


*Impulsivität  und ständige Unruhe   
"AD(H)S - Update" für Eltern*



**Reinhard Semmerling**  
Leitender Diplompsychologe  
DRK Kinderklinik Siegen

*Die Lebensqualität für Kinder verbessern.  
Das ist unser Auftrag.*

**Auf die Frage „Was gibt's  
Neues?“**

*.....antwortete ein Schelm:*

*„Ist denn das Alte schon bekannt?“*

# *Wir beschäftigen uns heute mit Beidem*

- Das „Alte“, Bekannte?
- Wie viele Kinder „haben“ ADHS?
- Woran erkennt man das Problem?
- Welche Therapien sind notwendig?
- Was ist besonders wichtig für die Eltern?
- ...und das vielleicht „Neue“
- Hirnstoffwechsel bei ADHS
- Bindungstheorie
- Diagnostik
- Was sind wirksame Therapiemethoden?
- Psychopharmaka

# *Ganz alte Bekannte?*

- Vortrag vom Referenten des heutigen Nachmittags zum Thema „*MCD*“, „*MBD*“, „*POS*“, etc.
- Datum: mutmaßlich *Anfang der Achtziger* des vorigen Jahrhunderts
- Da niemand genau wusste, was gemeint ist, diente Diagnose als beliebtes Etikett, als „Reste – Eintopf“ für so genannte unklare Fälle
- Hat sich das geändert? Antwort am Schluss des Vortrages?!

# Die Fakten...

- Etwa 3-5% (300.000 – 500.000) Kinder und Jugendliche sind von ADHS betroffen, Jungen 2 bis 9-mal häufiger als Mädchen
  - *Erwachsene: 1,3% – 4,7%*
  - Kernsymptome:
    - Unaufmerksamkeit
    - Hyperaktivität
    - Impulsivität
- Psychosoziale Beeinträchtigung  
in Schule und Familie
- ADHS hat nicht zugenommen, wird allerdings gesamtgesellschaftlich deutlicher wahrgenommen
  - Situations-übergreifend
    - Kiga, Schule, Familie, Freizeit
  - Nicht durch Alter und Entwicklungsstand erklärbar
  - Schon im Vorschulalter beobachtbar
  - Dauer länger als 6 Monate

# Begriffsbestimmungen



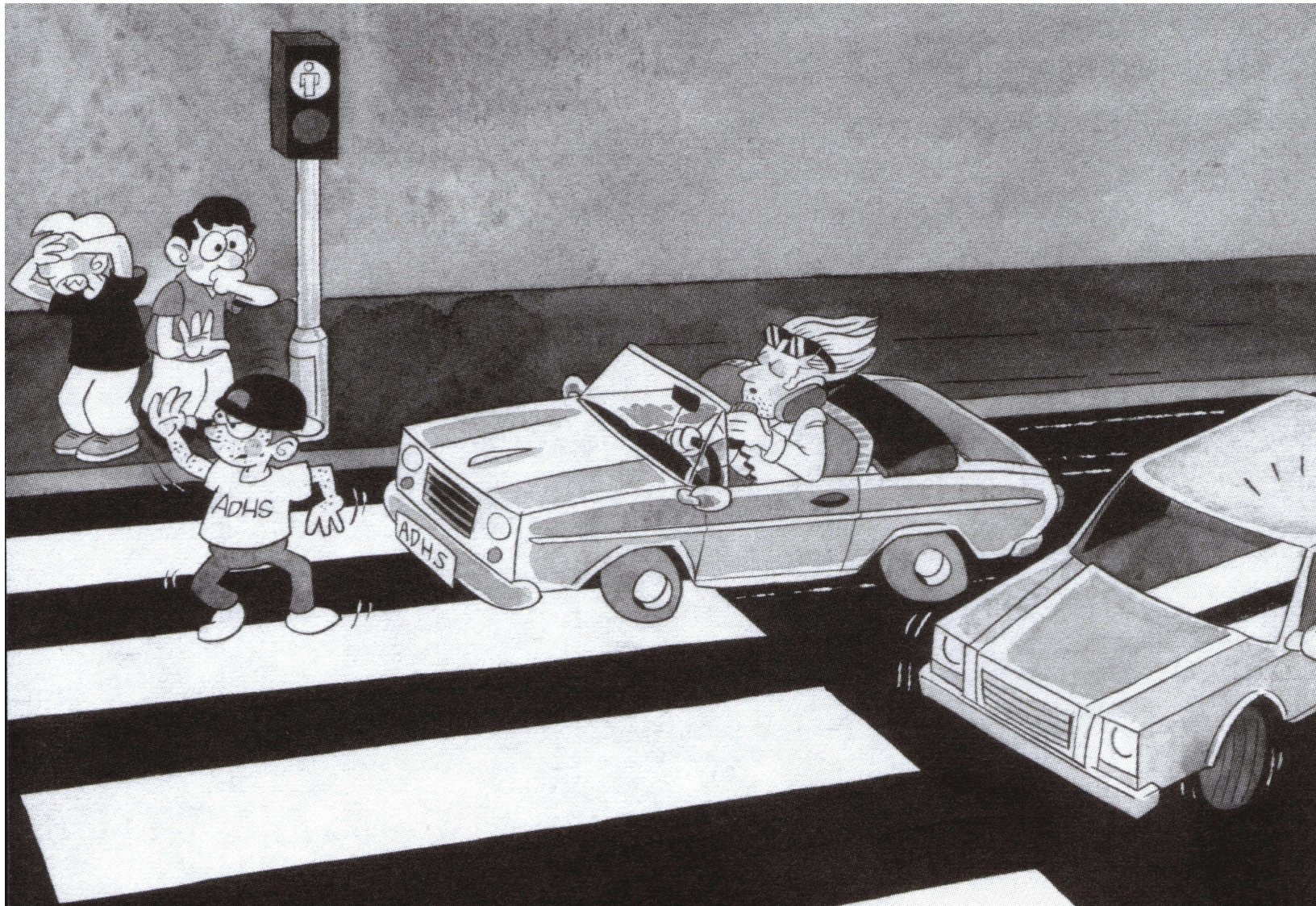
# *Die Symptome im Einzelnen...*

- Ausgeprägte Unruhe, starker Bewegungsdrang
- Ausgeprägte Aufmerksamkeitsstörung
- *Impulsivität im*
  - *Denken*
  - *Fühlen*
  - *Handeln*

# ***So genannte sekundäre Symptome***

- Unterschiedliche Verhaltensauffälligkeiten (unangepasstes , regelverletzendes Verhalten bis zu Dissozialität und Delinquenz)
- Geringes Selbstwertgefühl, geringe Frustrationstoleranz
- Unbeliebt bei Mitschülern, Außenseiterrolle
- Auffälligkeiten zu Hause und in der Schule
- Distanzstörung / Mangel an Vorsicht und Zurückhaltung
- Ausgeprägte Lernstörungen (ungefähr 50%) als Folge der Aufmerksamkeitsstörung
- Beginn vor dem 6. Lebensjahr, Dauer mind. 6 Monate



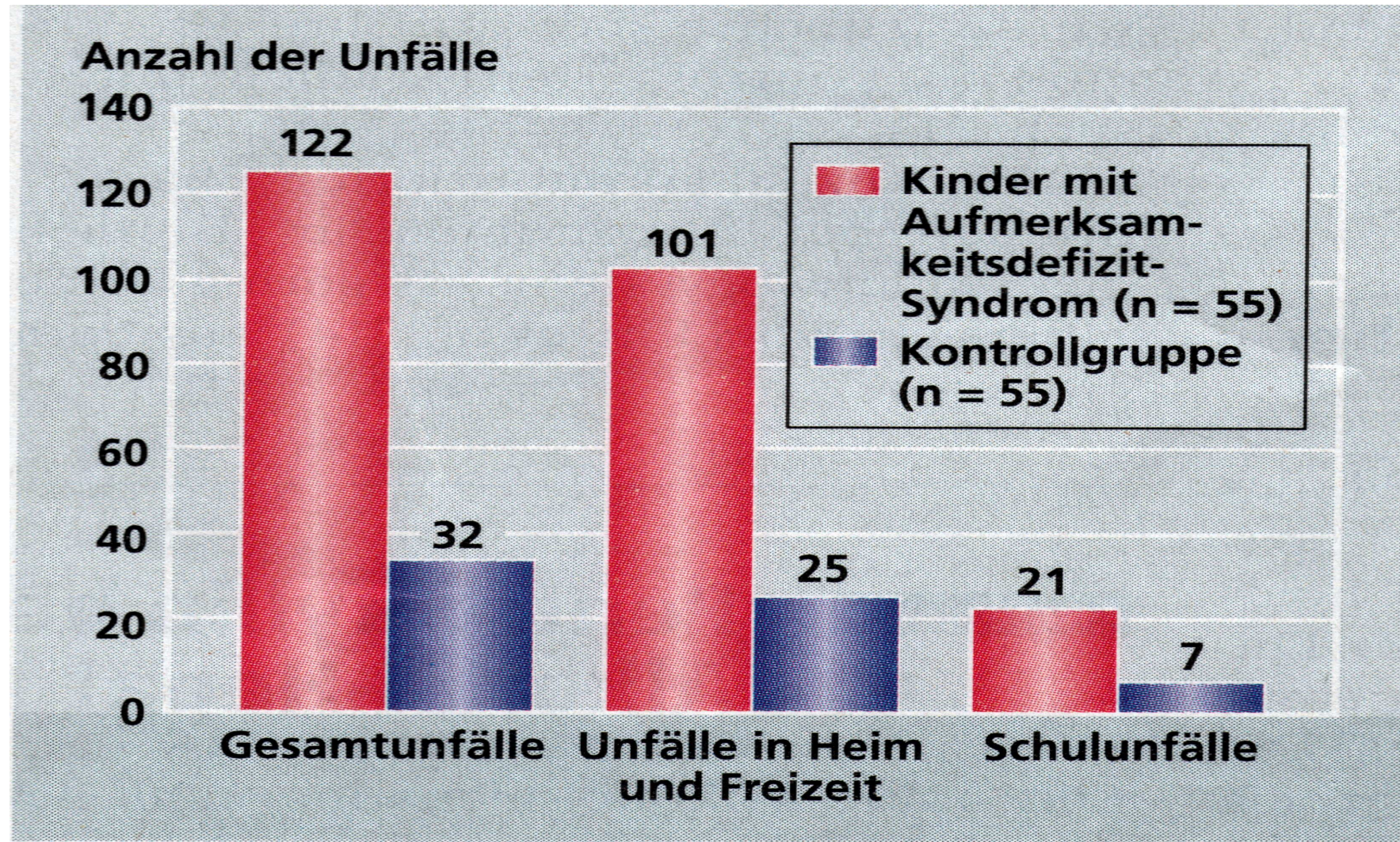


6.11.2010  
Elternuni

R. Semmerling

## *....im Kindergarten*

- Umtriebigkeit, schneller, zielloser Wechsel von Aktivitäten, kein strukturiertes Spiel
- Ständige Regelverletzungen, tägliches Störverhalten
- Unvorhersehbare Wutanfälle
- Kaum wahrnehmbares Einfühlungsvermögen (scheinbarer Empathiemangel)
- Soziale Ausgliederung und Isolation („Clown“)
- Die Aktivität wird von Eltern und Betreuern als ziellos und impulsiv- ungesteuert erlebt
- *Die Verhaltensweisen der „ADHS-Kinder“ sind oft gefährlich und führen zu Unfällen und Vergiftungen!!!!*



**Unfallhäufigkeit bei Kindern mit Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung. Durchschnittsalter: 9,8 Jahre**

*Alle Außenreize sind gleichwertig,  
keine Prioritäten, extrem hohe  
Reizoffenheit, Chaos im Kopf*



## ***...und in der Schule***

- erhebliche Anpassungsprobleme
- fehlendes Konzentrationsvermögens mit hoher Ablenkbarkeit, „**Sprechdurchfall**“
- Zappeligkeit und motorischer Unruhe, läuft in der Klasse herum, springt auf, ruft in die Klasse, kann nicht warten, unterbricht andere Kinder, etc. etc.
- ADHS-Kinder stören den Unterricht so stark, dass ein regulärer Verlauf oft nicht möglich ist.
  - dissoziales Verhalten,
  - aggressive Durchbrüche bei geringen Anlässen,
  - Reizbarkeit,
  - Distanzlosigkeit,
  - Disziplinprobleme

# Die Folgen...

- Zeichen einer emotionalen Stigmatisierung
- niedriges Selbstwertgefühl,
- depressive Verstimmung und Affektlabilität
- Begleitende neuropsychologische Funktionsstörungen manifestieren sich als Schulleistungsstörungen
- soziale Isolation in der Klassengemeinschaft
  - ◆ „Vom Clown zum Mobbingopfer“
  - ◆ **Ausgangspunkt für antisoziale Entwicklung bis hin zur Bandendelinquenz**

## *Im Jugendalter*

- Hyperaktivität bildet sich zurück.
- **Aufmerksamkeitsdefizite und Impulsivität bleiben bestehen**
- Fortschreiten der dissozialen Entwicklung
- Zunahme der Schulleistungsstörungen
- fehlende soziale Akzeptanz in der Gruppe der Gleichaltrigen verschärfen die Konflikte

## *Jugendliche „ADHS-ler“*

- nehmen öfter Drogen (Marihuana und Haschisch), sind aber nicht medikamentensüchtig
- zeigen selten ernsthafte psychiatrische Störungen
- die meisten erwachsenen Hyperaktiven fühlten sich als unglückliche Kinder
  - Diagnose „ADHS“ im Erwachsenenalter sehr schwierig, überformt durch Lebensereignisse
    - ◆ Ähnlichkeiten zu anderen Störungsbildern
    - ◆ Überlappungen mit „modernem lifestyle“



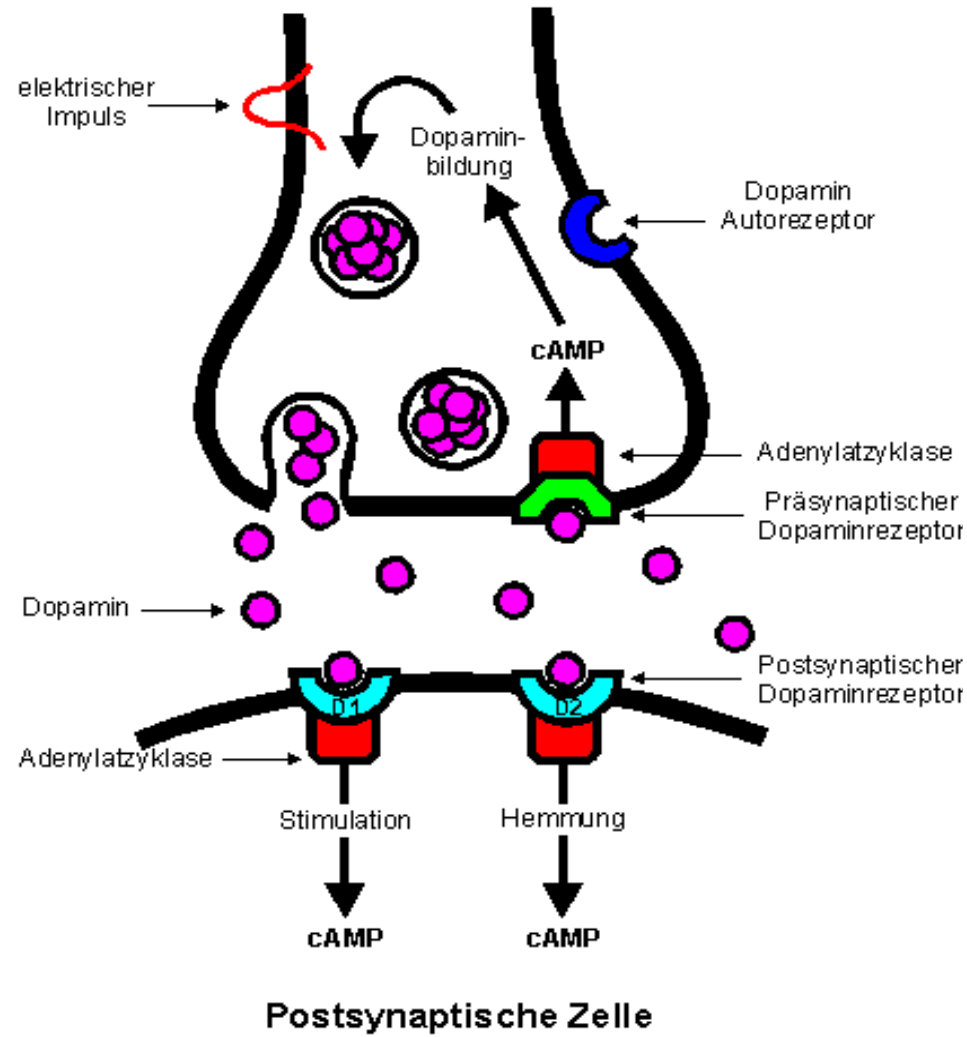
# *Ursachenforschung...*

- Schädigungen des Zentralnervensystems und
- Immunologische, allergische und ernährungsbedingte Ursachen scheinen weniger bedeutsam zu sein

## ***Stand der Dinge heute:***

- Interaktion psychosozialer und biologischer Faktoren
  - Z.B. einer Störung der Informationsverarbeitung zwischen Frontalhirn und Basalganglien
    - Hyperaktivität
  - Z.B. Veränderungen im synaptischen Spalt (Dopamin, Neurotransmitter)
    - Aufmerksamkeitsdefizit

## Präsynaptische Nervenfaser



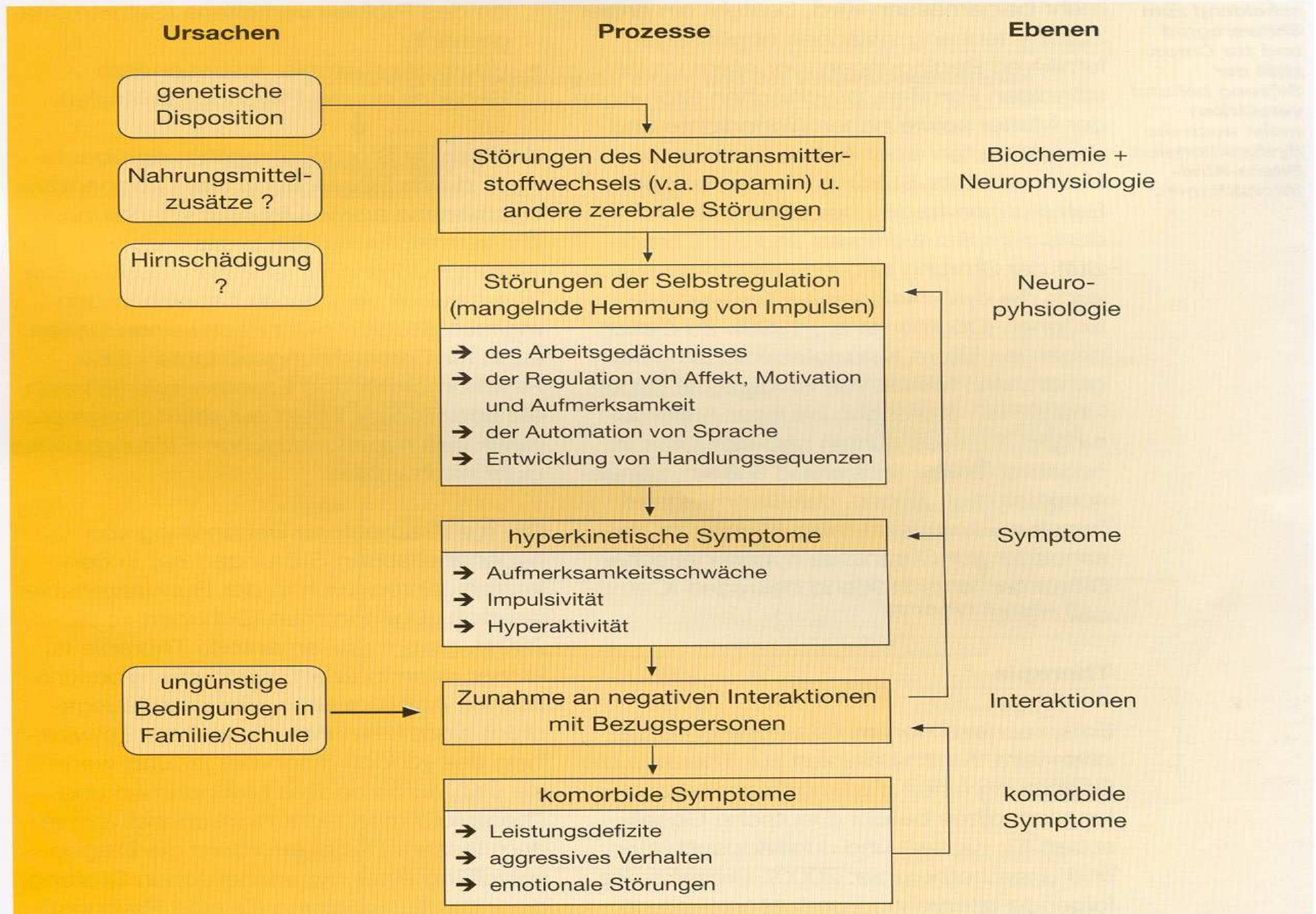
# *Familiäre und andere Bedingungen*

- Haben keine alleinige ursächliche Bedeutung
- **Aber**: Es besteht eine enge Beziehung zwischen ungünstigen familiären Belastungen
  - Psychischen Störungen der Mütter
  - Hohe Wohndichte

## **und**

- einer Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung und zusätzlichen Auffälligkeiten der betroffenen Kinder
  - ◆ Störung des Sozialverhaltens
  - ◆ Delinquenz

**Abbildung 1: Multifaktorielles Modell zur Entstehung von Aufmerksamkeitsstörungen (Döpner, 2000)**



# ***Das Problem der Diagnose und die Gefahr von „Schnellschüssen“***

- Hoher Handlungsdruck auf Seiten der Eltern, Lehrer und behandelnden Ärzte
- Die störenden Verhaltensweisen sind so eindeutig, dass andere mögliche Ursachen nicht in Betracht gezogen werden
- Nur eine sehr sorgfältige Diagnostik kann die Puzzlesteine richtig zusammen setzen
- Es gibt keinen ADHS-Test, der sofort die „richtigen“ Ergebnisse liefert

## ***Das gleiche und für alle sichtbare Problemverhalten kann zusammenhängen mit***

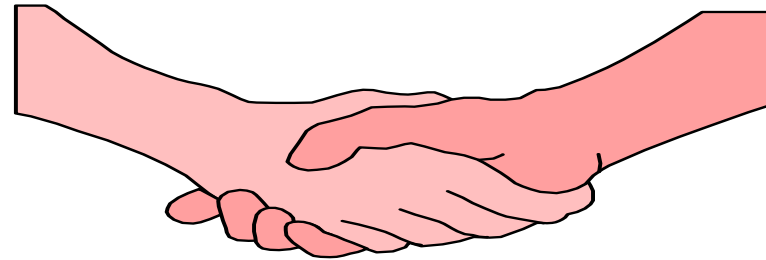
- Emotionaler und materieller Vernachlässigung
- Traumatisierungen
- Chronischen Überforderungen
  - im Leistungsbereich
  - im psychosozialen Bereich
- **vielleicht aber auch mit ADHS**

## *Ein kurzer Ausflug in die Bindungstheorie...*

- Frühe Bindungserfahrungen (hier besonders die ersten 9 Monate!!) sind entscheidend
- Bindungserfahrungen werden zu „Inneren Arbeitsmodellen“ und später zu komplexen neuronalen Netzwerken organisiert
- Bindungserfahrungen sind sehr entscheidend für das Erlernen von
  - Selbstregulationsmechanismen
  - Selbststeuerungsfähigkeit und
  - Kontaktverhalten



# Bindungstypen



Sichere Bindung

Gute Balance  
zwischen Nähe und  
Distanz,  
feinfühlig  
Bezugspersonen

Positives  
Selbstkonzept  
Gute Eigenregulation

Unsicher  
distanzierte  
Bindung

Balance „gestört“  
Richtung Distanz  
Wenig Feinfühligkeit  
bei Bezugspersonen

Emotionaler Rückzug  
Betonung der  
eigenen  
Unabhängigkeit

Unsicher  
verwickelte  
Bindung

Balance „gestört“  
Richtung Nähe  
Stetige Angst vor  
dem  
Verlassenwerden

Eher negatives  
Selbstkonzept

## *Probleme der Jungs*

- Höhere biologische Empfindlichkeit des männlichen Geschlechts
- Andererseits sind Jungs stärker mit Separation beschäftigt
- Daher sind Jungs stärker auf stabile Bindungen, insbesondere auch zu den Vätern, angewiesen
- Emotionale Präsenz der Väter????

## *Also...*

- Erhöht sich bei eher unsicher gebundenen Jungs dann die Wahrscheinlichkeit, eine ADHS- Problematik zu entwickeln?
- Störung der Selbstregulation bei ADHS entspricht genau dem Konzept der unsicheren Bindungsstrategie!!!
- Memo: Jungs sind deutlich häufiger von ADHS betroffen als Mädchen

# ***Wir brauchen eine ausführliche Diagnostik***

- ► Mangelnde Aufmerksamkeit und Ausdauer sollten nur dann diagnostiziert werden, wenn sie im Verhältnis zum Alter und Intelligenzniveau des Kindes sehr stark ausgeprägt sind
- ► Beurteilungsmaßstab sollte sein, dass die Aktivität im Verhältnis zu dem, was in der gleichen Situation von gleichaltrigen Kindern mit gleicher Intelligenz zu erwarten wäre, extrem ausgeprägt ist

# *Medizinische Diagnostik*

- Ausführliche Anamnese
  - mit Eltern
  - nahen Bezugspersonen
  - mit Dritten aus der außerfamiliären Umgebung (Tagesstätten, Kindergärten, Schulen)
- Ausführliche neurologische und psychiatrische Untersuchung
- Laborchemische Untersuchungen, z.B. Schilddrüsendiagnostik
- EEG und ggfs. CT, MRT

# *Was wir nicht übersehen dürfen...*

- Altersangemessene motorische Aktivität
- Sehstörung
- Hörstörung
- Epileptische Anfälle
- Schlafdefizit
- Medikamente
- Hyperthyreose
- Minderbegabung mit Überforderung
- Hochbegabung
- Teilleistungsstörung
- Vernachlässigung
- Psychosoziale Belastungen ...
  - Bindungserfahrungen
  - Traumatisierungen

# *Psychologische Diagnostik*

- Ausführliche psychodiagnostische Abklärung
  - Intelligenz
  - Teilleistungsstörungen
  - Konzentrationstest sind durch die besondere Untersuchungssituation nur eingeschränkt verwertbar
  - Emotionaldiagnostik ,Fragebogen z. B. PFK 9-14, AFS, Depressions-Fragebogen
  - Bei Kindergartenkindern differenzierte Entwicklungsdiagnostik
- Verhaltensbeobachtung in verschiedenen Situationen, einzeln sowie in Gruppen frei oder strukturiert (z. B. Hausaufgaben, Regelspiel)
- Psychometrische Verfahren, z.B. die CONNERS-Skala

# ***Beitrag der Schule zur Diagnostik***

**<mit Einverständnis der Eltern>**

- Klärendes Telefonat
- Gemeinsamer Gesprächstermin
- Fremdbeurteilungsbögen
- Schulhefte, Zeugnisse!!!

***10-25 % haben begleitende Lern- und Teilleistungsstörungen***

***Wie sieht das schulische Leistungsprofil aus?***



# Therapeutische Grundsätze...

- Ziel jeder Behandlung muss sein, dem Kind / Jugendlichen zu helfen
  - wieder Anschluss an seine Persönlichkeitsentwicklung zu finden und
  - zu lernen, mit sich und anderen verträglich umzugehen.
- Die Behandlung sollte multimodal erfolgen, d.h., mehrere Behandlungsschritte werden parallel durchgeführt, z.B.
  - Psychotherapie, Medikation, ambulante Gruppenbehandlung, Tagesklinik, stationäre Behandlung, Unterstützung durch Coaching
- Die Wahl der Behandlungsmethoden richtet sich nach dem Schweregrad und wird individuell „zugeschnitten“!!!!

## ***Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit...***

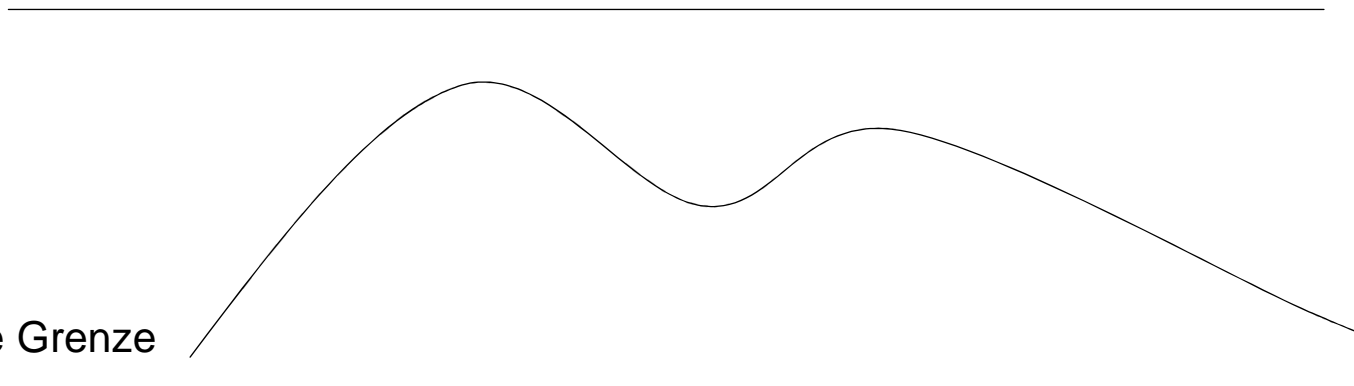
- Wirkung der Behandlung mit Medikamenten sehr gut belegt
- Wirkung für psychotherapeutische Ansätze insgesamt noch unzureichend belegt
- Nur- Pharmakotherapie ist der Nur- Psychotherapie eindeutig überlegen
- **Die besten Erfolgsaussichten liegen in der Kombination von Pharmako- und Psychotherapie**

# ***Aufmerksamkeit, Wachheit, „Vigilanz“***

## „Normale“ Aufmerksamkeitsschwankungen

Obere Grenze

Untere Grenze

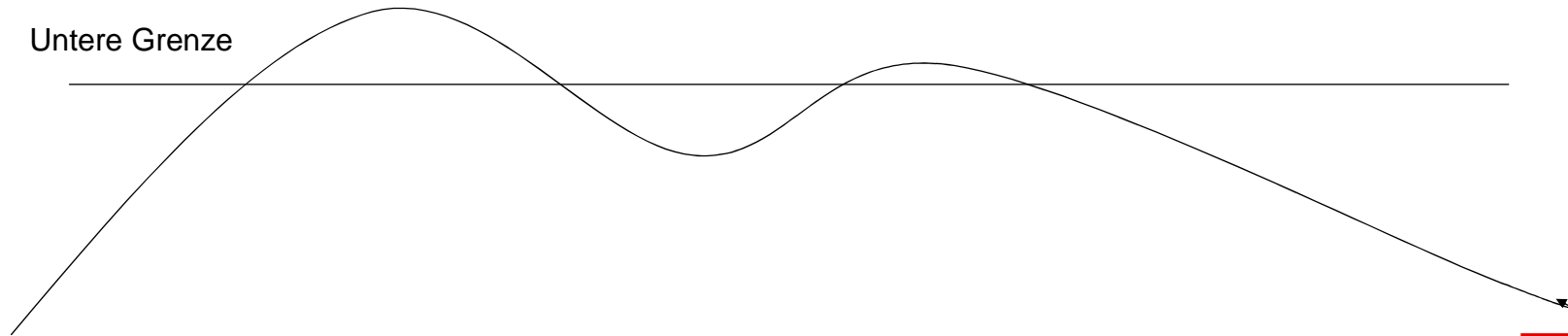


# *Störung der Aufmerksamkeit Ohne medikamentöse Behandlung*

Obere Grenze



Untere Grenze



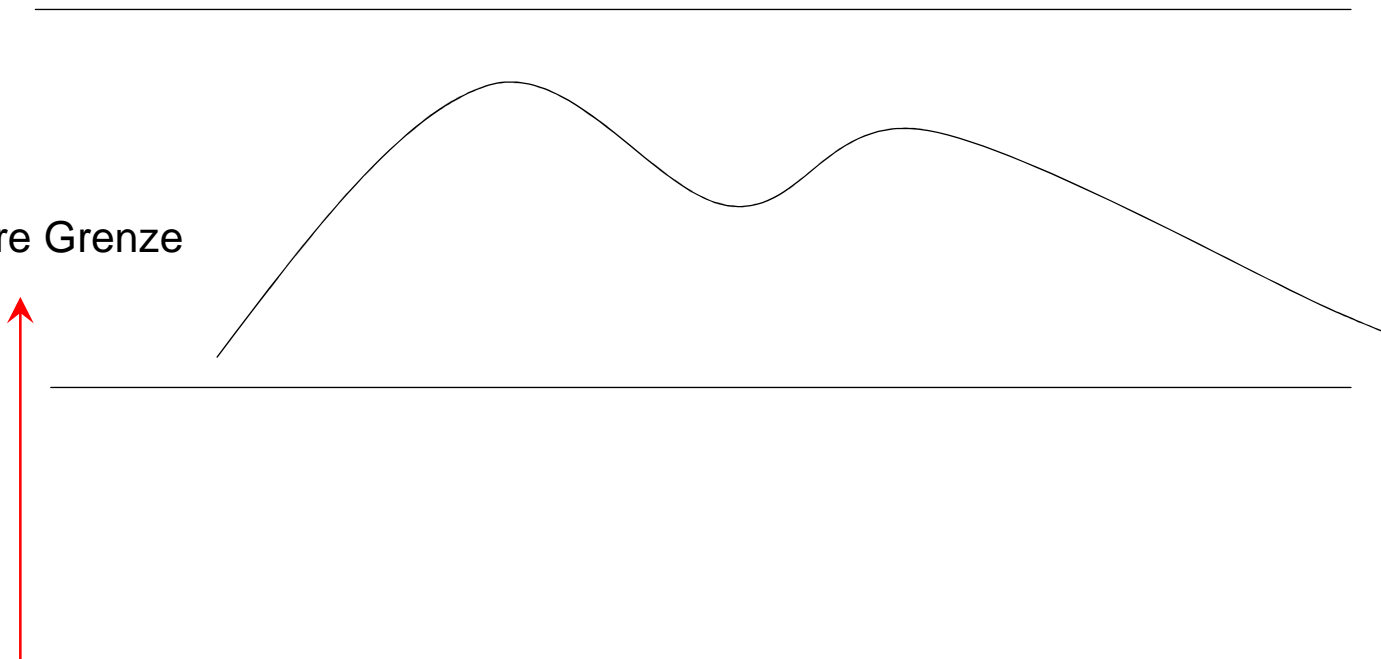
6.11.2010  
Elternuni

R. Semmerling

# So wirkt z.B. Ritalin bei Störung der Aufmerksamkeit

Obere Grenze

Untere Grenze



# Berichtigung

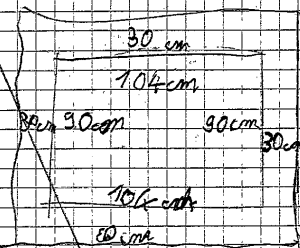
②

1998

⑤

Frage: Wie ~~hoch~~ lang und wie breit muss die Tischdecke sein?

Rechnung:



$$\begin{array}{r}
 30 \text{ cm} \\
 + 30 \text{ cm} \\
 + 30 \text{ cm} \\
 \hline
 90 \text{ cm} \\
 + 104 \text{ cm} \\
 \hline
 194 \text{ cm}
 \end{array}$$

$$\begin{array}{r}
 60 \text{ cm} \\
 + 90 \text{ cm} \\
 \hline
 150 \text{ cm}
 \end{array}$$

⑦

Frage: Wie viele Einwohner hat Bremen?

Rechnung:

$$\begin{array}{r}
 600918 \\
 + 51726 \\
 \hline
 652694
 \end{array}$$

~~Antwort: 549192 Einwohner Bremen~~

# Berichtigung

②

1998

⑤

Frage: Wie lang und wie breit muss die Tischdecke sein?

Rechnung:

$$\begin{array}{r}
 30 \text{ cm} \\
 + 30 \text{ cm} \\
 + 30 \text{ cm} \\
 \hline
 90 \text{ cm} \\
 + 140 \text{ cm} \\
 \hline
 230 \text{ cm}
 \end{array}$$

Antwort: 200 cm lang und 150 cm breit muss die Tischdecke sein.

⑦

Frage: Wie viele Einwohner hatte Bremen?

Rechnung:

$$\begin{array}{r}
 600918 \\
 - 51726 \\
 \hline
 549192
 \end{array}$$

Antwort: 549192 Einwohner hatte Bremen.

# ***Gründe für eine medikamentöse Therapie***

Allgemein, wenn sich das Kind in einem schlechten Zustand befindet, d.h.

1. wenn zusätzlich ein Entwicklungsrückstand mit Teilleistungsstörungen besteht
2. wenn das Kind extrem störend und unruhig ist und erhebliche sekundäre Probleme durch Verweigerung und Aggressivität bestehen
3. wenn das Kind dadurch für andere Therapieformen erst erreichbar wird
4. wenn das Kind selbst unter erheblicher Depressivität und Selbstwertproblemen leidet
5. wenn bisherige Therapieansätze nicht erfolgreich waren.

# Medikamente

<u>Medikament</u>	<u>Dosierung mg/Tag</u>	<u>Wirkdauer</u>	<u>Nebenwirkungen</u>
Ritalin (10 mg Tbl.), „Methylphenidat“	10-40	4 Std.	Appetit, Tics, Kopf- Bauchschmerzen Unruhe, Wachstum
Medikinet Medikinet retard „Methylphenidat“	5/10/20 10/20/30/40	4 Std. Über den Tag verteilt	s.o.
Concerta, nur retard „Methylphenidat“	18/36/54	Über den Tag verteilt	s.o.
Strattera „Atomoxetin“	10/18/25/40	10 Std.	Unruhe, Kopf- Bauchschmerzen

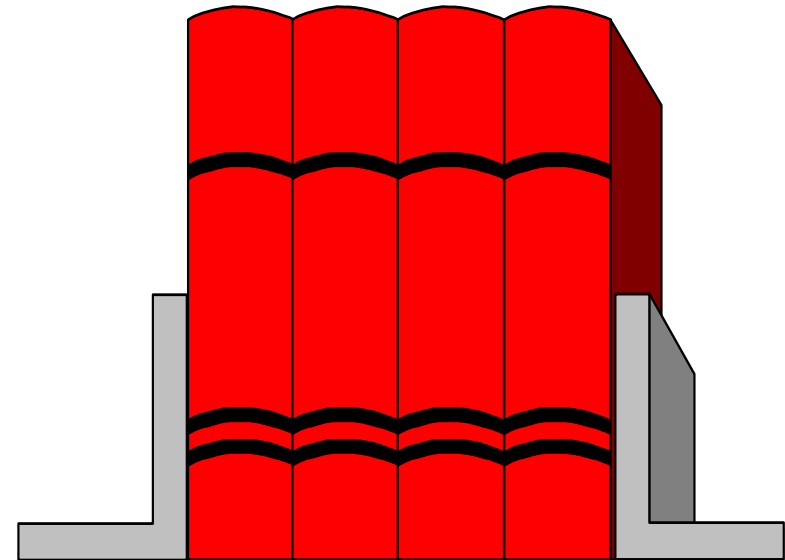


# Therapieprogramm

- Allgemeiner Rahmen
  - Strukturierter Tagesablauf
  - Erwerb lebenspraktischer Fähigkeiten
  - Einhalten sozialer Regeln
- ▶ In Rücksprache mit den Therapeuten Regel- und Belohnungspläne z.B. für 2-3 Hauptprobleme festlegen
- ▶ Alleiniges Strafen führt in eine Sackgasse
- ▶ Tagespläne mit Anforderungen, aber auch Erholungszeiten erstellen

# Hausaufgaben

- Immer zur gleichen Uhrzeit
- Immer im gleichen Raum
- Aufgeräumter Arbeitsplatz
- keine Ablenkung, kein Blick auf die Straße
- Kein Radio, kein Fernsehen
- Mutter muß anwesend sein
- Nicht nur daneben sitzen, sondern regelmäßig kontrollieren



## **Tipps...**

- **Keine Sonderbehandlung des Kindes, enge Kooperation zwischen Schule und Elternhaus ist sehr wichtig!!!**
- **Peer-Teaching mit Bildung von Schülerpaaren, die gemeinsam einen Arbeits- oder Verhaltensauftrag haben.**
- **Direktiv, ruhig und gelassen, ohne verbale Androhung reagieren, Strafandrohungen steigern das Erregungsniveau.**

## ***...und weitere Tipps und Hinweise***

- ***Ein ADHS-Kind tut nur das, was angekündigt, angeordnet und hinterher kontrolliert wurde.***
- ***ADHS-Kinder können sich motorisch oft nicht austoben, sondern steigern sich durch motorisches Agieren immer mehr in eine innere Erregung hinein.***
- ***ADHS-Kinder können häufig Gefahren nicht einschätzen.***
- ***◀ Bloßstellen ist ein absolutes Tabu!!! ▶***

# ***Ansprache...***

- *Ansprache möglichst nur mit sichergestelltem Blickkontakt, „Fernbedienung“ funktioniert nicht!!!!*
- *Leichte Berührung an der Schulter fördert die „Verbindung“*
- *Immer nur eine Ansage / Auftrag*

# Weitere Bausteine des Behandlungsprogramms

- Elterntrainings (Tripl P, THOP)
- Kognitive Therapie, Selbstinstruktionstraining für die Kinder (Beispiel: [„Schau genau“](#))
- Gruppentrainings für Kinder  
Übungsbehandlung bei  
Teilleistungsstörungen
- Soziales Kompetenztraining
- Einzelsportarten, z.B. Judo
- Neurofeedback ↗

# ***Wirkungslose und umstrittene Methoden***

- Diät, insbesondere bei Nahrungsmittelunverträglichkeit ↘
- Nahrungsergänzungstoffe ↘
- Homöopathie ↘
- Ergotherapie, Psychomotorik →
- Entspannungsverfahren ↘
- Bei allen Außenseiter- oder Alternativbehandlungen spielt der „Placebo-Effekt“ eine große Rolle!!!

## ***Ausblick, Fazit***

- Forschungslage hat sich deutlich verbessert, ist aber nach wie vor nicht zufriedenstellend
- Aufwendige Diagnostik im Alltag oft nur schwer zu realisieren
- Fortbildung für Ärzte, Lehrer, Erzieher, Eltern sehr wichtig
- **ADHS** ist für betroffene Kinder und Eltern eine **große Herausforderung**, aber auch für Erzieher, Lehrer etc., daher:
- ***Nur gemeinsam können wir etwas erreichen!!!***



***Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!!!***



6.11.2010  
Elternuni

R. Semmerling