

**Katrin Bauer**

# **Die Entwicklung von Kindern mit ADHS**

**Erscheinungsformen, Ursachen, Verlauf und  
biopsychosoziale Wechselwirkungen sowie  
soziale Risiko- und Protektivfaktoren**



Diplomica Verlag

**Bauer, Katrin: Die Entwicklung von Kindern mit ADHS: Erscheinungsformen, Ursachen, Verlauf und biopsychosoziale Wechselwirkungen sowie soziale Risiko- und Protektivfaktoren, Hamburg, Diplomica Verlag GmbH 2015**

Buch-ISBN: 978-3-8428-9395-5

PDF-eBook-ISBN: 978-3-8428-4395-0

Druck/Herstellung: Diplomica® Verlag GmbH, Hamburg, 2015

**Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

---

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Die Informationen in diesem Werk wurden mit Sorgfalt erarbeitet. Dennoch können Fehler nicht vollständig ausgeschlossen werden und die Diplomica Verlag GmbH, die Autoren oder Übersetzer übernehmen keine juristische Verantwortung oder irgendeine Haftung für evtl. verbliebene fehlerhafte Angaben und deren Folgen.

Alle Rechte vorbehalten

© Diplomica Verlag GmbH

Hermannstal 119k, 22119 Hamburg

<http://www.diplomica-verlag.de>, Hamburg 2015

Printed in Germany

## **Zusammenfassung**

ADHS ist eine genetisch prädisponierte Störung, auf deren Ausprägung biopsychosoziale Faktoren erheblichen Einfluss haben. Unbehandelte zieht diese Störung Begleiterscheinungen und Folgeerkrankungen nach sich, die gravierende Auswirkungen auf die psychische, soziale und berufliche Entwicklung des Betroffenen haben können. Zudem ist von einer manifesten ADHS regelmäßig auch das gesamte soziale Umfeld betroffen. Untersucht werden daher Wechselwirkungen zwischen biopsychosozialen Ursachen und Folgen die die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS beeinflussen.

Ferner werden ein Überblick über die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Kindern und Jugendlichen, das Erscheinungsbild, die Diagnostik, die Epidemiologie und die Ätiologie der Störung dargestellt. Es schließt sich eine Beschreibung des Verlaufs vom Kleinkind bis zum Erwachsenen an.

Abgeleitet werden Interventions- und Therapieempfehlungen. Dabei erweist sich eine früh einsetzende multimodale Therapie als sinnvoll. Die pharmakologische Komponente setzt an den biologischen Grundlagen der Störung an. Kontextbezogene verhaltenstherapeutische Maßnahmen tragen den psychosozialen Wechselwirkungen Rechnung.



# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b> .....	<b>5</b>
<b>2. Einführung in die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung</b> .....	<b>7</b>
2.1 Beschreibung der Störung.....	7
2.1.1 Symptombeschreibung und Klassifikation .....	7
2.1.2 Komorbidität und Besonderheiten .....	10
2.2 Diagnostik.....	13
2.3 Epidemiologie.....	15
2.4 Ätiologie .....	17
2.5 Wahrnehmung in der Öffentlichkeit .....	19
<b>3. Verlauf</b> .....	<b>25</b>
3.1 Kleinkindalter (bis ca. 3 Jahre) .....	25
3.2 Vorschulkinder (ca. 4-5 Jahre) .....	28
3.3 Grundschulalter (ca. 6-11 Jahre).....	30
3.4 Jugendalter und Adoleszenz (ca. 12-20 Jahre).....	32
3.5 Erwachsenenalter (ab 21 Jahre) .....	36
3.6 Schlussfolgerung aus dem Entwicklungsverlauf.....	39
<b>4. Biopsychosoziale Wechselwirkungen</b> .....	<b>42</b>
4.1 ADHS - Manifestation der Anlage-Umwelt-Debatte.....	42
4.2 Risiko- und Protektivfaktoren.....	45
4.3 Verflechtung biologischer Faktoren und Umweltbedingungen .....	46
4.4 Begleiterscheinungen und Folgeerkrankungen .....	47
4.5 Das Biopsychosoziale ADHS-Modell.....	48

<b>5. Wechselwirkungen zwischen Kind und sozialer Umwelt.....</b>	<b>51</b>
5.1 Das Kind mit ADHS im Kontext der Familie.....	51
5.1.1 Eltern .....	51
5.1.2 Geschwister.....	63
5.1.3 Weitere Personen im familiären Umfeld .....	66
5.2 Lehrer und Erzieher.....	67
5.2.1 Probleme der Kinder in der Schule.....	67
5.2.2 Lehrer-Kind-Interaktion.....	70
5.2.3 Eltern-Lehrer-Interaktion.....	72
5.2.4 Schulpolitische Aspekte.....	72
5.3 Gleichaltrige .....	74
5.4 Das Erleben des Kindes .....	78
<b>6. Multimodale Therapie.....</b>	<b>81</b>
6.1 Eltern-, Familien- und Lehrerberatung.....	84
6.2 Pharmakotherapie .....	85
6.3 Verhaltenstherapeutische Ansätze.....	88
6.3.1 Patientenzentrierte Verfahren.....	88
6.3.2 Eltern- und familienzentrierte Verfahren .....	90
6.3.3 Kindergarten- und schulzentrierte Interventionen.....	91
6.4 Weitere Maßnahmen und Ansätze .....	91
6.5 Multimodale Therapie vs. Pharmakotherapie .....	92
<b>7. Fazit .....</b>	<b>94</b>
<b>8. Literaturverzeichnis .....</b>	<b>100</b>
<b>9. Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>109</b>
<b>10. Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>110</b>

# 1. Einleitung

Über keine andere psychische Störung des Kinder- und Jugendalters wird in den Medien so häufig berichtet wie über die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). An ADHS macht sich Kritik an der Gesellschaft, dem Bildungssystem, der Familienförderung, den Eltern und Erziehungsstilen sowie der Medizin und der Pharmaindustrie fest. Mit Schlagzeilen wie "Modediagnose" und "Ritalinsoldaten" werden die Existenz dieser Störung wie auch eine der Therapiesäulen in Frage gestellt.

Solche populärwissenschaftlichen Berichte werden der komplexen Problematik der ADHS-Betroffenen und ihres sozialen Umfeldes nicht gerecht. Sie erleben Beeinträchtigungen in allen Lebensbereichen, die mit Leistungsanforderungen, aber auch sozialer Kompetenz und Anpassung verbunden sind. Soziale Isolation und Schulversagen sind häufige Folgen. Überforderte Eltern, ratlose Lehrer und nicht zuletzt die betroffenen Kinder benötigen wirkungsvolle Hilfsangebote, nicht übersteigertes und polarisierendes Medieninteresse.

Die Mehrdimensionalität der Störung wurde mir während meiner Tätigkeit in einer teilstationären Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie bewusst. Dies gab den Anstoß zum vorliegenden Buch. Ich lernte Mütter kennen, die am Verhalten ihrer Kinder zu verzweifeln schienen. Aus meiner Arbeit mit den Kindern, den Gesprächen mit Eltern und Therapeuten wurde mir der Einfluss der sozialen Umwelt auf die Probleme der Kinder und Jugendlichen deutlich. Auffällig waren auch die problematischen familiären Verhältnisse, in denen überdurchschnittlich viele dieser Kinder lebten.

Aus der Auseinandersetzung mit Ursachen, Zusammenhängen und Interventionen hat sich die Fragestellung der vorliegenden Untersuchung ergeben.

Welche Wechselwirkungen zwischen biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren beeinflussen die Entwicklung von Kindern mit ADHS? Welche Empfehlungen für Interventionen ergeben sich daraus?

Die Darstellung des Erscheinungsbildes, der Diagnostik, der Epidemiologie und der Ätiologie der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung führt in das Thema ein.

Den Schwerpunkt bildet die Frage nach den komplexen Wechselwirkungen. Die Grundlage für diese Betrachtungen bietet die Beschreibung des Verlaufs der Störung

in den Entwicklungsphasen vom Kleinkindalter bis zum frühen Erwachsenenalter. Es folgt die Darstellung der sich gegenseitig beeinflussenden biologischen und psychosozialen Komponenten der Störung. Mit der Ausführung der Beziehungen zwischen dem Kind und seiner sozialen Umwelt schließt dieser Teil.

Der nächste Abschnitt skizziert die multimodale Therapie und diskutiert ihre Wirksamkeit.

Die Erkenntnisse zu Genese, Verlauf, Wechselwirkungen und Therapiemöglichkeiten werden im Fazit zusammengefasst.

Einige ergänzende Anmerkungen:

ADHS ist eine chronische Störung, die bei vielen Betroffenen bis ins Erwachsenenalter persistiert, dennoch konzentriert sich diese Arbeit auf Kinder und Jugendliche.

Aufmerksamkeitsstörungen ohne Hyperaktivität lösen weniger auffälliges und störendes Verhalten aus und finden vermutlich deshalb weniger Beachtung in der Forschung und der Fachliteratur.

Es existieren verschiedene Bezeichnungen und Abkürzungen in der Fachliteratur und den Klassifikationssystemen, welche teilweise übereinstimmende Krankheitsbilder beschreiben, teilweise spezielle Ausprägungen bezeichnen. Aktuell sind neben der Bezeichnung ADHS (engl. ADHD – Attention Deficit/Hyperactivity Disorder) auch "Hyperkinetische Störung" und ADS (engl. ADD - Attention Deficit Disorder) verbreitet. Im Folgenden werden die Begriffe weitgehend synonym verwendet. Sollte vom Subtyp ohne Hyperaktivität (nach DSM-IV) dem so genannten "Träumerchen" die Rede sein, wird explizit darauf hinweisen.

Die Literatur zum Thema ADHS ist umfangreich, allerdings besteht sie zu einem Großteil aus Ratgebern für Eltern, Betroffene und Pädagogen. Die Fachliteratur fokussiert die biologischen Ursachen, die Beschreibung der Störung und Interventionsmöglichkeiten. Zu psychosozialen und biopsychosozialen Zusammenhängen existiert relativ wenig Fachliteratur und eine entsprechend dünnere Studienbasis. Ein Rückgriff auch auf älteres Material war daher stellenweise nicht zu vermeiden.

## **2. Einführung in die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung**

In diesem grundlegenden Teil wird beschrieben, wie sich ADHS äußert und wie es diagnostiziert wird. Ferner wird auf die Epidemiologie und die Ätiologie eingegangen.

### **2.1 Beschreibung der Störung**

Die Beschreibung der Störung gliedert sich in Symptombeschreibung und Klassifikation sowie Komorbidität und Besonderheiten. Die Klassifikationssysteme spiegeln die Tatsache wieder, dass es sich um eine der häufigsten Störungen im Kindes- und Jugendalter handelt, indem sie vorwiegend auf kindliche Verhaltensweisen fokussieren.

#### **2.1.1 Symptombeschreibung und Klassifikation**

Die Störung ist sowohl in der „Internationalen Klassifikation psychischer Störungen“ (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als auch im „Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen“ (DSM-IV) der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA) beschrieben. Da jedes Klassifikationssystem besondere und wichtige Schwerpunkte setzt, beziehe ich mich im Folgenden auf beide. In der Beschreibung der Einzel-Symptome stimmen sie weitgehend überein.

Die Leitsymptome einer Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (DSM-IV) bzw. einer hyperkinetischen Störung (ICD-10) sind Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität.

Häufig auftretende Anzeichen für **Unaufmerksamkeit**:

1. Ignorieren von Einzelheiten, Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten oder bei anderen Tätigkeiten
2. Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen längere Zeit aufrechtzuerhalten
3. Anschein, bei Ansprache oftmals nicht zuzuhören
4. Häufig nicht vollständig ausgeführte Anweisungen, Unfähigkeit Schularbeiten oder andere Pflichten zu beenden
5. Schwierigkeiten beim Organisieren von Aufgaben und Aktivitäten

6. Vermeidung von oder Abneigung gegen oder widerwillige Beschäftigung mit Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengungen erfordern (z.B. Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben)
7. Häufiger Verlust von Gegenständen, die für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt werden (z.B. Spielsachen, Hefte)
8. Leichte Ablenkung durch äußere Reize
9. Vergesslichkeit bei Alltagstätigkeiten

Bei **Hyperaktivität** treten folgende Symptome häufig auf:

1. Zappeln mit Händen oder Füßen, Herumrutschen auf dem Stuhl
2. Aufstehen in der Klasse oder in Situationen, in denen sitzen bleiben erwartet wird
3. Herumlaufen oder exzessives Klettern in unpassenden Situationen (bei Jugendlichen oder Erwachsenen oft auf subjektives Unruhegefühl beschränkt)
4. Schwierigkeiten, sich ruhig zu beschäftigen
5. Häufiges „auf Achse sein“ oder getriebenes Handeln (nur DSM-IV)
6. Anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivität, das durch die soziale Umgebung oder durch Aufforderungen nicht beeinflussbar ist (nur ICD-10)

Das Kernsymptom **Impulsivität** ist bestimmt durch folgende häufig auftretende Verhaltensweisen:

1. Häufiges vorschnelles Herausplatzen von Antworten
2. Nicht abwarten können (z.B. in Gruppensituationen oder beim Spielen)
3. Unterbrechung und Störung anderer (z.B. in Gesprächs- und Spielsituationen)
4. Übermäßiger Redefluss ohne angemessenes Reagieren auf soziale Beschränkungen (nach ICD-10; im DSM-IV unter Hyperaktivität)

(Saß, Wittchen, Zaudig & Houben 2003, S.62f.; Dilling, Mombour & Schmidt, Schulte-Markwort, 2004)

Eine ADHS bzw. eine hyperkinetische Störung kann nur diagnostiziert werden, wenn die Auffälligkeiten bereits vor dem siebten Lebensjahr begonnen haben sowie in einem Zeitraum von mindestens sechs Monaten in einem solchen Ausmaß auftreten,

dass sie zu einer Fehlanpassung führen und dem Entwicklungsstand des Kindes nicht entsprechen. Zudem müssen aktuelle Schwierigkeiten in zwei oder mehr Lebensbereichen auftreten, die klinisch bedeutsame Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsbereichen bedingen (Saß et al., 2003).

Ein Unterschied zwischen den beiden Klassifikationssystemen besteht in der unterschiedlichen Kombination und Bezeichnung der diagnostischen Hauptkriterien (s. auch Abb. 1).

Das **DSM-IV** spezifiziert folgende Subtypen (Saß et al., 2003):

- Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Mischtypus
- Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, vorwiegend unaufmerksamer Typus
- Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typus

Die **ICD-10** unterscheidet folgende Störungsbilder (Dilling et al., 2004):

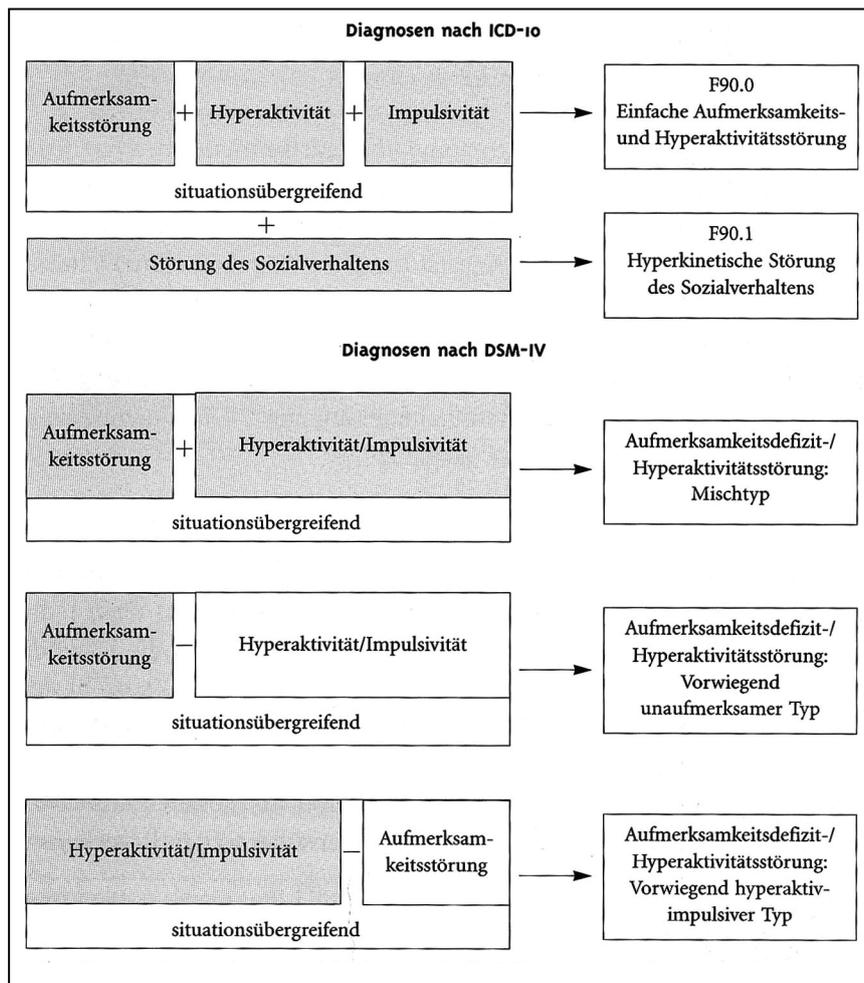
- Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0)
- Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1)
- Sonstige hyperkinetische Störungen (F90.8)
- Nicht näher bezeichnete hyperkinetische Störung (F90.9)

Die Diagnose "Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens" ist zu stellen, wenn die Merkmale einer Hyperaktivität und der Störung des Sozialverhaltens (u.a. dissoziales, aufsässiges oder aggressives Verhalten) vorhanden sind.

Die ICD-10 berücksichtigt bislang nicht explizit Kinder, die nur Symptome von Überaktivität und Impulsivität bzw. nur Aufmerksamkeitsprobleme zeigen. Diese Kinder zeigen meist noch andere Symptome (z.B. Störungen des Sozialverhaltens) und werden dann in den entsprechenden Kategorien klassifiziert (Dilling et al., 2004). Dies weist auf eine Unterschätzung der Prävalenz bei Verwendung der ICD-10-Kriterien hin.

Die abweichenden Subgruppenbildungen beider Klassifikationssysteme sorgen für kontroverse Diskussionen. Christine Desman und Franz Petermann (2005) unter-

suchten in einer Überblicksarbeit die Validität der Subtypen beider Klassifikationssysteme und kamen zu dem Schluss, dass ein vorwiegend unaufmerksamer Typus durchaus differenziert werden sollte, eventuell sogar eine eigenständige Störung darstellt. Den Autoren zufolge besteht ein Defizit beider Klassifikationssysteme in der Beschränkung auf die Verhaltensebene, insbesondere die Ergänzung um neurobiologische und neuropsychologische Aspekte wird befürwortet.



**Abb. 1:** Kriterien für die Diagnose einer hyperkinetischen Störung nach ICD-10 und einer Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung nach DSM-IV (Döpfner, Schürmann & Fröhlich, 2002, S. 16)

## 2.1.2 Komorbidität und Besonderheiten

Die hohen Komorbiditätsraten und die zahlreichen Sekundärkomplikationen (s. auch Kapitel 4.4) begründen einen großen Teil der klinischen Heterogenität. Schätzungsweise 2/3 der Kinder mit gesicherter Diagnose leiden unter mindestens einer weiteren Störung (Döpfner, Fröhlich & Lehmkuhl, 2000).