



Ruth Huggenberger

# ADHS in der Familie

Strategien für den Alltag

# ADHS in der Familie

# ADHS in der Familie

Ruth Huggenberger

Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Psychologie:

Prof. Dr. Guy Bodenmann, Zürich; Prof. Dr. Lutz Jäncke, Zürich;

Prof. Dr. Franz Petermann, Bremen; Prof. Dr. Astrid Schütz,

Bamberg; Prof. Dr. Markus Wirtz, Freiburg i.Br.

Ruth Huggenberger

# ADHS in der Familie

Strategien für den Alltag



**Dr. Ruth Huggenberger**

Praxisgemeinschaft Theaterplatz  
Theaterplatz 4  
5400 Baden  
Schweiz  
ruth.huggenberger@bluewin.ch

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

**Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG  
Lektorat Psychologie  
Länggass-Strasse 76  
3012 Bern  
Schweiz  
Tel: +41 31 300 45 00  
E-Mail: [verlag@hogrefe.ch](mailto:verlag@hogrefe.ch)  
Internet: <http://www.hogrefe.ch>

Lektorat: Dr. Susanne Lauri  
Bearbeitung: Angelika Pfaller, Bad Reichenhall  
Herstellung: René Tschirren  
Umschlagabbildung: iStock/Georgijevic  
Umschlag: Claude Borer, Riehen  
Satz: Claudia Wild, Konstanz  
Druck und buchbinderische Verarbeitung: AZ Druck und Datentechnik GmbH, Kempten  
Printed in Germany

1. Auflage 2019  
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern

(E-Book-ISBN\_PDF 978-3-456-95798-2)  
(E-Book-ISBN\_EPUB 978-3-456-75798-8)  
ISBN 978-3-456-85798-5  
<http://doi.org/10.1024/85798-000>

# Nutzungsbedingungen

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

## Anmerkung

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

# Inhalt

Vorwort .....	9
Einleitung: Wie äußert sich ADHS? Fallbeispiel Connor (9 Jahre) .....	11
<b>1 ADHS – Modediagnose oder behandlungsbedürftiges Syndrom?</b> .....	15
1.1 Historisches über die ADHS im Kindes- und Erwachsenenalter ..	16
1.2 Neue Forschungsbefunde zur ADHS .....	19
1.3 Warum eine frühe ADHS-Diagnose wichtig ist .....	21
1.4 Prävalenzraten bei Kindern und Erwachsenen .....	23
1.4.1 Kinder .....	24
1.4.2 Erwachsene .....	25
1.5 Ritalin ist besser als sein Ruf .....	29
<b>2 Symptomatik und Kriterien der ADHS</b> .....	33
2.1 Stärken und Talente Betroffener .....	34
2.2 Diagnostik der ADHS .....	36
2.2.1 Indizien für eine Abklärung bei Kindern und Jugendlichen .....	36
2.2.2 Diagnosekriterien nach ICD-10 und DSM-5 bei Kindern .....	40
2.2.3 Diagnosekriterien bei Erwachsenen .....	43
2.3 ADHS-Kriterien bei Kindern mit Fallbeispielen .....	45
2.3.1 Konzentrationsschwierigkeiten .....	45
2.3.2 Impulsivität .....	51
2.3.3 Hyperaktivität und Hypoaktivität .....	54
2.3.4 Hypersensibilität und emotionale Überreaktion .....	62
2.3.5 Soziale Probleme und Folgen .....	64
2.3.6 Komorbiditäten bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS .....	66
2.4 ADHS-Kriterien bei Erwachsenen mit Fallbeispielen .....	69
2.4.1 Konzentrationsschwierigkeiten und Auswirkungen bei Erwachsenen .....	71

2.4.2	Impulsivität . . . . .	85
2.4.3	Hyperaktivität . . . . .	92
2.4.4	Affektlabilität und mangelnde Affektkontrolle . . . . .	99
2.4.5	Weitere Symptome und deren Folgen . . . . .	101
2.4.6	Komorbiditäten bei Jugendlichen und Erwachsenen . . . . .	108
<b>3</b>	<b>Abklärung einer Aufmerksamkeitsdefizitstörung . . . . .</b>	<b>111</b>
3.1	Indikation für eine Abklärung der ADHS . . . . .	111
3.2	Voraussetzungen für eine erfolgreiche Abklärung . . . . .	112
3.3	Anamnese . . . . .	113
3.3.1	Anamnese von Kindern und Jugendlichen . . . . .	113
3.3.2	Anamnese bei Erwachsenen . . . . .	114
3.3.3	Internistische Untersuchung und Ausschluss von organischen Krankheiten . . . . .	116
3.3.4	Diagnostische Abklärung . . . . .	116
3.3.5	Abgrenzung von Komorbiditäten . . . . .	120
3.3.6	Auswertungsgespräch . . . . .	120
<b>4</b>	<b>Ursachen der Aufmerksamkeitsdefizitstörung . . . . .</b>	<b>121</b>
4.1	Genetische Befunde . . . . .	121
4.2	Neurobiologische Wechselwirkungen . . . . .	122
4.2.1	Neuropsychologische Befunde . . . . .	122
4.2.2	Mangelnde Reizfilterung – große Folgen . . . . .	123
4.2.3	Psychophysiologische Untersuchungen . . . . .	125
4.2.4	Strukturelle und funktionelle Bildgebung . . . . .	125
4.2.5	Biochemische Befunde . . . . .	131
4.3	Psychosoziale Einflüsse – Risiko- und Schutzfaktoren . . . . .	135
4.3.1	Risikofaktoren . . . . .	135
4.3.2	Protektive Faktoren . . . . .	136
<b>5</b>	<b>Unterstützung von ADHS-betroffenen Kindern und Jugendlichen vom Vorschulalter bis ins frühere Erwachsenenalter . . . . .</b>	<b>137</b>
5.1	Was Spielen für Kinder bedeutet . . . . .	139
5.2	Förderung im Vor- und Grundschulalter (bis 9 Jahre) . . . . .	143
5.3	Förderung im späten Kindesalter/in der Vorpubertät (ca. 10–14 Jahre) . . . . .	156
5.3.1	Streben nach mehr Freiheit . . . . .	157
5.3.2	Forderung nach längerem Aufbleiben . . . . .	159
5.3.3	Höhere Anforderungen in der Schule . . . . .	160
5.4	Begleitung in der Pubertät (ca. 12–16 Jahre) . . . . .	163
5.4.1	Längeres Wegbleiben . . . . .	164



5.4.2	Umgang mit Elektronik und virtuellen Medien . . . . .	167
5.4.3	Kampf mit der Ordnung . . . . .	171
5.5	Begleitung bis ins Erwachsenenalter . . . . .	174
5.5.1	Berufswahl . . . . .	175
5.5.2	Suche nach der passenden Ausbildungsstätte . . . . .	176
5.5.3	Zeitmanagement während der Ausbildungszeit . . . . .	176
5.5.4	Konflikte im Ausbildungsbetrieb . . . . .	177
5.5.5	Höhere Risikobereitschaft und Suchtverhalten . . . . .	178
<b>6</b>	<b>ADHS im Familiensystem – wenn mehrere Mitglieder betroffen sind . . . . .</b>	<b>185</b>
6.1	Warum erwachsene ADHS-Betroffene oft erst spät abgeklärt werden . . . . .	188
6.2	Definition des Familienbegriffes . . . . .	193
6.2.1	Phasen der Familienentwicklung und familiäre Sozialisation . . . . .	194
6.2.2	Familienfördernde Familiensysteme . . . . .	195
6.3	Besondere Herausforderungen für Eltern . . . . .	198
6.3.1	Natürliche Autorität als Voraussetzung . . . . .	199
6.3.2	Klare Regeln aufstellen . . . . .	205
6.3.3	Einen gemeinsamen Erziehungsstil verfolgen . . . . .	207
6.3.4	Tabus in der Kindererziehung . . . . .	212
6.3.5	Hilfestellung bei der Bewältigung von ADHS-Symptomen der Kinder . . . . .	216
	<b>Schlusswort: Unverhofft kommt oft ... . . . .</b>	<b>219</b>
	<b>Anhang</b>	
	Tests zur Abklärung einer Aufmerksamkeitsdefizitstörung . . . . .	225
	<b>Literatur . . . . .</b>	<b>233</b>
	<b>Die Autorin . . . . .</b>	<b>243</b>
	<b>Stichwortverzeichnis . . . . .</b>	<b>245</b>



# Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

über die Aufmerksamkeitsdefizitstörung wurden mittlerweile etliche Bücher geschrieben. Was ist an diesem Buch besonders und könnte Sie veranlassen, es zu lesen?

Im vorliegenden Buch steht die ADHS im Kindes- und Jugendalter, im Erwachsenenalter und im ganzen Familiensystem im Fokus. Die Theorie wird jeweils mit praktischen Beispielen (Fallbeispielen) untermalt, sodass alle Bereiche veranschaulicht werden. Auf diese Weise möchte ich Ihnen als Betroffene bzw. Angehörige die vielen Facetten der ADHS plastisch vor Augen führen und Sie teilhaben lassen an den Schicksalen und den während der therapeutischen Behandlung erarbeiteten Lösungsansätzen von ADHS-Betroffenen und ihrem sozialen Umfeld.

Als Psychotherapeutin habe ich mich auf die Diagnosestellung und Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizitstörung (ADHS) und deren Folgeerscheinungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen spezialisiert. Diese Erkrankung äußert sich, vereinfacht gesagt, durch Konzentrationsstörungen, die in Verbindung mit Hyperaktivität und impulsivem Handeln auftreten, und damit das komplette Leben der Betroffenen vor besondere Herausforderungen stellt. Im Alltag stoßen ADHS-Betroffene meist auf wenig Verständnis. Vorwürfe wie „sie könnten, wenn sie wollten“ oder „sie seien faul, egoistisch und beziehungsunfähig“ treffen sie an der Achillessehne. Die Summe der Enttäuschung vonseiten der Eltern, Lehrer, Arbeitskollegen und Vorgesetzten, Freunden und Partner lässt sie selbst glauben, sie seien „unfähig“, „dumm“, „aggressiv“ und „nicht liebenswert“. Dabei rücken die Talente und Ressourcen von Menschen mit ADHS wie bspw. Kreativität, Neugierde, Hypersensibilität, Experimentier- und Risikofreudigkeit, Originalität bei Problemlösungen, Sinn für Humor, soziale Kompetenz und Hilfsbereitschaft in den Hintergrund.

In der Einleitung finden Sie ein typisches Fallbeispiel aus dem Alltag eines an ADHS erkrankten Kindes und seiner ebenfalls davon betroffenen Mutter –

denn vermutlich haben Sie zu diesem Buch gegriffen, weil Ihnen oder Personen aus Ihrem engeren Umfeld ähnliche Situationen widerfahren.

Die Ursachenforschung hat ergeben, dass ADHS gemäß dem heutigen Forschungsstand mit hoher Wahrscheinlichkeit eine überwiegend genetisch bedingte Störung ist. Dies hat zur Folge, dass in einem Familiensystem meist mehrere Mitglieder unter einer ADHS leiden. Der größte „Feind“ des friedlichen Familienlebens bei Menschen mit ADHS sind die hohe Geräuschkulisse und die geballte Energie. Stress, Überforderung und emotionale Überreaktionen sind vorprogrammiert. Eltern fühlen sie sich häufig schuldig bei Affektausbrüchen und zweifeln an sich und ihren Erziehungsfähigkeiten. Sie werden jeden Tag vor neue Aufgaben gestellt, die sie bewältigen müssen. Vorwürfe seitens der Umwelt, sie würden ihr Kind nicht richtig erziehen, belasten zusätzlich.

Anhand vieler unterschiedlicher Fallbeispiele aus der Praxis<sup>1</sup> werden in diesem Buch Verhaltensstrategien für Betroffene, Paare, Angehörige, Lehrer und Vorgesetzte dargestellt. Sie zeigen auf, wie sich die ADHS in verschiedenen Alterskategorien und situativen Kontexten bei den einzelnen Individuen und Charakteren unterschiedlich auswirken kann. Gleichzeitig geben sie Anregungen, wie Entspannung in den Alltag von Betroffenen in Beruf, Sozialleben, Partnerschaft und Familien eintreten und damit der Blick auf die Ressourcen gerichtet werden kann. Die Schicksale sollen Menschen mit dem Verdacht von einer ADHS betroffen zu sein ermutigen, sich trotz aller Vorbehalte und Ängste, welche durch unqualifizierte und mangelhaft recherchierte Pressemeldungen geschürt werden, abklären zu lassen. Denn Voraussetzung für eine Verbesserung der Lebensqualität ist eine möglichst frühzeitige, fundierte Abklärung nach internationalen Diagnosekriterien bei Fachspezialisten und die anschließende Auseinandersetzung mit diesem Syndrom. Ein „Ja“ zu der ADHS bedeutet die Akzeptanz der eigenen Persönlichkeit mit allen Vor- und Nachteilen.

Ich möchte mich bei all den reizoffenen Menschen mit ADHS in meiner Praxis, aber auch im privaten Bereich bedanken für ihr Vertrauen, ihre Ehrlichkeit, ihren Humor, ihre Begeisterungsfähigkeit, Kreativität und Lebendigkeit. Denn ohne Menschen mit ADHS wäre das Leben eintöniger und langweiliger.

Nun wünsche ich Ihnen viel Spaß bei der Lektüre!

Ruth Huggenberger

---

1 Die Fallbeispiele sind anonymisiert. Allfällige Ähnlichkeiten mit realen Personen sind zufällig.

# Einleitung:

## Wie äußert sich ADHS?

### Fallbeispiel Connor (9 Jahre)

Bei Connor verging viel Zeit vom Zeitpunkt der Anmeldung durch den Hausarzt bis zur ersten Konsultation. Connors Hausarzt sandte mir eine Überweisung mit der Bitte, Connor baldmöglichst in die Sprechstunde einzuladen. Connors Hauptproblematik bestünde aus großen Verhaltensproblemen in der Schule. Ich kümmerte mich dementsprechend um eine zeitnahe Terminvereinbarung. Vergeblich. Es war unmöglich, die Mutter von Connor, Frau C., telefonisch zu erreichen. Eine Nachricht konnte ich ihr auch nicht hinterlassen. Nach ca. 10 Kontaktversuchen mit Frau C. meinerseits schrieb mir die Lehrerin von Connor eine Mail mit der Bitte, die Abklärungstermine mit ihr zu vereinbaren. Connors Mutter habe sie um die Koordination der Termine gebeten. Darauf konnte und wollte ich nicht eingehen. Die Mutter war die Ansprechperson. Connors Abklärung geriet in den Hintergrund.

Etwa 2 Monate später rief mich der Hausarzt von Connor an. Wir kannten uns bereits durch die Zusammenarbeit mit anderen Kindern. Er schilderte mir, dass er Connor gerade medizinisch notfallmäßig versorgt habe (Nähen einer Platzwunde am Kopf, Säubern weiterer Verletzungen). Connor sei nun auf dem Weg ins nächste Krankenhaus. Er müsse beobachtet werden wegen eines möglichen Schädelhirntraumas. Diese Verletzungen hatte sich Connor nach einer Schlägerei auf dem Pausenplatz zugezogen. Der Arzt hoffte, dass nun seine Mutter endlich „erwachen“ und sich wegen der massiven Schwierigkeiten von Connor bei mir melden würde.

Die Mutter erfasste die Gesamtproblematik von Connor tatsächlich erst, als sie seine Blessuren sah und um seine Gesundheit fürchten musste. Connor kam mit einem „blauen Auge“ davon. Er erlitt eine starke Gehirnerschütterung.

In der Abklärung stellte sich heraus, dass Connor unter einer sehr stark ausgeprägten ADHS litt. Das Hauptproblem bestand in seiner nur rudimentär ausgebildeten Verhaltenssteuerung. Die Gespräche mit der Mutter, Frau C., zeigten auf, dass sie selbst im „Dauerstress“ war. In den Konsultationen stellte sie ihr Handy nicht auf lautlos. Die hohe Frequenz an Signaltönen strapazierte meine Nerven. Es kam auch durchaus vor, dass sie Anrufe entgegennahm. Als ich ihr Verhalten und die daraus resultierende Unruhe ansprach, bekam sie feuchte Augen. „Ich bin derart überfordert. Ich muss an so vielen Orten gleich-

zeitig funktionieren.“ Sie erkannte selbst, dass sie all diese Aufgaben nicht meistern konnte.

Frau C. war eine liebenswürdige Frau, die selbst keine Kraft mehr hatte. Die finanzielle Situation setzte sie massiv unter Druck. Vor 2 Jahren hatte sie sich vom Ehemann und Vater von Connor getrennt. Nun müsse sie Vollzeit arbeiten. Frau C. gestand, dass sie zusammen mit ihrem Ex-Mann Kredite tilgen müsse. Sie hätten immer ein schönes Leben gehabt, luxuriöse Ferien miteinander verbracht und seien finanziell unabhängig gewesen. Wenn das Geld nicht gereicht habe, hätten sie den Kredit aufgestockt. Die treibende Kraft sei sie gewesen; Luxus bedeute für sie Freiheit. Ihr jetziger Lebenspartner fordere viel Zeit zu zweit. Sein Anspruch bringe sie in eine „Zwickmühle“; einerseits brauche und genieße sie diese Zeit zu zweit, andererseits plage sie ständig ein schlechtes Gewissen wegen ihrer Kinder – Connor hatte noch eine 3 Jahre ältere Schwester, die jedoch selbstständig sei. Sie liebe diesen Mann sehr und könne nicht aus ihrer Haut.

Die Mutter von Connor, bei der viele Anzeichen einer psychischen Störung (ADHS) erkennbar waren, baute ihr Selbstbewusstsein über Statussymbole auf. Die Beziehung zu ihrem Freund hatte meiner Meinung nach auch eine Abhängigkeitskomponente. Wie sollte sie da noch ihren Kindern gerecht werden?

Auf meine Frage, ob sie ihr Leben ändern und Hilfe in Anspruch nehmen wolle, wehrte sie ab: „Nein, nehmen Sie es mir nicht übel. Ich weiß, dass ich vieles falsch mache, aber ich kenne mich nun seit bald 40 Jahren und wage diesen Schritt nicht mehr. Ich kann mich nicht verändern.“ Diese Entscheidung konnte nur sie treffen. Ihre Entscheidung bedeutete auch, dass sie die Betreuung von Connor nicht weiter übernehmen konnte. Anfangs konnte Frau C. diese Tatsache beinahe nicht akzeptieren. Mit der Zeit konnte sie auch dem Gefühl der Erleichterung Raum geben.

Vorsichtig sprach ich bei Connor altersgerecht die Überforderung seiner Mutter an. Er äußerte sich dazu folgendermaßen: „Weißt du, meine Mum ist manchmal wie eine Wespe und dadurch werde ich auch zu einer. Ich hab meine Mum lieb; seit sie ihren Freund hat, bemerkt sie oft nicht, dass ich auch noch da bin.“ Connor bewies mit dieser Antwort seine ausgezeichnete Reflexionsfähigkeit.

Vorgängig hatte ich Connor gefragt, wie er sich fühle, wenn er bei seinem Vater sei. Connor strahlte über das ganze Gesicht und erzählte mir, Wochenenden mit seinem Vater seien „Erholung“ für ihn. Sie würden zusammen die Schweiz kennenlernen und viel wandern, baden etc. Sein Vater sei zwar strenger, aber auch „entspannter“.

In weiteren Gesprächen mit den Eltern von Connor, bei denen es darum ging, wer den Bedürfnissen von Connor besser gerecht werden konnte, stellte sich heraus, dass Herr C. sich von der ehemaligen „luxuriösen“ Welt verabschie-

det hatte. Vom Naturell war er ein ganz anderer Typ. Seit der Trennung verbrachte er seine Freizeit oft in der Natur, wo er sich gut erholen konnte. Er meinte, er sei wieder zu seinen „Wurzeln“ zurückgekehrt. Die Eltern einigten sich, dass Connor bei seinem Vater besser aufgehoben sei. Connor freute sich über diese Entscheidung und wohnte fortan an beim Vater. Über Mittag und nach der Schule wurde er von einer Bekannten betreut, die er gut kannte. Der Schulwechsel war für Connor ein Gewinn. Er konnte in der neuen Klasse ohne negative Vorgeschichte starten. Mit der Medikation von Methylphenidat, einer Pferdetherapie und dem Ausgleich in der Freizeit verbesserten sich seine Symptome rasch.

Mein Kontakt zu Herrn C. blieb bestehen. Er kam regelmäßig in die Beratung, wenn bei Connor ein Problem auftrat. Problematisch war die Beziehung zwischen Connor und Frau C. Connor wollte seine Mutter übers Wochenende nicht besuchen. Für die Mutter war dies ein herber Schlag. Sie erkannte jedoch auch, dass Connor momentan keine Unruhe ertragen konnte und sich aus diesem Grund von ihr distanzierte. Es war einfach zu viel geschehen. Kinder haben einen guten Instinkt und Connor schützte sich mit seiner Entscheidung. In kleinen Schritten näherte sich Connor seiner Mutter wieder an. Heute hat sich deren Verhältnis wieder stabilisiert; nur zu lange kann Connor nicht bei seiner Mutter bleiben.





# 1 ADHS – Modediagnose oder behandlungsbedürftiges Syndrom?

Über kein anderes Syndrom wird in der Presse derart häufig und kontrovers berichtet wie über die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), die häufig als „Modediagnose“ oder „Zeiterscheinung“ bezeichnet wird. In den meisten Artikeln stehen Vorwürfe hinsichtlich Fehldiagnosen und dem Missbrauch des Medikamentes Ritalin (Wirkstoff: Methylphenidat) im Fokus. Mit ADHS werden in der Gesellschaft primär Konzentrationsschwierigkeiten und Hyperaktivität verbunden („Zappelphilipp-Syndrom“). Die Palette der Symptome der Aufmerksamkeitsdefizitstörung ist jedoch umfassender: bei Betroffenen werden Konzentrationsschwierigkeiten, Vergesslichkeit, Ablenkbarkeit, Mühe mit Ordnung und Zeiteinteilung, impulsive Handlungen, Hyper- bzw. Hypoaktivität, emotionale Labilität, geringe Frustrationstoleranz sowie emotionale Überreaktionen bemängelt. Näheres hierzu in Kapitel 2.

Als Folge dieser Symptomatik werden Menschen mit ADHS deshalb häufig mit Vorwürfen des „Nicht-Wollens“, „Zu-faul-Seins“ oder „Sich-nicht-Anstrenghens“ konfrontiert. Diese ungerechtfertigten Beschuldigungen sind prägend und wirken sich negativ auf ihr Selbstvertrauen aus.

Betroffene verspüren meist einen immensen Leidensdruck, bis sie den Hausarzt oder eine Fachperson aufsuchen. Die Unsicherheit nach einer evtl. Diagnosestellung abgestempelt zu werden, ist v. a. im deutschsprachigen Raum groß. In der Abklärungsphase bringen Testpersonen dementsprechend durch Aussagen, Mimik, Gestik und Stimmlage häufig ambivalente Gefühle zum Ausdruck. Probanden begeben sich in eine Abklärung, weil sie unter Beschwerden im Alltag leiden, welche sie nicht alleine bewältigen können. Sie wünschen sich im Grunde Klarheit; möchten die Ursache ihrer Schwierigkeiten kennen, um die entsprechenden Behandlungsmaßnahmen in Anspruch nehmen zu können. Dieser Prozess wird jedoch von Zweifeln und Fragen begleitet: „Was, wenn ich ADHS habe? Gibt es eine Verbesserung in meinem Leben oder bin ich dann krank und werde abgestempelt? Was denken mein Mann, meine Eltern, mein Chef? Nehmen sie meine Diagnose ernst oder glauben sie, ich würde die ADHS als Ausflucht für meine vielen Flüchtigkeitsfehler und meine Vergesslichkeit benutzen?“

Viele Probanden, welche in meine Praxis kommen, haben bereits negative Erfahrungen in dieser Hinsicht gemacht. Selbst Ärzte und Therapeuten sind

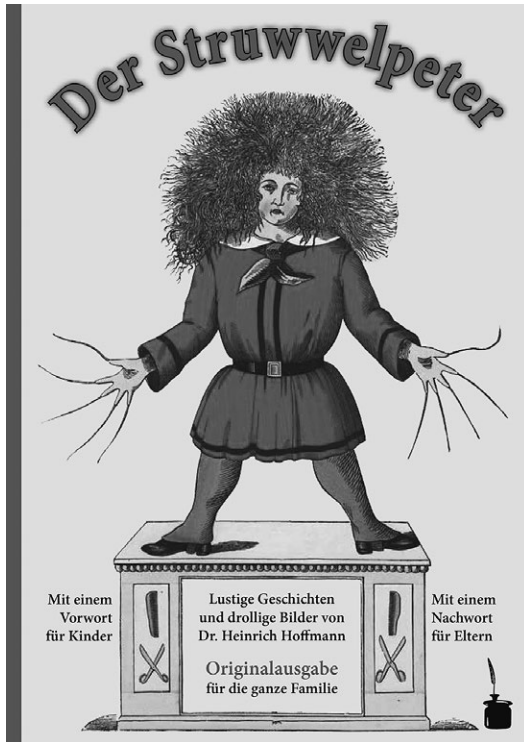
weiterhin teilweise noch zu wenig aufgeklärt über die Kriterien einer adulten ADHS und stellen daher aus mangelnder Erfahrung nur zurückhaltend die richtige Diagnose (Eich & Eich, 2004). ADHS ist jedoch eine von den internationalen, weltweit anerkannten Klassifikationssystemen für medizinische Diagnosen ICD-10 und DSM-5 anerkannte Krankheit, die behandlungsbedürftig ist. Beide Klassifikationssysteme siedeln ADHS bei den psychiatrischen Erkrankungen an. Meiner Meinung nach ist diese Kategorisierung richtig. Die Symptome und Folgeerscheinungen drücken sich meist auf der psychischen Ebene aus (vgl. Kapitel 2), obwohl die hirnelektrische Dysfunktion eine große ursächliche Rolle spielt (vgl. Kapitel 4). Bestehen noch keine Komorbiditäten, ist die Prognose hinsichtlich der Verbesserung des Gesundheitszustandes durch Therapie und teilweise Medikamente günstig.

Nationale wie auch internationale Studien ergeben einen leichten Anstieg der Diagnosen von ADHS bei Kindern und Erwachsenen (vgl. 1.4). Kritiker führen die steigenden Prävalenz- und Inzidenzraten (d. h. das immer häufigere Auftreten und die zunehmende Zahl der Neuerkrankungen) generell auf vorschnelle, fälschlicherweise gestellte Diagnosen zurück. Vereinzelt existieren tatsächlich Fehldiagnosen, die einer Überprüfung nicht standhalten. Unzutreffende, nicht fundierte Diagnosen werden v. a. bei Kindern und Jugendlichen mit massiven Verhaltensauffälligkeiten gestellt, die aufgrund von Überforderung oder erzieherischer Defizite auftreten. Insgesamt sind Fehldiagnosen jedoch in der Minderheit. Vorsicht ist demnach bei der Pauschalisierung geboten.

### 1.1

## Historisches über die ADHS im Kindes- und Erwachsenenalter

Der Frankfurter Psychiater Heinrich Hoffmann beschrieb 1845 im „Struwwelpeter“ viele Facetten der ADHS eindrucklich. Dieses Kinderbuch wurde einem großen Leserkreis zugänglich gemacht. Seine Geschichten waren als Weihnachtsgeschenk für seinen 3-jährigen Sohn gedacht. In jeder der 10 Geschichten übertritt der Akteur, ein Kind oder Jugendlicher, eine vorgegebene Norm. Als Ursache des Ungehorsams der Sprösslinge wird jeweils die Erziehungsunfähigkeit der Mutter oder der Eltern angeführt. Die Stoffe beruhen auf Verhaltensbeobachtungen aus dem Umfeld des Autors und der eigenen Biografie. Der „Zappel-Philipp“ aus der gleichnamigen Geschichte wurde namensgebend für die ADHS, die umgangssprachlich oft als „Zappelphilipp-Syndrom“ bezeichnet wird. Bis der Krankheitswert der von Hoffmann beschriebenen Verhaltensschwierigkeiten anerkannt wurde, sollten noch Jahrzehnte vergehen.



**Abbildung 1:** Originalausgabe des „Struwwelpeter“ (mit freundlicher Genehmigung von Edition Tintenfass)

Lange vor Hoffmann wurden die Symptome der ADHS in zwei Lehrbüchern beschrieben: 1775 von Melchior Adam Weickard (vgl. Barkley & Peters, 2012) und 1798 von Alexander Crichton.

George Frederic Still veröffentlichte 1902 im „Lancet“ die erste fachliche Beschreibung der ADHS. Still stellte in seinen Vorlesungen Fallberichte von 20 Kindern dar, die hyperaktive Symptome aufzeigten. Nebst der motorischen Unruhe beschrieb er auch die Unfähigkeit, die Aufmerksamkeit aufrechtzuerhalten. Gemäß seinen Angaben waren häufiger Knaben betroffen als Mädchen. Die Störung begann schon in den ersten Schuljahren. Sie war gekennzeichnet durch Schulversagen trotz normaler Intelligenz. Die Kinder werden von Still (1902) als boshaft, zerstörerisch und gewalttätig bezeichnet. Dieses Verhalten führte er zurück auf einen angeborenen biologischen oder einen perinatal (um die Zeit der Geburt herum) erworbenen Defekt die moralische Kontrolle betreffend. Bereits im letzten Jahrhundert fand das Konzept der biologischen Vererbung Anerkennung. Bei Kindern mit derartigem Verhalten wurde auch eine minimale Hirnschädigung angenommen.

In den USA beteiligte sich Leon Eisenberg, ein bekannter amerikanischer Jugendpsychiater, in den 50er und 60er Jahren an wissenschaftlichen Studien mit den Themen Autismus und ADHS. Er galt als der Experte auf seinem Gebiet. Eisenberg wurde als „Vater der Erfindung von ADHS“ bezeichnet. Eisenberg „erfand“ keine neue Krankheit, sondern war einer der Ersten, der sich mit dieser Patientengruppe wissenschaftlich beschäftigte. Dabei erforschte und definierte er neue Verhaltensmuster bei Kindern (Eisenberg, 1953, 1957, 1960a).

Aufgrund seiner Forschungsergebnisse konnte er Beweise für seine Theorien vorlegen. Wie aus den Recherchen hervorgeht, führte er auch Studien mit dem Einsatz von Medikamenten durch (Eisenberg, Gilbert, Cytryn & Molling, 1961).

Seine Forschung hatte aber auch eine Kehrseite. Denn infolge von entsprechenden Publikationen nahmen die Diagnosen stark zu. Es gab immer mehr Kinder, bei denen ADHS festgestellt wurde. Eisenberg zweifelte am starken Anstieg der „realen“ Diagnosen und erkannte, dass die neue Erziehungsphilosophie – die antiautoritäre Erziehung, bei der man den Kindern keine Grenzen setzt (vgl. Kapitel 6.3.3) – die ADHS-Diagnosen in die Höhe steigen ließ.

Kindern, denen durch diese Erziehungsform von den Eltern keine Leitplanken gesetzt wurden, zeigten oft Symptome der ADHS, erfüllten die Kriterien einer ADHS jedoch nicht. Bei solchen Kindern trifft eher eine „Störung des Sozialverhaltens“ oder eine „Emotionale Störung im Kindesalter“ zu.

Eisenberg (1956, 1960b) postulierte daraufhin, dass seine Erkenntnisse über ADHS überschätzt würden. Bei vielen Kindern würde man zu rasch ADHS diagnostizieren und Medikamente verabreichen. Die Ursachen der Verhaltensmuster lägen teilweise auch bei den Familien.

Seine Äußerungen werden heute von ADHS-Kritikern derart ausgelegt, als habe er gesagt, ADHS gäbe es nicht. Eisenberg hat gerade jene Problematik angesprochen, die uns daran erinnern soll, genauer hinzusehen, ob eine Aufmerksamkeitsdefizitstörung vorliegt oder eine andere Störungsform.

In Europa galt die ADHS lange Zeit ausschließlich als eine Jugend- und Kinderkrankheit. Die adulte ADHS fand im deutschsprachigen Raum bis Ende der 90er Jahre kaum Beachtung. Die erste fundierte Darstellung der adulten ADHS erfolgte durch Krause & Trott (1998).

Durch das Erscheinen der deutschsprachigen Übersetzung des amerikanischen Bestsellers „Drive to distraction“ unter dem Titel „Zwanghaft zerstreut“ (Hallowell & Ratey, 1999) wurde die ADHS-Symptomatik einem breiten Leserkreis zugänglich gemacht. Dieses Buch war wegweisend für „Suchende“. Für viele Menschen mit psychischen Problemen war die Lektüre ein Schlüsselerlebnis. Sie bekamen lang ersehnte Antworten. Bisher hatten sie selbst von Fachärzten keine befriedigende Erklärung bzw. zutreffende Diagnose für ihre teilweise massiven gesundheitlichen Schwierigkeiten erhalten.

In den USA beschäftigte man sich dagegen schon länger intensiv mit der Diagnostik, Symptomatik und Therapie der ADHS im Erwachsenenalter. Wender veröffentlichte 1995 die erste Monografie darüber. In verschiedenen amerikanischen Lehrbüchern setzt man sich seitdem intensiv mit der adulten Form auseinander (Brown, 2000).

## 1.2

### Neue Forschungsbefunde zur ADHS

In den letzten Jahrzehnten konnten durch den Einsatz unterschiedlicher Verfahren in der Erforschung der ADHS große Fortschritte erzielt und neue Erkenntnisse gewonnen werden. Dazu mehr in Kapitel 4.

Bei der ADHS handelt es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit um eine sehr komplexe, überwiegend genetisch bedingte Störung. Der genetische Einfluss wird dabei aufgrund von Zwillingsstudien zwischen 60 und 80 % beziffert. (Banaschewski, Roessner, Uebel & Rothenberger, 2004; Krause & Krause, 2014).

Durch bildgebende Verfahren ist die Forschung in der Lage, Anatomie- und/oder Stoffwechselveränderungen während mentaler Prozesse zu erkennen. Die Kernspintomografie gibt Auskunft über strukturelle Veränderungen und damit auch über die Verkleinerung des Volumens bestimmter Hirnareale. Über eine globale Abnahme des Hirnvolumens, ein vermindertes Volumen im Bereich des Cortex und subkortikaler Strukturen, welche Ansätze für die Erklärung einiger Defizite innerhalb der ADHS liefern, existieren verschiedene Studien (vgl. Castellanos et al., 1996; Hesslinger et al., 2002).

Durch den Einsatz der neueren funktionellen Kernspintomografie (engl. *functional magnetic resonance imaging, fMRI*) kann die Aktivierung der Areale an Probanden getestet werden, während diese bestimmte Aufgaben lösen. In verschiedenen Studien wurde über Ergebnisse bei ADHS-Betroffenen gegenüber einer Kontrollgruppe berichtet. Es konnten aufschlussreiche Befunde gesammelt werden, u. a. eine Reduzierung der exekutiven Aufgaben und geringere Aufmerksamkeit, erhöhte Impulsivität und motorische Aktivität durch entsprechend verminderte oder erhöhte Aktivität in den dazugehörigen Hirnarealen (Bush et al., 1999; Rubia et al., 1999, Vaidya et al., 1998).

Transmitter oder Botenstoffe regulieren die Weiterleitung von Signalen zwischen den Nervenzellen – und steuern dadurch, wie unser Gehirn einströmende Reize filtert, verarbeitet und weiterleitet. Bei ADHS spielen die Transmitter Dopamin und Noradrenalin die wichtigste Rolle. Dopamin ist v. a. zuständig für Aufmerksamkeit, Konzentration sowie Motivation und Belohnung. Noradrenalin bewirkt v. a. die Regulation der Vigilanz, der selektiven Aufmerksamkeit, der exekutiven Funktionen (Funktionen, die das eigene Verhalten

steuern) und der Orientierungsreaktionen. Beide Transmitter sind bei Vorkommen einer ADHS in verschiedenen, wichtigen Teilen des Gehirns zu wenig vorhanden (Arnsten, Steere & Hunt, 1996; Ernst, Zametkin, Phillips & Cohen, 1998). In neueren Studien wird auch dem Serotonin, das u. a. für die Impulssteuerung und Stimmungskontrolle verantwortlich ist, eine wichtige Funktion bei ADHS zugeschrieben (vgl. Neuy-Bartmann, 2017).

Besteht eine genetische Prädisposition, also eine erblich bedingte Anlage für ADHS, spielen Umwelt- und psychosoziale Faktoren jeweils eine Rolle bei der Entwicklung und Ausprägung der Erkrankung (Asendorpf, 2007).

Aufgrund der Forschungsbefunde ist es sehr schwer nachvollziehbar, dass die eingangs erläuterte Kontroverse um die ADHS stets noch existiert. Wie oben erläutert, wird der Beweis für die Existenz der ADHS durch Forschung und bildgebende Verfahren eindeutig erbracht. Es besteht also eine erdrückende „Beweislast“ – und dennoch werden die Prävalenzraten der ADHS infrage gestellt. Bei anderen psychischen Krankheiten wie Angststörungen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen und Schizophrenie kommt dies dagegen nicht vor. Die Leidtragenden dieser Situation sind eindeutig die Betroffenen. Die Tatsache, dass das Krankheitsbild ADHS nach dem heutigen wissenschaftlichen Kenntnisstand in unserer Zeit noch angezweifelt wird, hat neben den sozioökonomischen Streitigkeiten auch einen moralisierenden Hintergrund.

Nach Auffassung der Kritiker kann jedes Kind so erzogen werden, dass es am Tisch ruhig sitzen bleibt. Genau wie es Hoffmann in den Geschichten aus dem „Struwelpeter“ nahelegt. Der Begriff „Zappelphilipp-Syndrom“ stammt aus Hoffmanns Geschichte („Zappel-Philipp“). Pseudoexperten lassen verlauten, es gäbe keine ADHS ohne Hyperaktivität. Impulsivität und daraus entstehende soziale Probleme sowie der Ungehorsam lassen sich gemäß Skeptiker durch die Unfähigkeit bzw. mangelnde Konsequenz von deren Eltern herleiten.

Der ADHS-Experte Russell Barkley weist mit anerkannten Wissenschaftlern auf die Gefahren von Fehlinformationen hin, die ADHS als Mythos oder Schwindel abtun, sich über die Medien verbreiten und so beispielsweise wirkungsvolle Behandlungsinitiativen verhindern können (vgl. Barkley et al. 2002). Nicht nur die Eltern von Kindern zögern, sich Hilfe zu holen bei Überforderung. Auch Erwachsene, welche den Verdacht haben, unter einer Aufmerksamkeitsdefizitstörung zu leiden, werden durch diskreditierende Medienberichte verunsichert und zweifeln, ob sie ihre Vermutung gegenüber dem Hausarzt oder Spezialisten äußern sollen. Sie fürchten aufgrund der Berichte über die angebliche Modeerscheinung der Aufmerksamkeitsdefizitstörung als Simulanten hingestellt zu werden. Viele Folgeerscheinungen und Begleiterkrankungen ließen sich jedoch bei einer frühzeitigen Abklärung vermeiden. Dazu mehr in Kapitel 2.

## 1.3

## Warum eine frühe ADHS-Diagnose wichtig ist

Verlauf und Prognose hängen bei ADHS erheblich von einer frühzeitigen Diagnose ab. Aufgrund der durch das Syndrom bedingten Defizite können Betroffene einfache Aufgaben nicht sorgfältig und rasch genug ausführen. Automatisierungen fallen schwer, Flüchtigkeitsfehler häufen sich. Als Folge werden sie ungerechtfertigt gerügt. Dies führt bei Betroffenen zu der Annahme, sie seien „dumm“. Im sozialen Kontext kommen sie ebenso rasch an ihre Grenzen. Aufgrund ihrer Impulsivität, Hyperaktivität, emotionalen Überreaktionen etc. ist es für sie oft unmöglich längere Beziehungen aufrechtzuerhalten. Viele Betroffene halten sich deshalb für beziehungsunfähig.

Wird die Aufmerksamkeitsdefizitstörung nicht erkannt und behandelt, erleiden Betroffene mehrheitlich Folgeschäden. Forschungen von Davatz (2016) haben ergeben, dass bei 80 % der jugendlichen und erwachsenen psychiatrischen Population, welche wegen einer anderen Erkrankung in Behandlung ist, primär eine Aufmerksamkeitsdefizitstörung vorliegt. Im Fachjargon wird diese gleichzeitig auftretende Begleiterkrankung als Komorbidität oder komorbide Störung bezeichnet. Es handelt sich hierbei um eigenständige psychische oder psychosomatische Erkrankungen, welche entweder als Folge der ADHS auftreten können, oder aber um Störungsbilder, die neben einer ADHS bestehen und andere Ursachen haben (Rossi & Bürgi, 2009).

Wird die ADHS nicht diagnostiziert oder behandelt, können sich schon bei Kindern und Jugendlichen Folgesymptome bilden. Erwachsene sind hiervon noch häufiger betroffen (vgl. Konrad & Rössler, 2009).

Ich möchte alle Jugendlichen und Erwachsenen mit dem Verdacht, von einer ADHS betroffen zu sein, wie auch die Eltern und nahen Bezugspersonen von Kindern mit Auffälligkeiten ermutigen, rechtzeitig Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Eltern mit einem lebendigen, reizoffenen, impulsiven Kind hinterfragen meist ihre Erziehungsmethoden. Sie zweifeln an ihren Fähigkeiten und Kompetenzen. Kommen Anschuldigungen von Außenstehenden dazu, erhöht sich der Leidensdruck für das gesamte Familiensystem enorm, während sich das Gefühl der Unzulänglichkeit bei den Eltern verstärkt.

Haben die Eltern die Einsicht, dass sie keine „Schuld“ trifft für das Vorhandensein und Auftreten der ADHS bei ihren Sprösslingen, nimmt der innerliche Druck ab. Eltern mit einem Kind, das unter einer ADHS leidet, benötigen Hilfe, damit sie adäquat umzugehen lernen mit den speziellen Anforderungen des betroffenen Nachwuchses.

Besorgte Eltern befürchten häufig, ihre Kinder würden nach einer ADHS-Diagnose ihre Freizeit bei Psychologen und Ärzten verbringen. Diese Sorge ist unbegründet. Saalfrank (2016) stellt bei Auftreten von Schwierigkeiten mit dem

**Tabelle 1:** Häufigkeit der komorbiden Störungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS (Konrad & Rössler, 2009, S. 1303).

Komorbide Störung	Häufigkeit bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS	Häufigkeit bei adultem ADHS
Oppositionelle Störung des Sozialverhaltens	ca. 50 %	vgl. antisoziale Persönlichkeitsstörungen
Depressive Störungen Bipolare Störungen	10–40 %	ca. 40 % (Unsicherheit Diagnose der bipolaren Störung wegen Überlappen der Kriterien)
Angststörungen	20–25 %	weniger als 20 %
Tic-Störungen	weniger als 30 %	keine Angaben
Teilleistungsstörungen	10–25 %	keine Angaben
Persönlichkeitsstörungen Antisoziale PS Emotionale instabile PS Selbstunsichere PS Zwanghafte PS	keine Angaben	ca. 35 %, Mehrfachdiagnosen häufig
Nikotin, Alkohol und Drogensucht	keine Angaben	ca. 30 %
Essstörungen (Frauen)	keine Angaben	ca. 4 %
Restless legs	höher als bei Kindern ohne ADHS	Schätzung ca. 5 %
Verschiedene somatische Störungen	keine Angaben	Skelett/Muskulatur: ca. 50 % Gastrointestinale Störungen: ca. 40 % Metabolische Störungen: ca. 30 %

Nachwuchs die Arbeit mit den Eltern in den Mittelpunkt. Sie ist keine Gegnerin einzelner, notwendiger Fördermaßnahmen bei Kindern. Es geht darum zu hinterfragen, ob eine bestimmte Maßnahme notwendig ist.

Ich stimme der Pädagogin zu: Für Kinder gibt es nichts Unerträglicheres und Kontraproduktiveres als eine „Überdosis“ an Therapien. Während sich ihre Spielkameraden an schulfreien Nachmittagen zum Spielen verabreden können, „müssen“ Kinder mit Problemen eine Therapie besuchen. Damit eine Therapie effektiv ist, muss das Kind entweder selber den Wunsch äußern oder zumindest die Notwendigkeit einsehen.



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) stellen 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