistige Anstrengung erfordern. Allerdings ist eine solche Beeinträchtigung in aller Regel situationsabhängig. Gerade fremdbestimmte Tätigkeiten, die kognitive Anstrengung erfordern, führen zu Problemen. In Situationen ohne äußere Strukturierung bzw. ohne direkte Rückmeldung und Unterstützung haben Kinder und Jugendliche vermehrt Schwierigkeiten ihre Aufmerksamkeit zu orientieren und aufrechtzuerhalten. Bei neuen, subjektiv interessanteren Aufgaben mit hohem Anregungsgehalt zeigt sich die Problematik dagegen deutlich weniger (Lauth & Linderkamp, 2000; Döpfner, Banaschewski & Sonuga-Barke, 2008).

Gerade in der Schule und anderen Lernsituationen werden hohe Anforderungen an Aufmerksamkeitsleistungen gestellt. Die zuvor beschriebenen Situationen, die bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS zu Schwierigkeiten führen können, treten dort häufig auf,

daher zeigt sich eine extreme Unaufmerksamkeit vor allem im Zusammenhang mit Schule und Ausbildung (Lauth & Schlottke, 2009). Lauth und Naumann (2009, S. 3) weisen darauf hin, dass sich Kinder und Jugendliche mit ADHS aufgrund der Kernsymptomatik weniger unterrichtskonform verhalten und sich daher in Unterrichtssituationen deutlich von anderen, unauffälligen Kindern und Jugendlichen unterscheiden.

Die Symptome *Hyperaktivität* und *Impulsivität* treten meist gemeinsam auf und sind oft kaum voneinander trennbar (Berlin & Bohlin, 2002). Unter dem Begriff Hyperaktivität werden alle Verhaltensweisen gefasst, die eine motorische Unruhe zum Ausdruck bringen, wie z. B. nicht ruhig sitzen können, auf dem Stuhl hin und her rutschen oder in der Klasse herumlaufen. Ähnlich den typischen Verhaltensweisen der Unaufmerksamkeit kommen sie gerade in Situationen zur Geltung, die ein hohes Maß an eigener Verhaltenskontrolle erfordern (Döpfner et al., 2008). Bei sportlichen Aktivitäten oder in freien Spielsituationen hingegen kann die motorische Unruhe in situationsangemessene Aktivität umgesetzt werden.

Impulsivität als weiteres Kernsymptom äußert sich meist in unüberlegtem, vorschnellem Verhalten (z. B. nicht abwarten können, andere unterbrechen, in die Klasse rufen). Eine mangelnde Verhaltenshemmung und -regulation kann dabei zu einer Abneigung gegenüber Situationen führen, in denen abgewartet und unmittelbare Bedürfnisse aufgeschoben werden müssen. Döpfner et al. (2008) unterscheiden zwischen kognitiver, emotionaler und motivationaler Impulsivität. *Kognitive Impulsivität* bezieht sich auf die Tendenz, eigenen Handlungsimpulsen direkt zu folgen, bevor eine Situation eingeschätzt und mögliche Handlungsalternativen ausreichend durchdacht worden sind. Die *emotionale Impulsivität* bezieht sich auf eine geringe Frustrationstoleranz. *Motivationale Impulsivität* bezeichnet dagegen eine unzureichend ausgeprägte Fähigkeit zum Bedürfnisaufschub. Diese drei Formen wirken oft zusammen. Typische Verhaltensweisen, die Betroffenen schwerfallen, sind daher z. B. das Abwarten, bis sie an der Reihe sind, oder das Einhalten von Regeln. Neben Problemen in sozialen Situationen (Gruppenspiele,

gemeinsames Essen, Familienbesuche etc.) kann impulsives Verhalten daher auch zu Gefahrensituationen im Straßenverkehr führen, denen Kinder und Jugendliche mit ADHS aufgrund ihrer Risikobereitschaft verstärkt ausgesetzt sind (Lauth & Schlottke, 2009).

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ist eine der am häufigsten auftretenden Verhaltensstörungen mit Beginn im Kindesalter. Gemeinsam mit der Störung mit oppositionellem Trotzverhalten und der Störung des Sozialverhaltens ist die ADHS eine von drei externalisierenden Verhaltensstörungen (Störungen, deren Symptome direkt beobachtbar sind). Davon zu unterscheiden sind internalisierende Verhaltensstörungen wie etwa Angststörungen und Depression (Linderkamp & Grünke, 2007).

In den Klassifikationssystemen Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013; deutsch: Falkai & Wittchen, 2015) und International Classification of Diseases (ICD-10; World Health Organization, 1992; deutsch: Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort, 2004) wird eine ADHS ähnlich, aber nicht genau deckungsgleich klassifiziert. Grundlegend für eine Klassifikation sind die sogenannten Symptomkriterien der ADHS, die in beiden Systemen nahezu identisch sind. Kasten 1 zeigt die aktuellen Symptomkriterien gemäß DSM-5, die im Vergleich zur vorherigen Version um Beispiele ergänzt wurden, die auch zum Jugend- bzw. Erwachsenenalter passen.

Kasten 1: Symptomkriterien der ADHS nach DSM-5 (Falkai & Wittchen, 2015, S. 77 f)

A. Unaufmerksamkeit

1. Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten (z. B.: übersieht Einzelheiten oder lässt sie aus; arbeitet ungenau).
2. Hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten (z. B.: hat

- während Unterricht, Vorträgen, Unterhaltungen oder längerem Lesen Schwierigkeiten, konzentriert zu bleiben).
3. Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn bzw. sie ansprechen (z. B.: scheint mit den Gedanken anderswo zu sein, auch ohne ersichtliche Ablenkungen).
 4. Führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und bringt Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende (z. B.: beginnt mit Aufgaben, verliert jedoch schnell den Fokus und ist leicht abgelenkt).
 5. Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren (z. B.: hat Probleme, sequenziell aufeinander folgende Aufgaben zu bewältigen; Schwierigkeiten, Materialien und eigene Sachen in Ordnung zu halten; unordentliches, planlos-desorganisiertes Arbeiten; schlechtes Zeitmanagement; hält Termine und Fristen nicht ein).
 6. Vermeidet häufig, hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich nur widerwillig mit Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengungen erfordern (z. B. Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben; bei älteren Jugendlichen und Erwachsenen: Ausarbeiten von Berichten, Ausfüllen von Formularen, Bearbeiten längerer Texte).
 7. Verliert häufig Gegenstände, die für bestimmte Aufgaben oder Aktivitäten benötigt werden (z. B. Schulmaterialien, Stifte, Bücher, Werkzeug, Geldbörsen, Schlüssel Arbeitspapiere, Brillen, Mobiltelefone).
 8. Lässt sich oft durch äußere Reize leicht ablenken (bei älteren Jugendlichen und Erwachsenen können auch mit der aktuellen Situation nicht in Zusammenhang stehende Gedanken gemeint sein).
 9. Ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich (z. B. bei der Erledigung von häuslichen Pflichten oder Besorgungen; bei älteren Jugendlichen und Erwachsenen umfasst das Vergessen auch Telefonrückrufe zu tätigen, Rechnungen zu bezahlen, Verabredungen einzuhalten).

B. Hyperaktivität und Impulsivität

1. Zappelt häufig mit Händen und Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum.
2. Steht oft in Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird (z. B.: verlässt eigenen Stuhl im Klassenraum, im Büro oder an anderem Arbeitsplatz oder in anderen Situationen, die erfordern, am Platz zu bleiben).
3. Läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist. (Beachte: Bei älteren Jugendlichen und 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 dem Sprung« oder handelt oftmals, als wäre er bzw. sie »getrieben« (z. B.: kann nicht über eine längere Zeit hinweg ruhig an einem Platz bleiben bzw. fühlt sich dabei sehr unwohl, z. B. in Restaurants, bei Besprechungen; dies kann von anderen als Ruhelosigkeit oder als Schwierigkeit erlebt werden, mit dem Betreffenden Schritt zu halten).
6. Redet häufig übermäßig viel.
7. Platzt häufig mit den Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist (z. B.: beendet die Sätze anderer; kann in Unterhaltungen nicht abwarten bis er bzw. sie mit Reden an der Reihe ist).
8. Kann häufig nur schwer warten, bis er bzw. sie an der Reihe ist (z. B. beim Warten in einer Schlange).
9. Unterbricht oder stört andere häufig (z. B.: platzt in Gespräche, Spiele oder andere Aktivitäten hinein; benutzt die Dinge anderer Personen ohne vorher zu fragen oder ohne Erlaubnis; bei älteren Jugendlichen und Erwachsenen: unterbricht oder übernimmt Aktivitäten anderer).