

1 Klassifikation und diagnostische Einordnung der ADHS

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) zeichnen sich durch die Kardinalsymptome Aufmerksamkeitsschwäche, Impulsivität und motorische Hyperaktivität aus. Die Symptome müssen situationsübergreifend, aber nicht in allen Situationen, für das Alter und den Entwicklungsstand in unangemessenem Ausmaß und zeitlich überdauernd auftreten. In der Regel sind sie rückverfolgbar bis in das frühe Kindesalter. Außerdem dürfen sie nicht durch andere psychische Störungsbilder, organische Erkrankungen oder situative Bedingungen erklärbar sein. Hinzukommt, dass die Symptomatik in erkennbarer Form zu einer Beeinträchtigung wichtiger Alltagsfunktionen im Sozial- oder Lernverhalten und des seelischen Befindens bei den Betroffenen und ihren Bezugspersonen führen muss.

1.1 Internationale Klassifikationssysteme und diagnostische Einordnung

Es existieren zwei international anerkannte psychiatrische Klassifikationssysteme, zum einen das Diagnostische Manual Psychischer Störungen (DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), welches von der American Psychiatric Association herausgegeben wird, und das Kapitel V der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD), herausgegeben von der WHO (World Health Organization). Derzeit liegt das DSM in der fünften Version vor (American Psychiatric Association, APA, 2013), ICD-10 in der 10. Version (Dilling, Mombour & Schmidt, 2010). Die Hauptaufgabe in der Entwicklung unterschiedlicher Versionen der Klassifikationssysteme besteht darin, die für die jeweilige Diagnose relevanten Merkmale zu definieren, zu ordnen und zu gewichten, um auf diese Weise zu einer möglichst präzisen Beschreibung psychischer Störungen zu gelangen. Jede neue Version versucht hierbei, die über die Jahre neu hinzukommenden Forschungsergebnisse zu einem psychischen Störungsbild angemessen zu berücksichtigen und einzuordnen. Auf diese Weise entstehen allgemein gültige Standards, die für die Diagnoseerstellung dringend erforderlich sind.

Grundsätzlich ist festzustellen, dass die *Kernsymptome der ADHS*, d.h. *motorische Unruhe* (*Hyperaktivität*, *mangelnde Aufmerksamkeit* und *Ablenkbarkeit* sowie *Impulsivität*), Extreme eines Spektrums ganz normaler Verhaltenszüge darstellen, welche jedes Kind zeigen kann, entweder temperaments-, situations- oder auch reifebezogen. Es besteht also bei der klinischen Abklärung einer ADHS die Aufgabe, zu evaluieren, ab welchem Grad der Ausprägung der genannten Symptome diese als außerhalb der Norm befindlich einzuordnen sind und auch eine Behandlungsbedürftigkeit nach sich ziehen. Wie bei allen Merkmalen, die kontinuierlich verteilt sind – sei es Bluthochdruck, Übergewicht oder eben ADHS – sind die Grenzen zwischen Normalität und Unauffälligkeit relativ fließend. Wir wissen aber, dass Menschen, welche die genannten Merkmale in besonders hoher Ausprägung haben, auch bei der Verrichtung ihrer alltäglichen Aufgaben deutlich eingeschränkt sind und dass sie ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung weiterer Erkrankungen bzw. psychischer Störungen in sich tragen. Obwohl wir sicher sind, dass ADHS-Symptome als Ausprägungen auf einem Kontinuum betrachtet werden müssen, definieren wir dennoch eine Grenze, die es uns ermöglicht, eine Diagnose zu stellen. Dies vereinfacht den Umgang mit dem Phänomen genauso, wie die Einteilung »geistige Behinderung«, »Lernbehinderung«, »durchschnittliche –« und »überdurchschnittliche Begabung«. Auch hier wissen wir, dass die Grenzen unscharf sind, aber die Begrifflichkeiten helfen dennoch für unsere Einordnung.

Die »Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme« (ICD-10) formuliert in ihren Leitlinien folgende Kriterien für die Diagnose einer ADHS (Dilling et al., 2010):

Beurteilungsmaßstab sollte sein, dass die *Symptome* im Verhältnis zu dem, was in der gleichen Situation von gleichaltrigen Kindern mit vergleichbarer Intelligenz zu erwarten wäre, *stark ausgeprägt sind*. Hinzu kommt, dass die *Symptomatik in verschiedenen Situationen* von verschiedenen Beobachtern gleich oder ähnlich *vorhanden* und als gleich oder ähnlich *störend* erlebt werden muss, d.h. situationsübergreifend auftritt. In aller Regel werden hierzu die Eltern oder die Erwachsenen, bei denen das Kind lebt, und die Lehrpersonen oder Erzieherinnen bzw. Erzieher als Informationsquellen herangezogen. Gleichzeitig ist einschränkend festzuhalten, dass die *Kernsymptomatik nicht zwingend in jeder Situation und immer ausgeprägt sein muss*. Ein charakteristisches Kennzeichen von ADHS besteht darin, dass beispielsweise neben der mangelnden Fähigkeit, sich in monotonen, Ausdauer erfordernden (Leistungs-) Situationen konzentrieren zu können, die betroffenen Kinder und Jugendlichen andererseits in für sie persönlich hoch motivational besetzten Situationen sogar hyperfokussieren können auf eine spezifische Aktivität (► **Kap. 2:** Dysfunktionale motivationale Prozesse, S. 45 ff.). Dies schließt eine ADHS nicht aus, sondern diese Polarität gehört häufig zu dem Störungsbild dazu. Des Weiteren ist es möglich, dass die Symptomatik in hoch strukturierten Situationen im 1:1 Kontakt mit einer oder nur wenigen Personen nur geringgradig oder gar nicht zum Vorschein kommt. Kritiker mögen hier einwenden, dass sich dann natürlich die Frage stelle, wie sich ein Kind mit einer ADHS von einem nicht betroffenen Kind überhaupt unterscheidet, da es sich hierbei im Grunde genommen um ganz normale Verhaltenszüge handele.

Dem ist aus klinischer Sicht absolut zuzustimmen, aber nochmals hinzuzufügen, dass sich die Symptome der ADHS auf einem dimensionalen Spektrum mit zunehmend extremerer Ausprägung präsentieren mit der Folge eines störungsspezifischen Wertes.

Natürlich spielt die *Reife des Kindes* in der Beurteilung der Symptomatik ebenso eine gewichtige Rolle, denn von einem jüngeren Kind wird ein deutlich höheres Maß an motorischer Unruhe, impulsbezogenem Handeln und Aufmerksamkeitschwächen zu erwarten sein als von einem älteren Kind. Zugleich ist an dieser Stelle davor zu warnen, was im pädagogischen Bereich leider häufig praktiziert wird, das Vorhandensein der Kernsymptome der ADHS vorschnell mit einer allgemeinen Unreife des Kindes gleichzusetzen und dieses dann vom Schulbesuch zurückzustellen. Dies wäre beispielsweise nur dann zu erwägen, wenn eine allgemeine, auch sozio-emotionale Unreife des Kindes festzustellen ist. Charakteristisch für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen ist, dass neben den Kernsymptomen, welche häufig als Unreife wahrgenommen werden, durchaus altersgerechte Entwicklungen stattfinden können.

Das internationale Klassifikationsschema der ICD-10 fordert des Weiteren, dass die *Kernsymptome vor dem 6. Lebensjahr aufgetreten* sein müssen. Das amerikanische Klassifikationsschema DSM-5 (APA, 2013) formuliert aktuell eine höhere Altersgrenze von 12 Lebensjahren bis zum Beginn einer beeinträchtigenden ADHS-Kernsymptomatik. Es gehört nicht zur Aufgabenstellung dieses Buches, auf die unterschiedliche Bewertung der ADHS-Symptome durch die gebräuchlichen psychiatrischen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-5 differenzierter einzugehen. An dieser Stelle mag es reichen, dass sich beide Diagnosesysteme nur unwesentlich unterscheiden in der Definition der einzelnen Kriterien, durchaus aber bei den Anforderungen der Anzahl und Kombination dieser Kriterien, welche für die Diagnosestellung erforderlich sind.

Wesentlich für die Diagnosestellung ist des Weiteren, dass die *Symptomatik nicht durch andere psychische Störungen erklärbar* ist, namentlich tiefgreifende Entwicklungsstörungen (autistische Störungsbilder), Störungen der Affektregulation, Manie (Zustand von extrem aufgehellter Stimmung und stark erhöhtem Antrieb), Depressionen, Angststörungen oder Störungen des Sozialverhaltens. Alle genannten Störungsbilder können zumindest in Teilaspekten Symptome einer ADHS aufweisen. Zugleich ist festzuhalten, dass die genannten Störungsbilder trotzdem gleichzeitig oder in Folge einer ADHS auftreten können (► **Kap. 1.6**, Komorbiditäten). Gerade darin besteht häufig die Schwierigkeit des diagnostischen Prozesses.

Wenn man die vorangehenden Ausführungen subsummiert, muss nochmals hervorgehoben werden, dass bei der Betrachtung von Aufmerksamkeitsdefizitstörungen ein *dimensionaler Blick* notwendig ist anstatt eines kategorialen (Steinhausen, 2010). Außerdem ist die *Symptomatik heterogen* in ihrer Zusammensetzung, d. h. es existieren *verschiedene Subtypen (Unterformen)* des Störungsbildes (► **Kap. 1.2**, Subtypen), sie zeigt einen *altersspezifischen, charakteristischen Verlauf* und sie ist auch *individuell teilweise inkonsistent* auftretend, d. h., dass die Symptomatik beim selben Kind in der gleichen Situation nicht immer gleich ausgeprägt sein muss, sondern durchaus in Phasen mit geringerer als auch größere

rer Beeinträchtigung verläuft. Sie ist erheblich *abhängig von der pädagogischen Strukturvorgabe* der jeweiligen Situation, d.h. z.B., dass die Impulsivität und Hyperaktivität in weniger strukturierten Situationen wie z.B. im Sportunterricht oder in den Pausen mehr zum Vorschein kommen als in Situationen mit hoher Struktur, wie dem normalen Schulunterricht, was nichts anderes bedeutet, als dass durchaus *pädagogische Kompensationsmöglichkeiten* bestehen, um die Ausprägung abzumildern.

Ein entscheidendes Kriterium für die diagnostische Beurteilung eines Kindes mit Symptomen einer ADHS stellen in der dimensionalen Betrachtung zwei Aspekte dar:

Eine über das normale Maß hinausgehende Symptomatik geht fast immer mit einem *erhöhten Leidensdruck auf Seiten des Kindes und/oder der mit ihm interagierenden Gleichaltrigen bzw. Erwachsenen* einher. Hierbei ist Wert darauf zu legen, dass dieser Leidensdruck nicht bei jedem betroffenen Kind vorhanden sein muss, vermutlich aufgrund der gestörten Selbstwahrnehmung der Betroffenen. Im Regelfall ist es dann allerdings so, dass entweder die Eltern oder die Lehrpersonen einen erhöhten Leidensdruck zeigen aufgrund des stark erhöhten pädagogischen Aufwands, der im Umgang mit dem Kind zu tätigen ist. Pädagogische Bezugspersonen fühlen sich individuell entweder psychisch überlastet oder sie klagen darüber, dass hierunter andere Alltagspflichten in geringerem Ausmaß wahrgenommen werden können oder die Schülergruppe¹, Geschwister oder der Lebenspartner bzw. der Lebenspartnerin weniger Zuwendung erfahren. Die Beziehung zwischen den pädagogischen Bezugspersonen und dem betroffenen Kind ist auf Dauer fast immer belastet. Auf der Seite des von einer ADHS betroffenen Kindes können darüber hinaus im Entwicklungsverlauf fast immer alterstypische Entwicklungsaufgaben im Lern-/Leistungsbereich oder bezogen auf das Sozialverhalten in der Altersgruppe nicht erfolgreich getätigt werden. Es entsteht also mittelfristig sehr häufig ein *lern- oder sozialisationsbezogener Entwicklungsrückstand*, welcher zwangsläufig *weitere sozio-emotionale Auffälligkeiten* zum Vorschein bringt. Mit anderen Worten müssen in der dimensional diagnostischen Betrachtung der ADHS immer beide Aspekte, d.h. Leidensdruck und sich auftuende Entwicklungsrückstände, beachtet werden bei der Einschätzung, ob es sich um eine behandlungsbedürftige ADHS handelt.

Tabelle 1.1 verweist nochmals auf die zusätzlichen Kriterien, die bei einer ADHS nach ICD-10 und DSM-5 erfüllt sein müssen.

Abschließend ist festzuhalten, dass Kinder und Jugendliche mit einer ADHS nicht nur durch Lern- und Leistungsdefizite und Verhaltensstörungen negativ auffallen. Mit den Kernsymptomen sind oft auch positive Eigenschaften, zuweilen sogar Vorteile gegenüber den anderen Kindern und Jugendlichen verbunden.

1 Der Begriff »Schüler« wird aus Gründen der Übersichtlichkeit im ganzen Buch geschlechtsneutral behandelt und beinhaltet sowohl männliche Schüler als auch weibliche Schülerinnen!

Tab. 1.1: Zusätzliche diagnostische Kriterien für HKS/ADHS in ICD-10 und DSM-IV (adaptiert nach Steinhausen, Rothenberger & Döpfner, 2010, S.22)

Dauer	Die Symptomkriterien müssen für die letzten sechs Monate erfüllt worden sein
Alter bei Beginn	Einige Symptome müssen vor dem Alter von sechs bzw. sieben Jahren vorgelegen haben, nach dem amerikanischen Klassifikationssystem DSM V bis zum Alter von 12 Jahren
Persistenz	Beeinträchtigungen durch die Symptome zeigen sich in zwei oder mehr Bereichen (z. B. Schule, Ausbildung, Familie, Gleichaltrigengruppe)
Beeinträchtigung	Die Symptome müssen zu einer signifikanten Beeinträchtigung geführt haben (z. B. soziale Ausgrenzung, Schulversagen)
Diskrepanz	Die Symptome sind deutlich stärker als bei Kindern mit gleichem Alter, Entwicklungsstand und gleicher Intelligenz
Ausschluss	Die Symptome sind nicht auf eine andere seelische Erkrankung zurückzuführen (z. B. Depressionen, Angststörungen, Störungen des Sozialverhaltens). Autistische Störungsbilder können stattdessen zusätzlich vorliegen

Rief (2003, S.9) nennt folgende Eigenschaften: Ein hohes Maß an Energie, verbale und kommunikative Stärken, Spontanität, Kreativität, Unternehmungslustigkeit, künstlerische Begabung oder Warmherzigkeit. Kinder mit ADHS sind oft unterhaltsam, sensitiv für die Bedürfnisse anderer, hilfsbereit, humorvoll, begeisterungsfähig, unternehmungslustig, neugierig und reaktionsstark. An Aufgabenstellungen, die sie als motivierend empfinden, können die Betroffenen mitunter sogar hyperfokussiert dranbleiben. Gerade um das schwache Selbstwertgefühl der betroffenen Kinder zu stärken ist es wichtig, die Kompetenzen und Stärken zu erkennen und entsprechend zu fördern.

1.2 Subtypen der ADHS

Von pädagogischer Seite hören Spezialisten, die mit der Diagnostik und Behandlung von ADHS betraut werden, immer wieder den Einwand, eine ADHS komme nicht in Frage, weil der Schüler keine Hyperaktivitätszeichen aufweise oder weil die Aufmerksamkeitsschwächen gar nicht so sehr in den Vordergrund träten und eher Probleme bei der Kontrolle der kognitiven sowie emotionalen Impulse vorlägen. In der Klassifikation nach DSM-5 geht *das Störungsbild allerdings mit unterschiedlich dominierenden Symptomkategorien* einher, bei denen die Kernsymptome unterschiedlich stark zur Ausprägung kommen. Grundsätzlich werden *drei Subtypen* voneinander unterschieden:

- Die *vorwiegend unaufmerksame Symptompräsentation*, bei der die *Aufmerksamkeitsdefizienz* im Vordergrund steht, Impulsivität und Hyperaktivität dagegen nur in geringerem Ausmaße oder gar nicht vorhanden sind. Auffällig ist, dass vorwiegend unaufmerksame Kinder eher introvertiert sind, d.h. insgesamt deutlich weniger auffallen als Kinder vom kombinierten Subtyp. Zugleich weisen sie so gut wie immer ein erhöhtes Maß an sozialer oder leistungsbezogener Ängstlichkeit auf (Nigg, 2006; Spencer, Biederman & Wilens, 1999).
- Bei der *kombinierten Symptompräsentation* treten alle Kernsymptome in etwa *gleich stark* auf mit einer Häufigkeit von ungefähr 50 % (Nigg, 2006).
- Schließlich ist eine *seltene hyperaktiv-impulsive Symptompräsentation* zu benennen, bei der zwar motorische Unruhe und Impulsivität auftreten, die Aufmerksamkeitsschwäche dagegen deutlich weniger vorhanden ist. Meist haben die betroffenen Kinder *deutlich mehr Sozialverhaltensprobleme als Lernleistungsschwierigkeiten* (Fischer, Barkley, Smallish & Fletcher, 2002).

1.3 Auftreten der Kernsymptome in der Schule

Die *Symptome der ADHS* zeigen sich im Rahmen der Schule mit Sicherheit nicht in jedem Kontext. Sie sind durchaus situationsabhängig und treten vor allem bei Aufgabenstellungen zutage, welchen ein hohes Maß an Routine und Wiederholungscharakter zu eigen ist. Des Weiteren sind sie eher erkennbar, wenn Selbstständigkeit bei der Arbeit gefordert wird. Schüler mit einer ADHS sind in Unterrichtseinheiten mit vielen Freiräumen häufig überfordert, weil sie die Aufmerksamkeit nicht angemessen zentrieren können und große Probleme bei der Selbstorganisation haben. Umgekehrt bedeutet ein hohes Maß an didaktischer Struktur und individueller Führung durch die Lehrperson häufig, dass die Symptomatik weniger zum Vorschein kommt. Charakteristisch ist im Übrigen, dass abwechslungsreiche und spannende Aufgabenstellungen die Aufmerksamkeit des Kindes stärker binden. Andere aufmerksamkeitsmodulierende Gesichtspunkte stellen beispielsweise das Maß an Ablenkbarkeit durch Geräusche im Klassenzimmer dar oder der Sitzplatz des Kindes im Unterricht. Hinzu kommt, dass die Aufmerksamkeitsdefizienz umso stärker in den Vordergrund drängt, je mehr ein Lerngegenstand auch mit fachlichen Schwächen des Kindes – beispielsweise einer Lese-/ Rechtschreibstörung – einhergeht. Schließlich ist anzumerken, dass die Kernsymptome der ADHS, insbesondere die Unaufmerksamkeit, nicht in der Form zu interpretieren sind, dass sich die Kinder überhaupt nicht konzentrieren können. Das Gegenteil ist der Fall. Aufgrund ihres schwachen Reizfilters nehmen sie eben alles um sich herum wahr, und es ist nochmals darauf hinzuweisen, dass dies in bestimmten Situationen durchaus vorteilhaft sein kann.

Zur Erläuterung der Kernsymptome der ADHS stellen wir das *typische Zeugnis eines 10-jährigen* Schülers der 5. Klasse voran:

Zeugnis

Allgemeine Beurteilung:

Tobias zeigte aufgeschlossenes Interesse für bestimmte Fächer. Er ermüdete jedoch leicht bei umfangreichen Aufgaben. Es fiel ihm zudem schwer, sich längere Zeit zu konzentrieren. Er war stets bereit, sich von der Arbeit ablenken zu lassen. Oft schweifte er von der eigentlichen Aufgabe ab oder war unaufmerksam und konnte daher Aufgabenstellungen nicht umsetzen. Meist stand er sich dabei selbst im Weg. Beim selbstständigen Arbeiten brauchte er viel Zeit und meist gezielte Anweisungen. Häufig fehlte ihm die Übersicht. Daher beschäftigte er sich gerne mit anderen Dingen, die mit dem Lerngegenstand wenig zu tun hatten. Er hatte oft Mühe, mit seiner Zeit zurechtzukommen und sich in die Struktur des Schulalltages einzufügen. Abstrakte Aufgaben konnte er nur mit Mühe bewältigen. Es fiel ihm noch schwer, Gelerntes auf andere ähnliche Sachverhalte zu beziehen. Die Lösungen seiner Aufgaben stellte er oft sehr ungeordnet dar. Er neigte dazu, seine Arbeiten nicht zu Ende zu führen. Häufig erledigte er diese nur nach wiederholter Aufforderung. An seinem Arbeitsplatz sowie in seinen Heften fehlten Ordnung und Übersicht. Sein Schriftbild besserte sich gegen Ende des Schuljahres, wobei dies immer mit Anstrengung verbunden war. Wochenplanaufgaben konnte er nur dann zufriedenstellend erledigen, wenn er dabei Hilfe hatte. Sein Verhalten in der Klasse zeigte große Schwankungen und war oft nicht den Situationen angepasst. An vereinbarte Regeln konnte er sich nicht immer halten. Durch sein unruhiges Verhalten störte er häufig die Konzentration anderer. Bei Ermahnungen zeigte er sich oft uneinsichtig und verweigerte zum Teil die Mitarbeit. Aufgrund seines Verhaltens war Tobias nicht immer in der Lage, mit anderen zusammenzuarbeiten. Für seine persönlichen Interessen trat er dennoch nachhaltig ein. An Streitigkeiten beteiligte er sich immer wieder. In der Klasse war er noch nicht in der Lage, Einsicht zu zeigen und Verantwortung für sein Verhalten zu übernehmen.

Die Kernsymptome des Störungsbildes

Unaufmerksamkeit

Die Unaufmerksamkeit stellt das Symptom dar, das, gemessen an den anderen Kernsymptomen, am häufigsten auftritt und auch im Entwicklungsverlauf bis in das Erwachsenenalter hinein (► **Kap. 1.6**, Verlauf) überdauert (Wilens, Biederman & Spencer, 2002; Steinhausen & Sobanski 2010).

In vielen Fällen, v. a. beim vorwiegend unaufmerksamen, sogenannten »Träuertyp«, besteht insgesamt eine *Unteraktivierung der Vigilanz*. Die Kinder fallen sowohl beim Lernen als auch im Alltag durch ihre *Langsamkeit* auf und sind häufig *zusätzlich introvertiert* oder *sogar ängstlich*. Auf der spezifischen Symp-

tomebene weisen diese Kinder, wie auch die von einem Mischtyp betroffenen, weitere Defizite in der Aufmerksamkeitssteuerung auf:

- Der Arbeits- und Lernstil ist von *wenig Sorgfalt* geprägt und wichtige Details einer Aufgabe werden übersehen.
- Die *Aufmerksamkeit kann nicht über längere Zeit* aufrechterhalten werden, was sich z. B. darin zeigt, dass zu Beginn einer Klassenarbeit wenige Fehler begangen werden, diese aber drastisch zu deren Ende hin zunehmen. Typischerweise resultiert hieraus eine *Verlangsamung des Arbeitstempos*, d. h. dass Aufträge nicht zeitgerecht zu Ende gebracht werden können. Auch bei Spiel- oder Sportaktivitäten – allerdings in diesem Kontext viel stärker abhängig von der Motivation und vom individuellen Können – wird oft ein geringeres Durchhaltevermögen beobachtet. Die Kinder verlieren schneller die Lust, an Gruppenaktivitäten teilzunehmen. Dies hat zur Folge, dass *Vereinstätigkeiten deutlich schneller abgebrochen werden* und, *je jünger die Kinder sind*, die Gefahr, hierdurch in eine soziale Außenseiterposition zu geraten, deutlich erhöht ist.
- Viele *Anweisungen müssen häufiger gegeben werden*, weil das Kind diese nicht zu hören scheint oder auch faktisch nicht mitbekommen hat. Entsprechend kann diesen nicht korrekt oder gar nicht Folge geleistet werden, wobei hier immer auch zu differenzieren ist, inwieweit oppositionelles Verhalten oder eine fachliche Überforderung eine Rolle spielt.
- Es besteht eine *erhöhte Ablenkbarkeit* von externen Stimuli, sei es auditiver Natur, indem die betroffenen Kinder darüber klagen, dass sie den Geräuschpegel der Klasse als zu störend empfinden, um konzentriert bei einer Sache zu bleiben, sei es durch beliebige visuelle Stimuli, wie der veränderten Frisur der Mitschülerin oder dem vorbeifliegenden Flugzeug am Horizont. Gut verständlich ist, dass hierdurch jeweils Unterbrechungen des Arbeitsflusses zustande kommen mit der Folge, diesen entweder nicht korrekt fortzusetzen, zumindest aber langsamer zu arbeiten als die Klassenkameraden.
- Typisch ist des Weiteren die *hohe Vergesslichkeit* der betroffenen Kinder für Materialien oder vergebene Aufträge, wobei bislang nicht vollständig geklärt ist, ob diese Auffälligkeit Folge der Aufmerksamkeitsdefizienz ist, also ein Auftrag gar nicht wahrgenommen wurde, oder dass dieser nicht im Kurzzeitgedächtnis gespeichert wurde.

Ganz verschiedene Aufmerksamkeitsfunktionen können betroffen sein, welche dann im Prozess der Diagnostik abgeklärt werden müssen, durchaus aber auch im Alltagsbereich beobachtbar sind.

Tabelle 1.2 gibt einen Überblick über die betroffenen Aufmerksamkeitsfunktionen (adaptiert nach Sohlberg & Mateer, 1989).

Impulsivität

Impulsivität bedeutet ein generelles Defizit an Selbstkontrolle, welches sich in verhaltensbezogener, kognitiver und emotionaler Hinsicht zeigt. Vor allem beim

Tab. 1.2: Pädagogisch relevante Beispiele von Aufmerksamkeitsfunktionen (adaptiert nach Sohlberg & Mateer, 1989)

Aufmerksamkeitstyp	Funktionen
Fokussierte Aufmerksamkeit	Die Fähigkeit, auf spezifische visuelle auditive oder taktile Stimuli angemessen aufmerksam zu reagieren, z. B. wenn der Schüler von der Lehrperson im Unterricht aufgerufen wird, angemessen schnell und exakt zu reagieren.
Anhaltende Aufmerksamkeit/ Aufmerksamkeitsspanne	Die Fähigkeit, die Aufmerksamkeit zeitlich überdauernd aufrecht zu erhalten während anhaltender oder sich wiederholender Aktivitäten, z. B. bei der Stillarbeit im Unterricht (Abschreiben eines Textes o. ä.).
Selektive Aufmerksamkeit	Die Fähigkeit, Reaktionen angemessen zu aktivieren oder zu hemmen in Abhängigkeit der Unterscheidung verschiedener Stimuli, z. B. Umgebungsgeräusche ausblenden zu können beim konzentrierten Bearbeiten einer Aufgabe.
Aufmerksamkeitswechsel	Die Fähigkeit, sich flexibel auf wechselnde Aufgabenstellungen angemessen schnell und genau einstellen zu können, d. h. z. B. beim Wechsel von Unterrichtsthemen sich angemessen schnell auf das Thema einlassen zu können.
Geteilte Aufmerksamkeit	Die Fähigkeit, auf verschiedene Stimuli gleichzeitig angemessen reagieren zu können, also z. B. zugleich Anweisungen der Lehrperson zu registrieren und eine gerade zu bearbeitende Tätigkeit ohne wesentliche Unterbrechung fortführen zu können.

Mischtyp und beim hyperaktiv-impulsiven Typ sticht dieses Symptom in lern- und sozialverhaltensbezogener Sicht hervor, deutlich weniger bis gar nicht beim vorwiegend unaufmerksamen Typ. Kinder und Jugendliche mit einer ADHS sind zwar grundsätzlich durchaus in der Lage, reflexive Denk- und Handlungsprozesse nachzuvollziehen; in vielen Situationen handeln sie aber oftmals »*bevor sie denken*«. Dieser Befund macht es den Eltern und Lehrpersonen häufig so schwer, zu verstehen, dass auch nach mehrfachem Erklären allgemein geltender Regeln diese von Kindern mit ADHS immer noch nicht angewendet werden können. Die Betroffenen können aufgrund ihres impulsiven Denk- und Handlungsstiles viel weniger aus Fehlern lernen als nicht Betroffene. Das bei anderen Kindern und Jugendlichen mitunter empfehlenswerte Prinzip, sie aus ihren selbst verantworteten Fehlern und den mit ihnen verbundenen Folgen lernen zu lassen (wenn z. B. Eltern in »pädagogischer Absicht« das Kind zur Schule schicken, ohne dass es seine Hausaufgaben nicht vollständig gemacht hat), ist folglich bei von einer ADHS betroffenen Kindern und Jugendlichen in viel geringerem Maße erfolgreich anwendbar.

- In *kognitiver Hinsicht* zeigt sich die Impulsivität darin, dass *flüchtig gearbeitet* wird, wichtige Details übersehen werden und das Bedürfnis besteht, so schnell

wie möglich eine Aufgabenstellung zu Ende zu bringen, ohne diese ausreichend zu kontrollieren. Eine gute Aufgaben- und Handlungsplanung gelingt nicht, der Arbeitsstil wirkt ungeordnet und chaotisch. Arbeiten werden begonnen, unterbrochen, es wird mit einer anderen Tätigkeit fortgefahren und wiederum vorzeitig beendet. Der *Gedankengang* ist *ungeordnet*: Häufig kann im Gespräch ein stark aufgelockerter Gedankengang beobachtet werden, wodurch von Thema zu Thema gesprungen wird, wichtige und unwichtige Gesichtspunkte werden beim Erzählen nicht beachtet, es fehlt oft der »rote Faden«, was es dem Zuhörer sehr schwer machen kann, zu folgen. Überdies besteht oft ein erhöhter Rededrang, ohne die Reaktion des Interaktionspartners zu realisieren. Im schriftlichen Leistungsbereich kann, z. B. bei Aufsätzen, beobachtet werden, dass themenrelevante Ideen unverbunden und ohne Ordnung nebeneinander stehen.

- In *emotionaler Hinsicht* zeigt sich die Impulsivität dadurch, dass eine *hohe Frustrationsintoleranz* besteht, wenn Aufgabenstellungen nicht schnell erfolgreich erledigt werden können. Zu warten, bis sie an der Reihe sind, fällt den Betroffenen sehr schwer und sie wirken hierdurch egoistisch oder dominant im Kontakt. Sie mischen sich ungefragt in Spiele oder Gespräche anderer ein, unterbrechen diese oder stören sie. Im Unterricht platzen die Betroffenen mit der Antwort heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist, was sowohl bei den unterrichtenden Lehrpersonen als auch den Klassenkameraden oft zu Unmut führt. Es besteht eine *erhöhte Stimmungsstabilität* verbunden mit einer Neigung, rasch wütend zu werden und die Selbstkontrolle zu verlieren. Übergänge in offen aggressives Verhalten sind fließend.
- In *verhaltensbezogener Hinsicht* zeigt sich Impulsivität darin, dass *Bedürfnisse nicht aufgeschoben werden* können. Kleinere, rasch erhaltbare Belohnungen werden in der Regel zeitlich weiter entfernt liegenden, größeren Belohnungen vorgezogen. Es wird *aus dem Moment heraus* gehandelt, ohne an die Konsequenzen der eigenen Handlungen zu denken. Die Impulsivität führt die betroffenen Kinder und Jugendlichen auch häufig in Risikosituationen, weil sie die Konsequenzen des eigenen Handelns nicht übersehen, sei es im Straßenverkehr oder bei sportlichen Aktivitäten, im Entwicklungsverlauf dann auch zu stärkerem Betroffensein von Substanzmissbrauch, Verkehrsdelikten, ungewollten Schwangerschaften und delinquenten Handlungen (► Kap. 1.7, Komorbiditäten).

Hyperaktivität

Von den Lehrpersonen wird das Symptom der Hyperaktivität häufig als besonders störend wahrgenommen, da es den Unterrichtsablauf unterbricht oder aber die Klassenkameraden hierdurch beim Arbeiten beeinträchtigt werden. Hyperaktivitätszeichen treten ohne Zweifel gegenüber den anderen beiden Kernsymptomen besonders stark in den Vordergrund, gleichwohl treten sie aber nur bei einem Teil der Kinder mit einer ADHS zu Tage. Zugleich spielen bei der Wahrnehmung dieses Symptoms häufiger unterschiedliche Einschätzungen der jeweiligen Beurteiler eine wichtige Rolle, weil es individuell höchst unterschiedlich als störend oder nicht störend erlebt wird. Außerdem spielen natürlich reifungsbezogene und