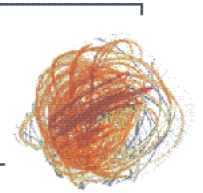


# Leitfaden ads | adhs

INFORMATIONSBROSCHÜRE DES HAMBURGER ARBEITSKREISES



**hamburger  
arbeitskreis**  
**ads | adhs**



**Leitfaden ads | adhs**

Informationsbroschüre des Hamburger Arbeitskreises

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b> .....	4
<b>Der Hamburger Arbeitskreis ADS ADHS</b> .....	6
<b>Einleitung</b> .....	8
Max, ein ganz normales ADHS-Kind .....	8
<b>Definition von ADS ADHS</b> .....	10
Was ist eine Aufmerksamkeitsdefizitstörung? .....	10
ADS und ADHS – zwei Formen einer Störung .....	11
1. Aufmerksamkeitsdefizit ohne Hyperaktivität (ADS) .....	11
2. Aufmerksamkeitsdefizit mit Hyperaktivität (ADHS) .....	12
<b>Mögliche Folgen der Leitsymptome</b> .....	13
<b>Was passiert im Gehirn eines ADS ADHS-Kindes?</b> .....	14
<b>Wie äußert sich ADS ADHS?</b> .....	15
<b>Welche Begleiterkrankungen können auftreten?</b> .....	16
<b>Wie viele ADS ADHS-Betroffene gibt es?</b> .....	19
<b>Was weiß man über die Ursachen von ADS ADHS?</b> .....	20
<b>Was weiß man heute über die Entstehung der ADS ADHS-typischen Symptome?</b> .....	21
1. Biologische Faktoren .....	21
2. Psychosoziale Faktoren .....	22

<b>Diagnostik</b> .....	23
Wer hilft bei der Diagnose von ADS ADHS? .....	23
Was können Eltern, Lehrer und Erzieher zur Diagnosestellung beitragen? .....	24
Wo liegt die Schaltzentrale der Diagnose und Therapie? .....	24
Welcher Facharzt sollte hinzugezogen werden? .....	24
Basisdiagnostik .....	25
Psychodiagnostik .....	25
Untersuchungen, die in jedem Fall durchgeführt werden müssen .....	25
Untersuchungen, die nur in bestimmten Fällen durchgeführt werden müssen .....	26
Untersuchungen vor Beginn einer medikamentösen Therapie .....	26
Wie lange dauert die Diagnostik? .....	26
<b>Leitfaden des Hamburger Arbeitskreises zur Diagnostik der ADS ADHS</b> .....	27
<b>Das multimodale Therapiekonzept</b> .....	30
1. Obligate Therapiemaßnahmen .....	31
Information, Aufklärung und Anleitung von Eltern, Kind und Umfeld .....	31
2. Fakultative Therapiemaßnahmen .....	31
2 a) Pharmakotherapie .....	32
2 b) Psychotherapien .....	34
2 c) „Übende Verfahren“ .....	35
2 d) Sozialpsychiatrische Therapie Sonderpädagogische Maßnahmen .....	35
Was ist von alternativen Therapieansätzen zu halten? .....	36
<b>Leitfaden des Hamburger Arbeitskreises zur ärztlich-psychotherapeutischen Therapie von ADS ADHS</b> .....	37
<b>Kostenübernahme</b> .....	40
<b>Fallbeispiele zu Diagnose und Therapie</b> .....	41
1. Beispiel Lars .....	41
2. Beispiel Felix .....	46
Kontaktadressen .....	49
ADS ADHS im Internet .....	52
Glossar .....	53
Impressum .....	59

# Vorwort



GEMEINSAM HANDELN

## Liebe Eltern, Lehrer und Ärzte,

kaum ein anderes psychisches Krankheitsbild und seine Behandlung haben in der jüngsten Zeit so viele Diskussionen hervorgerufen wie die **Aufmerksamkeitsdefizitstörung mit und ohne Hyperaktivität (ADS|ADHS)**.

An ADS|ADHS scheiden sich in der Öffentlichkeit die Geister: Die einen sehen darin nichts weiter als eine „Modediagnose“ und führen das Verhalten der Kinder pauschal auf Erziehungsfehler der Eltern zurück, andere hingegen sprechen von einem behandlungsbedürftigen Krankheitsbild.

Die Leidtragenden dieser oft mit wenig Sachkenntnis, aber dafür sehr emotional geführten Auseinandersetzungen sind die betroffenen Kinder und ihre Familien. Viele Eltern sind verunsichert: Sie wissen nicht mehr, welchen Informationen sie noch Glauben schenken sollen, wem sie vertrauen und an wen sie sich wenden können. Denn trotz der zunehmenden Aufklärungsarbeit zum Thema ADS|ADHS, z.B. durch Tagungen und Symposien der Elternselbsthilfegruppen und der verschiedenen ärztlichen Berufsverbände, gibt es auch unter vielen Ärzten noch immer großen Fortbildungsbedarf.

Die Diagnose und Behandlung von ADS|ADHS sind zudem sehr zeitaufwändig und erfordern eine enge Zusammenarbeit zwischen Eltern, Schule und den einzelnen Facharztgruppen – eine Kooperation, die bislang nur sehr selten gelingt. Die Folgen sind oft jahrelange Arztodysseen und Schulwechsel, aber auch Fehldiagnosen und Therapie-Irrwege.

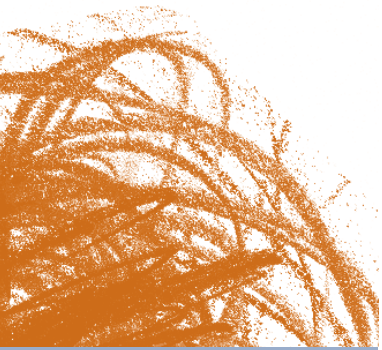
Aus dieser Situation heraus hat sich im Frühjahr 2001 der **Hamburger Arbeitskreis ADS|ADHS (HAK)** gegründet. Er ist ein bislang einmaliger **fachübergreifender Zusammenschluss** von Vertretern des regionalen Berufsverbandes der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, des regionalen Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte, von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie zweier Elternselbsthilfegruppen. **Ziel des Arbeitskreises ist es, die Diskussion um das Thema ADS|ADHS wieder zu versachlichen und die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Facharztgruppen zu verstärken.** Zudem soll der Kenntnisstand über ADS|ADHS sowohl bei den Ärzten als auch bei den Eltern, Lehrern und Erziehern verbessert werden, damit betroffene Kinder frühzeitig erkannt und behandelt werden können.

In dem vorliegenden **Leitfaden ADS|ADHS** hat der Hamburger Arbeitskreis seine gemeinsam erarbeiteten Empfehlungen zu Diagnose und Therapie für eine breite Öffentlichkeit zusammengefasst. Der Leitfaden richtet sich vor allem an die betroffenen Eltern, aber auch an interessierte Ärzte und Lehrer. Er soll Orientierungshilfe und Wegweiser durch den Diagnose- und Therapiedschungel sein. Wir freuen uns, damit Eltern, Lehrern und Ärzten zum ersten Mal einen **interdisziplinär** erarbeiteten Leitfaden zum Thema ADS|ADHS an die Hand geben zu können und hoffen damit eine größere Sicherheit im Umgang mit dem Krankheitsbild zu vermitteln.

In dem Leitfaden finden sich neben allgemeinen Informationen zum Krankheitsbild **ausführliche Empfehlungen des Hamburger Arbeitskreises zur Diagnose und Therapie von ADS|ADHS**. Der Arbeitskreis setzt sich darin klar für eine **qualifizierte Diagnostik** sowie das **multimodale Therapiekonzept** ein. Kennzeichen des multimodalen Therapiekonzeptes ist die jeweils individuelle Kombination aus verschiedenen Therapieformen, d. h. psychotherapeutische Maßnahmen, Elternberatung und gegebenenfalls medikamentöse Behandlung. Dabei erfordert das multimodale Therapiekonzept die enge Kooperation zwischen allen beteiligten Parteien (Kind, Eltern, Lehrern, Therapeuten und Fachärzten).

Der Hamburger Arbeitskreis unterstreicht durch den interdisziplinären Leitfaden die Bedeutung der Zusammenarbeit aller Fachgruppen, die sich mit dem Krankheitsbild befassen. Es ist zu wünschen, dass diese Zusammenarbeit in der Diagnostik und Therapie auch in der Praxis ausgebaut wird – zum Wohle der uns anvertrauten Kinder und Jugendlichen.

Der Hamburger Arbeitskreis ADS|ADHS



### Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

#### **Prof. Dr. med. Michael Schulte-Markwort**

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und -psychotherapie  
Stellvertretender Direktor der Abteilung für Kinder-  
und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums  
Hamburg-Eppendorf (UKE)

#### **Dr. Tobias Wiencke**

Niedergelassener Facharzt für Kinder- und Jugend-  
psychiatrie und -psychotherapie  
Vorsitzender des Berufsverbandes der Ärzte für Kinder-  
und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (BKJPP),  
Landesverband Hamburg

### Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

#### **Anne Schroeder**

Dipl.-Psychologin und Kinder- und Jugendlichen-  
psychotherapeutin am Werner Otto Institut /  
Sozialpädiatrisches Zentrum der ev. Stiftung Alsterdorf

### Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin

#### **Dr. med. Christian Fricke**

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
Ärztlicher Leiter des Werner Otto Instituts  
Sozialpädiatrisches Zentrum der ev.  
Stiftung Alsterdorf

#### **Dr. med. Kirsten Stollhoff**

Niedergelassene Fachärztin für  
Kinder- und Jugendmedizin mit  
Schwerpunkt Neuropädiatrie

#### **Dr. med. Michael Zinke**

Niedergelassener Facharzt für  
Kinder- und Jugendmedizin  
Vorsitzender und Pressesprecher  
des Berufsverbandes der Kinder-  
und Jugendärzte, Landesverband  
Hamburg

### Vertreter Elternverbände

#### **Werner Henschel**

#### **Andreas Weigel**

Leiter der Elternselbsthilfegruppe  
Michel, Mitglied im Bundesverband  
Aufmerksamkeitsstörung/Hyperaktivität  
e.V. (BV AH), Regionalverband Hamburg

#### **Rita Schmidt**

Vorsitzende der Hamburger Eltern-  
initiative zur Förderung der Kinder und  
Jugendlichen mit Teilleistungsstörungen  
(MCD/HKS/ADS/POS) e.V.,  
Mitglied in der IG ADHD  
(bundesweiter Zusammenschluss der  
Elternselbsthilfegruppen)



## Einleitung

AUS DER SICHT DER ELTERN

### Max, ein ganz normales ADHS-Kind

Unser Max ist heute 13 Jahre alt. Seit seinem 2. Lebensjahr ist er verhaltensauffällig. Er war ständig in Bewegung, turnte über die Möbel und sprang von Schränken. Er hatte keine Angst davor, sich wehzutun, und seine Schmerzgrenze lag sehr hoch. Daher war er sehr unfallgefährdet und wir waren zeitweilig häufig in den Unfallaufnahmen der Krankenhäuser.

Ein ganz normaler Alltag mit unserem Max beginnt morgens um 6 Uhr mit dem Wecken. Da er abends vor 22 Uhr nie zur Ruhe kommt, kann er morgens nicht gut wach werden. Oft wird schon das Wecken zum Kampf und dauert seine Zeit. Anschließend geht es ins Bad: Jeder Handgriff der Morgentoilette muss einzeln angesagt und eingefordert werden. Das Fratzenziehen vor dem Spiegel beim Zähneputzen ist interessanter als das Zähneputzen selbst! Nun kommt das Anziehen. Steht nicht einer von uns dabei, so kann es vorkommen, dass Max im Winter mit kurzen Hosen und T-Shirt am Frühstückstisch erscheint. Es ist jetzt schon wieder so viel Zeit vergangen, dass das Frühstück im Eiltempo und nur mit ständigem Antreiben unsererseits erfolgen kann.

Bereits im Kindergarten, besonders aber in der Schule fällt Max dadurch auf, dass er sich unkonzentriert und fahrig, übermütig und körperlich sehr energisch verhält sowie ein sensibles Gerechtigkeitsempfinden zeigt. Die LehrerInnen klagen darüber, dass unser Sohn sehr leicht ablenkbar ist, den Unterricht stört, sich verweigert und Arbeitsunterlagen zerstört. Bei Themen jedoch, die ihn sehr interessieren, arbeitet er konzentriert und begeistert mit. Auch für die LehrerInnen ist es ein immer währendes Ermahnen und Sichbemühen, um Max durch den Schultag zu helfen.

Die Intensität dieser Verhaltensweisen nimmt mit zunehmendem Alter nicht ab, sondern zu und mündet in einen regen Wechsel von Institutionen, weil er überall aneckt und weil ihm und uns als Eltern schließlich seine Untragbarkeit signalisiert wird. Am Ende des 2. Schuljahres muss er zur Sonderschule für verhaltensgestörte Kinder wechseln.

Nach langem Suchen finden wir einen fachkundigen Arzt, der bei Max die Diagnose ADHS gestellt hat. 7 Monate lang kämpfen wir, dass Max von der Sonderschule zurück auf eine Grundschule wechseln kann.

Mit den üblichen Erziehungsmethoden erleidet man bei Max Schiffbruch. Er ist nämlich keineswegs im üblichen Sinne „ungehorsam“. Aufgrund seiner ADHS kann er sein Verhalten nur schwer, manchmal auch gar nicht steuern. Er kann nicht über längere Zeit aufmerksam sein und er leidet selbst unter seiner ausgeprägten motorischen Unruhe, die ihm in der Schule immer wieder ärgerliche Zurechtweisungen einbringt. Doch obwohl er oft den Unterricht stört, ist er in der Klasse sehr beliebt. Er ist hilfsbereit, großzügig und reagiert sensibel und mitfühlend, wenn ein anderes Kind Pech gehabt hat oder wegen einer schlechten Note traurig ist.

Seine Noten liegen trotz ADHS im mittleren Bereich. Die Lehrer behaupten, Max könne mehr erreichen, wenn er nur wolle. Wir Eltern aber wissen, dass Max tut, was er kann. Max kann seine Aufmerksamkeit nicht willentlich steuern.

Das Drama setzt sich zu Hause fort: Wo sind die Arbeitsunterlagen und was habt ihr auf? Es werden also Mitschüler telefonisch befragt und so können wir uns ein Bild machen. Das Erledigen der Hausaufgaben ist für Max sehr anstrengend. Meist benötigen wir zwei Stunden – harte Arbeit für Mutter und Kind mit Tränen, Gähnen, Geschrei und Umherwerfen von Bleistift und Radiergummi, Beschwichtigungen und unendlicher Geduld der Mutter.

Nach der Diagnosestellung wird Max fachkundig behandelt. Ihm wird dadurch der erneute Verweis auf die Sonderschule erspart. Auch wir werden fachkundig unterstützt, unser Leben mit ihm konflikt- und stressfreier zu gestalten. Diese Behandlung bewirkt jedoch nicht, dass aus Max von heute auf morgen ein völlig neues Kind wird, aber er kann seine Möglichkeiten jetzt viel besser nutzen und hat in der Schule Erfolgserlebnisse. Es ist ein anstrengendes Leben mit unserem Max, aber wir lieben ihn – eigenwillig, schusselig, kreativ, explosiv, unordentlich, vergesslich und pffiffig, wie er ist!

Max ist nicht ungehorsam oder unwillig, nicht schlecht erzogen und schon gar kein „hoffnungsloser Fall“. Max leidet an der Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung, kurz ADHS genannt.



## Definition von ADS|ADHS

### Was ist eine Aufmerksamkeitsdefizitstörung?

Von einer **Aufmerksamkeits-Defizit-Störung (ADS)** spricht man, wenn ein Kind länger als sechs Monate sowohl im Kindergarten, in der Schule (Gruppensituationen) als auch zu Hause durch ausgeprägt unaufmerksames und impulsives Verhalten aufgefallen ist. Kommen motorische Unruhe und übermäßiger Bewegungsdrang (Hyperaktivität) hinzu, dann spricht man von einer **ADHS (Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung)**. Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität sind die Leitsymptome der Erkrankung.

Typisch ist, dass die Verhaltensweisen weder dem Alter noch dem Entwicklungsstand des Kindes entsprechen und sich nicht von allein wieder bessern. Das auffallende Verhalten tritt also nicht phasenweise auf, sondern ist zeitlich stabil. Erhebliche Teilleistungsstörungen wie eine Lese-Rechtschreibschwäche oder eine Rechenschwäche können außerdem zu Problemen im sozialen Umfeld und zu Leistungsabfall in der Schule führen.

### ADS|ADHS: Zwei Formen einer Störung

#### 1. Aufmerksamkeitsdefizit ohne Hyperaktivität (ADS)

Die ADS zeichnet sich durch Unaufmerksamkeit, Impulsivität sowie eher durch eine Aktivitätsverminderung (Hypoaktivität) aus. Man geht davon aus, dass Mädchen von dieser Form häufiger betroffen sind als Jungen.

Kinder mit ADS haben eine mangelnde, nicht altersgemäße Konzentrationsspanne. Sie bringen kein Spiel zu Ende, sind fahrig und zerstreut, lassen oft Sachen liegen, kleinste Anweisungen werden vergessen. Sie haben ein langsames Arbeitstempo und wirken verträumt. Kinder mit ADS werden oft nicht als solche erkannt.

Obwohl das überschießende Verhalten vollkommen fehlt, werden auch Kinder mit ADS oft isoliert, denn auch sie neigen zu Wutanfällen und heftigen Stimmungsschwankungen, sind in der Schule aufgrund der Konzentrationsstörung leistungsschwach und gelten deshalb als dumm und/oder faul.

## ADS

## 2. Aufmerksamkeitsdefizit mit Hyperaktivität (ADHS)

Viele Eltern beschreiben eine ausgeprägte und sehr lang anhaltende Trotzphase mit häufigen und imposanten Wutanfällen. Das Spielverhalten ist plan- und rastlos, die Ausdauer im Einzel- und Gruppenspiel gering und der Umgang mit Spielzeug sinnwidrig und destruktiv.

Kinder mit ADHS sind im Vergleich zu anderen Kindern häufiger von motorischen Teilleistungsstörungen betroffen.

Das Sozialverhalten der Kinder mit ADHS kann sich im Laufe der Zeit ebenfalls gestört entwickeln. Bei einem Teil der Kinder ist das Verhalten nicht vorhersehbar und kann sich in aggressivem Verhalten äußern. Dies kann schließlich dazu führen, dass das Kind zunehmend isoliert wird, keine beständigen Freundschaften hat und nicht zu Kindergeburtstagen eingeladen wird.

In der Schule kommt es infolge der gesteigerten Anforderungen bald zu erheblichen Schwierigkeiten. Das Kind stört anhaltend den Unterricht, zeigt wenig Ausdauer und ist sehr schnell abgelenkt. Es gibt Eltern, die sich nahezu täglich mit den Lehrern auseinandersetzen müssen, weil ihr Kind dazwischenredet, Geräusche produziert, zappelt, den Banknachbarn nicht in Ruhe lässt, Klassenkameraden verletzt ... Die Beschwerden nehmen kein Ende.

Auf Ermahnungen reagiert das Kind häufig mit Wutanfällen. Oder es spielt den Klassenclown, um Aufmerksamkeit und Zuwendung zu erhalten. Auch das zieht eine Kette von Ermahnungen und Bestrafungen nach sich. Die Grundstimmung des Kindes ist unglücklich, sein Selbstbewusstsein schwindet.

Bei schwer betroffenen ADS|ADHS-Kindern kommt es oft schon früh zu ausgeprägtem Trotzverhalten, das gemeinsam mit den vielen Misserfolgen und der Isolation unter Gleichaltrigen im Kindergarten oder in der Schule Probleme bereitet.

Kinder und Jugendliche mit ADS|ADHS haben ein mehrfach gesteigertes Risiko für Unfälle. Immer wieder berichten Eltern von Kindern mit ADS|ADHS über Beinaheunfälle.

Unbehandelte ADS|ADHS-Kinder beginnen oft schon in sehr jungem Alter, Zigaretten zu rauchen oder Alkohol zu trinken. Die Gefahr, süchtig zu werden, ist bei ihnen höher als bei Kindern und Jugendlichen ohne ADS|ADHS.



## Was passiert im Gehirn eines ADS|ADHS-Kindes?



Sowohl bei einer ADS mit Hyperaktivität als auch bei einer ADS ohne Hyperaktivität stehen die Störung der Aufmerksamkeitsausrichtung und mangelnde Impulshemmung („erst handeln, dann denken“) sowie eine „Reizüberflutung“ im Vordergrund.

Man kann sich das Gehirn eines Kindes mit ADS|ADHS als „Dschungelhirn“ vorstellen, während Kinder ohne diese Störung eine Art „Informationsautobahn“ im Kopf haben. Bei Kindern mit ADS|ADHS müssen sich Informationen durch viele geschlängelte Pfade kämpfen und gehen dabei teilweise verloren, bevor der Rest über viele Umwege schließlich im Verarbeitungszentrum ankommt. Deswegen vergessen Kinder mit ADS|ADHS aufgenommene Informationen schnell und lernen schlecht aus Erfahrungen.

## Wie äußert sich ADS|ADHS?

Durch die „**Reizüberflutung**“ sind die Kinder – im wahrsten Sinne des Wortes – ständig „überreizt“ und immer an der Grenze ihrer Kraft. Aus diesem Dauerstress resultiert eine sehr **geringe Frustrationstoleranz** mit **starken Stimmungsschwankungen** und heftigen Gefühlsabstürzen.

Viele Kinder mit ADS|ADHS scheinen nicht zu hören, wenn sie angesprochen werden, und Dinge nicht zu finden, auch wenn sie direkt vor ihnen liegen. Kinder mit ADS|ADHS haben in der Regel Schwierigkeiten in der kontrollierten Abfolge von – im Grunde ganz alltäglichen – Handlungsabläufen, d.h. es fällt ihnen schwer, Handlungen in der durch Eltern oder Lehrer vorgegebenen Reihenfolge auszuführen.

Das Schreiben fällt den Kindern oft sehr schwer. Die Schrift ist schlecht bis unleserlich, das Heft unsauber geführt. Eine Lese-Rechtschreibschwäche oder Rechenschwäche kommt häufig hinzu und kompliziert die Situation weiter. Die Hausaufgaben werden zu einem täglichen Kampf zwischen Eltern und Kind.

Die Störung der Aufmerksamkeit und der Informationsverarbeitung führt zu einer Beeinträchtigung von Gedächtnis und Lernen, zu **mangelhafter Strukturierung** der Aufgaben und schließlich zu Schulversagen. Lern- und Leistungsprobleme sind immer wieder Anlass für Schulwechsel und Klassenwiederholungen.

Unbehandelte Jugendliche mit ADS|ADHS tendieren aufgrund einer möglichen (durch eine ADS|ADHS begünstigten) Störung des Sozialverhaltens zu sozialen Randgruppen. Eltern machen sich in dieser Zeit oft große Sorgen, ihr Kind könne in eine kriminelle Laufbahn oder Suchtkarriere abgleiten. Diese Gefahr ist tatsächlich gegeben, wenn die rechtzeitige Behandlung und stützende Faktoren fehlen.

# Begleiterkrankungen



## Welche Begleiterkrankungen (Komorbiditäten) können auftreten?

Wie erwähnt, entwickeln Kinder mit ADS|ADHS infolge der häufigen Misserfolge im sozialen und schulischen Bereich und durch die Konflikte mit Gleichaltrigen wie auch zu Hause oft weitere, so genannte sekundäre Störungen. **So besitzen sie eine erhöhte Anfälligkeit für bestimmte zusätzliche psychische Erkrankungen, die grundsätzlich jedoch auch als eigenständiges Krankheitsbild auftreten können. Auch die Entwicklung von Teilfunktionsstörungen wie einer Lese-Rechtschreibschwäche oder Rechenschwäche tritt häufig auf.**

## Psychische Erkrankungen

- **Aggressive Störungen** treten bei Kindern mit ADS|ADHS häufig auf, weil diese ihr Verhalten nur schwer oder gar nicht steuern können. Ihre Gefühle fahren regelrecht Achterbahn. Die Kinder sind jedoch nicht mit Absicht aggressiv. Es ist ihnen in dem Moment der Wut nicht möglich, auf die „innere Bremse“ zu treten.
- Bei entsprechender Ausprägung dieser Symptomatik spricht man von einer **Störung des Sozialverhaltens**, die gehäuft kombiniert mit ADS|ADHS vorkommt.

- **Depressionen** gehören zu den häufigsten sekundären Störungen bei ADS|ADHS. Sie beruhen auf dem sich ständig verschlechternden Selbstwertgefühl, das mit dem wiederholten Scheitern trotz aller Mühe einhergeht.
- Von einer **Angststörung** spricht man, wenn das Ausmaß und die Dauer der Ängste nicht mehr im Verhältnis zur angeschuldigten Ursache stehen.
- Häufig sind auch **Tic-Störungen**. Etwa 50 % der Kinder mit einfachen Tic-Störungen leiden gleichzeitig an einer ADS|ADHS. Unter einem Tic versteht man das unwillkürliche Zucken von Muskeln, meistens im Gesicht. Der häufigste Tic ist der Blinzel-Tic (Tics sind nicht zu verwechseln mit Ticks, worunter man gemeinhin besondere Verhaltensweisen oder Vorlieben versteht).

**Grundsätzlich müssen psychische Störungen, die zusätzlich zur ADS|ADHS vorliegen, gesondert kinder- und jugendpsychiatrisch und -psychotherapeutisch diagnostiziert und behandelt werden.**

### Teilfunktionsstörungen

- Eine **Lese-Rechtschreibschwäche** und eine **Rechenschwäche** kommen bei ADS|ADHS überdurchschnittlich häufig hinzu, ebenso **zentralmotorische Koordinationsstörungen**. Darunter versteht man die gestörte Umsetzung von Befehlen aus dem Gehirn durch die Muskeln. Die Kinder haben z. B. eine schlechte Körperkoordination, können nicht gut Bälle fangen u. a. m. (Syndrom des ungeschickten Kindes).

Wieviele

ADS|ADHS-Betroffene gibt es?

In der Literatur schwanken die Angaben zur Häufigkeit (Prävalenz) von ADS|ADHS bei Kindern von 5 bis 18 Jahren zwischen 2 % bis 18 %. Eine Ursache für diese Schwankungen sind die unterschiedlichen Diagnosekriterien der internationalen Leitlinien ICD-10 und DSM-IV (siehe Glossar). Ein weiterer Grund ist die unterschiedliche Betrachtungsweise. Manche Autoren beschränken sich bei ihren Angaben auf Kinder, deren ADS|ADHS einer medikamentösen Behandlung bedarf, während andere auch die Kinder aufnehmen, bei denen eine Strukturierung des Umfeldes, ein Elterntraining und ein Verhaltenstraining zur Besserung der Störung ausreichen. Wieder andere Untersuchungen beschränken sich auf das Elternurteil.

Aufgrund repräsentativer nationaler Studien geht der Hamburger Arbeitskreis ADS|ADHS von einer Häufigkeit von 2,5 % bis 6 % in Deutschland für die Altersgruppe von 5 bis 18 Jahren aus.

## Entstehung & Ursachen

### Was weiß man über die Ursachen von ADS|ADHS?

Die entscheidenden Erkenntnisse zu den Ursachen einer ADS|ADHS wurden erst im Verlauf der letzten 15 Jahre gewonnen. Der Verdacht auf eine genetische Disposition (Vererbung der Krankheit) konnte inzwischen durch groß angelegte Zwillings- und Adoptionsstudien weitgehend gesichert werden.

Man geht heute davon aus, dass ADS|ADHS-Kinder mit einer unterschiedlichen Anfälligkeit (Vulnerabilität) zur Welt kommen. Diese Anfälligkeit trägt entscheidend dazu bei, ob sich beim Kind eine ADS|ADHS ausbildet. Doch nicht nur die Vererbung allein spielt eine Rolle – auch Umgebungsfaktoren sind mit von Bedeutung. Denn je nachdem, ob das Kind in einer strukturierten und liebevollen Umgebung aufwächst oder nicht, können die Symptome mehr oder weniger stark ausfallen. Ist allerdings diese Anfälligkeit (Vulnerabilität) sehr stark ausgeprägt, so entwickelt sich in jedem Fall eine ADS|ADHS.

### Was weiß man heute über die Entstehung der ADS|ADHS-typischen Symptome?

Bis heute diskutiert man zwei Komponenten in der Entstehung der ADS|ADHS: biologische und psychosoziale Faktoren. Nach wie vor gibt es eine Unsicherheit über Ausmaß und Bedeutung der psychosozialen Faktoren in der Entstehung eines ADS|ADHS.

#### 1. Biologische Faktoren

Der Aufmerksamkeitsstörung und Impulsivität liegt bisherigen Studien zufolge sehr wahrscheinlich eine „Kommunikationsstörung“ zwischen Stirnhirn und Basalganglien zugrunde. Die Basalganglien sind jene Bereiche des Zwischenhirns, in denen die unbewussten Bewegungen gesteuert werden.

Die Nervenbahnen zwischen diesen beiden Hirnbereichen nutzen den Botenstoff Dopamin zur Weiterleitung von Informationen oder „Befehlen“. Botenstoffe, auch Neurotransmitter genannt, sind erforderlich, weil die einzelnen Nervenzellen nicht direkt miteinander verbunden sind. Zwischen ihnen liegt ein kleiner Spalt, der so genannte synaptische Spalt, der von den Botenstoffen überbrückt wird. Wie kleine Schiffe transportieren die Botenstoffe Informationen von einer Zelle zur nächsten.

Bei Menschen mit ADS|ADHS ist die Aktivität der Nervenzellen im Bereich Basalganglien-Stirnhirn deutlich herabgesetzt. Insbesondere im Stirnhirn, das für die Handlungsplanung zuständig ist, findet sich deutlich weniger Aktivität als bei Menschen ohne ADS|ADHS.

Die Unteraktivität beruht wahrscheinlich auf einem Ungleichgewicht bestimmter Botenstoffe. Zu den wichtigsten Botenstoffen gehören im Zusammenhang mit dem ADS|ADHS das Dopamin und das daraus gebildete Noradrenalin. Daneben sind noch andere Hirnbotenstoffe in einem sich gegenseitig beeinflussenden Gleichgewicht beteiligt.

## ENTSTEHUNG & URSACHEN

Bei Menschen mit ADS|ADHS liegen zu viele Transporterproteine im synaptischen Spalt vor, die wie kleine Staubsauger funktionieren. Kaum ist das Dopamin aus der Zelle freigesetzt, wird es von den vielen Transporterproteinen schon wieder zurückgeholt. Das Dopamin hat also „keine Zeit“, ausreichend Informationen zur nächsten Zelle fortzuleiten. Durch moderne Darstellungsverfahren konnte die erhöhte Dichte an Transporterproteinen bei Menschen mit ADS|ADHS kürzlich belegt werden.

Eine wichtige Funktion des Dopamins ist es, einströmende Reize weiterzuleiten. Durch die zu schnelle Wiederaufnahme des Dopamins in die Nervenzellen leiden Kinder mit ADS|ADHS an einer „Reizüberflutung“. Bildlich gesprochen, filtert bei Kindern ohne ADS|ADHS ein feines, intaktes Haarsieb die einströmenden Umgebungsreize, während bei Kindern mit ADS|ADHS ein sehr grobes Sieb vorliegt, das außerdem an mehreren Stellen eingerissen ist. Dadurch sind die Kinder sehr leicht ablenkbar.

## 2. Psychosoziale Faktoren

Die wichtigsten psychosozialen Faktoren, die mit der Entstehung von ADS|ADHS in Verbindung gebracht werden, sind ungünstige Familienverhältnisse bzw. Umgebungsbedingungen (so genannte deprivierende Verhältnisse). Darunter versteht man unklare, unzuverlässige und/oder schnell wechselnde Beziehungsbedingungen, ungeordnete Tagesabläufe sowie Vernachlässigung bis hin zur Misshandlung. Alle Umgebungsbedingungen, die unüberschaubar, unstrukturiert, chaotisch und/oder unzuverlässig sind, können bei entsprechend anfälligen (vulnerablen) Kindern auslösend bzw. verstärkend bezüglich ADS|ADHS wirken. Dies kann ebenso für belastende Lebensereignisse gelten, denen die Kinder ausgesetzt sind wie z.B. Scheidung, psychische Erkrankung eines Elternteils oder andere, plötzlich auftretende Belastungen.

## Diagnostik

### Wer hilft bei der Diagnose von ADS|ADHS?

Der Hamburger Arbeitskreis ADS|ADHS betont, dass bei der Diagnostik des Störungsbildes verschiedene Fachgruppen übergreifend zusammenarbeiten müssen. **Die Diagnose ADS/ADHS setzt sich wie ein Mosaik aus vielen verschiedenen Steinen zusammen, die genau zueinander passen müssen.** Um dieses Mosaik perfekt zu machen, ist es erforderlich, dass Eltern, Lehrer, Erzieher, Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit besonderer Ausbildung, Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zum Wohle ihrer Patienten ein **Bündnis** schließen. Dies ist der Grundgedanke des Hamburger Arbeitskreises ADS|ADHS.

Die Diagnostik setzt sich aus der Beobachtung durch Eltern, Erzieher und Lehrer sowie der ärztlichen **Basisdiagnostik** und der **Differentialdiagnostik** zusammen. Der Hamburger Arbeitskreis warnt nachdrücklich vor jeder Art von „Blickdiagnose“ bei dem Verdacht auf ein ADS|ADHS.





### Was können Eltern, Lehrer und Erzieher zur Diagnosestellung beitragen?

Wenn Eltern und Erzieher Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern registrieren und sie dann gezielt auf weitere für ADS|ADHS-typische Besonderheiten beobachten, wird viel Zeit bis zur Diagnose eingespart. Eltern, Lehrer und Erzieher können erheblich zu der Verdachtsdiagnose ADS|ADHS beitragen, wenn sie mit den charakteristischen Auffälligkeiten des Störungsbildes vertraut sind.

### Wo liegt die Schaltzentrale der Diagnose und Therapie?

Die Schaltzentrale liegt bei dem Arzt, der das Kind langfristig betreut. Das kann der Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder der speziell weitergebildete Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin sein.

### Welcher Facharzt sollte hinzugezogen werden ?

Der Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist in der Regel aufgrund seiner Ausbildung ohne weitere Qualifikation zu der Behandlung von Kindern mit ADS|ADHS unter Einbeziehung der Familie und anderen mitbeteiligten und betroffenen Institutionen in der Lage. Sozialpädiatrische Zentren bieten durch enge kinderärztlich-psychotherapeutische Teamarbeit eine entsprechende Kompetenz. Bei Ärzten für Kinder- und Jugendmedizin ist dies gegeben, wenn sie sich zusätzlich qualifiziert haben. Liegt allerdings eine zusätzliche psychische Störung vor oder besteht der Verdacht darauf, dann ist in jedem Fall ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie hinzuzuziehen.

### Die ärztliche Basisdiagnostik

Zur Basisdiagnostik gehören die grundlegenden medizinischen Untersuchungen und psychologische Testungen. An erster Stelle steht eine gründliche Erhebung der Vorgeschichte nicht nur des Kindes (störungsspezifische Anamnese), sondern der ganzen Familie (Familienanamnese). Durch den Einsatz von Fragebogen für Eltern, Lehrer und Erzieher wird gezielt nach ADS|ADHS-typischen Auffälligkeiten im Verhalten des Kindes in unterschiedlichen Situationen gesucht. Wichtig ist es, den jeweiligen Entwicklungsstand des Kindes sowie die Umgebungsfaktoren (Familie, Freunde, Schule etc.) zu berücksichtigen.

Das Kind wird zu Beginn gründlich untersucht, um körperliche Krankheiten ausschließen zu können und mögliche Entwicklungsrückstände sowie den Pflege- und Allgemeinzustand des Kindes zu erfassen.

Die gründliche neurologisch-motoskopische Untersuchung schließt neurologische Erkrankungen aus und ermittelt, ob in den Bewegungsmustern der Kinder Auffälligkeiten bestehen. Zum Ausschluss eines Anfallsleidens oder anderer organischer Hirnerkrankungen wird ein EEG abgeleitet.

Durch Laboranalysen können weitere körperliche Erkrankungen ausgeschlossen werden.

### Psychodiagnostik

#### 1. Psychologische Untersuchungen, die in jedem Falle durchgeführt werden sollten (obligat)

Zunächst wird die Intelligenz des Kindes mit einem standardisierten Test ermittelt. Außerdem werden mit verschiedenen Tests die Konzentrationsfähigkeit, die Aufmerksamkeit, die Aufmerksamkeitsspanne und die Merkfähigkeit untersucht. Besondere Aufmerksamkeit gilt den so genannten Teilfunktionen, über deren Testung sich z. B. Hinweise für eine mögliche Lese-Rechtschreib- oder Rechenschwäche ergeben.

## **2. Psychologische Untersuchungen, die nur in bestimmten Fällen durchgeführt werden sollten (fakultativ)**

Um die Diagnostik zu vervollständigen, können in bestimmten Fällen, z. B. durch Fragebogen, komorbide Störungen (vgl. „Welche Begleiterkrankungen (Komorbiditäten) können auftreten?“, S.16) erfasst werden. Durch spezifische Untersuchungsmethoden (z. B. projektive Testung) kann die emotionale Situation des Kindes ermittelt werden. Eine video-gestützte Diagnostik kann zur bisher durchgeführten Diagnostik einen weiteren Beitrag leisten.

In wenigen Fällen sind weiterführende diagnostische Maßnahmen notwendig.

### **Untersuchungen vor Beginn einer medikamentösen Therapie**

#### **Untersuchungen, die in jedem Falle durchgeführt werden sollten (obligat)**

Wenn eine medikamentöse Behandlung durchgeführt werden muss, sollten zu Beginn sowohl das Kind /der Jugendliche als auch seine Eltern hinsichtlich seiner/ihrer Bereitschaft und Fähigkeit zur Mitarbeit (Compliance) befragt werden. Bestehen keine Zweifel an einer ausreichenden Compliance, so sind ein EKG, die in dem Leitfaden aufgeführten Laboruntersuchungen sowie Körpergröße und -gewicht zu ermitteln.

Bei Jugendlichen ist ein Drogenmissbrauch auszuschließen (obligat).

### **Wie lange dauert die Diagnostik?**

Der Hamburger Arbeitskreis geht im Allgemeinen von zirka 5 Stunden aus. Liegen jedoch weitere Störungen vor, kann die Diagnostik bis zu 10 Stunden in Anspruch nehmen. Bei der Überlagerung verschiedener Störungen gestaltet sich das diagnostische Mosaik sehr viel schwieriger als bei einer ausschließlichen ADS|ADHS und erfordert den Einsatz aller Fachleute.

# Leitfaden des Hamburger Arbeitskreises zur Diagnostik der A DS|A DHS

## 1. Ärztliche Basisdiagnostik

- Allgemeine und störungsspezifische Anamnese und Familienanamnese unter besonderer Berücksichtigung von Psychodynamik
- Fragebogen Eltern/Kind/Kindergarten/Schule
- Einbeziehung von Entwicklungsaspekten und Milieubedingungen
- Psychiatrischer Befund
- Körperliche und neurologisch-motoskopische Untersuchung
- EEG
- Labor: Blutbild, Differentialblutbild, Leberwerte, Schilddrüsenwerte, Creatinin

## 2. Psychodiagnostik

- **obligat**
  - a) Standardisierte IQ-Testung (z. B. K-ABC, HAWIK-III)
  - b) Überprüfung der Teilfunktionen (z. B. Gedächtnis, Wahrnehmung)
  - c) Testung und Überprüfung der Aufmerksamkeit
- **fakultativ**
  - a) Erfassung komorbider Störungen (z. B. durch Fragebogen)
  - b) Erfassung von emotionalen Bedingungen (z. B. projektive Testung)
  - c) Videogestützte Diagnostik

## 3. Fakultative weiterführende Diagnostik

- Phoniatische Differentialdiagnostik
- Pädaudiologische Differentialdiagnostik
- Pädophtalmologische Differentialdiagnostik
- Genetische Differentialdiagnostik
- Bildgebende/elektrophysiologische Verfahren

## 4. Untersuchungen zu Beginn einer medikamentösen Therapie

- **obligat**
  - a. Überprüfung der Bereitschaft und Fähigkeit der Familie zur Mitarbeit (Compliance)
  - b. EKG
  - c. Labor (s.o.)
  - d. Körpergröße und Gewicht
  - e. Bei Jugendlichen ist ein Drogenmissbrauch auszuschließen

**Der Zeitaufwand für Basisdiagnostik und Psychodiagnostik beträgt in der Regel 5 Stunden.**



## Diagnose von ADS|ADHS

# Das multimodale Therapiekonzept

Auf die Diagnose folgt die Frage, welche Therapie nun die geeignetste ist. Darüber bestehen auch unter Ärzten teilweise Meinungsverschiedenheiten. Häufig werden zur Behandlung von ADS|ADHS Psychostimulanzien wie Methylphenidat eingesetzt. Ob eine medikamentöse Therapie sinnvoll ist oder nicht, hängt jedoch stark vom Einzelfall ab.

Grundlegend sind in jedem Fall die **umfassende Information und Aufklärung der Eltern**. Oft reichen bereits Verhaltensänderungen im Umgang mit dem Kind – wie z. B. Einführung von übersichtlichen Strukturen im Alltag – aus, um Erfolge zu erzielen.

**Der Hamburger Arbeitskreis ADS|ADHS setzt sich deshalb für das multimodale Therapiekonzept ein.**

Kennzeichen des **multimodalen Therapiekonzeptes** ist die jeweils **individuelle Kombination aus verschiedenen Therapieformen**: Eltern-Kind-Beratung, psychotherapeutische Maßnahmen (Verhaltenstherapie) und gegebenenfalls medikamentöse Maßnahmen. Der Hamburger Arbeitskreis ADS|ADHS unterscheidet dabei – analog zur Diagnosestellung – wieder zwischen **obligaten Therapiemaßnahmen** (in jedem Fall notwendig, immer durchzuführen) und **fakultativen Therapiemaßnahmen** (nur in bestimmten Fällen erforderlich). So gehört die medikamentöse Therapie nach Ansicht des Hamburger Arbeitskreises ADS|ADHS in die Kategorie der fakultativen Behandlungsformen. Drittes wesentliches Merkmal des multimodalen Therapieansatzes ist die **enge Zusammenarbeit der verschiedenen in das Behandlungskonzept involvierten Fachbereiche und -gruppen (Fachärzte, Psychologen, Eltern, Lehrer und Erzieher)**.

## 1. Obligate Therapiemaßnahmen

### Information, Aufklärung und Anleitung von Eltern, Kind und Umfeld

Unerlässlich (obligat) sind eine **ausführliche Aufklärung und Beratung der Eltern und des betroffenen Kindes**. Wenn die Eltern über die Besonderheiten ihres Kindes informiert sind, können sie durch eine Strukturierung des Umfeldes und die Bereitstellung einfacher Hilfen sehr zur Besserung der Situation beitragen. Auch die Aufklärung der Lehrer ist von großer Bedeutung. In der **Eltern-Kind-Behandlung** sowie einem speziellen **Elterntraining** lernen die Eltern den Umgang mit ihrem eigenwilligen Kind, erhalten Ratschläge und können Reaktionen auf bestimmte Verhaltensweisen einüben. Sie lernen, wie sie den Tag und die Hausaufgaben mit ihrem Kind erfolgreicher bewältigen und wie Konflikte minimiert werden können.

Eine **störungsspezifische Therapie** setzt sich aus unterschiedlichen verhaltenstherapeutischen und tiefenpsychologisch orientierten Elementen zusammen. **Da sich die spezifische Behandlung nach dem individuellen Befund richtet, wird der behandelnde Arzt/Psychotherapeut für jedes Kind einen gesonderten Therapieplan erarbeiten.** Jede störungsspezifische Therapie des Kindes und seiner Familie sollte das soziale Umfeld so weit wie möglich und nötig einbeziehen.

Bei der **Information und Aufklärung** spielen auch die Selbsthilfegruppen eine zentrale Rolle. Hier können sich Eltern informieren, praktische Ratschläge und Tipps holen sowie einfach einmal die Sorgen von der Seele reden. Die Gruppen halten meist regelmäßige Treffen ab, denen man sich zwanglos anschließen kann. Eine Auflistung der Selbsthilfegruppen finden Sie am Ende dieses Leitfadens.

## 2. Fakultative Therapiemaßnahmen

Zusätzlich zu den Elterntrainings und verhaltenstherapeutischen Maßnahmen können eine **medikamentöse Therapie** (Pharmakotherapie) sowie weitere psychotherapeutische Maßnahmen erforderlich werden (**die Reihenfolge in der nachfolgenden Übersicht zur Therapie der ADS|ADHS gibt keine Gewichtung wieder!**).



## 2 a) Pharmakotherapie

Wenn sich die ADS|ADHS-Symptome durch Veränderungen im Umfeld oder durch andere begleitende Maßnahmen wie z. B. **Elterntrainings und Verhaltenstherapie** nicht hinreichend vermindern lassen, kann eine **medikamentöse Therapie** angezeigt sein. Nicht alle Kinder mit einer ADS|ADHS brauchen eine medikamentöse Behandlung. Viele kommen zu recht, wenn bestimmte Veränderungen im sozialen Umfeld vorgenommen oder bestimmte Behandlungsformen eingeleitet werden. Auch hier muss in jedem Einzelfall entschieden werden, welche Behandlungsform die geeignete ist. Sind die Symptome jedoch sehr stark ausgeprägt, so dass es zu einem Scheitern in der Schule oder zu erheblichen Problemen in der Familie kommt, kann es sein, dass die medikamentöse Behandlung eine wesentliche Voraussetzung dafür ist, um die anderen Behandlungsformen erfolgreich einsetzen zu können.

Am häufigsten werden zur Behandlung des ADS|ADHS die so genannten Psychostimulanzien (das bekannteste ist das Methylphenidat) eingesetzt. Die genaue Wirkungsweise dieser Psychostimulanzien ist bis heute nicht bekannt. Man geht jedoch davon aus, dass es im präsynaptischen Spalt zu einer Blockade der Transporterproteine für den Botenstoff Dopamin kommt und damit der zu schnelle Rücktransport in die Nervenzellen verhindert wird.

Gerade in der letzten Zeit wurde in den Medien der Einsatz von Psychostimulanzien in Frage gestellt. Den Eltern warf man dabei oft unverantwortlichen Umgang mit der Gesundheit ihrer Kinder vor, da Methylphenidat zur Gruppe der Psychostimulanzien, also der Amphetamine, gehört. Psychostimulanzien wie Methylphenidat unterliegen tatsächlich dem Betäubungsmittelgesetz, haben jedoch bei Kindern mit ADS|ADHS keine berauschende Wirkung und machen auch nicht süchtig. Bei Menschen ohne ADHS wirkt es anregend, aufputschend und schlafmindernd. Wenn hingegen ein Kind mit ADS|ADHS Methylphenidat einnimmt, kann es sich besser konzentrieren und sein Verhalten besser steuern. Wenn man kleinere Kinder fragt, ob sich seit der Therapie etwas geändert habe, dann sagen sie meist: „Mama schimpft nicht mehr so viel mit mir.“ Sie registrieren also nicht die Wirkung des Medikaments, sondern die Wirkung ihres veränderten Verhaltens auf das soziale Umfeld. Durch Studien ist belegt, dass die Gabe von Methylphenidat bei ADS|ADHS in der Kindheit und/oder in der Jugend dieser Kinder dazu führt, dass sie seltener zu Drogen greifen als unbehandelte Kinder.

Die Wirkung von Methylphenidat tritt etwa 30 bis 45 Minuten nach Einnahme der Tabletten ein; sie hält dann etwa 2 bis 4 Stunden an. Danach schwächt sie sich ab. Bei manchen Kindern kann es deshalb notwendig sein, noch in der Schule eine zweite Tablette einzunehmen. Bei einigen Kindern genügen sehr niedrige Dosierungen, andere benötigen mehrere Tabletten. In jedem Falle muss die jeweils individuelle Dosierung in enger Absprache und Kooperation mit dem behandelnden Arzt erfolgen. Eine enge Absprache mit der Schule und den Lehrern ist zudem wünschenswert.

Allerdings ist der Einsatz von Methylphenidat auch mit Nebenwirkungen verbunden, die mehr oder weniger stark ausgeprägt sein können. Dazu zählen Einschlafstörungen und Appetitlosigkeit. Manchmal treten auch Weinerlichkeit und Zuckungen im Gesicht (Tics) auf. In der Regel sind diese Nebenwirkungen aber nicht sehr stark und lassen sich durch eine Verminderung der Dosierung abschwächen.

Statt Methylphenidat wird auch oft Amphetaminsaft gegeben. Auch das Amphetamin gehört zu den Stimulanzien. Warum es bei manchen Kindern mit ADS|ADHS besser wirkt als Methylphenidat, ist ungeklärt. Mehrere Studien haben aber gezeigt, dass Kinder, bei denen sich unter dem einen Stimulans die Symptomatik nicht bessert, nach Umstellung auf das andere positiv reagieren können. Fenetyllin gehört ebenfalls zu den Stimulanzien, wird aber nur verordnet, wenn mit Methylphenidat oder Amphetamin keine Besserung zu erzielen ist. Es wirkt stärker und braucht deswegen meist nur einmal täglich eingenommen zu werden. Wegen der stärkeren Wirkung wird es aber nur bei kräftigeren Kindern und nicht vor der Pubertät eingesetzt.

## 2 b) Psychotherapien

Als weitere fakultative Maßnahmen können verschiedene Arten der Psychotherapie sinnvoll sein, die sich entweder allein auf das Kind (kindzentrierte Verfahren) oder auch auf das Umfeld (Familie, Kindergarten, Schule) beziehen. Dazu zählen:

- Einzelpsychotherapie
- Gruppentherapie
- Familientherapie

Im Zentrum **einzelpsychotherapeutischer Maßnahmen** steht die Verhaltenstherapie mit begleitender Elternberatung. Es kann aber auch sein, dass eine tiefenpsychologisch orientierte oder psychoanalytische Einzelpsychotherapie indiziert ist.

**Gruppentherapeutische Verfahren** kommen besonders dann infrage, wenn soziale Defizite des betroffenen Kindes im Vordergrund stehen.

Das **familientherapeutische Verfahren** beeinflusst den Umgang der Familienmitglieder mit dem betroffenen Kind. In spezifischen Eltern-Kind-Programmen geht es einerseits um die Verbesserung der Verhaltenskontrolle des Kindes, andererseits lernen die Eltern Techniken und Verhaltensweisen, wie sie ihr Kind darin stärken und Strategien, wie sie ihren Umgang mit dem Kind positiv beeinflussen können.

## 2 c) „Übende Verfahren“

- Soziales Kompetenztraining
- Aufmerksamkeitstraining

Bei den kindzentrierten Interventionen steht das **soziale Kompetenztraining** im Mittelpunkt, das sich verschiedener Techniken bedient. Hierbei lernen die Kinder, wie sie soziale Situationen richtig einschätzen und sich entsprechend angemessen verhalten können.

Beim **Aufmerksamkeitstraining** üben die Kinder, z.B. mit computergestützten Aufgaben ihre Ausdauer zu steigern oder auch anhand sich ständig steigender Schwierigkeitsgrade den Aufgaben über einen längeren Zeitraum mit Aufmerksamkeit zu folgen.

## 2 d) Sozialpsychiatrische Therapie / Sonderpädagogische Maßnahmen

Die **kindergarten- und schulzentrierten Interventionen** haben eine Verminderung der Verhaltensauffälligkeiten in den jeweiligen Einrichtungen zum Ziel und sind erforderlich, wenn bei dem Kind ausgeprägte hyperkinetische und/oder oppositionelle Auffälligkeiten vorliegen. Für LehrerInnen/ErzieherInnen werden Möglichkeiten erarbeitet, die eine Integration des Kindes in die Schule verbessern helfen. Ein Austausch zwischen Eltern und Schule bzw. Kindergarten ist von grundlegender Bedeutung, um Erfolg oder Misserfolg der Therapie beurteilen zu können.



## DAS MULTIMODALE THERAPIEKONZEPT

### Was ist von alternativen Therapieansätzen zu halten?

Häufig werden auch so genannte alternative Therapien angeboten. Der Arbeitskreis rät vom Einsatz dieser vermeintlichen Alternativen bei ADS|ADHS ab, weil ihre Wirkung nicht erwiesen ist. Zu den unwirksamen Maßnahmen gehören die Prismenbrille, die Kinesiologie, die kranio-sakrale Therapie, die Atlasterapie, die Reflextherapie, die Klangtherapie, die Hörtherapie und die Festhaltetherapie. Auch die Homöopathie, Bachblüten, Algen, die kombinierte Calcium- und Vitamin-D-Gabe sowie die phosphatfreie, die salicylatfreie und die zuckerreduzierte Diät nehmen keinen Einfluss auf die Symptomatik einer ADS|ADHS.

# Leitfaden des Hamburger Arbeitskreises zur ärztlich-psychotherapeutischen Therapie von ADS|ADHS

## 1. Obligat

- Information, Aufklärung und Anleitung von Kind, Eltern und Umfeld
- Eltern-Kind-Behandlung  
(störungsspezifische Behandlung von Familie und Kind unter Einbeziehung des sozialen Kontextes mit speziellem Elterstraining)
- Einleitung und Koordination begleitender Maßnahmen

## 2. Fakultativ

- Psychopharmakotherapie  
(bei erheblicher psychosozialer Gefährdung kann diese Behandlung auch schon zu Beginn der Therapie eingesetzt werden)
- Soziales Kompetenztraining
- Aufmerksamkeitstraining
- Einzelpsychotherapie
- Gruppentherapie
- Familientherapie

## 3. Behandlung komorbider Störungen

- Störung des Sozialverhaltens
- Umschriebene Entwicklungsstörungen
- Depression
- Angst

## Wissenschaftlich nicht fundierte und z. T. schädliche Verfahren für Diagnostik und Behandlung

- Alleinige Videodiagnostik
- Festhaltetherapie nach Prekop
- Ernährungszusätze und Diäten, z. B.
  - Calciumtherapie
  - Fettsäuretherapie
  - Algentherapie
  - Bachblütentherapie
- Knochen- und Gelenkbehandlungen, z. B.
  - Cranio-Sacraltherapie
  - Osteotherapie
  - Atlastherapie
- Klang- und Hörtherapien
- Pseudoneurophysiologische Therapien, z. B.
  - Reflextherapie
  - Prismenbrillen
  - Kinesiologie
- Homöopathie



# Therapie von ADS|ADHS





## Kostenübernahme

Bei ADS|ADHS handelt es sich um eine seelische Krankheit. Die Kosten der ärztlichen Diagnostik und Behandlung werden von den Krankenkassen übernommen. Kosten für eine Behandlung durch einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten werden dann übernommen, wenn dieser von den kassenärztlichen Vereinigungen zur testpsychologischen Diagnostik und Behandlung zugelassen ist. Es empfiehlt sich immer, alle Teile der Diagnostik und Behandlung nur von den genannten Berufsgruppen durchführen zu lassen. Wissenschaftlich nicht fundierte Therapieformen (s.o.) werden von den Kassen nicht bezahlt und sollten vermieden werden.

# Fallbeispiele zu Diagnose & Therapie



LARS

## Zwei Fallbeispiele zur Diagnose und Therapie von ADS|ADHS

Im Folgenden stellt der Hamburger Arbeitskreis ADS/ADHS zwei Fallbeispiele zur Diagnose und Therapie von ADS|ADHS vor. Das erste stammt von Dr. Kirsten Stollhoff vom Kinderneurologischen Institut Prof. Dr. med. Lagenstein, das zweite wurde von Dr. Christian Fricke, dem ärztlichen Leiter des Werner Otto Instituts, zur Verfügung gestellt. Die Namen und persönlichen Angaben der Kinder wurden geändert. Die Fälle entsprechen jedoch der Realität und sollen Ihnen einen Einblick in unterschiedliche Diagnose- und Therapieformen geben.

### 1. Beispiel: Lars

Lars wurde mir im Alter von 6 Jahren zum ersten Mal vorgestellt. Die Mutter hatte von einer Freundin über die Aufmerksamkeitsdefizitstörung gehört und fragte sich, ob die Verhaltensauffälligkeiten ihres Sohnes nicht auf ein ADHS zurückzuführen seien.

Lars ist das erste Kind gesunder Eltern. Seine Schwester Rike wurde zwei Jahre nach ihm geboren. Die Mutter, die als kaufmännische Angestellte arbeitete, ist seit der Geburt ihres Sohnes nicht mehr berufstätig. Sie ist zufrieden mit ihrer jetzigen Aufgabe, ihre Kinder zu erziehen und den Haushalt zu führen. Der Vater, im Management tätig, ist zwar unter der Woche sehr beschäftigt, entlastet seine Frau aber an den Wochenenden nach Kräften.



LARS

Im Vergleich zu der zweiten Schwangerschaft war die erste für die Mutter wesentlich anstrengender: Bereits früh habe Lars sich wie ein Wilder aufgeführt, berichtet die Mutter. Ab der 25. Schwangerschaftswoche musste sie wegen vorzeitiger Wehen medikamentös behandelt werden und viel liegen. Von Beginn an war das Leben mit Lars anders als es sich die Eltern vorgestellt hatten. Alle Stillversuche schlugen fehl, Lars habe nur gebissen. Baden war eine Katastrophe, er habe nur geschrien. Wickeln gelang oft nur mit zwei Erwachsenen und wurden nach zwei Stürzen vom Wickeltisch nur noch auf dem Boden durchgeführt. Die motorische Entwicklung war beschleunigt, mit 7 Monaten krabbelte er und mit 10 Monaten lief er – und von da an nur noch weg. Die Sprachentwicklung verlief jedoch völlig normal.

In der Spielgruppe bestand sein Kontakt zu anderen Kindern in „Schubsen“, konstruktive Spiele wurden schnell abgebrochen. Spielsachen wurden in der Regel als Wurfgeschosse benutzt. Im Vergleich zu den anderen Kindern war er der motorisch Aktivste. Gemeinsames Spielen mit anderen Kindern endete meist damit, dass die Mutter gebeten wurde, Lars zu „entfernen“. Die Verwandtschaft und auch die Freunde begannen sich zu distanzieren. Der hört ja nie – kommt doch vorbei, aber besser ohne Lars. Und immer deutlicher wurde den Eltern Erziehungsunfähigkeit unterstellt. Die darauf besuchte Erziehungsberatung empfahl ihnen, „strenger“ mit ihm zu sein.

Auf die Schwester reagierte er mit heftiger Eifersucht und Zerstörungswut. Die beiden konnten nie alleingelassen werden, da er sie immer wieder ohne ersichtlichen Grund trat oder ihr ein Spielzeug ins Gesicht schleuderte. Auf der anderen Seite zeigte er aber eine sensible Beobachtungsgabe für Dinge, Menschen und Situationen. Weinte Rike, dann tröstete er sie, wurde ihr von anderen Kindern etwas weggenommen, dann erkämpfte er es für sie zurück.

Der Versuch, Entlastung durch eine Tagesmutter zu erhalten, scheiterte, da Lars, inzwischen 3 Jahre, eine Tagesmutter nach der andern „verschliss“. Deren Kommentare lauteten beispielsweise: Den tu ich mir doch nicht an, der hat ja eine kriminelle Energie.

Eine zu diesem Zeitpunkt konsultierte Kinderpsychologin konnte jedoch keine Auffälligkeit entdecken: Lars habe 1 Stunde mit ihr ausdauernd Kugelbahn gespielt und dabei charmant und intelligent geplaudert. Sie haben wirklich einen prima Jungen, erklärte sie der Mutter.

Mit 4<sup>1/2</sup> Jahren erhielt Lars einen Platz in einem Integrationskindergarten. Hier wurde seiner Mutter erstmals bestätigt, dass ihr Kind anders als die anderen sei, er habe „Wahrnehmungsstörungen“. Er wurde schnell zum Außenseiter, kein Kind wollte mit ihm spielen, zu Kindergeburtstagen wurde er nicht eingeladen.

Eine Ergotherapie wurde begonnen, diese änderte jedoch weder seine Verhaltensauffälligkeit mit unberechenbaren, zum Teil aggressiven Handlungen, die ihn und andere in Gefahr brachten, noch besserten sich seine reduzierte Ablenkbarkeit oder seine motorische Unruhe. Unverändert habe er Phasen von einigen Tagen, berichtete die Mutter, an denen alle aufatmen, an denen er rücksichtsvoll, witzig und intelligent sei und sich eine halbe Stunde alleine beschäftigen könne. Darauf folgten dann aber wieder Phasen, in denen Lars mit zunehmender Kraft ausflippte.

### Untersuchungsbefund

Schon während meines Gesprächs mit der Mutter schaffte es Lars, das Untersuchungs-zimmer zur Unkenntlichkeit umzugestalten. Als ich dann alleine mit ihm sprach, konnte er sich jedoch über einen Zeitraum von 45 Minuten mit einem Spiel beschäftigen, redete aber ununterbrochen. Er erzählte, dass er sich ärgere über seine Wutausbrüche, vor allem darüber, dass er am Tag zuvor seine Lokomotive zerstört habe, ohne zu wissen, warum. Seine Schwester fand er überflüssig und nervig, er war traurig darüber, keine Freunde zu haben. Die neuropsychologische Testung, die Beobachtung im spontanen und abgeleiteten Spiel zusammen mit den Informationen der Eltern und der Kindergärtner ergaben die Verdachtsdiagnose des ADHS mit sozialen Störungen. Mit Hilfe eines Elterntrainings gelang es den Eltern zu Hause Strukturen und Grenzen zu setzen, wenngleich es sehr anstrengend war und immer wieder gefährliche Situationen für die jüngere Schwester entstanden. Die Androhung des Kindergartens, ihn auszuschließen, führte dann zu der Entscheidung, eine medikamentöse Therapie zu beginnen.

### Verlauf

Unter einer Dosierung von Methylphenidat 3 x 1/2 Tablette veränderte sich sein Verhalten schlagartig. Die Eltern waren zuerst erschrocken über „seine Ruhe und Friedlichkeit“, konnten aber seit Jahren erstmalig wieder die Geschwister unbeobachtet allein lassen, das familiäre Leben entspannte sich sichtbar. Auch im Kindergarten wurde eine positive Veränderung beobachtet. Lars zeigte mehr Ausdauer im Gruppenspiel, sein unberechenbarer Zerstörungsdrang ließ nach und seine Wutanfälle traten nur noch selten auf. Lars wurde wenige Monate nach Therapiebeginn erstmals zu einem Kindergeburtstag eingeladen und hat jetzt mehr Freunde. Ein Problem stellen noch die morgendlichen und abendlichen Phasen dar, wenn die Wirkung des Medikamentes noch nicht oder nicht mehr besteht. Dann werden die Eltern wieder an frühere Zeiten erinnert mit Türeenschlagen und Geschrei. Als Nebenwirkung wurde lediglich weniger Appetit tagsüber beobachtet. Da er abends seine Hauptmahlzeit einnimmt, hält sich der Gewichtsverlust jedoch in Grenzen. Die Ergotherapie – jetzt mit zwei anderen Kindern – wird noch weitergeführt, da er dort ein soziales Kompetenztraining erhält. Lars wird jetzt, inzwischen 7 Jahre alt, eingeschult werden – abzuwarten bleibt, ob für die Schulanforderungen seine Aufmerksamkeit ausreicht.

Dr. Kirsten Stollhoff  
Kinderneurologisches Institut Prof. Lagenstein




FELIX

## 2. Beispiel: Felix

Bei der Erstvorstellung ist Felix 9 Jahre alt, er wird vorgestellt wegen Zappeligkeit, motorischer Unruhe und Koordinationsschwäche.

Felix ist das dritte Kind der Familie. Nach unkomplizierter Schwangerschaft muss die Geburt mit Kaiserschnitt beendet werden. In der Neugeborenenzeit zeigt Felix keine Auffälligkeiten. Er schläft als Säugling gut, ist aber immer sehr lebhaft. Im Vorschulalter zeigen sich motorische Koordinationsprobleme (so kann er z. B. erst mit 6 Jahren Rad fahren), therapeutische Maßnahmen werden nicht für erforderlich gehalten. Ansonsten fallen bei den Vorsorgeuntersuchungen keine Besonderheiten auf. In der Vorschulzeit gilt Felix ebenso wie seine ältere Schwester als sehr temperamentvolles Kind, was aber in der Familie und in der sehr turbulenten Kindergartengruppe nicht als störend empfunden wird.

Zunehmende Unruhe zeigt Felix mit Beginn des Schulbesuchs. Er kipzelt auf dem Stuhl, läuft in der Klasse herum und stört andere Kinder. Felix kann sich über eine kurze Zeitspanne auf den Unterricht konzentrieren und zeigt dann durchaus eine gute Auffassungsgabe. Schreiben ist schwierig, erlernte Buchstaben werden wieder vergessen. Das Schriftbild ist so schlecht, dass die eigene Schrift oft kaum gelesen werden kann. Die Hausaufgaben, an denen Felix lange sitzt, werden zunehmend zur Qual.



Zu Hause wird die bekannte Lebhaftigkeit zunehmend als störende Unruhe erlebt, auch bei den Mahlzeiten fällt Felix das Stillsitzen extrem schwer. Er ist leicht ablenkbar, verbale Anforderungen erreichen ihn oft nicht. Die gesamte Familie leidet zunehmend unter täglichen Auseinandersetzungen um Alltagsprobleme. Auch Felix wirkt unglücklich, zeigt oft Stimmungsschwankungen. Er hat nur wenige Freunde.

Der Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin überweist Felix in ein Sozialpädiatrisches Zentrum. Bei den Untersuchungen zeigen sich bei durchschnittlicher Intelligenz eine Rechtschreibschwäche (ansonsten keine Teilleistungsproblematik) und eine leichte motorische Dyskoordination. Daneben finden sich deutliche Zeichen einer Aufmerksamkeitsdefizitstörung.



FELIX

Wegen der Rechtschreibschwäche wird eine Lerntherapie für 1½ Jahre eingeleitet. Felix lernt in diesem Rahmen recht gut Lesen und Schreiben, die Hausaufgabensituation entspannt sich. Die motorische Unruhe und die schwankende Aufmerksamkeit bestehen weiterhin und werden in Schulzeugnissen immer wieder bemerkt, Felix wird aber in die nächsthöhere Klasse versetzt.

Die Eltern, die sich selbst mit der Thematik intensiv befasst hatten, werden ausführlich psychologisch beraten. Eine Behandlung mit Stimulanzien wird zwar angesprochen, von den Eltern und beteiligten Fachleuten aber als nicht erforderlich angesehen. Unter enger Führung der konsequenten Eltern kommt Felix im familiären Rahmen und in der Freizeit insgesamt zurecht. Er nimmt erfolgreich am Schwimmsport im Verein teil, nachdem er zuvor beim Fußball gescheitert war.

Dr. Christian Fricke  
Werner Otto Institut

## Kontaktadressen

### Elternselbsthilfegruppe Michel

Mitglied im Bundesverband  
Aufmerksamkeitsstörung/Hyperaktivität e.V. (BVAH)

Regionalgruppe Hamburg  
Leitung: Werner und Wilfriede Henschel  
Bodestraße 28, 21031 Hamburg  
Telefon: 0 40 - 7 39 55 54, Fax: 0 40 - 76 50 09 28

### Michel Stadtteilgruppen

Gruppe HH-Barmbek  
Treffen: jeden dritten Mittwoch im Monat um 20.00 Uhr  
im KISS-Barmbek  
Fuhlsbütteler Straße/Ecke Harzloh  
Kontakt: Andreas Weigel, Telefon: 0 40 - 6 52 76 89

Gruppe HH-Bergedorf  
Treffen: jeden ersten Dienstag im Monat um 20.00 Uhr  
im Kinder- und Jugendhilfzentrum Neu Allermöhle  
Otto-Groth-Straße 90  
Kontakt: Helga Meyer, Telefon: 0 40 - 7 38 05 82

Gruppe HH-Harburg  
Treffen: jeden ersten Donnerstag im Monat um 20.00 Uhr  
im Kinder- und Jugendhilfzentrum in Harburg  
Eißendorfer Pferdeweg 40a  
Kontakt: Christiane Eich, Telefon: 0 40 - 79 14 31 93

Gruppe HH-Lurup/Altona  
Treffen: jeden zweiten Mittwoch im Monat um 20.00 Uhr  
im Kinder- und Jugendhilfzentrum Lurup  
Netzestraße 14 a  
Kontakt: Carola Glahn, Telefon: 0 40 - 86 22 99

Adressen



KONTAKTADRESSEN

### **Elterninitiative Teilleistungsstörungen e.V. (ADS, POS, HKS)**

Mitglied der IG ADHD  
Leitung: Rita Schmidt und Petra Haupt  
Auf der Heide 26 a, 22393 Hamburg  
Telefon: 0 40 - 6 01 99 22, 0 40 - 6 1 16 38 95, Telefax: 040 - 6 01 99 22  
E-Mail: elternini.adhs@t-online.de

### **Elterninitiative Stadtteilgruppen**

Sasel/Poppenbüttel/Rahlstedt  
Treffen: jeden ersten Dienstag im Monat  
Kontakt: Rita Schmidt, Telefon: 0 40 - 6 01 99 22

Bergedorf „Rappelzappel“  
Treffen: jeden zweiten Donnerstag im Monat  
Kontakt: Rita Hinz, Telefon: 0 40 - 7 24 42 54

Harburg  
Treffen: jeden dritten Mittwoch im Monat  
Kontakt: Ute Kuck, Telefon: 0 40 - 77 11 08 98

Elbvororte einschließlich Altona  
Treffen: jeden vierten Mittwoch im Monat  
Sabine Thilo, Telefon: 0 40 - 89 23 13

### **Hamburger Arbeitskreis ADS|ADHS**

Postfach 65 22 40  
22373 Hamburg  
E-Mail: Hamburger.Arbeitskreis.ADHS@web.de

### **ADS e.V.**

#### **Elterninitiative zur Förderung von Kindern mit Aufmerksamkeitsstörung mit /ohne Hypraktivität**

Kontakt: Claudia Kloster  
Telefon: 0 41 91 - 773 91,  
E-Mail: info@ads-norderstedt.de

### **AÜK e.V.**

#### **Arbeitskreis Überaktives Kind e.V.**

#### **Regionalgruppe Hamburg**

Kontakt über Barbara Bargelé,  
Telefon: 04 51 - 2 03 61 60

## Internet

INFOS / TIPPS

Weiteres Informationsmaterial, praktische Tipps für Eltern und Lehrer im Umgang mit ADS|ADHS-Kindern sowie Buchempfehlungen erhalten Sie bei den angegebenen Selbsthilfegruppen sowie ständig aktualisiert unter folgenden **Internetseiten**:

### **Bundesverband AH**

[www.osn.de/user/hunter/badd.htm](http://www.osn.de/user/hunter/badd.htm)

### **ADS e.V.**

[www.ads-ev.de](http://www.ads-ev.de)

### **ADS Gesprächskreis Norderstedt**

[www.ads-norderstedt.de](http://www.ads-norderstedt.de)

### **AÜK e.V.**

[www.auek.de](http://www.auek.de)

Hier finden Sie teilweise auch Chatforen, in denen Sie sich direkt mit anderen betroffenen Eltern austauschen können.

## Glossar

### ADHS

Aufmerksamkeitsdefizitstörung mit Hyperaktivität. Leitsymptome sind eine verminderte Konzentrations- und Aufmerksamkeitsfähigkeit, gesteigerter Bewegungsdrang sowie Impulsivität.

### ADS

Aufmerksamkeitsdefizitstörung (ohne Hyperaktivität). Die Leitsymptome sind verminderte Konzentrations- und Aufmerksamkeitsfähigkeit, Impulsivität sowie ein normaler oder reduzierter Bewegungsdrang.

### Anamnese

Erhebung der Patientenvorgeschichte durch den Arzt. Gespräch des Arztes mit dem Patienten; bei Kindern auch mit den Eltern.

### Basalganglien

Ansammlung von Nervenzellkörpern (Kerngebiete), die tief im Zwischenhirn liegen. Sie sind die Zentren für die unbewusste Bewegungskoordination, Körperhaltung, Gestik und Mimik.

### Bildgebende/elektrophysiologische Verfahren

Verfahren und Techniken zur Untersuchung von Gehirnfunktionen, z. B. Computertomographie oder Magnetresonanztomographie sowie z. B. Elektroenzephalographie (→ EEG).

### Compliance

Bereitschaft des Patienten, bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen mitzuwirken. Beispiel: Zuverlässigkeit bezüglich des Befolgens ärztlicher Anweisungen.

### Deprivierende Verhältnisse

Familiäre Bedingungen, die verwerfend auf das Kind wirken.

### Dopamin

Botenstoff des Gehirns. Dopamin spielt eine wichtige Rolle bei der Reizweiterleitung in den → Synapsen.

### DSM IV

Diagnostisches Statistisches Manual. Richtlinie zur Einteilung psychischer Störungen nach Empfehlungen der amerikanischen Gesellschaft für Psychiatrie (APA). Für ADS|ADHS werden drei Unterklassifizierungen genannt:

- die überwiegend unaufmerksame Form,
- die überwiegend hyperaktiv-impulsive Form,
- die gemischte Form, bei der alle drei Verhaltensauffälligkeiten (unaufmerksam, impulsiver und hyperaktiver Typ) vorliegen.

### EEG

Elektroenzephalogramm: das Aufzeichnen und Auswerten des Hirnstrombildes.

#### EKG

Elektrokardiogramm: diagnostisches Verfahren zum Aufzeichnen der Herzmuskelströme.

#### Elternt raining

Übungen für Eltern, mit denen sie lernen können, auf bestimmte Verhaltensweisen ihres Kindes angemessen zu reagieren.

#### Fakultativ

Der eigenen Entscheidung bzw. der Entscheidung des Arztes überlassen. Nur in bestimmten Fällen notwendig.

#### Familienzentrierte Therapie

Form der Psychotherapie, bei der die Familie als Ganzes in die Behandlung mit einbezogen wird. Dies bringt oft größere Behandlungserfolge als die Einzeltherapie des Patienten.

#### Genetische Differentialdiagnostik

Vorgehen zum Nachweis und zur Feststellung von genetisch bedingten Krankheiten bzw. zum Nachweis einer vererbten Anfälligkeit für eine Krankheit.

#### Hyperaktivität

(von griechisch *hyper* = über, hoch)  
Übersteigter Bewegungsdrang, Unrast, Unruhe.

#### Hyperkinetisches Syndrom

Anderer Begriff für das Krankheitsbild ADS|ADHS.

#### Hypoaktivität

(von griechisch *hypo* = unter, unterhalb)  
Verminderter Bewegungsdrang.

#### ICD-10

Das ICD-10 ist das internationale Klassifikationssystem für psychische Erkrankungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Es unterscheidet zwei Kategorien:

- die einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung,
- die hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (Hyperaktivität in Kombination mit sozialem Fehlverhalten).

Das ICD-10 ist in Deutschland das maßgebende System zur Klassifizierung der ADS|ADHS-Symptomatik.

#### Impulsives Verhalten, Impulsivität

Spontanes plötzliches Ausführen von Handlungen, ohne zu überlegen und/oder die Folgen zu bedenken.

#### Intervention

Geplante und gezielt eingesetzte Maßnahmen, um Störungen vorzubeugen, zu beheben oder deren negative Folgen einzudämmen.

#### Kindzentrierte Verfahren

Behandlungen, die sich vornehmlich mit dem Kind beschäftigen.

#### Komorbiditäten

Begleiterkrankungen, die neben der ADS|ADHS auftreten und gesondert diagnostiziert und behandelt werden müssen.

#### Leitsymptome

Zentrale Symptome (→ Symptome).

#### Lese-Rechtschreibschwäche/Rechenschwäche

Teilleistungsstörungen, bei denen durch spezifische und umschriebene Störungen in bestimmten Hirnbereichen die Lese- und/oder Rechtschreibleistungen des betroffenen Kindes beeinträchtigt sind bzw. eine spezifische Rechenschwäche vorliegt. Beide Störungen gehen in der Regel mit normaler Intelligenz einher.

#### Motorik

Gesamtheit der vom Zentralnervensystem gesteuerten aktiven Bewegungen. Die Motorik beinhaltet die Einzelbewegung, das Zusammenspiel aller Bewegungsabläufe sowie die Feinabstimmung der Bewegungen. Störungen der Motorik können sowohl durch eine Erkrankung der Muskulatur, der Bänder und Gelenke ausgelöst werden als auch auf einer Störung des Nervensystems beruhen.

#### Motorische Teilleistungsstörungen

Spezifische Beeinträchtigungen in der Koordination der Bewegungsabläufe. Dies äußert sich z. B. bei Kindern darin, dass sie schlecht Bälle fangen oder den Hampelmannsprung nicht ausführen können. Man spricht in diesem Zusammenhang auch vom Syndrom des „ungeschickten Kindes“.

#### Multimodaler Therapieansatz

Behandlung, die sich aus einer jeweils individuellen Kombination unterschiedlicher Therapien bzw. Therapieanteilen zusammensetzt. Der multimodale Therapieansatz bei ADS/ADHS umfasst die Eltern-Kind-Beratung, psychotherapeutische Maßnahmen (z. B. → Verhaltenstherapie) und gegebenenfalls eine medikamentöse Therapie.

#### Neurologische Untersuchung

Analyse und Registrierung von Ausfällen der Funktionen und Leistungen des Nervensystems.

#### Neurologisch-motoskopische Untersuchung

Neurologische Untersuchung eines Kindes mit zusätzlicher spezifischer Untersuchung der Bewegungsabläufe.

#### Noradrenalin

Botenstoff des Gehirns. Noradrenalin spielt eine wichtige Rolle bei der Reizweiterleitung in den → Synapsen.





#### Obligat

In jedem Fall notwendig.

#### Pädaudiologie

Fachrichtung der Medizin, die sich mit der Diagnostik und Behandlung kindlicher Hörstörungen befasst.

#### Pädophthalmologie

Fachrichtung der Medizin, die sich mit der Diagnostik und Behandlung kindlicher Sehstörungen befasst.

#### Pharmakotherapie

Therapie mit Medikamenten.

#### Phoniatrie

Fachrichtung der Medizin, die sich mit der Diagnostik und Behandlung der Stimm- und Sprechstörungen befasst.

#### Projektive Testung

Testpsychologische Untersuchung, die sich die Eigenschaft von Menschen zu Nutze macht, z. B. in einem gemalten Bild unbewusste Prozesse auszudrücken oder aber in mehrdeutigen Abbildungen die Dinge zu sehen, die für den jeweiligen Menschen von besonderer Bedeutung sind.

#### Psychodiagnostik

Mit Hilfe von Verhaltensbeobachtung, Testverfahren oder Befragung werden Eigenschaften systematisch erfasst, die eine Vorhersage oder Erklärung von Verhalten zulassen.

#### Psychosoziale Faktoren

Faktoren der Umwelt (Familie, Schule, Beruf, Umfeld).

#### Psychostimulanzien

Auch: Psychopharmaka. Substanzen, die über eine direkte Beeinflussung des Zentralnervensystems Erleben und Verhalten des Patienten verändern. Medikamente, die vor allem den Antrieb steigern und psychisch anregend wirken. Die Verordnung dieser Medikamente unterliegt in Deutschland dem Betäubungsmittelgesetz.

#### Stirnhirn

Großhirnlappen mit Zentren für willkürliche Bewegungen sowie Kontrolle und Koordination vegetativer, affektiver und geistiger Funktionen.

#### Symptome

Zeichen, die auf ein bestimmtes Krankheitsbild hindeuten.

#### Synaptischer Spalt, Synapse

Als Synapse bezeichnet man die Kontaktstelle zwischen zwei Nervenzellen. Sie ist die Umschaltstelle zur Übertragung von Erregungen von einer Nervenzelle auf die andere bzw. auf das jeweilige Organ (z. B. auf den Muskel). Die Erregungsübertragung erfolgt auf chemischem Weg über die Neurotransmitter. Die Synapse besteht aus 2 Teilen, die durch den synaptischen Spalt getrennt sind.

#### Syndrom des ungeschickten Kindes

Siehe → motorische Teilleistungsstörungen.

#### Teilfunktionen, Teilleistungen

Gedächtnis, Wahrnehmung, Feinmotorik, Koordination.

#### Teilleistungsstörungen

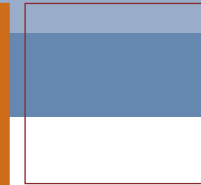
Störungen, die das Gedächtnis, die Wahrnehmung, die Feinmotorik oder die Koordination betreffen. In Zusammenhang mit ADS|ADHS sind das vor allem die Lese-Rechtschreibschwäche und die Rechenschwäche.

#### Tic-Störungen

Unwillkürliche Zuckung eines oder mehrerer - meistens - Gesichtsmuskeln, die sich unter Anspannung verstärkt.

#### Übende Verfahren

Hierbei trainieren die Kinder, wie sie andere Verhaltensweisen erlernen können.





### Verhaltenstherapie

Psychotherapeutisches Verfahren zur Behandlung von seelischen Störungen, bei dem störende Verhaltensweisen abgebaut und dafür neue erlernt werden. Der Betroffene soll seine Störung gewissermaßen verlernen und stattdessen bestimmte Bewältigungsstrategien erlernen, um sein Leben zu meistern.

Eine Form der Verhaltenstherapie ist die operante Konditionierung. Hier werden erwünschte Verhaltensweisen systematisch belohnt. Diese Methode kommt auch bei der Behandlung der ADS|ADHS zum Einsatz.

### Videogestützte Diagnostik

Diagnostik unter Zuhilfenahme von Videoaufnahmen der betroffenen Kinder und ihrer Familien.

### Vulnerabilität

Verletzlichkeit, Empfänglichkeit. Bezeichnung für eine individuelle Empfänglichkeit, auf Belastungen überdurchschnittlich stark zu reagieren. Diese Verletzlichkeit kann durch genetische, organische, biochemische, psychische und soziale Faktoren bedingt sein.

### Zentralmotorische Koordinationsstörungen

Siehe → motorische Teilleistungsstörungen.

# Impressum

**Text:**

Hamburger Arbeitskreis ADS|ADHS  
Postfach 65 22 40, 22373 Hamburg

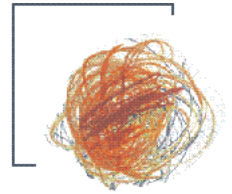
**Konzeption:**

Gianni & Meissner PR GmbH, Frankfurt

**Gestaltung:**

Polarlicht Mediengestaltung GmbH,  
Wiesbaden

**hamburger  
arbeitskreis**  
**ads | adhs**



mit freundlicher Unterstützung von  
Lilly Deutschland GmbH, Bad Homburg

*Lilly*

Antworten, auf die es ankommt.