Störungen der Aktivität und Aufmerksamkeit

ICD-10

hyperkinetische Störungen (F90)
einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0)
hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1)

DSM-IV

Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (314.0)

hyperkinetische Störungen (F90)

Diese Gruppe von Störungen ist charakterisiert durch: einen frühen Beginn, die Kombination von überaktivem, wenig modulierten Verhalten mit deutlicher Unaufmerksamkeit und Mangel an Ausdauer bei Aufgabenstellungen; situationsunabhängige und zeitstabile Verhaltenscharakteristika.

Diagnostische Leitlinien:
Die Kardinalsymptome sind beeinträchtigte Aufmerksamkeit und Überaktivität. Für die Diagnose sind beide notwendig und beides sollte in mehr als einer Situation (z.B. zu Hause, im Klassenraum, in der Klinik) vorkommen.

Die beeinträchtigte Aufmerksamkeit zeigt sich darin, dass Aufgaben vorzeitig abgebrochen und Tätigkeiten nicht beendet werden. Die Kinder wechseln häufig von einer Aktivität zur anderen, wobei sie anscheinend das Interesse an einer Aufgabe verlieren, weil sie zu einer anderen hin abgelenkt werden.

Überaktivität bedeutet exzessive Ruhelosigkeit, besonders in Situationen, die relative Ruhe verlangen. Situationsabhängig kann sie sich im Herumlaufen oder Herumspringen äußern, im Aufstehen, wenn dazu aufgefordert wurde, sitzenzubleiben, in ausgeprägter Redseligkeit und Lärmen oder im Wackeln und Zappeln. 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. Dieses Verhaltensmerkmal zeigt sich am deutlichsten in strukturierten und organisierten Situationen, die ein hohes Maß an eigener Verhaltenskontrolle fordern.

Die charakteristischen Verhaltensprobleme sollen früh (vor dem 6. Lebensjahr) begonnen haben und von längerer Dauer sein. Wegen der breiten Variation der Norm ist Hyperaktivität vor dem Schulalter schwierig zu erkennen. Bei Vorschulkindern soll nur ein extremes Ausmaß zu dieser Diagnose führen.

einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0)

Es herrscht weiterhin Unsicherheit über die befriedigendste Untergliederung hyperkinetischer Störungen. Untersuchungen zeigen, dass der Verlauf bis ins Adoleszenz- und Erwachsenenalter stark davon beeinflusst wird, ob Aggressivität, Delinquenz oder dissoziales Verhalten begleitend vorhanden sind oder nicht. Dementsprechend wird die Hauptuntergliederung nach dem Vorkommen dieser Begleitmerkmale vorgenommen.

F90.0 soll verwendet werden, wenn die allgemeinen Kriterien für eine hyperkinetische Störung (F90) erfüllt sind, die Kriterien für F91.- (Störung des Sozialverhaltens) jedoch nicht.

hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1)

Diese Kodierung ist zu wählen, wenn die Kriterien für eine hyperkinetische Störung (F90) und die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens (F91) erfüllt sind.

Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (314.0)

A. Entweder Punkt (1) oder Punkt (2) müssen zutreffen:

1. sechs (oder mehr) der folgenden Symptome von **Unaufmerksamkeit** sind während der letzten sechs Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß vorhanden gewesen:

Unaufmerksamkeit:

a) beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten,
b) hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten,
c) scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn/sie ansprechen,
d) führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund oppositionellen Verhaltens oder Verständigungsschwierigkeiten),
e) hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren,
f) vermeidet häufig oder hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger dauernde geistige Anstrengungen erfordern (wie Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben),
g) verliert häufig Gegenstände, die für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt werden (z.B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug),
h) lässt sich oft durch äußere Reize leicht ablenken,
i) ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich;

2. sechs (oder mehr) der folgenden Symptome der **Hyperaktivität und Impulsivität** sind während der letzten sechs Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß vorhanden gewesen:

Hyperaktivität:

a) zappelt häufig mit Händen oder Füssen oder rutscht auf dem Stuhl herum,
b) steht in der Klasse oder in Situationen, in denen Sitzen bleiben erwartet wird, häufig auf,
c) läuft herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben),
d) hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen,
e) ist häufig "auf Achse" oder handelt oftmals, als wäre er/sie "getrieben",
f) redet häufig übermäßig viel;

Impulsivität:

g) platzt häufig mit Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist,
h) kann nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist,
i) unterbricht und stört andere häufig (platzt z.B. in Gespräche oder Spiele anderer hinein).

B. Einige Symptome der Hyperaktivität-Impulsivität oder Unaufmerksamkeit, die Beeinträchtigungen verursachen, treten bereits vor dem Alter von sieben Jahren auf.

C. Beeinträchtigungen durch die Symptome zeigen sich in zwei oder mehr Breichen (z.B. in der Schule bzw. am Arbeitsplatz und zu Hause).

D. Es müssen deutliche Hinweise auf klinisch bedeutsame Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsbereichen vorhanden sein.

E. Die Symptome treten nicht ausschließlich im Verlauf einer Tiefgreifenden Entwicklungsstörung, Schizophrenie oder einer anderen Psychotischen Störung auf und können auch nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt werden (z.B. Affektive Störung, Angststörung, Dissoziative Störung oder eine Persönlichkeitsstörung).

Codiere je nach Subtypus:

314.01 (F90.0) **Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung, Mischtypus**: liegt vor, wenn die Kriterien A1 und A2 während der letzten sechs Monaten erfüllt waren.
314.00 (F90.8) **Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung, Vorwiegend Unaufmerksamer Typus**: liegt vor, wenn Kriterium A1, nicht aber Kriterium A2 während der letzten sechs Monaten erfüllt war.
314.01 (F90.1) **Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung, Vorwiegend Hyperaktiv-Impulsiver Typus**: liegt vor, wenn Kriterium A2, nicht aber Kriterium A1 während der letzten sechs Monaten erfüllt war.

Ätiologie

1) Minimale cerebrale Dysfunktion (MCD)
Nach einer Encephalitis-Epidemie in England Anfang 19. Jahrhunderts zeigten zuvor sich normal entwickelnde Kinder ADS-ähnliche Symptome. Deshalb wurde organische Hirnschädigung als Ursache angenommen. Ist empirisch kaum belegt, kann aber für eine Subgruppe zutreffen.

2) gestörte Immunregulation
Koinzidenz zwischen ADS und allergischen Krankheitsbildern legen eine gestörte Immunregulation nahe. Eine Teilgruppe spricht positiv auf Diäten (z.B. Feingold-Diät) an.

3) Reizüberflutung
ADS-Kinder können aufgabenirrelevante Reize (Störreize) nicht ausblenden. Aber ADS-Kinder unterscheiden sich darin kaum von anderen.

4) Aktivierungsmangel
ADS-Kinder haben eine chronische corticale Untererregung (underarousal). Deshalb zeigen sie eine vermehrte Reizsuche und Selbststimulation, um ein günstigeres Aktivierungsniveau herzustellen. Ist durch vielfältige Befunde gestützt, macht aber keine Aussage zur Genese.

5) Lerntheoretische Ansätze
Aufmerksamkeit, Impulskontrolle und Handlungssteuerung sind nicht per se da, sondern müssen gelernt werden. Ungünstiges Verhalten von Eltern, Lehrern und anderen Bezugspersonen sowie negative Verstärkungsmuster werden als Bedingung angesehen, dass aufmerksames und sozial angemessenes Verhalten nur unzureichend gelernt werden.

6) Dopaminmangel-Hypothese
Das dopaminerge System wird immer dann aktiviert, wenn etwas Neues, Aufregendes, Unbekanntes geschieht, für das es keine gebahnte Antwort gibt. Im Gehirn wird dann vermehrt der Neurotransmitter Dopamin ausgeschüttet, um Aktivierung und Antrieb zu steigern. Die Dopamin-Mangelhypothese geht davon aus, dass bei ADS-Kindern die Verfügbarkeit des Dopamins im synaptischen Spalt durch einen Gendefekt vermindert ist und somit die Signalübertragung behindert ist. Durch Gabe von Methylphenidat (z.B. Ritalin) wird mehr Dopamin im synaptischen Spalt gehalten und die Signalübertragung verbessert.

7) Frontallappen-Hypothese
Es wird eine Glucose-Stoffwechselstörung im Frontalhirn angenommen. Hierzu gibt es eine aufsehen erregende Untersuchung, die den bei Erwachsenen mit ADS-Diagnose reduzierten Glucose-Stoffwechsel im Frontallappen mittels eines Positronenemissionstomographen (PET) zeigt. Dadurch glaubte man den Beweis einer organischen Verursachung von ADS erbracht zu haben, was die Berechtigung von Ritalin-Gaben rechtfertigen würde. Allerdings weist diese Untersuchung schwere methodische Mängel auf und konnte auch nicht repliziert werden.

8) Anthropologischer Ansatz nach T. Hartmann
ADS ist für Hartmann kein Defizit, sondern eine Besonderheit der Person. Entwicklungsgeschichtlich sind "Hunter" (Jäger und Sammler) und "Farmer" hervorgebracht worden. Für den Autor sind Menschen mit ADS "Hunter", die in der Welt der "Farmer" zurecht kommen müssen.

9) kulturinduzierte Aufmerksamkeitsstörung (R. DeGrandpre)
Muße und Langsamkeit werden in der den westlichen Gesellschaften durch Aufregung und Geschwindigkeit ersetzt. Unser Lebenstempo nimmt beständig zu. Jede Generation lebt ein bisschen schneller als die vorherige, aber in unserer Generation ist der Wandel extrem. ADS-Kinder sind unter reizgesättigten Bedingungen normal. Verhaltensauffällig werden sie dann, wenn der Strom der Reize nachlässt. Somit ist ADS eine kulturell induzierte Hirnfunktionsstörung.

Die Kinder haben kein ADS im klinischen Sinne, sondern sind daran gewöhnt unterhalten zu werden und flüchten aus der Langsamkeit. Die Sucht nach Sinnesreizen ist die Unfähigkeit mit Langsamkeit umzugehen. Hyperaktivität ist das Fluchtverhalten um den für reizsüchtige Kinder notwendige Zustrom von Reizen aufrecht zu erhalten. Dadurch entsteht wie bei ADS ein hohes Maß an Impulsivität, ununterbrochene Suche nach intensiver Stimulation, eine Neigung zu Rastlosigkeit und Ungeduld, sowie eine sehr aktive, wechselnde Aufmerksamkeitsspanne. Die Wirkung von Ritalin ist, dass es diesen starken Stimulationshintergrund liefert und somit das Individuum von dem Zwang zu Reiz suchendem Verhalten befreit.

10) systemischer Ansatz nach X. Kienle (Kybernetik 1. Ordnung)
Kienle beschreibt das Konzept der "hyperaktiven Familie" in Anlehnung an Minuchin's "psychosomatischer Familie" dadurch, dass in solchen Familien

- eine geringe erzieherische Kontrolle der Eltern über die Kinder besteht,
- dass strittige Themen nicht gelöst wurden,
- dass immer dann, wenn Konflikte zwischen den Eltern aufkommen, der Indexpatient motorisch unruhig wird und damit die Aufmerksamkeit der Eltern auf sich zieht,
- die Haltung der Eltern gegenüber ihrem Kind oft anklagend, jedoch ohne erkennbare Konsequenzen ist und
- die Eltern sich nicht in der Erziehung unterstützen.

11) systemisch-familientherapeutischer Ansatz nach H. Bonney
Bonney vermutet, dass bei Kindern mit ADS das antriebssteigernde dopaminerge System stärker ausgebildet ist. Schon als Kleinkinder waren sie wacher, aufgeweckter, neugieriger, leichter stimulierbar, empfindlicher, dünnhäutiger und unruhiger. Da sie besonders leicht durch neue Reize stimulierbar sind, wird ihr dopaminerges System wesentlich häufiger aktiviert und dadurch stärker entwickelt. Das wiederum vergrößert des Verlangen und die Suche nach Stimulation und neuartigen Reizen. Häufig versuchen die Eltern ihr Kind durch Ablenkung und neue Reize zu beruhigen, erreichen dadurch aber längerfristig, dass das dopaminerge System noch mehr gestärkt und der Teufelskreis weiter angetrieben wird.

spezifische Hypothesen	Interventionsideen
Der überwiegende Teil der Kinder, die mit einer ADS-Diagnose kommen haben andere Schwierigkeiten: - Paarprobleme - familiäre Probleme - Erziehungsprobleme - Verhaltensprobleme in der Schule - Probleme mit der Motivation - Leistungsprobleme	Entsprechend einer genaue Anamnese: - Paartherapie - Familientherapie - Erziehungsberatung - Förderung von günstigem Sozialverhalten - schulische Förderung - Schulwechsel
"psychosomatischen Familien" nach X. Kienle	Auf der Paarebene die latenten Konflikte bearbeiten. Auf der Elternebene das Erziehungsverhalten und die Interaktion mit dem Kind verbessern: - wenige aber klare und eindeutige Regeln - auf die Einhaltung dieser Regeln bestehen - bei Regelübertretung vorwarnen - Wutanfälle ignorieren, Publikum nehmen - positives Verhalten verstärken, Erfolgserlebnisse vermitteln. - konsequent Leistung verlangen - kommunikative Verhaltensweisen einüben - Bewegungsdrang kanalisieren, zum kurzen Austoben rausschicken Evtl. als systemische Familien-Gruppentherapie nach Hennecke: " ADS – Unternehmen lernende Familie"
ADS als deutlich ausgeprägte Suche nach Sinnesreizen: - erworben durch entsprechende Eltern-Kind-Interaktionen (H. Bonney) - als kulturell induzierte Aufmerksamkeitsstörung (R. DeGrandpre)	nach Bonney - für Beruhigung und Bindungssicherheit sorgen - Ich-stärkende Führung und Erziehung anstreben - verbalen Erziehungsstil vermeiden - die Welt des Kindes und die Welt der Erwachsenen unterscheiden - den Erfahrungsraum des Kindes begrenzen nach DeGrandpre - die Reizabhängigkeit durchbrechen, den Lebensrhythmus verlangsamen - das Bewusstsein auf wirkliche Erfahrungen im Hier und Jetzt richten - sich von dem herrschenden Paradigma der Arbeit nicht beherrschen lassen, um die Elternrolle öfter und besser wahrnehmen zu können - Verantwortung für die Auswirkungen der beschleunigten Gesellschaft übernehmen

Aufmerksamkeit, Impulskontrolle und Handlungssteuerung wurden nur ungenügend erlernt.	Aufmerksamkeit und Wahrnehmungsorganisation durch geeignete Aufgaben und Spiele (Puzzle, Schau genau) fördern. Handlungsplanung und -steuerung fördern, durch Strategiespiele (z.B. Backgammon), durch konstruieren (z.B. mit Legosteinen o.ä.) und durch geeignete PC-Spiele (wie z.B. Professor TIM). Impulskontrolle entwickeln, ganz allgemein durch No-Go-Aufgaben (Halli Galli, PC-Spiel TAIL) Motorische Aktivität und Bewegungsfreude kanalisieren, durch Sport, Bewegung, Kampfsport. Haptische Erfahrungen durch Knet oder Ton ermöglichen. Geeignete Spiele verwenden (z.B. Turmbau zu Babel) Evtl. Ergotherapie oder Psychomotorik empfehlen.
gestörte Immunregulation	Diäten empfehlen, evtl. in Zusammenarbeit mit Kinderarzt oder Ernährungsberatung: - Feingolddiät - oligoantigene Diät - phosphatarme Diät - zuckerarme Diät

Literatur

Bonney, H. (2002): Systemische Therapie bei ADHD-Konstellationen. In Rotthaus, W. (Hrsg.): Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Heidelberg, S. 386 – 404

Bonney, H. (2003): Kinder und Jugendliche in der familientherapeutischen Praxis. Carl Auer

Bonney, H. (Hrsg) (2008): ADHS – Kritische Wissenschaft und therapeutische Kunst. Carl Auer

DeGrandpre, R. (2002): Die Ritalin-Gesellschaft, Beltz-Verlag

Hartmann, T. (2003): Eine andere Art, die Welt zu sehen

Hennecke, C. (2000). ADS – Unternehmen lernende Familie. In: *Systema, 14 (1)*, 67 – 77.

Hüther, G. & Bonney, H. (2002): Neues vom Zappelphilipp

Kienle, X. (1992). Systemische Ansätze in der Therapie Hyperaktiver Kinder. In: *Systema, 6 (1)*, 2 – 17.