

## AD(H)S

# Kinder mit dem vorwiegend unaufmerksamen Subtyp

KLAUS SKRODZKI

Immer mehr Kinder- und Jugendärzte betreuen in ihren Praxen Patienten mit einer ADHS. Während Kinder, die deutlich hyperaktiv sind, eher „ins Auge springen“, ist der vorwiegend unaufmerksame Subtyp schwieriger zu erkennen und wird häufig nicht diagnostiziert. Der Schlüssel zur Diagnose ist insbesondere eine sorgfältige Anamnese.

**D**ie allgemein geltende Vorstellung von einem Kindes mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist überwiegend die eines hyperaktiv-impulsiven Jungen. Jedoch gibt es auch Kinder – insbesondere Mädchen – die nicht durch hyperaktives, störendes Verhalten auffallen, aber trotzdem die gleichen Probleme mit mangelnder Aufmerksamkeit, Impulsivität und gestörtem Sozialverhalten haben und auch erkannt und behandelt werden müssen.

### Klassifikation und Subtypen

ADHS liegt vor, wenn unaufmerksames und impulsives Verhalten mit oder ohne deutliche Hyperaktivität ausgeprägt ist, nicht dem Alter und Entwicklungsstand entspricht und zu Störungen in den sozialen Bezugssystemen und im Leistungsbereich von Schule und Beruf führt. In nahezu allen Studien werden heute die Kriterien nach DSM IV verwendet. Dabei sind drei Subtypen von ADHS definiert: der vorwiegend hyperaktiv-impulsive Typ, der vorwiegend aufmerksamkeitsgestörte und der Mischtyp. Die Prävalenz der ADHS unter Anwendung der Kriterien nach DSM IV liegt bei mindestens 5%. Nach den Kriterien der ICD 10 („Hyperkinetische Störungen“), für die die Hyperaktivität obligat ist, liegt die Prävalenz bei 2–3%; der vorwiegend unaufmerksame Typ wird damit nicht erfasst.

Die Zuordnung zum vorwiegend unaufmerksamen Subtyp ist schwierig, da eines der diagnostischen Zusatzkriterien „Auffälligkeiten schon vor dem Alter von 6 Jahren“ bei den Kindern häufig nicht erfüllt zu sein scheint. Ein Grund: Verträumte, abwesende, wenig expansiv agierende Kinder fallen später auf als hyperaktiv zappelnde. Die diagnostische Erfassung des unaufmerksamen Typs ist aber wichtig, da die Folgen der störungsspezifischen Probleme für die weitere Entwicklung genauso gravierend sein können wie bei den anderen Subtypen.

### Phänomenologie

**Säuglingsalter:** Kinder vom überwiegend unaufmerksamen Typ sind als Säuglinge oft besonders pflegeleicht und schlafen viel. Ihre motorische Entwicklung ist gelegentlich verzögert, allerdings meist so geringfügig, dass sie nur selten Anlass zu therapeutischen Maßnahmen gibt. Sie suchen viel Körperkontakt, schmusen ausdauernd und sind häufig sehr irritierbar durch Geräusche und Veränderungen im Umfeld.

**Kleinkindalter:** Manche dieser Kinder sind im Kleinkindalter ausgesprochen langsam, motorisch ungeschickt, spielen lange mit einem Spielzeug und zeigen wenig Interesse an Neuem. Im Spiel sind sie oft eigenbrötlerisch, beschäftigen sich kaum mit anderen Kindern und entwi-

ckeln, wenn sie von anderen ins Spiel einbezogen werden, wenig Eigeninitiative. Es fehlt das ständige nach „Animation suchen“ der Hyperaktiven. Oft wirken sie verletzlich und übersensibel und leiden heftig z. B. bei Szenen im Fernsehen, in denen einem Tier oder Menschen Schmerz zugefügt wird. Die frühere Suche nach engem Körperkontakt geht in „Klammern“ über, d. h. sie hängen ständig am Rockzipfel, so wird auch die Trennung von der Mutter vor dem Kindergarten zum Drama. Oft bevorzugen sie – für längere Zeit und ausschließlich – bestimmte Nahrungsmittel.

**Vorschulalter:** Zunehmend entwickelt sich im Vorschulalter – trotz eigener Langsamkeit – Ungeduld für die Erfüllung von Wünschen und eine geringe Frustrationstoleranz. Affektstau führt bei diesen ruhigen Kindern zu plötzlichen Wutausbrüchen, deren Ursache für die Außenstehenden nicht erkennbar ist. Oder es kommt an Stelle von Wutausbrüchen zu beleidigtem Zurückziehen. Auch diese Kinder erzählen – wie die hyperaktiven – kaum etwas vom Kindergarten, schweigen verlegen bei Ansprache und Fragen und verstecken sich hinter anderen. Ihre Sprache ist oft langsam, stockend, manchmal monoton und der Tonfall passt nicht zu den Emotionen

**Schulalter:** In der Schule, wo sich das Kind in eine größere Gruppe integrieren, aufmerksam sein, schreiben, rechnen und Hefte nach bestimmten Ordnungsprinzipien führen soll, werden die Schwierigkeiten deutlich erkennbar: Kinder vom vorwiegend unaufmerksamen Subtyp scheinen im Unterricht nur zu träumen, wissen nicht wovon gerade gesprochen wurde und geben Antworten auf Fragen, die bereits abgeschlossen sind. Schon

durch geringste Ablenkungen, wie das Bleistiftkritzeln oder das Spielen mit einem Radiergummi des Tischnachbarn, das Vorbeifliegen eines Vogels vor dem Fenster, finden sie nicht mehr in den Arbeitsablauf hinein. Sie spielen mit Gegenständen, erzählen plötzlich Geschichten, die nichts mit dem gegenwärtigen Thema zu tun haben, schwatzen und kichern andauernd, besonders dann, wenn sogar die Kameraden das nicht haben wollen. Auch während Klassenarbeiten träumen und trödeln sie und sind daher meistens die Letzten bei der Abgabe. Ihre Arbeiten wimmeln von Leichtsinnsfehlern und Gedankensprüngen.

Die Feinmotorik dieser Kinder ist schlecht gesteuert und ihre Hände sind verkrampft und verschwitzt. Ihre Schrift ist oft ungenau, eckig, die Buchstaben oft kaum zu lesen, zahlreiche Fehler verunstalten das Blatt und häufig findet man Tintenflecke und Fingerabdrücke. Die Kraft kann nicht dosiert werden und selbst das einfache Ausmalen von Bildern scheint sie riesig anzustrengen. Viele haben auch im Sportunterricht Probleme, da ihre Grobmotorik schlecht ist, sie daher körperlich ungeschickt sind, schnell ermüden und wenig Anstrengungsbereitschaft zeigen. Auch sie haben wie die hyperaktiven Kinder – wegen ihrer Ungeschicklichkeit – häufiger Unfälle.

In Prüfungssituationen sind sie blockiert und können selbst gut gelernte Dinge nicht reproduzieren. Auch wenn sie etwas wissen, sind sie unsicher und trauen sich nicht, es zu sagen. So haben sie Angst vor dem Wettstreit mit anderen und sehen sich als ständige Versager, von den anderen abgelehnt und ungerecht behandelt.

Die Emotionen der Kinder schlagen schnell und heftig um und damit irritieren sie ihre Freunde. Denn auch sie haben wie die hyperaktiven Kinder größte Schwierigkeiten Verhalten, Mimik und Gestik der Gleichaltrigen richtig wahrzunehmen und zu verstehen und dabei gleichzeitig ihre eigene Körpersprache der Situation anzupassen. Durch diese schlechte Steuerung wirken sie häufig ungeschickt, gehemmt, linkisch und werden noch weniger akzeptiert, öfter ausgelacht und verspottet: „Tranuse“, „Lahmarsch!“. Als Folge sind sie zunehmend eingeschüchtert, fühlen sich

in der Klasse unwohl und verhalten sich scheu. Sehr selten blitzen in diesen Alltagssituationen ihr Witz, ihre Assoziationsfähigkeit und ihre Kreativität auf. Ihr Verhalten bewirkt, dass Klassenkameraden und Lehrer sie für dümmlich, langweilig oder zumindest versponnen halten. Häufig haben sie keine Freunde, werden selten eingeladen und als Letzte gewählt, wenn es darum geht, Gruppen zu bilden.

**In der Familie:** Auch im häuslichen Bereich wachsen die Schwierigkeiten, denn Organisation und Zeitmanagement stellen ein großes Problem dar: Aufstehen, Waschen, Zähneputzen und Anziehen dauern ewig, Bus und Straßenbahn werden verpasst, Verabredungen vergessen oder erheblich verspätet wahrgenommen und alle Aufgaben benötigen unendlich viel mehr Zeit als bei Gleichaltrigen. Die größte Belastung, insbesondere für die Eltern, sind in nahezu allen Fällen die Hausaufgaben. Da sie in der Schule nicht richtig aufgeschrieben oder die notwendigen Bücher und Hefte nicht mit nach Hause genommen werden, kostet es große Mühe überhaupt erst anzufangen, und dann ziehen sich die Hausaufgaben stundenlang hin und sind ein ständiger Kampf zwischen Mutter und Kind.

Den Kindern fällt es schwer, sich beim Lesen für mehr als einige Minuten zu konzentrieren oder Gedanken niederzuschreiben. Länger zu planende Aufgaben werden bis zum letzten Augenblick verschoben. In vielen Familien endet der Nachmittag in einer Katastrophe, wenn die Mutter – nach 2- bis 3-stündigem Versuch die Hausaufgaben mit dem Kind gemeinsam zu erledigen – mit ihren Nerven am Ende ist. Häufig bleibt dem Kind kaum noch Zeit zum Spielen. Die Qual der Hausaufgaben und die schlechten Noten in der Schule sind, unabhängig von der Intelligenz, darauf zurückzuführen, dass die Kinder größte Schwierigkeiten haben, sich zu der jetzt gerade notwendigen Arbeit zu motivieren. Dieses extreme Trödeln führt notgedrungen zu Misserfolgen und gedrückter Stimmung in der Familie. Die Zeit, die zum Suchen verlorener und vergessener Materialien gebraucht wird, fehlt zur Bearbeitung der tatsächlichen Aufgaben – auch das nervt die Eltern.

Tabelle 1

### Diagnostik bei Kindern mit Verdacht auf ADHS

- sorgfältige und ausführliche Anamnese (von Patient, Familie und Umfeld)
- spezifische Fragebögen für ADHS und assoziierte Störungen
- Gesamtkörperstatus, auch neurologisch und motoskopisch
- genaue Verhaltensbeobachtung in unterschiedlichen Lebensbereichen
- bei Bedarf Labor- und technische Untersuchungen
- Betrachtung von Heften, Zeichnungen, Zeugnissen
- Leistungstests, psychologische Tests bei Bedarf

Psychosomatische Beschwerden und Befindlichkeitsstörungen, wie Bauch- und Magenschmerzen oder Kopfschmerzen, führen immer wieder zum Arzt, ohne dass organische Ursachen gefunden werden können. Körperliche Symptome werden intensiv beobachtet, überbewertet und schwer wiegende Krankheiten vermutet, nicht selten ist ausgeprägt hypochondrisches Verhalten vorhanden.

**Jugendalter:** Beim Übergang ins Jugendlichenalter verstärkt sich der soziale Rückzug der Patienten vom überwiegend aufmerksamkeitsgestörten Typ. Für Eltern sind sie nicht mehr „erreichbar“. Sie wirken verschlossen, muffig, alles ist ihnen „egal“ und ständig fühlen sie sich angegriffen. Die Distanzierung zu den Eltern ist zwar alterstypisch, aber sie ist stärker ausgeprägt und es fehlt die Einbindung in die Gruppe der Gleichaltrigen, da sie in ihrem psychosozialen Verhalten so verzögert sind (oft bis zu einem Drittel ihres Alters) und ihre Interessengebiete so wenig dem ihrer Peers entsprechen, dass sie kaum Freunde finden und immer mehr zu Außenseitern werden.

Anschluss finden die Jugendlichen höchstens an nicht ungefährliche Cliques, die ihre Unsicherheit erkennen und sie ausnützen. Daher werden sie vorgeschoben und bei kleineren Vergehen (z. B. Ladendiebstahl) am häufigsten gefasst, da ihnen meist die Tragweite des Handelns nicht bewusst ist und sie nicht geschickt

im Vertuschen und Lügen sind. Zwar lügen sie oft, aber meist so naiv-dumm, dass jeder es merkt. Kritik führt zu langatmiger Verteidigung, wobei nicht selten der Faden verloren wird. Partnerschaft und Liebe werden erschwert durch absolute Selbsthingabe, aber auch absolute Einforderung des Partners, sodass es schnell zum Gefühl der Einengung und Eifersucht kommt. Eine gescheiterte Partnerschaft führt wiederum zu Depression, Selbstzweifel und Abkapselung.

**Erwachsenenalter:** Zögern, Aufschieben und Unentschlossenheit bleiben das größte Hindernis für diese ADHS-Patienten in Ausbildung, Beruf und auch in der Partnerschaft. Da sie keine Strategien zur Lösung von Problemen entwickeln konnten, führen die fehlende Entscheidungsfähigkeit in Verbindung mit mangelndem Zeitverständnis und Desorganisation zu Ängsten, starker Störung des Selbstwertgefühls, manchmal zum Ver Müllungssyndrom, nicht selten zu Panikattacken und Depression. Manchmal kommt es auch in der Überkompensation zu zwanghaftem Verhalten.

Es bleiben die Schwierigkeiten, sich abzugrenzen: Wegen ihrer exzessiven Gutmütigkeit, für jemanden alles zu tun, und wegen ihres hohen Mitgefühls für andere werden Menschen mit ADHS oft ausgenutzt und sind dann tief enttäuscht. Trotz oft hoher Intelligenz bleiben bei ihnen berufliche Erfolge und Karriere weit hinter den Möglichkeiten zurück.

### Diagnostik und Differenzialdiagnostik

Die Diagnostik sollte nach den Leitlinien der AG ADHS (vgl. Kasten, zum praktischen Management siehe auch Kohns, pädiatrie hautnah 2004; 8: 448–50) durchgeführt werden. Die wichtigsten Punkte finden sich in Tabelle 1.

Differenzialdiagnostisch ist beim unaufmerksamen Subtyp besonders sorgfältig vorzugehen, da das Symptom „Aufmerksamkeitsstörung“ auch bei vielen anderen psychischen Erkrankungen zu finden ist (Tabelle 2). Die Abgrenzung ist oft schwierig und manchmal nur als „Verlaufdiagnostik“ unter längerfristiger Beobachtung während der Betreuung und Behandlung möglich.

Tabelle 2

### Psychische Erkrankungen und Entwicklungsstörungen mit dem Symptom „Aufmerksamkeitsstörung“

- schulische Überforderung bei Minderbegabung
- isolierte Teilleistungsschwächen (Dyslexie, Dyskalkulie, Seh- und Hörstörungen)
- schlecht organisiertes, inadäquates oder emotional belastendes häusliches Milieu (chaotische Familienverhältnisse)
- akute, erhebliche Familienkonflikte: Trennung, Misshandlung, schwere Erkrankung der Eltern
- Erschöpfungszustände im Rahmen somatischer Erkrankungen
- Stoffwechselstörungen (z. B. Schilddrüsenerkrankungen)
- neurologische Erkrankungen
- affektive Störungen, Angst-, Zwangsstörungen
- dipolare Störungen, tief greifende Entwicklungsstörungen (z. B. Asperger-Autismus)

### Komorbiditäten

Assoziierte Störungen sind in etwa 60% der Fälle vorhanden, sodass immer danach gesucht werden muss. „ADHS kommt selten alleine“ – das trifft auch für den vorwiegend aufmerksamkeitsgestörten Typ zu. Teilleistungs- und Angststörungen, depressive Verstimmung, Störungen des Sozialverhaltens und emotionale Störungen stehen im Vordergrund, nicht selten auch Essstörungen. Aggressiv-oppositionelles Verhalten ist eher selten, viel häufiger beim hyperaktiv-impulsiven Typ und beim Mischtyp. Für die Planung der Therapiemaßnahmen und für die Prognose ist das Einbeziehen dieser Begleitstörungen von größter Bedeutung.

### Therapie

Die Therapie sollte den Empfehlungen der Leitlinien folgen. Alle Bausteine der Therapie (Tabelle 3) sind abhängig von der individuellen Situation einzusetzen, ihre Wirksamkeit muss am Therapieziel orientiert überprüft werden. Medikation im Rahmen der Gesamtbetreuung ist auch beim vorwiegend aufmerksamkeits-

Tabelle 3

### Bausteine des multimodalen Therapiekonzeptes

- Erziehungskonzept – zur Verbesserung der psychosozialen Entwicklung
- Elterntraining – Verhaltenstraining („Coaching“)
- Lenkung der Freizeit
- Bewegungs- und Beschäftigungstherapien
- Verhaltenstherapie
- medikamentöse Behandlung
- Behandlung spezifischer Teilleistungsstörungen

gestörten Typ der ADHS die wirksamste Maßnahme, allerdings benötigen gerade diese Patienten langfristig eine Unterstützung im Aufbau des Selbstwertgefühls und Hilfen in der Bewältigung der Alltagsaufgaben.

### Fazit

Die Erkennung, Diagnosestellung und Behandlung der vorwiegend aufmerksamkeitsgestörten Patienten mit ADHS ist für den Kinder- und Jugendarzt eine schwierige und verantwortungsvolle Aufgabe. Häufig ist Kooperation im Netzwerk mit sozialpädiatrischen Zentren, Kinder- und Jugendpsychiatern oder Psychotherapeuten notwendig. Die Zusammenarbeit mit Schule, Ausbildungsstätten und weiteren Organisationen wie z. B. den Berufsbildungswerken ist hilfreich. Außerdem ist die Fortführung der medizinischen Versorgung beim Übergang ins Erwachsenenalter (Psychiater, Allgemeinarzt) unbedingt einzuplanen und vorzubereiten.

### Leitlinien der AG ADHS

Diese Originalarbeit ist ein Beitrag aus der Arbeitsgemeinschaft Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (kurz: AG ADHS). Ihre Leitlinien sind im Internet erhältlich unter:

[www.agadhs.de/Leitlinie](http://www.agadhs.de/Leitlinie)

### Dr. med. Klaus Skrodzki

Kinder- und jugendärztliche Gemeinschaftspraxis  
Gleiwitzerstr. 15  
91301 Forstheim