

[< zur Übersicht](#)

Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom und Hyperkinetische Störung F90

Zitiervorschlag: Urtimur, V. (2020). „Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom und Hyperkinetische Störungen“. Abgerufen von URL

<https://www.wsd-bw.de/doku.php?id=wsd:werkzeug:verhalten:themen:themenfeld5:d01>, CC BY-SA 4.0

ICD10 bzw. 11	F90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADHS) Diese Gruppe von Kindern und Jugendlichen ist in ihren Verhaltensweisen in folgenden Bereichen charakterisiert: Unaufmerksamkeit, Ablenkbarkeit, Hyperaktivität, innere und äußerliche Unruhe sowie Impulsivität. Diese Störung ist meist durch einen Beginn in den ersten fünf Lebensjahren, einer geringen Ausdauer bei Beschäftigungen und einer Tendenz von einer Tätigkeit rasch zu einer anderen zu wechseln gekennzeichnet; daneben kommt es zu Problemstellungen bei Aktivitäten im Bereich der eigenen Organisation, der Regulierung und Impulssteuerung. Eine weitere Voraussetzung für eine Diagnose ist das Anhalten der Störung für mindestens sechs Monate oder länger. Spezifikationen der F90.0 Diagnosen sind: - Aufmerksamkeitsdefizit bei hyperaktivem Syndrom - Aufmerksamkeitsdefizit bei Hyperaktivitätsstörung - Aufmerksamkeitsdefizit bei Störung mit Hyperaktivität Nicht enthalten sind folgende weiteren Subtypen: - Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (F98.80) - Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1) An dieser Stelle ist zu ergänzen, dass die „Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens“ (F90.1) sowohl die Kriterien für eine hyperkinetische Störung als auch für eine „Störung des Sozialverhaltens“ nach ICD-10 erfüllen kann. Kinder und Jugendliche mit der Diagnose Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (F98.80), auch bekannt als ADS, zeigen hauptsächlich eher verträumte, ängstliche, schüchterne und empfindliche Verhaltensweisen, die für eine Diagnose mit ADHS generell untypisch ist.
Statistik	- Je nach Untersuchung sind 3–15% der Schulkinder betroffen - Nach engen Kriterien sind 3–5% der unter 18-Jährigen und circa 1% aller Erwachsenen betroffen - Bei Jungen tritt diese Diagnose circa dreimal so häufig wie bei Mädchen auf - Im Erwachsenenalter setzen sich die Symptome bei über drei Viertel aller unbehandelten Personen fort - Bei behandelten Erwachsenen bleibt bei ungefähr 30% die volle symptomatische Ausprägung und bei etwa 60% noch einzelne Symptomaten erhalten - Anhaltende und schwere Symptomausprägungen im Erwachsenenalter (ca. 1% der Population) führen häufiger zu einer Beeinträchtigung der Teilhabe
Ursachen und Risikofaktoren in Bezug auf die Entwicklung auffälligen Verhaltens	Ursachen und Risikofaktoren wurden durch genetische und neurologische Gründe nachgewiesen, unter anderem in nachfolgenden Kontexten: - Schädigungen des Frontalhirns - Störung bei der Neurotransmitterübertragung - Konsum von Alkohol oder Nikotin in der Schwangerschaft (selbst in kleinsten Mengen) - Chronischer Stress während der Schwangerschaft - Geburtskomplikationen - Geburtsgewicht unter 1,5 kg - „Schreibabys“ Familiäre oder soziale Bedingungen sind, nach aktuellem Stand der Forschung, keine ursächlichen Faktoren zur Entstehung einer ADHS. Dennoch können sich die sozial-familiären Voraussetzungen als sekundäre psychosoziale Faktoren in den Lebensbereichen auswirken und die Symptomaten verstärken. Sie können Einfluss darauf nehmen wie gut negative Erfahrungen kompensiert werden. Insbesondere ein inkonsequentes und wenig durchschaubares Erziehungsverhalten, kann die Auswirkungen dieser Störung deutlich verschlimmern. Weitere Risikofaktoren stellen z.B. alleinerziehende Eltern, Alkoholprobleme bei Vätern, ein niedriges Bildungsniveau der Mutter und ein niedriger sozio-ökonomischer Status der Familie dar. Spätfolgen, die besonders bei einem unbehandelten ADHS vorkommen, können außerhalb der Komorbiditäten verstärkter Substanzmissbrauch und dissoziales oder delinquentes Verhalten sein. Im Erwachsenenalter zeigen, je nach Untersuchung, in etwa 20–45% der Betroffenen die genannten Verhaltensmuster und erreichen im Durchschnitt niedrigere Bildungsabschlüsse sowie einen geringeren sozioökonomischen Status.
Komorbidität (je nach Quelle)	- Störungen des Sozialverhaltens - Persönlichkeitsstörungen - Depressionen - Angststörungen - Affektive Störungen - Zwangsstörungen - Tic-Störungen - Autismus-Spektrums-Störungen - Bei etwa 80% zeigt sich zusätzlich eine weitere psychische Störung - Bei etwa 60% liegen zusätzlich bis zu zwei weitere psychische Störungen vor Weitere sekundäre Folgen, die aufgrund der ADHS Symptomatik in Zusammenhang stehen können: - Teilleistungsstörungen - Schlafstörungen - Suchtentwicklungen - Psychosomatische Symptome oder Somatisierungsstörungen Bei Intelligenztestungen schneiden die betroffenen Kinder und Jugendliche häufiger schlechter als der jeweilige Altersdurchschnitt ab. Ursachen lassen sich auf die ADHS Symptomaten zurückführen, zumal die Betroffenen ihr Potenzial nicht voll nutzen können und daher unter ihrer tatsächlichen Leistungsfähigkeit zurückbleiben. Eine symptombedingte Einschränkung der Intelligenz lässt sich demnach ausschließen.

Symptome	Das durchgehende Muster aus Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität muss in mindestens zwei unabhängigen Lebensbereichen, wie z.B. zu Hause, im Klassenzimmer oder im Verein, durchgängig auftreten. Bei Kindern ist häufig die motorische Unruhe im Vordergrund, während bei Jugendlichen tendenziell die Aufmerksamkeits- und Impulskontrollstörungen dominieren. Im Geschlechtervergleich zeigen Jungen häufiger Impulskontrollstörungen und Mädchen häufiger reine Aufmerksamkeitsproblematiken. Nachfolgend werden die verschiedenen Symptome nach Baierl (2017) in die folgenden Hauptkategorien unterteilt und mit verschiedenen Alltagsbezügen verdeutlicht: Unaufmerksamkeit - Ablenkbarkeit - Unkonzentriertheit - Vergesslichkeit - Flüchtigkeitsfehler - wenig Ausdauer bei der Aufgabenerledigung - Abneigung gegen fremdbestimmte Aufgaben - Schwierigkeiten, Erklärungen zu folgen und diese zu verstehen - unvollständiges Ausführen von Anweisungen ohne böse Absicht - Schwierigkeiten, Aufgaben oder Abläufe zu koordinieren und zu organisieren - Tagträumen - nicht mitbekommen, wenn andere einen ansprechen - nicht zuhören können - häufiges Verlieren von Gegenständen - vergessen von Verabredungen und Terminen - Unpünktlichkeit Hyperaktivität - motorische Unruhe - nicht stillsitzen können - herumzappeln - ständig in Bewegung sein - klettern über Tische und Bänke - Geräusche machen - beständiges Spielen mit Gegenständen - herumkritzeln - fahrig, ausholende, hektische und überschießende Bewegungen - Schwierigkeiten mit allen feinmotorischen Aufgaben und bei Schreiben - häufiges, ausführliches und schnelles Reden - viele laute Aktivitäten - Anspannung und Gereiztheit bei Inaktivität Impulsivität - schnelle Wechsel zwischen einzelnen Aktivitäten - vieles beginnen, nichts zu Ende führen - wenig Eigenkontrolle möglich - plötzliches Handeln, ohne zu überlegen - häufiges Nichteinhalten von Regeln - Unterbrechen und Stören von Gruppenaktivitäten, Gesprächen und Spielen - Herausplatzen von Antworten, bevor die Frage fertig gestellt wurde - zu Ungefragtem Stellung nehmen - ständiges einmischen - andere unterbrechen und dazwischenreden - nicht warten können, bis man an die Reihe kommt - aufbrausend sein - Ausraster - Kontrollverlust - häufig in Streitereien verwickelt bis hin zu Handgreiflichkeiten - Stimmungsschwankungen - Streben nach unmittelbarer Bedürfnisbefriedigung - Umgang mit Geld ist schwierig - Schwierigkeiten, komplexe Zusammenhänge darstellen zu können - Schwierigkeiten eigene Gedanken, Motivationen und Befindlichkeiten verständlich machen zu können Sekundäre Folgen der Symptomatik - Versagensgefühle - Schuldgefühle - geringes Selbstwertgefühl - hohe Kränkbarkeit - Ängstlichkeit - Depressive Stimmungen - Hypersensibilität - alles auf sich beziehen - achtloser Umgang mit sich, anderen und Gegenständen - häufige Verletzungen und Unfälle - Schwierigkeiten mit Autoritätspersonen durch (häufig) unbeabsichtigte Regelverstöße; wird dadurch als ungehorsam, oppositionell oder rebellisch wahrgenommen - Unverständnis, weswegen sie getadelt werden, obwohl sie sich anstrengen - dissoziale Verhaltensweisen bis hin zur Delinquenz - Schwierigkeiten, Nähe und Distanz richtig zu regulieren - extreme Offenheit oder extremer Rückzug - häufiges Suchen oder Vermeiden von Körperkontakt - Schwierigkeiten, Ordnung zu halten und strukturiert vorzugehen - häufige Missverständnisse - Schwierigkeiten, Beziehungen langfristig aufrechtzuerhalten - schnell wechselnde intensive Beziehungen - häufige Beziehungsprobleme - Intoleranz gegen alles, was der eigenen aktuellen Sichtweise widerspricht - Begeisterung und Faszination für alles Extreme und Exotische - hohe Begeisterungsfähigkeit - hohe Beeinflussbarkeit - oftmals hohe Hilfsbereitschaft - oftmals sehr intensiver und fürsorglicher Umgang mit Tieren - Teilleistungsstörungen, v.a. in der Sprech- und Sprachentwicklung - Schulschwierigkeiten - verlangsamtes Lesen - verminderte Informationsaufnahme durch Lesen und/oder Zuhören - soziale Isolation - Klassenkasper - Sündenbock
----------	---

Intervention allgemein	Das Vorgehen bei Kindern und Jugendlichen, die von ADHS betroffenen sind, kann sich an folgenden Intentionen orientieren: - Verbesserung der Aufmerksamkeit - Reduzierung der Hyperaktivität bzw. der inneren Unruhe - Verzögerung und Reduzierung der impulsiven Reaktionen - Ausbau der Selbststeuerungsfähigkeit - Verbesserung der Selbstwahrnehmung - Stärkung des Selbstwertgefühls Grundhaltung: - Kinder und Jugendliche brauchen einerseits das Gefühl der Geborgenheit und Wertschätzung andererseits benötigen sie auch Klarheit und Struktur. - Im Regelfall zeigen einzelne Maßnahmen wenig Erfolg, um wesentliche Veränderungen im Alltag des Kindes oder Jugendlichen zu bewirken. - Es ist wichtig, dass die Perspektive und die Gefühlswelt der Betroffenen wahrgenommen und verstanden wird. Häufig leiden diese Kinder und Jugendlichen selbst unter ihren Einschränkungen und Verhaltensweisen. - Eine hilfreiche Einstellung ist eine gemeinsame Bewältigung der resultierenden Herausforderungen. Die Problemstellungen entstehen durch das ADHS und sind nicht beim Kind oder Jugendlichen selbst zu finden. Klarheit, Regeln und Strukturen: - Kinder und Jugendliche mit ADHS brauchen besonders klare Regeln und Strukturen. Das gemeinsame Erarbeiten von einem schriftlichen Regelwerk, hilft ihnen Zusammenhänge im Gemeinschaftsleben zu begreifen und gibt ihnen die notwendige Transparenz bestehende Ordnungen zu akzeptieren. Dazu gehört auch das Verständnis zu wissen, an was man sich zu halten hat und an welchen Stellen Verhandlungsspielräume bestehen. Überschaubare und wenige Regeln sollten dabei nur für die wichtigsten Situationen aufgestellt werden. Bei der Vermittlung von Regeln ist es wichtig die Aufmerksamkeitsspanne und Merkfähigkeit zu berücksichtigen. - Wiederholende Tagesstrukturen, die immer wieder auf die gleiche Art und Weise stattfinden, sind für Kinder und Jugendliche mit ADHS eine große Unterstützung. Wiederkehrende Aufgaben können daher mit Durchführungsritualen verbunden werden, an welchen sie sich orientieren können. - Um einen strukturierten Tagesablauf zu gestalten, brauchen Kinder und Jugendliche mit ADHS üblicherweise mehr Zeit, Aufmerksamkeit und Unterstützung. Feststehende Zeiten einzurichten, in denen Erwachsene Zeit haben, ist für sie besonders bedeutsam und hilfreich. Ein gutes Zeitmanagement ist dabei notwendig, um Kollisionen mit anderen Aufgaben zu vermeiden und feste ritualisierte Räume zu schaffen. Situationen, in denen üblicherweise mehr Stress entstehen kann, sollten vorausgesehen werden, um rechtzeitige Gegenmaßnahmen ergreifen zu können. - Belohnungen, nach einer unmittelbar erledigten Aufgabe, zeigen eine positive Wirkung. Die Belohnung sollte sich entsprechend an dem Schwierigkeitsgrad der Aufgabe orientieren. Das Arbeiten mit Verstärkerplänen ist bei diesen Kindern und Jugendlichen überwiegend erfolgreich, dabei ist eine tägliche bzw. regelmäßige Abrechnung sinnvoll. Mit einem Nachlassen bzw. einer besseren Regulierung der Symptomatik können diese Abstände ausgedehnt werden. - Strukturgebend ist eine Aufgabe nach der anderen zu erledigen, so dass am Ende des Tages keine Ansammlung von angefangenen und unvollendeten Aufgaben entstehen. Da das Halten der Ordnung selbst unter idealen Bedingungen eine Herausforderung darstellt, kann dies gut in den Verstärkerplan aufgenommen werden. Konsequenzen: - Kinder und Jugendliche mit ADHS haben häufig Probleme, Konsequenzen mit ihren Handlungen in Zusammenhang zu bringen. Ihre Reaktionen sind sowohl auf Lob wie auf Tadel generell emotional. Grundsätzlich sollte daher die Aufmerksamkeit auf den nächsten Schritt gelegt werden, weil langatmige Analysen von Konflikten nur bedingt möglich sind. - Bei allen Konsequenzen ist es enorm wichtig auf Transparenz und Verhältnismäßigkeit zu achten. Ungerecht erlebte Konsequenzen fordern Trotzreaktionen heraus und tragen wenig zu einer Verhaltensänderung bei. Je klarer und nachvollziehbarer, die im Regelwerk erwähnten positiven und negativen Konsequenzen sind, desto wahrscheinlicher ist eine mit der Zeit wachsende Einsicht und Selbststeuerung. Besonders erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang die Bedeutsamkeit der Beziehungsqualität, die hier die Grundlage der erfolgreichen Verhaltensveränderung darstellt. Beziehung und Kommunikation: - Kinder und Jugendliche mit ADHS haben ein großes Bedürfnis nach Anerkennung und Beziehung. Daher sind alle Maßnahmen, die beziehungsfördernd sind, besonders wertvoll. Im Rahmen der gemeinsamen Gespräche und Aktivitäten, können diese Zeiten auch für die Bewältigung von Aufgaben genutzt werden, die noch nicht alleine geschafft werden. - Wenn sie in Gesprächen überprüfen, was sie verstanden haben, so können sich die Kinder und Jugendliche darin üben, Vorstellungen, Ausdrucksweisen und Meinungsäußerungen zu reflektieren. Bei diesen Anlässen können sie darüber hinaus ihre sozialen Kompetenzen im gemeinsamen Gespräch trainieren. - Bei zentralen Aufgaben ist es oft hilfreich, wenn ein angemessener Körperkontakt mit den Kindern und Jugendlichen hergestellt wird. Ein kurzfristiger Blickkontakt im Gespräch ist unterstützend, damit das Gesagte besser im Gedächtnis behalten wird. Dabei ist auf ein klares, kurzes Sprachenverhalten zu achten und auf positive Erinnerungen, wie z.B. „Du denkst an deinen Schulranzen“. Freizeitverhalten: - Sportliche Aktivitäten, besonders Einzelsportarten, bei denen schnell reagiert werden muss oder ebenso ruhige und stark strukturierende Sportarten, bieten sich besonders an. - Aktivitäten, die das Selbstwertgefühl, soziale Kompetenzen, Selbstkontrolle, Problemlösefähigkeiten und Stressbewältigung fördern oder auch alle Interventionen zum Selbstmanagement (Selbstbeobachtung, Selbstbeurteilung, Selbstverstärkung) sind wertvoll. Psychotherapie: - Erfolgreiche Belege für therapeutische Behandlungen finden sich in der Verhaltenstherapie und den daraus abgeleiteten Trainingsverfahren, auch die Wirksamkeit systemischer Therapien sind nachgewiesen. - Multimodale Therapieansätze, die in der Regel ambulant behandelt werden, sind nach derzeitigem Wissenstand am meisten Erfolg versprechend. Die Einbindung der Eltern durch eine Beratung und/oder einem Training sind neben verhaltenstherapeutischen Interventionen, dem Einsatz von Medikamenten und sozialtherapeutischen Unterstützungen Bestandteile dieser Maßnahme. - Medikationen werden oftmals dann notwendig, wenn eine besonders starke Ausprägung der Symptomatik vorliegt und alle anderen bisher ergriffenen Maßnahmen keinen ausreichenden Erfolg gebracht haben. In diesen Fällen schaffen die Medikamente eine erste Grundlage, auf der die anderen therapeutischen und pädagogischen Maßnahmen aufbauen können. Die Vergabe der Medikation sollte stets von einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychotherapie verschrieben werden. - Unterstützende Co-Therapeutische Maßnahmen wie z.B. Psychomotorik, Ergotherapie, Reittherapie und Entspannungsverfahren sind wertvolle Ergänzungen zur individuellen Bewältigung und Förderung. - Bei besonders schwer ausgeprägten Symptomaten, bei denen weitere schwere zusätzliche Störungen vorliegen, reicht in der Regel eine ambulante Behandlung nicht mehr aus. Wenn Familien oder die Jugendhilfe an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit kommen, kann die Notwendigkeit für eine Behandlung in einer Tagesklinik oder in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie vorliegen.
------------------------	--

[< zur Übersicht](#)

Literatur

Arolt, Reimer, Dilling (2011). Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie, Springer.

Baierl, M. (2017). Herausforderung Alltag, Praxishandbuch für die pädagogische Arbeit mit psychisch gestörten Jugendlichen, Vandenhoeck & Ruprecht.

Trapmann, H. /Rotthaus, W. (2018). Auffälliges Verhalten im Kindesalter, Handbuch für Eltern und Erzieher Band 1, verlag modernes lernen.

Höwler, E. (2016). Kinder- und Jugendpsychiatrie für Gesundheitsberufe, Erzieher und Pädagogen. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Lempp, T. (2014). Kinder- und Jugendpsychiatrie. BASICS. München: Urban und Fischer.

<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2018/block-f90-f98.htm> [23.03.2020]

https://www.adhs-information.de/globalassets/site-components31/germany2/adhs-info/pdf/adhs-lehrer-broschuere_nvs.pdf [26.03.2020]

http://www.adhs-deutschland.de/Portaldata/1/Resources/pdf/4_e_infobroschueren/Broschuere_1_neu-Adresse_2018.pdf [07.04.2020]

Layout und Gestaltung: Christian Albrecht, Zentrum für Schulqualität und Lehrerbildung (ZSL) Baden-Württemberg

From:

<https://wsd.saf-fr.de/> -

Permanent link:

<https://wsd.saf-fr.de/doku.php?id=wsd:verhalten:themen:themenfeld5:d01>

Last update: **2024/07/01 16:59**

