

**A**DHS – eine Abkürzung, die vielen heutzutage sehr schnell über die Lippen geht und auch das Mammutwort „Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom“ ist längst kein Zungenbrecher mehr. Im Rahmen unserer Kinderarzt-Serie in Zusammenarbeit mit dem Klinikum Coburg schreibt diesmal der Diplom-Mediziner Ralf-Peter Röder vom Sozialpädiatrischen Zentrum Coburg über dieses weitverbreitete Syndrom.



Heinrich Hoffmann, der Vater des „Zappelphilipp“ war ein sehr kommunikativer junger Arzt, der mit dem Maler Heinrich von Rustige befreundet war. Der malte im Jahr 1844 das Bild „Unterbrochene Mahlzeit“ (siehe unten), das Hoffmann wenig später seinem Zappelphilipp zugrunde legte. Die Geschichte und fünf weitere veröffentlichte Hoffmann 1945 im „Struwwelpeter“. Er schrieb und zeichnete ihn ursprünglich als Weihnachtsgeschenk für seinen dreijährigen Sohn.

#### Von Dipl.-Med. Ralf-Peter Röder\*

**G**ustav war schon im Mutterleib ein „unruhiger Geist“. Heftige und reichliche Kindsbewegungen ließen die Eltern auf einen agilen Sprossling hoffen. Leider setzte sich seine Unruhe in der Säuglingszeit fort. Er war schwer zu wickeln, schrie viel, war leicht erregbar, schien im Gegensatz zu den Eltern nur wenig Schlaf zu brauchen.

Gustav blieb auch als Kleinkind unruhig, konnte nicht ausdauernd spielen, ständig fiel ihm etwas Neues ein. Anstrengend waren auch seine heftigen Trotzanfälle. „Nein“ wurde zu seinem Lieblingswort. Im Spiel mit anderen Kindern war er schnell „Spielverderber“ oder „Störenfried“. Den Eltern warf man vor, ihr Kind nicht erziehen zu können. Mit bangen Gefühlen sah man dem Kindergarten entgegen, wo Gustav dann auch als „hyperaktives Kind“ zum „schwarzen Schaf“ der Gruppe wurde.

Felix Eltern hatten da etwas mehr Glück. Der Junge schlief viel als Säugling, war eher sehr ruhig und „unproblematisch“. Doch mit dem Erlernen des Krabbelns und später des Laufens wurde Felix zum „Hans-Dampf-in-allem-Gassen“. Er benötigte viel Beaufsichtigung, war durch seine charmante und freundliche Art aber immer beliebt. Im Kindergarten wurde seine starke Lebhaftigkeit und Zappeligkeit mit „ist eben ein Junge“ gewertet. Seine Hilfsbereitschaft und seine kreativen Einfälle bescherten ihm viele Freunde. Problematisch wurde es erst nach dem Schuleintritt.

Felix störte den Unterricht durch seine Zappeligkeit. Er rief Antworten sofort heraus, ohne sich zu melden. Schulranzen und Arbeitsplatz waren ein „Chaos“, seine Schrift sehr schlecht. Schnell hatte er seine schriftlichen Arbeiten erledigt, allerdings mit massiven „Flüchtigkeitsfehlern“. Obwohl er über eine rasche Auffassungsgabe verfügte,

gelangen ihm keine befriedigenden Lernerfolge. Die Schule machte ihm keinen Spaß mehr.

Natalie, ein etwas schüchternes und eher ruhiges Mädchen, wurde von ihren Eltern „Träumchen“ genannt. Sie war in ihrem Spiel oft sehr vertieft, mit ihren Gedanken bei Anforderungen „woanders“, brauchte wiederholte und direkte Aufforderungen.

Während die anderen Kinder im Kindergarten ihr Bastelergebnis schon stolz vorzeigten, hatte Natalie gerade

keitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS). Charakteristisch ist für die ADHS das situationsübergreifende Auftreten der Verhaltensprobleme (also sowohl zu Hause als auch im Kindergarten/ in der Schule) und der Beginn vor dem 6. Lebensjahr.

Sicher ist nicht jede kindliche Lebhaftigkeit gleichzusetzen mit Hyperaktivität, oder ungestümes Verhalten mit Impulsivität. Auch ist nicht jedes kindliche Desinteresse identisch mit einer Aufmerksamkeitsstörung. Allerdings

dingung, bevor mit einer entsprechenden Therapie begonnen werden kann. Ergibt sich nämlich innerhalb dieser Diagnostik eine oder mehrere der o.g. Ursachen als „Auslöser“ der ADHS-Symptome, so sind verständlicherweise diese Ursachen primär zu behandeln (z.B. durch Ergotherapie, Logopädie, pädagogische und sonderpädagogische Maßnahmen, Familientherapie, Erziehungsberatung, Psychotherapie). Nun kann man aber auch ein „reines ADHS“ nicht durch einen einfachen „Test“ fest-

# ADHS ...

## und wie man es erkennt



mit dem Ausschneiden begonnen. Ihre „Langsamkeit und Verträumtheit“ führten in der Schule dann zu Problemen. Sie wurde mit den Aufgaben nicht fertig, machte viele Fehler. Eine schulpädagogische Untersuchung konnte die vermutete Lernbehinderung nicht bestätigen. Natalie war ein gut durchschnittlich begabtes Kind. Was war nur los?

Etwa drei bis sieben Prozent aller Kinder und Jugendlichen zeigen ein ähnliches Verhalten wie Gustav, Felix und Natalie. Starke motorische Unruhe (nur wenig von außen beeinflussbar), massive Impulsivität (Handeln ohne Bedenken der Folgen) und Aufmerksamkeitsstörungen (vor allem bei nicht so interessanten und eher etwas langweiligen Beschäftigungen) bilden die Kernsymptome einer Entwicklungsstörung mit dem Namen Aufmerksam-

führen die Verhaltensprobleme, wenn sie sehr deutlich ausgeprägt sind, über einen längeren Zeitraum bestehen und situationsübergreifend auftreten, fast immer zu Entwicklungsinschränkungen einmal für das Kind und zum anderen zu Störungen des Umfeldes (Familie, Kindergarten, etc.). Dabei können die drei Kernsymptome des ADHS unterschiedlich stark betroffen sein.

Zum Beispiel haben Jungen häufiger als Mädchen eine kombinierte Störung. So können sie „nur“ hyperaktiv und impulsiv sein bei ansonsten nur wenig beeinträchtigter Aufmerksamkeitsleistung. Bei den Mädchen kommt dafür der rein unaufmerksame Typ („das Träumchen“) verstärkt vor. Viele dieser Kinder (etwa 50 bis 70 Prozent) haben noch begleitende andere Entwicklungsstörungen wie Störungen des Sozialverhaltens (siehe Gustav), emotionale Störungen, Angst- oder Lernstörungen (Lese- und Rechtschreibschwäche). Auch gibt es bei den Kindern mit ADHS vermehrt Tic- und Zwangsstörungen. Der Leidensdruck für diese Kinder, aber auch für die Eltern und Geschwister, ist groß.

Kompliziert wird die Diagnosefindung ADHS durch den Umstand, dass auch andere Entwicklungsstörungen, sogenannte Teilleistungsstörungen wie z.B. Entwicklungsstörungen der Motorik, der visuellen und auditiven Wahrnehmung, der Sprache und des Sprachverstehens sowie frühe Lernstörungen zu gleichen Symptomen wie beim ADHS führen können. Auch Kinder, die schulisch überfordert sind (in seltenen Fällen auch unterfordert sein können), reagieren mit Unruhe und Aufmerksamkeitsproblemen, verständlicherweise vermehrt im schulischen Kontext.

Und nicht zuletzt zeigen auch Kinder mit Belastungsfaktoren aus dem familiären Umfeld (schwerwiegende oder psychische Erkrankung eines Elternteils, Streitbeziehung auf der Elternebene oder Trennung, mangelhafte Strukturgebung und Steuerung in der Erziehung, hoher Fernsehkonsum) unruhiges, impulsiv-grenzenloses und aufmerksamkeitsgestörtes Verhalten. Zudem können auch emotionale Entwicklungsstörungen wie z.B. Depressionen (die es auch schon bei Kindern gibt), Angststörungen und Bindungsstörungen zu Symptomen eines ADHS führen. Eine „saubere Diagnostik“, die nicht im „Schnellschussverfahren“ erfolgen kann, ist damit wesentliche Be-

stellen. Die Diagnosestellung stützt sich im Wesentlichen auf die ausführliche Erhebung der Vorgeschichte, der so genannten Anamnese.

Bei der Anamneseerhebung erkundigt sich der Kinderarzt nach dem Verhalten, den zwischenmenschlichen Bindungen und den Fertigkeiten des Kindes, vom Zeitraum kurz nach der Geburt bis hin zum momentanen Stand. Weiterhin wird die Anamnese ergänzt durch Angaben aus Schule und Kindergarten. Danach schließt als sehr wichtiger Bestandteil der Erstuntersuchung die entwicklungsneurologische Untersuchung an. Im Rahmen der weiteren Abklärung spielt die psychologische Diagnostik eine entscheidende Rolle. Nicht selten wird die Diagnostik erweitert mit Zuhilfenahme von anderen Berufsgruppen: Ergotherapie, Logopädie, Krankengymnastik. Manchmal ist bei der Beurteilung, ob ein ADHS vorliegt, auch eine Videoaufnahme des Kindes, welche das Verhalten des Kindes in verschiedenen Situationen zeigt, sehr nützlich. Aus diesen „Puzzlesteinen“ ergibt sich für den Arzt ein Gesamtbild, welches er mit all seiner Fachkenntnis und Erfahrung bewerten muss.

**W**elche Hilfestellung es gibt, welche Therapien möglich sind und wann eine medikamentöse Behandlung wichtig wird, lesen Sie am nächsten Donnerstag (2. Juni) auf unserer Familienseite.



\*Dipl.-Med. Ralf-Peter Röder ist Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin im Sozialpädiatrischen Zentrum Coburg, Bahnhofstraße 21-23, Tel.: 09561 / 82 68 0.