

Handout: ADHS bei Jungen

Nickname: Basilikum04

1. Einleitung: Was ist ADHS? Historischer Exkurs

- Annäherung durch die Geschichte vom Struwwelpeter, geschrieben von Heinrich Hoffmann und veröffentlicht im Jahr 1845
- Zusammenfassung der Geschichte: Der „Zappel Phillip“ sitzt mit seinen Eltern am Esstisch und kann nicht ruhig sitzen bleiben. Beim Kippen fällt er um und hält sich an der Tischdecke fest, woraufhin das gesamte Gedeck zu Boden fällt
- Hoffmann (Nervenarzt und Psychiater) beschreibt damals als erster die damals noch genannte „Verhaltensstörung“
- Man ginge lange davon aus, es handle sich um eine Fehlfunktion im Hirn
- Mit Erfindung des MRTs im Jahr 1989, entdeckte man, dass Kinder mit ADHS lediglich Unterschiede in Größe und Aktivität der Hirnbereiche aufweisen
- Der Begriff „Aufmerksamkeitsdefizit Störung“ (ADS) wurde etabliert und nach kurzer Zeit zu ADHS erweitert, was „Hyperaktivität“ noch ergänzt

Quellen: Hoffmann (1844/1845), Seidler (2004), Streif (2015) S. 11

2. ICD10/ DSM5 Diagnosekriterien

- Code F90-F98 ICD10 „Hyperkinetische Störung“
- Diagnostische Kriterien Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom
- Diagnostische Kriterien Hyperaktivität- und Impulsivitätssyndrom
- Mindestens sechs oder mehr Kriterien müssen zutreffen, dabei müssen sie außerdem mindestens 6 Monate beständig sein und die Person im negativen Beeinflussen
- -> klassische Symptome: Schwierigkeiten bei Konzentration und Durchhaltevermögen und Organisation sowie Ordnung oder Schwierigkeiten bei Stillsitzen, redet viel und unterbricht
- Symptome treten vor 12 Jahren auf
- Sie beeinträchtigen bzw. treten in zwei oder mehreren Lebensbereichen auf (Schule, Arbeit, Freundeskreis...)
- Es gibt deutliche Hinweise darauf, dass die Symptome sich störend auf die Qualität des sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsniveau auswirken oder reduzieren lassen
- Unterschiede ICD10 und DSM5: Beschreibung der Symptome im Alter, DSM5 zeigt unterschiedliche Schweregrade und Subtypen -> DSM5 bietet differenziertere Ansicht

Quellen: ICD10 Code F90, DSM5 Code F 90.0- 90.2, (S. 77f.), Abbildung 2

3. Epidemiologie

- ASHD zählt weltweit zu den häufigsten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter
- Häufigkeitseinschätzungen variieren je nach Diagnosekriterien
- ICD10 kommt mit strengeren Kriterien auf ca. 1-2%, DSM5 auf ca. 5%
- ADHS im Erwachsenenalter: 2.5 % der Bevölkerung betroffen
- Jungen erhalten deutlich öfter Diagnose als Mädchen, besonders in klinischen Studien

- Besonders häufig in Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status
- Tatsächliche Häufigkeit bleibt weltweit konstant, trotz steigender Diagnoseraten

Quelle: Banaschewski et al (2017), Petermann/ Ruhl (2011), S. 681

4. Symptome und Entwicklung speziell bei Jungen

- Zeigen sich je nach Entwicklungsphase
- Vorschulalter 3-6 Jahre: Kurze Aufmerksamkeitsspanne, emotionale Regulationsprobleme wie zum Beispiel Schreianfälle, Impulsivität, motorische Unruhe
- Grundschulalter 6- 10 Jahre: Im Kontext Schule können Leistungsprobleme trotz normaler Intelligenz auftreten sowie Probleme auf der Sozialebene. Außerdem Vergesslich und leicht ablenkbar -> Bei Jungen speziell nach außen gerichtetes Verhalten
- Adolescence 10-14 Jahre : Veränderung der Hyperaktivität: diese nimmt ab, Unaufmerksamkeit bleibt, Organisation und Planung fällt schwer, hohe Frustration, sinkendes Selbstwertgefühl
- Jugendalter 14-18 Jahre: Unaufmerksamkeit und selbst Organisation weiterhin da, anhaltende Impulsivität, auftretende Konflikte mit Bezugspersonen / Eltern

Quellen: Thapar et al (2015), AWMF S3-Leitlinie ADHS, Pliszka (2015)

5. Diagnostik und Zusammenfassung

- Verschiedene Testverfahren die Konzentration, Aufmerksamkeit und anderes testen
- Bereits benannt: ICD10 und DSM5
- Schema Diagnostisches Verfahren siehe Abbildung 1
- Screening durch Lehrkräfte und Eltern: Fragebogen zu Stärken und Schwächen, dann ggf. weitere orientierte Diagnostik, dann weiterführende Diagnostik und anschließend verschiedene testpsychologische Verfahren

Quellen: Petermann/ Ruhl (2011): Diagnostisches Vorgehen bei ADHS im Kinder- und Jugendalter , S. 689, Abb. 32.2

Quelle: Gebhardt et al (2008): ADHS bei Kindern und Jugendlichen, S.21, Abb. 1

6. Literaturangaben

DSM5 Code F.90.0-F.90.2 (Hrsg. ATA) : Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung. S.77f.

T. Banaschewski, K. Becker, M. Döpfner, M. Holtmann, M. Rösler, M. Romanos (2017): Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung Eine aktuelle Bestandaufnahme In: Deutsches Ärzteblatt JG. 114, Heft 9.

B. Geberhardt, E. Finne, O. von Rahden, P. Kolip (2008): ADHS bei Kindern und Jugendlichen. In: Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 65, Bremen/Schwäbisch-Gmünd.

H. Hoffmann (1844/1845): Der Struwwelpeter. literarische Anstalt: Frankfurt am Main.

ICD10 Code F90 (Hrsg. WHO) : *Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend*. S. 358.

F. Petermann, U. Ruhl (2011): Aufmerksamkeitsdefizit- /Hyperaktivitätsstörung (ADHS). In: Witten, HU., J. Hoyer (eds) Klinische Psychologie und Psychotherapie. Springer: Berlin, Heidelberg.

S. Pliszka (2015): ADHD Across the Lifespan. In: Oxford Textbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Oxford 8 oxford University Press.

E. Seidler (2004) „Zappel Phillipp“ und ADHS -Von der Unart zur Krankheit. Deutsches Ärzteblatt Jg.101. Heft 5, S. 239- 243.

J. Streif (2015): Eine kleine Geschichte der ADHS In: Jubiläumsbericht ADHS Deutschland e. V. neue Akzente . Nr. 100. Aufl. / Januar.

A. Thapar, D. Cooper, M. Rutter (2015): Attention deficit hyperactivity disorder. In: Nature Reviews Disease Primers. Hrsg.: nature publishing Group. London.

2018 (aktualisiert 2023): AWMF S3-Leitlinie ADHS. Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, Hrsg: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) Ort: Berlin (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften- AWMF).