

# **Was bedeutet ADS wirklich?**

**Beitrag von „Unlucky“ vom 16. Oktober 2008 21:30**

Synonyme Begriffe für die Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung sind ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom) oder hyperkinetische Störung. Die Störung ist gekennzeichnet durch eine anlagebedingte, situationsübergreifende, extreme motorische Unruhe und Getriebenheit sowie Störung der Aufmerksamkeit und Impulskontrolle. Die ICD-10 unterscheidet eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0) von einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens (F90.1). Kennzeichnend ist, dass die Symptome situationsübergreifend (z. B. in der Schule, im Freundeskreis und in der Familie) auftreten, während der ersten fünf Lebensjahre begonnen haben und zeitlich überdauernd sind. Dabei zeigt sich bei ca. einem Drittel bis zu der Hälfte der Betroffenen eine Persistenz bis ins Erwachsenenalter.

## Epidemiologie

Die Prävalenz des ADHS liegt bei 3 - 5% im Kindesalter. Dabei sind Jungen etwa 3 - 8-mal häufiger betroffen als Mädchen.

## Ätiologie

Die Vorstellung, dass das hyperkinetische Syndrom immer auf einer „minimalen zerebralen Dysfunktion“ (MCD) oder sonstigen Hirnfunktionsstörungen ohne eindeutiges neuropathologischen Korrelat basiert, hat sich nicht bestätigt. Die Genese des hyperkinetischen Syndroms ist als multikausal anzusehen. Dabei spielen genetische, aber auch weitere neurobiologische Erklärungsansätze eine wichtige Rolle. Für die Annahme genetischer Wirkfaktoren sprechen die Ergebnisse von Familien- und Zwillingsstudien sowie z. B. auch das deutliche Überwiegen des männlichen Geschlechts. Neuroanatomische und neurophysiologische Auffälligkeiten finden sich im Bereich des Frontalhirns und der Basalganglien. Die Wirksamkeit einer Behandlung mit Psychostimulanzien hat unterschiedliche neurochemische Hypothesen nahe gelegt. Gegenwärtig sprechen Befunde für eine Dysregulation der Konzentrations- oder Aktivierungsverhältnisse verschiedener Neurotransmittersysteme. Weitere Erklärungsansätze sind perinatale Intoxikationen (z. B. mit Blei, aber auch mit Alkohol und besonders mit Nikotin). Gerade Adoptionsstudien haben aufgezeigt, dass Erziehung und Umwelt die Ausprägung der Symptomatik und den

page 377

page 378

Verlauf beeinflussen, jedoch nicht als kausal für das Störungsbild anzusehen sind.

## Symptomatik

Die Symptomatik wird bestimmt durch die Symptomtrias:

Hyperaktivität

## Aufmerksamkeitsstörung

### Impulsivität.

Die Hyperaktivität zeigt sich in einer exzessiven Ruhelosigkeit mit Herumlaufen, Nicht-Sitzenkönnen, ständigem Reden und Lärmen, einer ziellosen Aktivität mit häufigem Wackeln oder Zappeln. Die Aufmerksamkeitsstörung zeigt sich darin, dass Tätigkeiten vorzeitig abgebrochen werden, es kommt zum häufigen abrupten Wechsel von Aktivitäten bei geringer Konzentrationsfähigkeit, hochgradiger Ablenkbarkeit und geringer Ausdauer. Die erhöhte Impulsivität äußert sich in einer mangelnden Impulskontrolle, besonders im Handlungsstil, und einer niedrigen Frustrationstoleranz. Schon im Säuglingsalter kann man bei 60% der später betroffenen Kinder eine ausgeprägte Unruhe und leichte Irritierbarkeit beobachten. Im Kleinkindalter fällt bei den Kindern zusätzlich eine deutliche „Gefahrenblindheit“ auf, und es kommt zu gehäuften Verletzungen und Gefährdungen, auch im Straßenverkehr. Aufgrund der Symptomatik kommt es im Schulalter zu Konflikten mit Mitschülern und Lehrern und es kann sich sekundär zusätzlich eine Störung im Sozialverhalten entwickeln. Im Jugendalter gehen die Symptome der motorischen Unruhe meistens zurück, die erhöhte Impulsivität und die verminderte Aufmerksamkeit bleiben jedoch häufig bestehen und die Jugendlichen haben ein erhöhtes Risiko, z. B. Drogen zu konsumieren, Verkehrsunfälle zu verursachen oder eine dissoziale Entwicklung zu nehmen.

### Diagnostik

Die Diagnose wird gesichert durch eine sorgfältige Anamneseerhebung, die körperliche neurologische Untersuchung, durch die Ableitung eines EEG, den Laborstatus und neuropsychologische Testverfahren. Bewährt haben sich auch in der Diagnostik standardisierte Symptomskalen wie z. B. die Conners Rating Scales.

Differentialdiagnostisch müssen Störungen des Sozialverhaltens, Intelligenzminderungen, hirnorganische Psychosyndrome, Seh-Hör-Störungen und epileptische Psychosyndrome ausgeschlossen werden.

Komorbid finden sich häufig Ticstörungen, Störungen des Sozialverhaltens, Lese-Rechtschreib-Störungen, Angststörungen und Sprech- und Sprachstörungen.

### Therapie

Therapeutisch bedarf es einer mehrdimensionalen Therapie, die auf der Beratung des Kindes und der Bezugspersonen fußt. Des Weiteren kommen psychotherapeutische, vor allem verhaltenstherapeutische Maßnahmen sowie eine spezifische Pädagogik und eine Pharmakotherapie mit Psychostimulanzien zum Einsatz.

In der Psychotherapie haben sich bei Kindern verhaltenstherapeutische Programme wie Kontingenzprogramme, Selbstinstruktionstrainings und Selbstmanagementverfahren bewährt. Dabei lernt das Kind problematisches Verhalten zu erkennen und sein Spiel- und Arbeitsverhalten zu modifizieren. Eltern- und familienzentrierte Verfahren wie z. B. das Elterentraining zielen auf eine Reduktion problematischer Verhaltensweisen in der Familie und auf eine Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktion ab.