

Das Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) aus Sicht der Erziehungsberatungsstelle



Unser Selbstverständnis zu einem umstrittenen Thema

Hinweis

Dieser Überblick richtet sich eher an Fachkräfte. Er wurde von den beiden Hagener Erziehungsberatungsstellen (ZeitRaum - Erziehungs-, Familien- und Lebensberatung der Ev. und Kath. Kirche und Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche der Stadt Hagen) im Rahmen einer stellenübergreifenden Arbeitsgruppe entwickelt. Wir wollen darin unsere gemeinsame Haltung zum Thema ADHS verdeutlichen.

Dennoch haben wir uns entschieden, den Text an dieser Stelle der Allgemeinheit zur Verfügung zu stellen. Für ratsuchende Eltern, die sich über dieses Thema bereits umfangreich informiert haben, bietet er vielleicht eine zusätzliche Orientierung. Sie erfahren, welche Haltung wir zu ADHS einnehmen und wie wir damit umgehen.

Im Zweifel scheuen Sie bitte nicht, uns zu fragen oder melden Sie sich einfach an. Sie können dann mit Ihrem/Ihrer Berater/in über alle Fragen sprechen.

Inhalt

1. Einleitung / Präambel
2. Diagnostik von ADHS
 - 2.1. Exploration der Leitsymptome
 - 2.1.1. Wer wird in die Exploration einbezogen?
 - 2.1.2. Ziele
 - 2.1.3. Methoden
 - 2.2. Weitergehende Diagnostik
 - 2.2.1. Wer wird in die Exploration einbezogen?
 - 2.2.2. Ziele
 - 2.2.3. Methoden
 - 2.3. Zusammenfassung
3. Behandlungs- / Interventionsmöglichkeiten von ADHS

1. Einleitung / Präambel

In der alltäglichen Praxis werden uns häufig Kinder vorgestellt mit der Fragestellung: "Ist unser Kind hyperaktiv, hat es eine Aufmerksamkeitsstörung?", bzw. mit der festgeschriebenen Diagnose "Unser Kind hat...."

International werden für eine solche Störung die Begrifflichkeiten:

HKS – **H**yper**k**inetische **S**törung

ADHS – **A**ufmerksamkeits-**D**efizit-**H**yperaktivitäts-**S**yndrom

ADD – **A**ttention-**D**eficit-**D**isorder und
ADS – **A**ufmerksamkeits-**D**efizit-**S**yndrom

nebeneinander benutzt, was in Fachkreisen sowie in den betroffenen Familien zur allgemeinen Irritation beiträgt. In diesem Text werden wir den Begriff **ADHS** verwenden, da dies die aktuell gebräuchlichste Bezeichnung ist.

Wir beziehen uns bei den folgenden Überlegungen auf die **Leitlinien** der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapieⁱ. Diese wiederum orientieren sich an den beiden diagnostischen Systemen DSM-IVⁱⁱ und ICD-10ⁱⁱⁱ. Die Leitlinien stellen unseres Erachtens ein umfassendes und nützliches Instrument zur Diagnostik und Behandlung von ADHS dar.

In unterschiedlichen Fachkreisen werden zwar verschiedene Hypothesen über die Entstehung von ADHS diskutiert. Es besteht aber eine breite Übereinstimmung darin, dass bisher

- 1. niemand die Ursachen von ADHS mit Sicherheit kennt**
- 2. niemand das Vorliegen von ADHS im Einzelfall objektiv nachweisen kann.**

Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie - wie auch das ICD-10 und das DSM-IV - tragen diesen Tatsachen Rechnung, indem sie darauf verzichten, Ursachen oder Entstehungszusammenhänge der beschriebenen Symptome zu benennen.

Wir teilen diese Haltung.

Die Diagnose von ADHS ist also in hohem Maße ein subjektives „klinisches Urteil“ bzw. eine Diagnose, die durch einen sozialen Abstimmungsprozess hergestellt wird. Die Einschätzungen des Kindes/Jugendlichen, der Eltern, Lehrer/innen/Erzieher/innen sowie des/der Berater/in fließen darin ein.

Gerade deshalb ist es notwendig, sich über Diagnosekriterien zu verständigen. Wir gehen in Bezug auf ADHS von den folgenden Grundlagen aus:

1. Die so genannten **Leitsymptome** von ADHS sind:
 - Unaufmerksamkeit (Aufmerksamkeitsstörung, Ablenkbarkeit)
 - Überaktivität (Hyperaktivität und motorische Unruhe)
 - Impulsivität.
2. Die **Diagnose** ADHS wird dann gestellt, wenn diese Leitsymptome:
 - situationsübergreifend in mehr als nur einem Lebensbereich auftreten
 - mindestens sechs Monate in einem Ausmaß vorhanden sind, „das zu einer Fehlanpassung führt und das dem Entwicklungsstand nicht angemessen ist“^{iv}
 - bereits vor dem Alter von sechs Jahren aufgetreten sind und
 - nicht durch andere psychische Störungen (z.B. affektive Störungen, Angstneurosen) oder körperliche Erkrankungen (z.B. Seh- und Hörstörungen, Epilepsie) erklärt werden können.

Wir betrachten es als unsere Aufgabe als psychologische, pädagogische und psychotherapeutische Fachkräfte in der Erziehungsberatungsstelle, Hilfe suchenden Familien unser spezifisches Angebot deutlich zu machen.

Dies besteht

1. in einer umfassenden, sorgfältigen und differenzierten Diagnostik sowie
2. in einem aus den diagnostischen Ergebnissen abgeleiteten Behandlungsplan mit den entsprechenden therapeutischen Interventionen.

Auf beide Bereiche wollen wir im folgenden näher eingehen.

2. Diagnostik von ADHS

Die folgenden Ausführungen über Diagnostik sollen eine **Orientierung** für die **spezifische** Diagnostik von ADHS geben.

Sie sind weder als Ablaufplan noch als diagnostisches Raster gedacht.

Das tatsächliche diagnostische Vorgehen orientiert sich am konkreten Einzelfall. Nicht jeder genannte Punkt muss bei jedem Fall durchgeführt werden (Ausnahme s. 2.1).

Die Ausführungen stellen **keinen** Leitfaden für ein **generelles** diagnostisches Vorgehen bei Kindern und Jugendlichen dar.

2.1 Exploration der Leitsymptome

Die Exploration der Leitsymptome wird von uns als **notwendiger** Bestandteil der Diagnostik von ADHS angesehen.

2.1.1 Wer wird in die Exploration einbezogen?

Achtung:

Wir sind an die Schweigepflicht gebunden. Wir werden nur dann mit z.B. der Schule sprechen, wenn Sie als Eltern damit einverstanden sind. Darüber sprechen wir immer vorher mit Ihnen.

- Eltern
- Kindergarten / Schule
- Kind / Jugendliche/r

2.1.2 Ziele

Das Ziel ist es, folgendes zu klären bzw. zu überprüfen:

- Auftreten der Leitsymptome
 - *Unaufmerksamkeit* (Aufmerksamkeitsstörung, Ablenkbarkeit)
 - *Überaktivität* (Hyperaktivität, motorische Unruhe) und
 - *Impulsivität*
- Häufigkeit, Intensität und situative Variabilität der Symptomatik. Kriterien:

- Leitsymptome treten in einem für den Entwicklungsstand abnormen Ausmaß auf
- Leitsymptome treten in mindestens zwei Lebensbereichen/Situationen (z.B. in der Schule, in der Familie, in der Untersuchungssituation) konstant auf
- Störungsspezifische anamnestische Fragen
 - Beginn der Leitsymptome muss vor dem Alter von 6 Jahren liegen
 - Verlauf der Symptomatik (konstant, fluktuierend, Beeinflussung durch andere Belastungen)

2.1.3 Methoden

- Offene oder teilstrukturierte Interviews
- Strukturierte Verfahren / Checklisten
- Verhaltensbeobachtung des Kindes/Jugendlichen während der Exploration sowie während körperlicher und psychologischer Untersuchungen hinsichtlich des Auftretens hyperkinetischer Symptomatik (diese müssen jedoch nicht unbedingt beobachtbar sein)

2.2 Weitergehende Diagnostik

2.2.1 Wer wird in die Exploration einbezogen?

Achtung:

Wir sind an die Schweigepflicht gebunden. Wir werden nur dann mit z.B. der Schule sprechen, wenn Sie als Eltern damit einverstanden sind. Darüber sprechen wir immer vorher mit Ihnen.

- Wie 2.1.1
- Gegebenenfalls Hausarzt / Kinderärztin
- Gegebenenfalls andere Dienste / Behandler (z.B. Jugendamt, Heime, Psychiatrie)

2.2.2 Ziele

- Abklärung von individuellen, familiären und psychosozialen Bedingungsfaktoren (z.B. besondere Belastungen, Traumata und Konfliktmuster - aber auch Ressourcen)^v
- Differentialdiagnostik sowie Abklärung von Komorbidität und Begleitstörungen
- Klärung bzw. Ausschluss ursächlicher oder begleitender körperlicher Erkrankungen

2.2.3 Methoden

- Ausführliche Familienanamnese und Darstellung der lebensgeschichtlichen Entwicklung des Kindes

- Spezifische Diagnostik des Kindes (Verhaltensbeobachtung, Exploration, psychologische Untersuchung, bei Schulkindern: mindestens orientierende Intelligenzdiagnostik)
- Diagnostik des Familiensystems (z.B. diagnostisches Familiengespräch, Skulptur, Familiensystemtest)
- Erweiterte systemische Diagnostik (z.B. Verhaltensbeobachtung in Kindergarten oder Schule.)
- Medizinische Diagnostik (mindestens: orientierende internistische und neurologische Untersuchung; gegebenenfalls z.B. Hör- / Sehtest, EEG, intensive neurologische Untersuchung)

Wir haben einen detaillierten Ablaufplan des diagnostischen Vorgehens (einschließlich möglicher Materialien) zusammengestellt.

2.3 Zusammenfassung und Bewertung der Ergebnisse

Dieser Schritt bildet den Abschluss der diagnostischen Phase

Behandlungs- / Interventionsmöglichkeiten von ADHS

Nach ausführlicher und differenzierter Diagnostik stehen folgende Behandlungs- und Interventionsmöglichkeiten zur Verfügung:

- **Ambulante Therapie**
- **Stationäre/teilstationäre Behandlung**
 - bei sehr schwerer Symptomatik
 - bei schweren komorbiden Störungen (z. B. soziale Auffälligkeiten)
 - bei mangelnden Ressourcen bzw. sehr ungünstigen Bedingungen in der Familie und den fördernden pädagogischen Einrichtungen

Therapie (sowohl stationär als auch ambulant) sollte in der Regel eine **multimodale** Therapie sein, die unterschiedliche Vorgehensweisen gleichzeitig berücksichtigt und aufeinander abstimmt.

Bausteine dieser multimodalen Therapie sind:

- **Aufklärung** der Eltern und der sozialen Institution, in dem sich das Kind befindet (z. B. Kindergarten und Schule)
- **Elternt raining und Intervention in der Familie** (bis hin zur Familientherapie).
Ziele:
 - Erhöhung der Kompetenz der Familie im Umgang mit dem Kind
 - Verminderung der Symptomatik in der Familie
- **Interventionen in Kindergärten und Schulen** zur Verminderung der Symptomatik im Bereich der sozialen Institutionen
- **Therapie des Kindes/des Jugendlichen** (ab Schulalter) zur Verminderung der Symptomatik.

- Erhöhung von Selbststeuerung, Selbstinstruktionstraining
- gegebenenfalls Behandlung der komorbiden Störungen
- gegebenenfalls psychomotorische Übungsbehandlung, sensorisches Integrationstraining, Ergotherapie

- **Pharmakotherapie**

Die Behandlung mit Medikamenten (z.B. Ritalin) sollte nicht als primäre Therapieform gewählt werden. Sie ist nur unter folgenden Voraussetzungen sinnvoll und zu empfehlen:

- Bei einer krisenhaften Zuspitzung der Symptomatik, so dass weit reichende negative Konsequenzen für das Kind/den Jugendlichen zu erwarten sind (z. B. Schulverweis).
- Bei schwerwiegender Symptomatik, wenn andere Behandlungsformen (s.o.) nicht erfolgreich waren.

© ADHS-Arbeitsgruppe der Hagener Erziehungsberatungsstellen:

Hannes Hoferichter, Josef Schlänger (ZeitRaum - Erziehungs-, Familien- und Lebensberatung der Ev. und Kath. Kirche)

Iris Timmerbeul-Tappert, Klaus Beyerle (Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche der Stadt Hagen)

Stand: August 2003

Redaktionelle Überarbeitungen: August 2005

ⁱ Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaft, AWMF, - Leitlinienregister Nr. 028/019 Entwicklungsstufe: 1

ⁱⁱ Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV, American Psychiatric Association, Washington, DC, 1994

ⁱⁱⁱ Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F), H. Dillich u.a., Verlag Hans Huber, 2. Auflage

^{iv} Döpfner, Frölich, Lehmkuhl: Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Band 1: Hyperkinetische Störungen, Hogrefe 2000

^v Dazu gehören auch Störungskonzepte, Therapieerwartungen sowie die Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit seitens des Kindes/Jugendlichen, der Eltern und der Erzieher/innen bzw. Lehrer/innen.