

ADHS

Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung

Was ist ADHS?

Jeder kennt die Bildergeschichten vom „Zappelphilipp“ und „Hans-guck-in-die-Luft“. Es handelt sich dabei um Fallbeschreibungen des Frankfurter Nervenarztes Heinrich Hoffmann aus dem Jahre 1845. Sie belegen, dass Unaufmerksamkeit, erhöhte Ablenkbarkeit und motorische Überaktivität bereits vor über 150 Jahren aufgetreten sind.

Heute wie damals ist für die betroffenen Kinder typisch, dass sie nicht lange bei einer Sache bleiben können, häufig ihre Spielaktivitäten wechseln, nicht ruhig sitzen bleiben können oder übermäßig herumtoben.

Die Annahmen, ADHS-Betroffene seien Opfer der heutigen Zeit, werden dadurch relativiert. Das soll aber nicht heißen, dass moderne Umweltfaktoren wie das Leistungsstreben in der Schule, die allgemeine Hektik und der Überfluss an Freizeitaktivitäten das Leben der ADHS-Betroffenen nicht deutlich erschweren können.

Die heute im deutschen Sprachraum verwendete Bezeichnung für das Krankheitsbild lautet ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung). Diese Bezeichnung macht deutlich, dass es sich primär um eine Aufmerksamkeitsstörung handelt und die Hyperaktivität je nach Ausprägung hinzukommen kann oder nicht. Eine Aufmerksamkeitsdefizitstörung ohne Hyperaktivität wird mit ADS abgekürzt.

Die zentralen Merkmale der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung sind häufige Unaufmerksamkeit, übermäßige körperliche Aktivität (Hyperaktivität) und Impulsivität.

Aufmerksamkeitsdefizit:

Aufmerksamkeit ist nichts, das man hat oder nicht hat, sondern etwas, das man in einer Situation selbst herstellt. Ein Mangel an Aufmerksamkeit kommt häufig als mangelnde Stetigkeit und Zielgerichtetheit des Verhaltens zum Ausdruck. Kinder mit Aufmerksamkeitsdefiziten haben oft Schwierigkeiten, begonnene Aufgaben konsequent zu Ende zu führen, sie lassen sich leicht ablenken, wechseln Spielaktivitäten schnell und abrupt, sie hören nicht zu oder erscheinen unordentlich.

Hyperaktivität:

Der Begriff der Hyperaktivität weist auf Momente motorischer Unruhe hin. Hierzu gehört, dass die Kinder beispielsweise nicht ruhig sitzen können (unruhig auf dem Sessel hin und her rutschen), übermäßig herumtollen oder reden, durch Klassenzimmer rennen oder herumzappeln.

Impulsivität:

Mit diesem Begriff werden vor allem die vorschnellen und unüberlegten Verhaltensausrüche der Kinder umschrieben.

Alle diese typischen Probleme zeigen sich insbesondere dann, wenn von den Kindern längere Aufmerksamkeitsspannen sowie zielgerichtete Tätigkeiten verlangt werden (z. B. in der Schule, bei Hausaufgaben oder anderen längeren Ruhe verlangenden Tätigkeiten, bei sozialen Anforderungen wie Essen und Besuchen).

Die oben genannten Symptome treffen, zumindest zeitweise, auf viele Kinder zu. Sehr oft werden Kinder deshalb sozial abgewertet und zu Außenseitern gemacht. Dabei handelt es sich bei der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung um eine komplexe psychische Störung, die nach standardisierten Kriterien diagnostiziert wird.

Um die Diagnose ADHS zu stellen, müssen die Verhaltensweisen

- über mindestens 6 Monate anhalten,
- in mehreren Situationen (z. B. in Schule oder Familie, bei Gleichaltrigen) auftreten,
- zu einer deutlichen Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit des Kindes führen und
- zumindest teilweise bereits vor dem 7. Lebensjahr begonnen haben.

Weitere Merkmale

Neben der Kernsymptomatik treten eine Reihe weiterer Symptome auf, die mit dem Alter und der Entwicklungsphase variieren.

Oft beginnen die ersten Anzeichen schon im Baby- und Kleinkindalter. Die Kinder weinen sehr häufig, schlafen schlecht und sind schwer zu beruhigen. Im Kindergarten- und Vorschulalter wird erkennbar, dass sie schwer in Gruppen integrierbar sind. Sie sind temperamentvoll, stehen gerne im Mittelpunkt, sind aggressiv und können nur schwer bei einer Sache bleiben. Häufig werden Sie

durch Gleichaltrige abgelehnt. Im Schulalter geraten sie oft in eine Außenseiterposition, gelten als Störenfried oder Klassenkasperl. Die Disziplin, die im Klassenzimmer nun von Ihnen verlangt wird, stellt für sie eine unlösbare Aufgabe dar. Sie können sich auch mit größter Anstrengung nur wenige Minuten auf den Unterrichtsstoff konzentrieren. Trotz häufig überdurchschnittlicher Intelligenz erbringen sie schlechte Leistungen. Je nach Ausprägung des Krankheitsbildes verfallen sie danach in Tagträume, schauen Löcher in die Luft, kritzeln in ihrem Heft herum oder werden zappelig, schaukeln mit ihrem Stuhl, laufen im Klassenzimmer herum oder ärgern Mitschüler. Im Jugendalter lässt die motorische Unruhe oft nach. Sie haben aber weiterhin mit Lernschwierigkeiten und schlechten Noten zu kämpfen, sind rebellisch und zeigen übermäßig oft Alkoholgebrauch. Im jungen Erwachsenenalter treten Ruhelosigkeit, schlechte Konzentration, Impulsivität und häufig auch Alkoholmissbrauch auf. Damit verbunden kann ein geringes Selbstwertgefühl sein.

ADHS-Kinder sehen sich oft dem Vorwurf ausgesetzt „du könntest, wenn du nur wolltest“. Damit wird ihnen gleichzeitig schlechter Wille und mangelnde Motivation unterstellt - völlig zu Unrecht! Das ist zum Beispiel der Fall, wenn Lehrer oder Eltern im Wissen um die offensichtliche Intelligenz des Kindes von diesen Leistungen erwarten, die es aufgrund seiner Konzentrationsmängel zumindest nicht dauerhaft erbringen kann. Das gleiche gilt bei Verhaltensproblemen. Die Kinder wollen schon, sie können aber tatsächlich nicht. Die Eltern wissen nicht, wie sie mit den Verhaltensauffälligkeiten ihres Kindes richtig umgehen sollen. Nicht selten entsteht durch unadäquates Elternverhalten, das meist aus Unwissen, Überforderung und Hilflosigkeit entsteht, ein Teufelskreis, der die Erkrankung noch weiter fördert.

Verlauf

Oft wird ADHS erst mit dem Schulbeginn diagnostiziert, da im Kontext der Schule und den damit verbundenen Anforderungen an das Kind die Verhaltensprobleme erst richtig in den Vordergrund treten.

Studien zeigen, dass ca. 25% - 50% der Kinder mit ADHS mit zunehmendem Alter die Störung verlieren.

Mehrere Erklärungsansätze

Als eine Ursache für die Entstehung von ADHS wird ein Gendefekt gesehen, der bewirkt, dass ein Austausch zwischen Synapsen und Neurotransmittern nicht optimal funktioniert. Dadurch kommt es zu einer Reizüberflutung und es kann nicht zwischen verschiedenen Reizen selektiert werden.

Die Aufrechterhaltung und der Verlauf der Störung werden vor allem durch psychosoziale Faktoren bestimmt. Insbesondere die Eltern-Kind-Beziehung und auch familiäre Bedingungen sind entscheidend für den Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung.

Umweltreize und Reizüberflutung gelten als weitere Faktoren für das Entstehen des Syndroms. Sie allein können jedoch nicht als Auslöser gelten, sondern es müssen Mängel in der Selbstregulation oder Aufmerksamkeit vorhanden sein.

Nahrungsmittelzusätze (Glutamat, Farbstoffe, Geschmacksverstärker etc.) galten über längere Zeit als Auslöser. Bisher konnte diese Annahme nicht bestätigt werden, aber es ist sicher sinnvoll, darauf zu achten, ob das Kind bei diätetischen Maßnahmen positiv auf das Weglassen dieser Mittel reagiert.

Therapie der Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung

Eltern, die vermuten, ihr Kind könnte ADHS haben, sollten sich an einen auf diesem Gebiet erfahrenen Arzt, Psychologen oder an ein sozialpädiatrisches Zentrum wenden. Es ist sinnvoll, sich an ExpertInnen zu wenden, weil es immer wieder Fälle gibt, in denen eine vorhandene ADHS aufgrund falscher diagnostischer Ansätze nicht erkannt wird oder dass ADHS fälschlicherweise diagnostiziert wird.

Haben sich die Eltern entschlossen, Hilfe in Anspruch zu nehmen, steht zunächst eine angemessene Aufklärung des Kindes sowie seiner Bezugspersonen (Eltern, Lehrer) im Vordergrund. Die weitere Therapie wird speziell auf das jeweilige Kind und seine Symptomatik abgestimmt, wobei in der Verhaltenstherapie auch die Eltern und weitere wichtige Bezugspersonen mit einbezogen werden. Lehrer, Mitschüler und andere Personen im Umkreis sollten Informationen über ADHS und das passende Verhalten gegenüber Betroffenen bekommen, die Kinder haben in der Therapie viel Mitsprache und Entscheidungsrecht. Es erstellt gemeinsam mit der Therapeutin einen Vertrag, der Rechte und Pflichten enthält und an den sich beide halten müssen.

Verschiedene Behandlungsansätze können dabei zum Einsatz kommen:

- Aufmerksamkeitstraining (sich auf einen Reiz konzentrieren, genau hinschauen und zuhören, Wahrgenommenes genau wiedergeben)
- Erlernen neuer Problemlösestrategien
- Erwerb von Strategien zum Umgang mit Ablenkungen
- Vermittlung von Lernstrategien für die Schule
- Im Elterntaining wird besonders auf das Erziehungsverhalten Wert gelegt. Ein strukturierter Tagesablauf durch Setzen von Grenzen und festen Regeln gibt dem Kind Halt und erleichtert seinen Alltag. Gleichzeitig sollen Eltern das Kind in Problemsituationen unterstützen. Die Methoden dafür sind z.B. Verstärkung durch Belohnung, Loben von angepasstem Verhalten oder Ignorieren von störendem Verhalten. Die Eltern müssen entlastet und unterstützt werden – Sie tragen nicht Schuld an der Störung Ihres Kindes!
- Begleitendes Entspannungstraining für das Kind
- Emotionale Techniken unterstützen die Lebensfreude des Kindes, es lernt auch zu genießen und sich auf Schönes einzustellen.

Therapieziele sind, das Kind kompetent zu machen im Umgang mit sich selbst und die erziehende Umgebung kompetent zu machen im Umgang mit dem Kind.

Zur Rolle des Medikamentes Ritalin in der Behandlung

Die Gabe von Ritalin führt innerhalb etwa einer Stunde zu einer verbesserten Aufmerksamkeitsspanne und Kontrolle der Feinmotorik, die für andere (Lehrer, Eltern, Mitschüler) deutlich beobachtbar sind. Die Wirkung hält etwa 2-4 Stunden an und nimmt dann kontinuierlich ab. Das Medikament erzielt somit bei der Überbrückung der Verhaltensprobleme während des Unterrichts gute Erfolge. Je nach Studie sprechen bis zu 70% der Kinder über 5 Jahre auf das Ritalin an.

Die häufigsten Nebenwirkungen sind Durchschlafstörungen, ein verminderter Appetit und Wachstumsverzögerungen. Seltener sind dagegen Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit oder psychische Symptome wie Ängstlichkeit, Depressivität oder auch Aggressivität.

Während die kurzfristige Effektivität einer Ritalinbehandlung gut belegt ist, steht der Nachweis für eine langfristige Wirkung noch aus. Auch Nebenwirkungen einer längeren Gabe sind noch nicht untersucht.

Autoren: Dr. Alois Kogler, Mag. Eva Kaiser-Kaplaner

Buchtipps:

- ⇒ Augst-Claus E. & Hammer P.-M. (1999): Das A.D.S.-Buch: Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom. Oberstebrink Verlag GmbH. Gut für Eltern und Betreuer geeignet!
- ⇒ Döpfner M., Schürmann & Lehmkuhl (2000). Wackelpeter und Trotzkopf. Hilfen für Eltern bei hyperkinetischem und oppositionellem Verhalten. Psychologie Verlags Union: Weinheim. (2. überarbeitete Auflage).

Literatur:

Lauth G. & Schlottke P.F. (1995): Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern. Psychologie Verlags Union: Weinheim, 2. korrigierte Auflage.
Margraf J. (1996): Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 2: Störungen – Glossar. Springer-Verlag.
Eisert, HG (1993) Hyperkinetische Störungen. In: Steinhausen, HC & von Aster, M (1993). Handbuch Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin bei Kindern und Jugendlichen. S. 131-159. Psychologie Verlags Union: Weinheim.