

# AD(H)S im Kindes- und Jugendalter

## Aspekte einer partizipativen, individuellen Behandlung

### Einleitung

AD(H)S ist eine mit einer Prävalenz von circa 5 % im Kindes- und Jugendalter<sup>[1]</sup> häufige Entwicklungsstörung, von der Kinder jeden Geschlechtes betroffen sein können, und die zu circa 50–80 % im Erwachsenenalter persistiert<sup>[2]</sup>.

Basierend auf multifaktorieller Genese kommt es zu einem variablen klinischen Bild, das Ausdruck einer Extremvariante von auf einem Kontinuum abzubildenden Symptomen ist und – eingebettet in individuelle Faktoren und Leidensdruck – eine Behandlungsindikation darstellen kann.

Insbesondere bei Betrachtung betroffener Kinder kann sich ein Spannungsfeld aus Verantwortlichkeiten, shared-decision-making und Partizipation ergeben. Dabei sind Compliance, Wertschätzung der Individualität sowie in den meisten Fällen die Transition zum Erwachsenenmediziner zentrale Berufsfeld-übergreifende Themen.

### 1. Diagnostik partizipativ gestalten

Die Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen erfolgt entsprechend der AWMF-Leitlinie. Dabei werden spezifisch das Vorliegen der Kernsymptome (Diagnosekriterien der ICD-10 oder DSM-5) Aufmerksamkeitsstörung, reduzierte Impulskontrolle und Hyperaktivität und der Schweregrad der Ausprägung verschiedener Facetten erfragt. Die Kriterien sollen persistierend (mindestens 6 Monate) in mehreren Lebensbereichen sowie erstmals vor dem 7. (ICD 10) bzw. 12. Lebensjahr (DSM-5) auftreten<sup>[1]</sup>.

Um die Diagnosekriterien richtig anwenden zu können, ist eine fundierte Kenntnis alterstypischer Entwicklung erforderlich. Auch müssen zahlreiche anamnestische Aspekte berücksichtigt werden. Eine andere plausible Erklärung für die beobachteten Verhaltensweisen darf nicht vorliegen, auch eine Hör- und Sehstörung muss ausgeschlossen sein.

Dabei stellt uns der Alltag, nicht nur bei mehrsprachigen Kindern, Kindern mit Flucht-/Migrationserfahrung, eigener Traumatisierung (oder der der Eltern) und ohne Zugang zu Bildungseinrichtungen im Kleinkind-/Vorschulalter, vor Herausforderungen.

Zu erwähnen ist, dass neben den AD(H)S als medizini-

sche Diagnose definierenden Merkmalen bei vielen Menschen mit AD(H)S Ressourcen besonderer Ausprägung vorliegen (hohe Kreativität, Fähigkeit „gedanklich ganz neue Wege zu gehen“, hyperfokussiertes Spielen/Arbeiten (bei Interesse!), Begeisterungsfähigkeit, hoher Gerechtigkeitsinn, Freude am Teilen, ...) die für eine Therapieentscheidung und den weiteren Verlauf entscheidend sein können<sup>[3]</sup>.

Häufig verändert sich sowohl die AD(H)S-Symptomatik als auch deren Bewertung (negativ/neutral/positiv) durch das Umfeld und beim Patienten mit zunehmendem Entwicklungsalter. Diese Bewertung ist ein zentraler Bestandteil auch der Psychoedukation.

Während bei Kindern im Kindergarten- und Kleinkindalter die Hyperaktivität oftmals zur Einleitung einer entsprechenden Diagnostik führt, kann im Schulalter eine geringe Konzentrationsspanne und Merkfähigkeit als im Vordergrund stehend erlebt werden<sup>[4]</sup>.

Eine Teilleistungsstörung (z.B. Legasthenie, Dyskalkulie) tritt bei Kindern mit AD(H)S gehäuft auf<sup>[5]</sup><sup>[6]</sup> und führt zu ergänzenden Schwierigkeiten, dies kann die Dramatik der präsentierten Symptome sowie das Empfinden eines Leidensdruckes deutlich erhöhen. Die sichtbare Hyperaktivität kann in den Hintergrund treten und einer subtileren Variante („innere Unruhe“, „Rastlosigkeit“) weichen.

Im diagnostischen Prozess wird die Situation multidimensional, teils mit Hilfe standardisierter Fragebögen, erfasst:

- durch Berichte der Erziehenden, auch die familiäre Situation und familiäre Vorerkrankungen, Belastungen und Ressourcen betreffend,
- durch Berichte aus dem Kindergarten oder der Schule,
- durch Therapieberichte/Entwicklungsberichte,
- bisherige ärztliche Untersuchungen/Vortestungen.

Und, ergänzt durch die Ergebnisse testpsychologischer Untersuchungen, Verhaltensbeobachtungen sowie ärztlicher Untersuchung, evaluiert.

In der Symptomatik kann die „nach außen gekehrte“ von der „inwendigen“ unterschieden werden. Kinder, die ein hohes Maß an das Umfeld irritierenden und störenden Symptomen präsentieren („Zappelphilipp“, hyperaktive, sehr temperament-starke Kinder) werden eher zur Dia-