

DIE AUFMERKSAMKEITSDEFIZIT- HYPERACTIVITÄTS-STÖRUNG (ADHS) - Empfehlungen

Professor Hans-Christoph Steinhausen

Was versteht man unter ADHS?

DER BEGRIFF DER AUFMERKSAMKEITSDEFIZIT-HYPERAKTIVITÄTS-STÖRUNG STAMMT AUS DEN USA. DORT WIRD MIT *ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER* (ADHD) EIN STÖRUNGSBILD BEI KINDERN BEZEICHNET, DAS DURCH DIE KERNMERKMALE DER *AUFMERKSAMKEITSSTÖRUNG*, DER *HYPERAKTIVITÄT* UND DER *MANGELNDEN IMPULSKONTROLLE* GEKENNZEICHNET IST. IN EUROPA UND IN DER ÜBRIGEN WELT IST DIE GLEICHE STÖRUNG AUCH UNTER DEM BEGRIFF DER *HYPERKINETISCHEN STÖRUNG* (HKS) BEKANNT. IN DER DEFINITION SIND ADHS UND HKS SEHR ÄHNLICH. DENNOCH WIRD DIE DIAGNOSE ADHS LEICHTER UND HÄUFIGER GESTELLT ALS DIE DIAGNOSE HKS, WEIL FÜR EINE HYPERKINETISCHE STÖRUNG GEMÄSS VORGABEN DER DEFINITION STRENGERE MASSSTÄBE ANGELEGT WERDEN.

Die Kernmerkmale der Aufmerksamkeitsstörung, der Hyperaktivität und der mangelnden Impulskontrolle lassen sich an bestimmten *Verhaltensmerkmalen* der betroffenen Kindern aufzeigen. Diese sind in den Kästen 1- 3 dargestellt. Für die Diagnose einer ADHS muss eine bestimmte Anzahl dieser Kernmerkmale in ausgeprägter Form vorliegen. Eine fachkundige Untersuchung muss mit diesen Verhaltensmerkmalen in der Realität und mit den Anforderungen an die Diagnosenstellung wohlvertraut sein.

Zusätzlich zu den charakteristischen Kernmerkmalen der Störung müssen *weitere Bedingungen erfüllt* sein, weil viele der beschriebenen Verhaltensmerkmale durchaus in abgemildeter Form und auch vorübergehend bei zahlreichen Kindern auftreten können, die keine ADHS haben. Zu diesen zusätzlichen Bedingungen gehören:

- Die betroffenen Kinder müssen durch die vorliegende Störung bedeutsam beeinträchtigt sein, in dem sie von altersgleichen Kindern mit ähn-

lichem Entwicklungsstand und normaler Intelligenz durch ihr Verhalten deutlich abweichen.

- Die Störung muss bereits vor dem 7. Lebensjahr begonnen haben, und zu Beeinträchtigungen in zumindestens zwei Lebensbereichen, wie z.B. in der Schule, in der Familie oder in der Freizeit führen.
- Die Dauer der Störung muss mindestens 6 Monate betragen.

Gemäss dem Verständnis in den USA gibt es bei ADHS auch isolierte *Untergruppen* mit ausschliesslicher Hyperaktivität und Impulsivität (HI) sowie mit ausschliesslicher Aufmerksamkeitsdefizitstörung (ADS). Eine derartige Auftrennung wird bei dem Konzept der Hyperkinetischen Störungen nicht vorgenommen. Dafür kennt das Konzept der hyperkinetischen Störungen eine Unterform, bei der sich die Hyperaktivität und *Aufmerksamkeitsstörung* mit einer Störung des Sozialverhaltens, d.h. aggressivem und dissozialem Verhalten verbindet.

In der Schweiz ist immer noch der Begriff des *infantilen POS* gebräuchlich, der sich jedoch nicht mit dem Begriff der ADHS deckt. Während ADHS sich nur auf das Verhalten im Sinne der Kernmerkmale bezieht, wird mit dem Begriff des infantilen POS eine weiterreichende Störung bezeichnet, die als Geburtsgebrechen durch eine Funktionsabweichung des Gehirnes bedingt ist. Neben auffälligen Verhaltensmerkmalen liegen beim POS auch Abweichungen motorischer und anderer Leistungsfunktionen vor, die durch abweichende Hirnfunktionen bedingt sind.

Mit der Manifestation des ADHS können eine Reihe anderer psychischer Störungen verbunden sein. Diese werden in der Fachsprache unter dem Begriff der *Komorbidität* dargestellt. Diese Kombinationen von Störungen sind häufig und machen die Behandlung sowie den Verlauf der ADHS komplizierter. Im einzelnen handelt es sich um:

- Störungen des Sozialverhaltens (aggressive und dissoziale Verhaltensweisen)

- Angststörungen und depressive Verstimmungen
- Tic-Störungen (d.h. unwillkürliche und plötzlich einschliessende Muskelzuckungen)
- Lernstörungen in der Schule
- Motorische Entwicklungsstörungen
- Vereinzelt auch autistische Störungen.

Wie häufig ist ADHS?

DIE VERHALTENS-AUFFÄLLIGKEITEN DER ADHS SIND BEREITS VOR MEHR ALS 150 JAHREN IM BILD DES ZAPPELPHILIPP VON HEINRICH HOFFMANN IN SEINEM BERÜHMTE KINDEBUCH VOM «STRUWELPETER» BESCHRIEBEN WORDEN. NACH DEM 1. WELTKRIEG ERFOLGTE IM DEUTSCHSPRACHIGEN BEREICH EINE ERSTE WISSENSCHAFTLICHE DARSTELLUNG, ALS EINE GROSSE EPIDEMIE EINER VIRUSBEDINGTEN HIRNENTZÜNDUNG ZU BEOBACHTEN WAR.

Seit den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts wird ADHS weltweit intensiv erforscht und häufig in der Praxis diagnostiziert. Verschiedene gross angelegte Untersuchungen in der Bevölkerung haben in Ländern wie in den USA, Kanada, Neuseeland und den Niederlanden sowie bei Untersuchungen in London und Hongkong Häufigkeitsraten zwischen zwei und zehn Prozent aller Kinder und Jugendlichen ermittelt. Da diese Untersuchungen sehr unterschiedlich angelegt wurden und verschiedene Altersgruppen ermittelt haben, geht eine konservative Schätzung von einer Häufigkeitsrate zwischen zwei und fünf Prozent aus.

Eine gross angelegte Repräsentativuntersuchung im Kanton Zürich hat im Jahre 1994 den gesamten Altersbereich zwischen 6 und 17 Jahren erfasst und dabei eine Häufigkeitsrate von 5,2 % für ADHS ermittelt. Bei einer Nachuntersuchung betrug die Rate bei den 15 - 19jährigen im Kanton Zürich nur noch 2,6%. Auch diese Zahlen in der Schweiz verweisen auf eine grosse Zahl von betroffenen Kindern und Jugendlichen mit ADHS, die auf eine

fachlich hochstehende Versorgung angewiesen sind, um Hilfe bei der Bewältigung ihrer Probleme zu erhalten. Einen ersten Schritt dieser fachlichen Betreuung stellt eine kompetente Diagnostik dar.

Wie müssen Patienten mit ADHS untersucht werden?

DIE UNTERSUCHUNG AUF ADHS MACHT EINEN AUFWENDIGEN UNTERSUCHUNGSGANG AUF MEHREREN EBENEN SOWIE EINEN ERFAHRENEN UNTERSUCHER ERFORDERLICH. IN DER REGEL SIND HIERFÜR BESONDERE KENNTNISSE ERFORDERLICH, DIE IN ERSTER LINIE VON KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERN, ABER AUCH VON KLINISCHEN PSYCHOLOGEN UND SPEZIELL AUSGEBILDETEN KINDERÄRZTEN ERWORBEN WERDEN. DIE EINZELNEN SCHRITTE DER UNTERSUCHUNG SIND IM KASTEN 4 DARGESTELLT.

Das *Interview* richtet sich sowohl an die Eltern des Kindes oder Jugendlichen mit ADHS als auch an das betroffene Kind bzw. den Jugendlichen. Im Elterninterview müssen Fragen wie z.B. nach dem Vorkommen von ADHS oder anderen psychischen Leiden bei anderen Familienangehörigen beantwortet werden. Ebenso muss die genaue Entwicklungsgeschichte des Kindes ab der Schwangerschaft erhoben und im Lichte der Erkenntnisse über ADHS und seine Entwicklung bewertet werden. Sodann werden die Eltern selber intensiv zum Vorliegen von ADHS und weiteren psychischen Störungen im Sinne der bereits geschilderten Komorbidität beim Kinde befragt. Schliesslich muss ermittelt werden, in welcher Weise das Kind mit seinen Problemen durch ADHS in der Familie, der Schule oder unter Gleichaltrigen beeinträchtigt ist.

Das *Kind* muss im *Interview* hinsichtlich seiner Stärken und Schwächen, seiner charakteristischen Verhaltensmerkmalen und der Bewältigung seiner besonderen Lebenssituation befragt werden. Ergänzend ist die *Verhaltensbeobachtung* des Kindes

von grosser Bedeutung. Hier ist sowohl die Beobachtung des Kindes in der Untersuchungssituation als auch in seiner natürlichen Lebensumwelt für die endgültige Entscheidung bedeutsam, ob ein ADHS vorliegt. Für die Verhaltensbeobachtung sind Erfahrung und genaue Kenntnisse der Bedingungen erforderlich, unter denen ADHS beobachtet werden kann oder die Symptome sich sogar verschlechtern.

In Ergänzung zum Interview und zur Verhaltensbeobachtung sind *Informationen aus der Schule* oder dem *Kindergarten*, von anderen *Ärzten* oder behandelnden *Therapeuten* von grossem Wert. Die Verhaltensbeobachtung kann sich auch in der Beantwortung von speziellen *Fragebögen* niederschlagen, die für die Erfassung der Verhaltensmerkmale der ADHS entwickelt worden sind. Diese Fragebögen sind durchaus hilfreich, können jedoch nicht als Ersatz für die direkte Verhaltensbeobachtung oder das Interview betrachtet werden. Angesichts der Popularität derartiger Fragebögen muss vor einer verkürzten Diagnostik gewarnt werden, die sich nur auf derartige Fragebögen

Wie müssen Patienten mit ADHS untersucht werden?

stützt. Hier besteht die Gefahr, dass viel mehr Kinder fälschlicherweise eine ADHS-Diagnose erhalten, als dass versehentlich eine wirkliche ADHS Diagnose mit derartigen Fragebögen nicht erfasst wird.

Bei der Untersuchung des Kindes mit ADHS werden ausserdem psychologische *Testuntersuchungen* durchgeführt, um begleitende Lernstörungen und Leistungsstörungen zu erfassen. Derartige Tests können einzelne Bereiche wie die Aufmerksamkeit, die Sprache, das Gedächtnis, die Motorik oder das Lernen gut erfassen und begleitende schulische Leistungsstörungen z.B. im Bereich von Lesen, Schreiben und Rechnen angemessen erfassen. Psychologische Testuntersuchungen sind jedoch ungeeignet, die Diagnose der ADHS zu stellen. Diese erfolgt immer auf der Basis der Verhaltensbeobachtung und der klinischen Untersuchung mit Interview und ergänzenden Verfahren.

Da bei ADHS auch häufig zusätzlich motorische Entwicklungsstörungen auftreten, kann eine zusätzliche spezielle *entwicklungsneurologische Untersuchung* sinnvoll sein, die von speziell ausgebildeten Ärzten eingesetzt werden kann. Jedes Kind mit ADHS sollte auch körperlich untersucht werden. Der Arzt wird auch einige Labortests ver-

anlassen, wenn spezielle Notwendigkeiten vorliegen. Auch für die Behandlung mit Medikamenten sind zur Kontrolle einige Labortests, speziell Blutuntersuchungen notwendig.

Am Schluss jeder klinischen Untersuchung muss eine sorgfältige Abwägung erfolgen, ob die Diagnose eines ADHS oder ggf. eine andere Störung vorliegt. Diese Abwägung erfolgt in Form der sogenannten *Differenzialdiagnose*, bei der zahlreiche psychische Störungen ausgeschlossen werden, die gewisse Ähnlichkeiten hinsichtlich der Symptomatik aufweisen können.

Da die Leitmerkmale der Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörung in zahlreichen anderen psychischen Störungen auch enthalten sind, sind Fachkenntnisse und ein grosser Erfahrungsschatz unabdingbar, um die richtige Diagnose zu sichern. Insbesondere für die in vielen anderen psychischen Störungen vorkommende Aufmerksamkeitschwäche kann zu einer vorschnellen Zuschreibung der in der Zwischenzeit sehr populär gewordenen ADS-Diagnose führen. Hier muss sogar die Besorgnis geäussert werden, dass die sogenannte ADS zu häufig fälschlicherweise diagnostiziert wird.

Was sind die Ursachen des ADHS?

DIE LETZTENDLICHEN URSACHEN DER ADHS SIND NOCH UNGENÜGEND AUFGEKLÄRT. ZWEIFELSFREI HANDELT ES SICH JEDOCH UM EIN GESCHEHEN, AN DEM ZAHLREICHE EINFLUSSFAKTOREN BETEILIGT SIND. DIE GRUNDLAGE BILDET WAHRSCHEINLICH EINE ERBLICHE BEREITSCHAFT, WOBEI KEIN KLASSISCHER VERERBUNGSWEG BEKANNT ODER ZU VERMUTEN IST. VIELMEHR LIEGEN OFFENSICHTLICH ABWEICHUNGEN VOR, DIE FÜR DIE AUSFORMUNG UND STEUERUNG DES HIRNSTOFFWECHSELS VON BEDEUTUNG SIND.

Zahlreiche Befunde der Forschung aus dem Bereich der sogenannten Neurowissenschaften haben ferner vielfältige Abweichungen von Kindern mit ADHS hinsichtlich der Hirnfunktionen sowie des Hirnstoffwechsels dokumentiert. Mit diesen veränderten Hirnfunktionen sind theoretisch die Störungen in der Selbststeuerung des Verhaltens verknüpfbar, die wiederum Anlass zu Schwierigkeiten auf der Beziehungsebene in der Familie, in der Schule oder mit Gleichaltrigen geben können.

Zugleich ist jedoch auch zu berücksichtigen, dass ein Kind mit ADHS nicht nur Opfer seiner biologischen Ausstattung und Anlass für zahlreiche Schwierigkeiten zu seiner sozialen Umwelt ist, sondern seine Störung durch ungünstige Lebensbedingungen in Familie und Schule auch unterhalten werden kann. Zu den bekannten Risikofaktoren für die Ausbildung einer ADHS gehören in Ergänzung zu den aufgeführten biologischen Risikofaktoren z.B. auch ungenügende erzieherische Fertigkeiten der Eltern oder vernachlässigende Lebensbedingungen. Diese würden aber nie allein das Bild

der ADHS erklären, sondern sind wiederum auf das Wechselspiel mit den biologischen Risikofaktoren angewiesen, welche sich im Verlaufe der Entwicklung des Kindes manifestieren können.

Die in der jüngsten Vergangenheit wiederholt aufgeworfene Frage, ob Bestandteile der Nahrung wie z.B. künstliche Farbstoffe oder Konservierungsmittel eine ADHS bedingen können, konnte in der Zwischenzeit wissenschaftlich nicht eindeutig belegt werden. Allerdings reagiert ein sehr kleiner Teil von Kindern mit ADHS auf bestimmte Nahrungsmittel wie z.B. bestimmte Fleischsorten oder auch bestimmte Gemüse allergisch. Eine derartige Bedingung der ADHS durch eine Nahrungsmittelallergie ist jedoch ausserordentlich selten.

Wie wird die ADHS behandelt?

ENTSPRECHEND DEN VIELFÄLTIGEN ASPEKTEN DES ADHS MUSS DER BEHANDLUNGSPLAN SORGFÄLTIG AUF DIE EINZELNEN STÖRUNGSBEREICHE ABGESTELLT SEIN. DIES BETRIFFT NICHT NUR DIE ADHS SELBST, SONDERN AUCH DIE BEGLEITENDEN STÖRUNGEN, WOBEI ZUSÄTZLICH DIE JEWEILIGE LEBENSUMWELT DES KINDES MIT ADHS EINBEZOGEN WERDEN MUSS. EINE ÜBERSICHT DER VERSCHIEDENEN EBENEN DER BEHANDLUNG IST IM KASTEN 5 VORGENOMMEN. EINIGE *GRUNDPRINZIPIEN* FÜR DEN BEREICH DER AUFKLÄRUNG UND BERATUNG SIND FÜR ELTERN UND LEHRERINNEN UND LEHRER JEWEILS IN DEN KÄSTEN 6 UND 7 DARGESTELLT.

Einen wichtigen Baustein der Behandlung des Kindes mit ADHS stellt die *Medikation* dar. Dabei steht die Behandlung mit einer Klasse von Medikamenten, den sogenannten *Stimulanzien* im Vordergrund. Sie sind bezogen auf die Kernmerkmale der ADHS hochwirksam. Kurzfristig verbessern sie die Aufmerksamkeit und reduzieren Hyperaktivität und Impulsivität. Langfristig tragen sie zu einer Verbesserung des bei ADHS oftmals stark beeinträchtigten Selbstwerts bei, ermöglichen Lernen in der Schule und machen das Kind für weitere therapeutische Massnahmen häufig erst ansprechbar. In der Schweiz sind aus der Gruppe der Stimulanzien Ritalin®, Dexamine® und Concerta® auf dem Markt verfügbar.

Wie bei allen Psychopharmaka müssen Stimulanzien von sehr erfahrenen Ärzten verordnet und sorgfältig überwacht werden. Sie haben keine besorgniserregende *Nebenwirkungen*. Bei Beginn

der Behandlung können eine leichte Appetitlosigkeit sowie Schlafstörungen auftreten. Gibt man die Stimulanzien jedoch mit Mahlzeiten und nicht später als am Nachmittag, so können beide Nebenwirkungen erfolgreich abgewandt werden. Andere seltene körperliche Nebenwirkungen, z.B. auf den Blutdruck, das Körpergewicht oder ähnliches sind klinisch unbedeutend und für die Eltern nicht besorgniserregend.

In der öffentlichen Diskussion wird immer wieder die Befürchtung eine Rolle, dass der Einsatz von Stimulanzien zu einer *Suchtmittelabhängigkeit* führe. Diese oft sehr polemisch geführte Diskussion entbehrt jedoch jeglicher wissenschaftlicher Grundlage. Es gibt keinerlei Hinweise aus der Forschung und der klinischen Erfahrung, dass der Einsatz von Stimulanzien direkt zu einer Suchtmittelabhängigkeit führen. Die tatsächlich bei Erwachsenen im Verlauf beobachteten seltenen Entwicklungen zu einer Suchtmittelab-

hängigkeit sind nicht auf den Einsatz von Stimulanzien, sondern auf die begleitende Störung des Sozialverhaltens, d.h. die Dissozialität einiger Kinder und Jugendlicher mit ADHS zurückzuführen.

Neben der Behandlung mit Stimulanzien ist als nichtmedikamentöse Behandlung die *Verhaltenstherapie* nachgewiesenermassen wirksam. Hier sind vor allem speziell *Elterntrainings* wirksam, in denen die Eltern lernen, charakteristische Problemsituationen zu identifizieren und mit geeigneten Verhaltensweisen so zu verändern, dass wiederum die charakteristischen Verhaltensweisen des Kindes mit ADHS positiv beeinflusst werden. Derartige Elterntrainings sind systematisch aufgebaut und werden in speziellen Kursen vermittelt. Auch für die Durchführung dieser verhaltenstherapeutischen Behandlungsprogrammen ist eine spezielle Ausbildung erforderlich. Zusätzlich können spezielle Behandlungen

für die gleichzeitig bestehenden Probleme erforderlich werden (z.B. Logopädie, Ergotherapie oder Psychotherapie für andere psychische Störungen).

Für die Behandlung des Kindes mit ADHS ist grundsätzlich der Einbezug der *Eltern und Familie*, vielfach aber auch der *Schule und Lehrer* unabdingbar. Insofern ist die Behandlung von ADHS sehr zeitaufwendig und nur von Fachleuten mit speziellen Kenntnissen realisierbar.

Wie entwickeln sich Kinder mit ADHS langfristig?

WIE BEREITS BEI DEN URSACHEN DES ADHS DARGESTELLT, MÜSSEN BESTIMMTE ABWEICHENDE BIOLOGISCHE RISIKOBEDINGUNGEN MIT EINEM UMFELD ZUSAMMENWIRKEN, DAMIT ADHS AUFTRETEN KANN. IM SÄUGLINGSSALTER KANN EIN SOGENANNTES UNGÜNSTIGES TEMPERAMENT, DAS SICH Z.B. IN REGULATIONSSTÖRUNGEN DER KÖRPERLICHEN FUNKTIONEN UND UNRUHIGEM VERHALTEN ÄUSSERN KANN, BEI ELTERLICHER ÜBERFORDERUNG EINE MÖGLICHE VORSTUFE EINER ADHS BILDEN.

Im *Vorschulalter* fallen diese Kinder durch eine geringe Intensität und Ausdauer beim Spiel sowie motorische Unruhe auf. Die Diagnose wird jedoch in diesem Entwicklungsabschnitt häufig noch nicht gestellt, weil die Abgrenzung gegenüber der noch normalen Lebhaftigkeit oft schwer fällt. In diesem Alter können jedoch bereits Entwicklungsrückstände, ein sehr ausgeprägtes oppositionelles Verhalten sowie Probleme der sozialen Einordnung die Situation komplizieren.

Im *Grundschulalter* ist dann in der Regel die Diagnose einfacher zu stellen, weil nunmehr Unruhe, Ablenkbarkeit im Unterricht und impulsives Störverhalten in Verbindung mit zusätzlichen Problemen die Kinder mit ADHS sozial sehr schwer integrierbar machen und zu Fachuntersuchungen Anlass geben.

Im *Jugendalter* kann häufig ein Rückgang der motorischen Unruhe beobachtet werden, während die Aufmerksamkeitsstörungen eher anhalten. Nunmehr können jedoch als Begleitprobleme aggressives und dissoziales Verhalten, gelegentlich auch Alkohol- und andere Suchtmittelmissbrauch sowie Verstimmungen auftreten.

Bei *Erwachsenen* können durchaus noch Restsymptome der ADHS beobachtet werden und sich wiederum mit weiteren psychischen Störungen kombinieren. Die Schul- und Berufslaufbahn der betroffenen Jugendlichen und Erwachsenen ist häufig beeinträchtigt. Auch in der Entwicklung stabiler sozialer Beziehungen einschliesslich Partnerschaft haben sie grössere Probleme.

Ausschliesslich in Nordamerika durchgeführte längerfristige *Verlaufsuntersuchungen* haben die langfristige Gefährdung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS dokumentiert. Neben anhaltenden Störungen der ADHS können Probleme in der sozialen Entwicklung gehäuft beobachtet werden. Diese Erkenntnisse haben dazu geführt, dass ADHS zunehmend als eine Diagnose betrachtet wird, die lebenslang Gültigkeit haben kann und eine kompetente Behandlung auch im Erwachsenenalter erforderlich macht.

Die häufig problematische Entwicklung bei ADHS verweist auf die Notwendigkeit einer frühen Behandlung mit geeigneten Therapien durch erfahrene Fachleute im Rahmen einer engen Zusammenarbeit mit Eltern, Lehrern und anderen Bezugspersonen des Kindes und Jugendlichen.

Weiterführende Bücher

Leicht verständliche Ratgeber :

Barkley, R.A. (2002)
Das grosse ADHS Handbuch für Eltern.
Huber, Bern

Manfred Döpfner, Jan Frölich, Gerd Lehmkuhl (2000)
Ratgeber Hyperkinetische Störungen.
Hogrefe Verlag, Göttingen.

Hans-Christoph Steinhausen (2004)
Seelische Störungen im Kindes- und Jugendalter.
2. Auflage. Klett Verlag, Stuttgart.

Wissenschaftliche Fachbücher :

Manfred Döpfner, Jan Frölich, Gerd Lehmkuhl:
Hyperkinetische Störungen. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie.
Hogrefe Verlag, Göttingen.

Hans-Christoph Steinhausen (Herausgeber):
Hyperkinetische Störungen bei Kindern, - Jugendlichen und Erwachsenen.
2. Auflage Kohlhammer Verlag, Stuttgart.

Internet-Adressen : Deutsch: www.psychologie-online.ch/add
English: www.cbadd.org
www.nimb.nib.gov/publicat/adhd.cfm

KASTEN 1:**Kernsymptome Hyperaktivität**

1. Zappelt mit Händen oder Füßen oder windet sich auf seinem Sitz.
2. Verläßt seinen Platz während des Unterrichts oder in anderen Situationen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird.
3. Läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist. (Bei Jugendlichen oder Erwachsenen ist nur ein Gefühl innerer Unruhe vorhanden.)
4. Ist häufig beim Spiel übermäßig laut oder hat Schwierigkeiten, sich leise zu beschäftigen.
5. Zeigt ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivität, das durch die soziale Umgebung oder durch Aufforderungen nicht durchgreifend beeinflussbar ist.

KASTEN 2:**Kernsymptome Aufmerksamkeitsstörung**

1. Ist häufig un aufmerksam gegenüber Details oder macht Sorgfaltsfehler bei Schularbeiten oder anderen Arbeiten/Tätigkeiten.
2. Kann die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spiel häufig nicht aufrecht erhalten.
3. Schein häufig nicht zu hören, was gesagt wird.
4. Führt häufig Aufträge nicht durch oder erfüllt häufig Schularbeiten, oder andere Pflichten oder Aufgaben nicht (nicht wegen oppositionellem Verhalten oder weil Erklärungen nicht verstanden werden)
5. Kann Aufgaben und Aktivitäten nicht organisieren oder strukturieren.
6. Vermeidet häufig oder hat einen starken Widerwillen gegen Aufgaben, die geistiges Durchhaltevermögen erfordern (z.B. Hausaufgaben).
7. Wird häufig durch äußere Reize leicht abgelenkt.
8. Verliert häufig Gegenstände, die für bestimmte Aufgaben oder Aktivitäten notwendig sind, z.B. Schulaufgaben, Bleistifte, Spielsachen oder Werkzeuge.
9. Vergißt häufig Dinge im täglichen Ablauf.

KASTEN 3:**Kernsymptome mangelnde Impulskontrolle**

1. Platzt häufig mit Antworten heraus, bevor Fragen zu Ende gestellt sind.
2. Kann häufig nicht in einer Reihe warten oder beim Spielen oder Gruppensituationen warten, bis er/sie an der Reihe ist.
3. Unterbricht oder stört andere häufig (z.B. platzt in die Unterhaltung oder Spiele anderer).
4. Redet häufig übermäßig viel, ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren.

KASTEN 4:

Klinische Untersuchung

- Interviews und Beobachtung
- Fragebögen und Beurteilungsskalen
- Neuropsychologische Testung
- Körperliche und neuromotorische Untersuchung
- Labortests
- Differentialdiagnose

KASTEN 5:

Therapie

- Aufklärung und Beratung
- Medikation, speziell Stimulanzen
- Verhaltenstherapie in der sozialen Umwelt (Familie, Kindergarten, Schule)
- Behandlung komorbider Störungen

KASTEN 6:


Grundprinzipien für Eltern

- Tun Sie etwas für sich selbst!
- Versuchen Sie nicht, perfekt zu sein!
- Stärken Sie die positive Beziehung zu Ihrem Kind!
- Stellen Sie klare Regeln auf!
- Loben Sie Ihr Kind!
- Seien Sie konsequent!
- Versuchen Sie, die Probleme vorherzusehen!
- Behalten Sie die Übersicht!

KASTEN 7:

Grundprinzipien für Lehrerinnen und Lehrer

- Behalten Sie die Übersicht!
- Überprüfen Sie die Zusammensetzung der Klasse.
- Überprüfen sie die Organisation des Klassenzimmers.
- Gestalten Sie den Unterricht möglichst strukturiert und abwechslungsreich.
- Stärken Sie Ihre positive Beziehung zum Kind.
- Sprechen Sie die Probleme an.
- Stellen Sie klare Regeln auf.
- Loben Sie das Kind häufig und unmittelbar.
- Seien Sie konsequent.
- Leiten Sie das Kind zur Selbstkontrolle an.
- Halten Sie einen engen Kontakt zu den Eltern.



Eine vom Bundesamt
für Gesundheit
finanzierte Broschüre

Zentrum für Kinder-
und Jugendpsychiatrie,
Universität Zürich, 2005

DIE AUFMERKSAMKEITSDEFIZIT- HYPERAKTIVITÄT-STÖRUNG (ADHS) - Empfehlungen

Professor Hans-Christoph Steinhausen