



Ruth Huggenberger

ADHS in der Familie

Strategien für den Alltag

Kinder mit ADHS haben meist einen großen Bewegungsdrang und möchten spielen. Im Spiel können sie abschalten, den Affektstau abbauen, die Hyperaktivität verringern und soziale Kompetenzen erwerben. Sie können sie selber sein, ohne Anforderungen von außen erfüllen zu müssen. Dieser Teil des Lebens ist sehr wichtig als Erholungsphase. Näheres dazu in Kapitel 5.1.

In meiner Praxis arbeite ich bei einer Familie mit einem ADHS-betroffenen Kind mehrheitlich mit den Eltern zusammen. ADHS ist für sie zu Beginn oftmals ein „Buch mit sieben Siegeln“. Unterstützung im Sinne einer Psychoedukation und Erarbeitung konkreter Strategien in schwierigen Situationen bietet dem gesamten Familiensystem eine wertvolle Hilfestellung und Entlastung. Die hierbei gewonnenen Erfahrungen teile ich in diesem Buch mit Ihnen. Doch zunächst noch ein Blick auf die Häufigkeit der Erkrankung. Wie hoch sind die Prävalenzraten bei ADHS?

1.4

Prävalenzraten bei Kindern und Erwachsenen

Generell gilt die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung als eine der häufigsten psychiatrischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Eine absolute Prävalenzrate existiert nicht. Die Prävalenzrate variiert aus verschiedenen Gründen. Wichtige Indikatoren sind dabei Alter, Geschlecht und sozioökonomischer Status (Schlack, Hölling, Kurth & Huss, 2007) sowie das verwendete Diagnosesystem (vgl. Faraone, Seargent, Gillberg & Biederman, 2003). Als Anhaltspunkt können folgende repräsentative, internationale Analysen dienen, die aufgrund von diversen Studien erstellt wurden. Polanczyk, De Lima, Horta, Biederman und Rohde (2007) haben in einer Meta-Analyse aller verfügbaren internationalen Studien mit unterschiedlichen Kriterien bei Kindern und Jugendlichen eine mittlere Prävalenzrate von 5,3 % ermittelt. Fayyad et al. (2007) stellten unter Einbezug von Studien verschiedener Länder bei Erwachsenen eine durchschnittliche Prävalenzrate von 3,4 % fest.

Für Deutschland wird eine Prävalenz von 4,8 % angegeben, wobei die Störung bei Jungen mit 7,9 % gegenüber Mädchen mit 1,8 % deutlich häufiger diagnostiziert wird (Schlack et al., 2007). Das männliche Geschlecht ist demnach im Kindesalter deutlich mehr betroffen (3 : 1).

Im Altersverlauf steigt die Prävalenzrate im Vorschulalter (3–6 Jahre) von 1,5 % auf 5,3 % im Grundschulalter (7–10 Jahre) und auf 7,1 % im Alter von 10–13 Jahren. In der Pubertät (14–17 Jahre) nimmt die Prävalenz wieder ab (5,6 %) (Schlack et al., 2007).

Der sozioökonomische Faktor wirkt sich ebenso auf die Prävalenz aus. Schlack et al. (2007) stellten mit 6,4 % eine signifikant häufigere Diagnosestellung bei Kindern aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status fest. Im

Vergleich lag bei Kindern mit mittlerem, bzw. hohem sozioökonomischem Status die Prävalenzrate bei 5,0% bzw. 3,2%.

1.4.1 Kinder

Steinhausen, Döpfner & Schubert (2016) prüften die Zunahme der Prävalenz- und Inzidenzrate der Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörungen im Kindes- und Jugendalter. Ihre Resultate basieren auf den Ergebnissen internationaler epidemiologischer Studien aus mehreren Jahrzehnten. In ihrer Bilanz liefern Studien zur Prävalenz keine Hinweise auf eine systematische Zunahme der ADHS sowohl national wie auch international. Die Inzidenz der ADHS, d.h. die Anzahl kürzlich behandelter Personen mit ADHS, stieg in jüngerer Vergangenheit jedoch deutlich.

Huß (2004) schätzt die Prävalenzrate der betroffenen Schulkinder auf ca. 5%. Er hebt die Problematik der fehlenden, hinreichend abgesicherten Daten in Studien in Deutschland hervor. Das Manko valider Studien im Bereich der Prävalenz bei ADHS wirkt sich v.a. im gesundheitspolitischen Kontext nachteilig aus. Für die Bereiche der Behandlung (Über-, Unter- oder Fehlversorgung) und Prävention sind verlässliche Daten unabdinglich. Im Hinblick auf die fehlenden Studien in Deutschland zur Prävalenz ergibt sich ein dringender Forschungsbedarf.

Wie wir im einleitenden Fallbeispiel von Connor gesehen haben, kann die Intensität einer ADHS zu einem großen Teil von Umgebung und Freizeitgestaltung abhängen.

Bei Connor wirkten sich folgende Faktoren positiv aus:

- *Freizeitgestaltung in der Natur*: Durch Ausflüge in die Natur mit seinem Vater konnte sich Connor von der Reizüberflutung des Alltags regenerieren.
- *Bewegung*: Seinen neuen Schulweg legte er zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurück. Auch in der Freizeit bewegte er sich viel mehr. Auf diese Weise konnte er seine innere und äußere Unruhe verringern.
- *Kontrollierter, reduzierter Konsum von virtuellen Medien* wie Fernsehen, „Gamen“: Bei ADHS wirkt sich ein übertriebener, unkontrollierter Umgang mit virtuellen Medien sehr kontraproduktiv aus, weil Betroffene die damit verbundene Reizüberflutung nicht verarbeiten können und dies zur Unruhe führt. Gleichzeitig ist das Suchtpotenzial groß.
- *Ruhige Bezugspersonen und emotionale Zuwendung*: Connor ist wie jeder Mensch mit ADHS sehr feinfühlig oder hypersensibel. Er kann sich gegenüber den Stimmungen seines Gegenübers nicht abgrenzen und übernimmt deren ener-

getische Ausstrahlung. Die wichtigste Bezugsperson war für Connor der ausgeglichene, ruhige Vater. Sein Vater nahm sich auch jeden Abend die Zeit, um den Tag zusammen mit seinem Sohn abzuschließen. Emotionale Zuwendung ist für jeden Menschen, aber gerade für hypersensible Kinder und Erwachsene wichtig. Können Kinder den Tag mit einem Spiel in der Familienrunde oder einer Geschichtenrunde beenden, schlafen sie meist besser ein und sind allgemein weniger unruhig.

- *Konstanz im Alltag*: Nebst der Beruhigung im häuslichen Umfeld konnte sich Connor darauf verlassen, nach der Schule Zeit mit der Bekannten des Vaters zu verbringen. Sie hatte viel Verständnis für Connor und bot ihm dadurch Sicherheit.

Der hohe finanzielle Standard, welchen die Familie vor der Trennung der Eltern pflegte baute Druck auf und brachte Unruhe ins Familiensystem.

Die Familie C. ist keine Ausnahme. Aufgrund verschiedener, auch ökonomischer Faktoren bleibt in vielen Familien für die Freizeit, die gemeinsam genutzt wird, immer weniger Zeit übrig.

Zeitdruck ist für die heutige Gesellschaft kennzeichnend. Er wird durch den Wandel der Familienformen und -beziehungen verstärkt. Dieser Wandel beinhaltet u. a. auch eine steigende Scheidungsrate und damit die Zunahme alleinerziehender Eltern (Schneewind & von Rosenstiel, 1992). Im Berufsleben steigen die Anforderungen stetig. Kommen erwerbstätige Eltern oder Elternteile nach einem anstrengenden Arbeitstag müde nach Hause, stehen sie vor der nächsten Aufgabe. Sie möchten den Bedürfnissen der Familie gerecht werden. Zeit und Kraft nach Feierabend sind jedoch rare Ressourcen. Eltern dürfen auf keinen Fall in dieser hektischen Zeit ihre eigenen Bedürfnisse vernachlässigen. Sie benötigen ihre „Auszeiten“ für sich selbst zur Regeneration und Erholung.

1.4.2

Erwachsene

In ganz Europa dominierte nach Rossi (2001) bis nach der Jahrtausendwende die Ansicht, die Störung wachse sich in der Pubertät aus. Man ging von der Annahme aus, dass der Cortex nachreifen würde, was nicht der Realität entspricht. Heute ist bewiesen, dass diese Reifung nicht nachgeholt werden kann. In der Bevölkerung ist diese fehlerhafte Auffassung noch stark verankert. Selbst Fachleute sind häufig nicht auf dem neuesten Stand oder ignorieren bzw. bestreiten die neuesten Forschungsergebnisse und Erkenntnisse.

Der Verlauf einer ADHS über die Lebensspanne ist gekennzeichnet durch Symptomwandel bzw.-verschiebung und ein hohes Risiko, an komorbiden Stö-

rungen zu erkranken. Die Verlaufsformen einer ADHS vom Kindes- und Jugend- bis ins Erwachsenenalter lassen sich demgemäß in drei Typen einteilen (vgl. Sobanski & Alm, 2004):

1. Remission (Rückgang) in der Adoleszenz
2. Sukzessive Abnahme der Hyperaktivität bei Fortbestehen der inneren Unruhe und gestörten Aufmerksamkeitsleistungen (Aufmerksamkeitssteuerung und Aufmerksamkeitsintensität) sowie Beeinträchtigungen der Exekutivfunktionen, des Arbeitsgedächtnisses und der Impulskontrolle
3. Persistenz (Fortbestehen) des klinisch relevanten Vollbildes bei Ausbildung komorbider Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen wie Delinquenz und Suchterkrankung

Einflussfaktoren für ein Fortbestehen der Erkrankung im Erwachsenenalter sind Geschlecht, sozioökonomischer Status und Alter. Mit steigendem Alter scheint die Persistenz abzunehmen (vgl. Breton et al., 1999; Faraone et al., 2003). Ebenso wird ein Überwiegen des männlichen Geschlechts in den Studien beschrieben (Goodyear & Hynd, 1992). Der Grund kann u. a. darin liegen, dass bei weiblichen ADHS-Betroffenen v. a. die „stille ADS“ vorliegt (Millstein, Wilens, Biederman & Spencer, 1997). Der stille ADS-Typus ist weniger stark mit Verhaltensstörungen und oppositionellem Verhalten assoziiert. Der sozioökonomische Status scheint ebenso Einfluss auf das Auftreten der Erkrankung zu haben: je niedriger dieser ist, desto häufiger tritt sie auf (Pineda, Ardila & Rosselli, 1999).

Für den Übergang in das Erwachsenenalter belegen Studien, dass die im Kindesalter diagnostizierten ADHS-Symptome in 40–60 % der Fälle weiterhin vorliegen. Daraus ergeben sich unterschiedliche Prävalenzraten von ca. 1–16 % (Eich & Eich., 2004 ca. 4 %; Estévez et al., 2014 ca. 4 %; Faraone et al., 2003 ca. 16,4 %; Fayyad et al., 2007 durchschnittlich 3,4 %; Philipsen, Hesslinger & Tebartz van Elst, 2008 ca. 1–4 %). Die unterschiedlichen Ergebnisse sind auch hier auf unterschiedliche Diagnosekriterien bzw. -manuale (ICD oder DSM), die erhobene Population und die Erfahrung bzw. Interpretation des Diagnostikers zurückzuführen.

Eich & Eich (2004) befinden die Schätzung von Fayyad et al. (2007) als zu tief. Als Studie mit weit gefassten Kriterien bezeichnen sie die Studie in der Allgemeinbevölkerung von Faraone et al. (2003), welche eine Prävalenzrate von 16,4 % angeben. Für die Schweiz geben sie eine Rate von 4 % an, unter der Prämisse, die Betroffenen seien unterdiagnostiziert. In den USA wird die Prävalenzrate von Eich et al. (2004) ebenso auf ca. 4 % geschätzt.

Als Gründe für die Zurückhaltung der Ärzte mit der Diagnose des „Erwachsenen-ADHS“ geben sie folgende Fakten an:

- Zurückhaltung wegen des Basierens auf retrospektiven Befunden/Berichten
- Unsicherheit bzw. ungenügendes Training (Erfahrung) in der Diagnosestellung von ADHS
- Diagnostik kann anspruchsvoll sein (Abgrenzung von Begleiterkrankungen)
- Befürchtung, bei möglichem Missbrauch der Stimulanzen juristisch belangt zu werden.

Diese Gründe können jedoch nicht als Legitimierung für die zu geringen Quoten gelten. Es braucht für die Diagnosestellung spezialisierte Fachleute. Bei Unsicherheiten muss der Patient von einem Psychiater oder Psychologen an einen ADHS-Spezialisten überwiesen werden.

Aktuelle Daten liefert eine Schweizer Studie. 5656 Schweizer Männer im durchschnittlichen Alter von 20 Jahren nahmen an einer repräsentativen Kohortenstudie zu Risikofaktoren bei Substanzmissbrauch teil. Die Probanden wurden auch hinsichtlich ADHS untersucht. Bei 4 % der Männer wurde ADHS diagnostiziert, etwas öfter bei älteren und/oder französischsprachigen Studienteilnehmern. Auffallend war, dass Söhne von Müttern mit höherem Bildungsgrad und aus Familien mit Alkohol- oder psychiatrischen Problemen häufiger betroffen waren (vgl. Estévez et al., 2014).

In Deutschland wurden Routinedaten der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) zur Häufigkeit von ADHS-Diagnosen und ADHS-Medikamentenverordnungen ausgewertet. Ergänzend wurde die Versorgung einer Kohorte 15-jähriger ADHS-Patienten (als sogenannte Transitionskohorte) im Verlauf von sechs Jahren analysiert.

Die Ergebnisse: Zwischen 2009 und 2014 stieg die Häufigkeit von ADHS-Diagnosen bei 0- bis 17-Jährigen von 5,0 % auf 6,1 % (mit einem Maximum von 13,9 % bei 9-jährigen Jungen) und bei 18- bis 69-Jährigen von 0,2 % auf 0,4 % an. Während bei Erwachsenen mit ADHS-Diagnose die Verordnung von ADHS-Medikamenten zunahm, sank sie bei Kindern und Jugendlichen. In der Transitionskohorte sank der Anteil der ADHS-Diagnosen innerhalb von 6 Jahren von 100 % auf 31,2 % und die Medikationshäufigkeit von 51,8 % auf 6,6 %.

Schlussfolgerung: In den vergangenen Jahren hat die Häufigkeit von ADHS-Diagnosen und ADHS-Medikation bei Erwachsenen zugenommen, was als Ausdruck einer Sensibilisierung von Ärzten und Patienten für die adulte ADHS gewertet werden kann. Die Diagnosehäufigkeit liegt jedoch unter der in epidemiologischen Studien ermittelten Prävalenz. Dies könnte auf die Notwendigkeit eines Ausbaus der Versorgung adulter ADHS-Patienten hindeuten. Die niedrige Medikationsquote am Übergang ins Erwachsenenalter wirft die Frage auf, ob für diese Altersgruppe spezifische Übergangskonzepte entwickelt werden müssen. (vgl. Bachmann, Philipsen & Hoffmann, 2017).