

# 1. AD(H)S – Aufmerksamkeits-Defizit-Störung mit und ohne Hyperaktivität

Kinder mit Bewegungsunruhe gab es schon im 19. Jahrhundert. Der Psychiater Heinrich Hoffmann (1809-1894) beschrieb in seinem Werk „Der Struwwelpeter“ bereits das Phänomen des Zappelphilipps. Heute hat die damals beschriebene Bewegungsunruhe jedoch eine andere Dimension erreicht und der übermäßige Bewegungsdrang hat sich scheinbar mehr einer Lern- und Aufmerksamkeitsstörung untergeordnet (Heinemann/Hopf 2006, S. 133; Köckenberger 2004, S. 8).

Das Erscheinungsbild der AD(H)S wurde in den 70er Jahren als „Minimale Cerebrale Dysfunktion (MCD)“ oder „Psychoorganisches Syndrom (POS)“ bezeichnet. Heute spricht man von der „Hyperkinetischen Störung (HKS)“. International gebräuchlich sind die Bezeichnungen „Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)“ bzw. „Attention Deficit Disorder (ADD)“ (Krowatschek/Hengst 2003, S. 128).

Weit gefasst kann AD(H)S als eine Form der Wahrnehmung und des Denkens aufgefasst werden, die sowohl Stärken als auch Schwächen mit sich bringt. Eine Behandlung führt nicht zu einer Heilung im herkömmlichen Sinne, sondern ermöglicht den Betroffenen mit den Symptomen angemessen umzugehen. Daher kann AD(H)S als eine Krankheit, Störung oder Gabe angesehen werden, abhängig von den individuellen Defiziten, der sozialen Situation und der Intensität des Leidensdruckes.

Im engeren Sinne wird mit der Bezeichnung AD(H)S eine verminderte Fähigkeit zur Selbststeuerung bei Kindern und Jugendlichen beschrieben, wobei Störungen hauptsächlich in den drei Bereichen (1) Aufmerksamkeit und Konzentration, (2) ausgeprägte körperliche Unruhe und starker Bewegungsdrang (Hyperaktivität) und (3) impulsives und unüberlegtes Handeln auftreten (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2005, S. 5). Der Begriff der Hyperaktivität weist auf die allgemeine motorische Unruhe der Kinder hin, mit dem Begriff der Impulsivität wird das vorschnelle und unbedachte Verhalten angesprochen und der Begriff der Unaufmerksamkeit umschreibt die mangelnde Aufmerksamkeitsorientierung und Zielgerichtetheit des Verhaltens der Kinder (Lauth/Schlottke 2002, S. 4f.).

Es ist demnach eine Frage der Definition und der Abgrenzung, welche Verhaltensweisen noch als „normal“ gelten und welche als Störungen ausgegrenzt

werden. Tatsache ist, dass sich die häufigsten Beobachtungskriterien in der Mitte zwischen den Extremen des extrem ruhigen Verhaltens mit Zurückgezogenheit und des extrem lebhaften Verhaltens mit starkem Nach-Außen-Gewandt-Sein befinden (Hoehne 2003, S. 115). Die Grenzen zwischen „normaler“ und „pathologischer“ Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsproblematik sind daher fließend (Leuzinger-Bohleber/Brandl/Hüther 2006, S. 27).

Die AD(H)S gehört heute zu den häufigsten Diagnosen im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich. Jungen sind häufiger von AD(H)S betroffen als Mädchen mit einem Zahlenverhältnis von 3-9 zu 1 (Heinemann/Hopf 2006, S. 9).

Unterschiede der Geschlechter zeigen sich nicht nur in der Häufigkeit der Betroffenheit, sondern auch in der Ausprägung der Erkrankung. Bei Jungen findet man häufiger die Variante des hyperaktiv-impulsiven Typs, die Mädchen dagegen sind eher von der unaufmerksamen und verträumten Variante ohne hyperaktive Verhaltensauffälligkeiten betroffen. Nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung leiden in Deutschland etwa 500.000 bis 600.000 schulpflichtige Kinder an einer AD(H)S, d.h. insgesamt besteht nach Expertenschätzung für Deutschland eine Prävalenzrate (Krankheitshäufigkeitsrate) von 2-6% im Kindes- und Jugendalter (zwischen 6 und 18 Jahren). Die Prävalenzrate von AD(H)S im Erwachsenenalter dagegen beträgt etwa 1,3% bis 4,7%, da bei zwischen 30% und 70% der von AD(H)S betroffenen Jugendlichen die Störung auch im Erwachsenenalter bestehen bleibt und lediglich eine Veränderung der äußerlich sichtbaren Hyperaktivität in eine erhöhte innere Unruhe stattfindet (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2005, S. 5).

Entgegen weitreichender Meinungen sind heutzutage nicht mengenmäßig mehr Kinder und Erwachsene betroffen als früher, sondern tritt AD(H)S aktuell verstärkt und offensichtlicher zu Tage, so dass sich die Grenze zwischen nicht behandlungsbedürftigen und behandlungsbedürftigen Betroffenen in den letzten Jahrzehnten in Richtung der behandlungsbedürftigen Betroffenen verschoben hat.

## **1.1. Ursachen**

AD(H)S gilt als Syndrom, wird zu den externalen Störungen gezählt und kann somit allein über seine Symptomatik definiert werden, ohne die Entstehungsbedingungen zu berücksichtigen, d.h. die AD(H)S-Diagnose ist möglich ohne Kenntnis der Ursache (Krowatschek 2007a, S. 34).

In den 70er Jahren wurde zunächst eine minimale zerebrale Dysfunktion (MCD) als Ursache angesehen, die jedoch inzwischen unzutreffend ist, da die Kriterien für eine MCD zu unspezifisch sind und eine Beziehung zwischen Hirnschädigung und AD(H)S nicht eindeutig feststellbar ist. In den 70er bis 80er folgte die Theorie einer Störung des Immunsystems und daraus resultierender Allergien auf Nahrungsmittelzusätze wie Phosphate und Zucker. Mit der Therapie einer entsprechenden Diät, die die Allergie auslösenden Stoffe vermied, konnte keine Wirkung auf AD(H)S nachgewiesen werden. Anschließend kamen neuere Sichtweisen auf, die psychologische Faktoren in den Vordergrund stellten. Von Bedeutung war hier die Bindungstheorie. Sie wurde von dem britischen Kinderpsychiater John Bowlby (1907-1990) und der kanadischen Psychologin Mary D. Salter Ainsworth (1913-1999) entwickelt und beschreibt das Bedürfnis des Menschen, eine enge und von intensiven Gefühlen geprägte Beziehung zu Mitmenschen aufzubauen. Die empirische Bindungsforschung stellte fest, dass AD(H)S-Kinder scheinbar nur ungenügend stabile Primärbeziehungen erlebt haben und deshalb keine ausreichenden sicheren inneren Strukturen sowie die Fähigkeit zur Selbstregulation ausbilden konnten. Die mütterliche Feinfühligkeit, d.h. Wahrnehmung der Verhaltensweisen des Säuglings, zutreffende Interpretation seiner Äußerungen, prompte Reaktion darauf und Angemessenheit der Reaktion, gilt in diesem Zusammenhang als wichtigste erklärende Kategorie für die Ausbildung der so genannten Bindungstypen im ersten Lebensjahr (Leuzinger-Bohleber 2006, S. 33f.).

Da hyperaktive Kinder oft ambivalente und desorganisierte Bindungsmuster aufweisen, können Bindungsstörungen als eine wesentliche Ursache für Unaufmerksamkeit und Überaktivität gesehen werden (Heinemann/Hopf 2006, S. 103).

In den 80er und 90er Jahren erfolgte die Zuweisung in den medizinischen Bereich. Die Verhaltensauffälligkeiten wurden mit einer Medikamentengabe (Psychostimulanzien oder Antidepressiva) verringert und psychosoziale Bedingungen, wie z.B. sozioökonomischer Status, Wohnbedingungen, unvollständige Familien, psychische Störung der Mutter, inkonsistenter Erziehungsstil, traten als mögliche Ursachen in den

Hintergrund, wobei ihnen aber weiterhin eine wesentliche Rolle hinsichtlich Ausprägung und Schweregrad der Störung zugesprochen wurde (Hoehne 2003, S. 120, 121; Hillenbrand 2006, S. 183f.).

Mittlerweile wird eine multifaktorielle Verursachung von AD(H)S angenommen, d.h. mehrere Faktoren, wie genetische, biochemische, neuroanatomische, neurophysiologische, neuropsychologische Faktoren und Umwelteinflüsse (prä-, peri- und postnatale Komplikationen sowie psychosoziale Faktoren) wirken zusammen.

Im Sinne einer Dopamin-Mangel-Hypothese gehen die meisten Wissenschaftler heute grundlegend von einer Störung im Neurotransmitterstoffwechsel aus. Die beiden betroffenen Botenstoffe Dopamin und Noradrenalin (sogenannte Neurotransmitter), die eine wichtige Rolle bei der Signalübertragung von einer Nervenzelle zur anderen spielen, sind bei einer AD(H)S-Erkrankung in ihrem Gleichgewicht gestört. Konkret bedeutet das, dass der Botenstoff Dopamin im synaptischen Spalt (Zwischenraum zweier Nervenzellen) nicht in ausreichender Menge zur Verfügung steht, da die Dopamintransporter das Dopamin so schnell abtransportieren, dass es seine Wirkung nicht entfalten kann. Diese Unterversorgung führt in der Folge zu einer gestörten Informationsweiterleitung zwischen den Nervenzellen, so dass Reize nur schlecht und unzureichend gefiltert werden (Winter/Kolberg 2007, S.9).

Diese Funktionsstörungen im Sinne einer zu geringen Aktivierung kommen vor allem in denjenigen Gehirnabschnitten (Basalganglien und Frontalhirn) vor, die für die Aufmerksamkeit, Konzentration und Wahrnehmung, d.h. die Aufnahme und Verarbeitung von Informationen und Sinneseindrücken verantwortlich sind. Es bestehen folglich Probleme in der situativen Anpassung des Verhaltens bzw. der Selbstregulation auf verschiedenen Ebenen (Physiologie, Verhalten und Kognition), so dass die Betroffenen ständig nach stimulierenden Reizen suchen und ihnen eine interne Steuerung der Aufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität nicht möglich ist.

Additiv wirken genetische Faktoren, die die Vulnerabilität des Individuums für die Entwicklung einer AD(H)S-Symptomatik erhöhen. Es wird eine genetische Beteiligung von 70-95 Prozent angenommen. Diverse Umwelteinflüsse, wie die fortschreitende Vernetzung der Gesellschaft und die damit einhergehende Reizüberflutung durch ein Überangebot an Informationen, Kommunikation und medialen Reizen wie z.B. Fernsehen, Computer und Mobiltelefone, deutlich erhöhte Anforderungen an jeden Einzelnen durch die immer schneller zunehmende Komplexität im privaten und

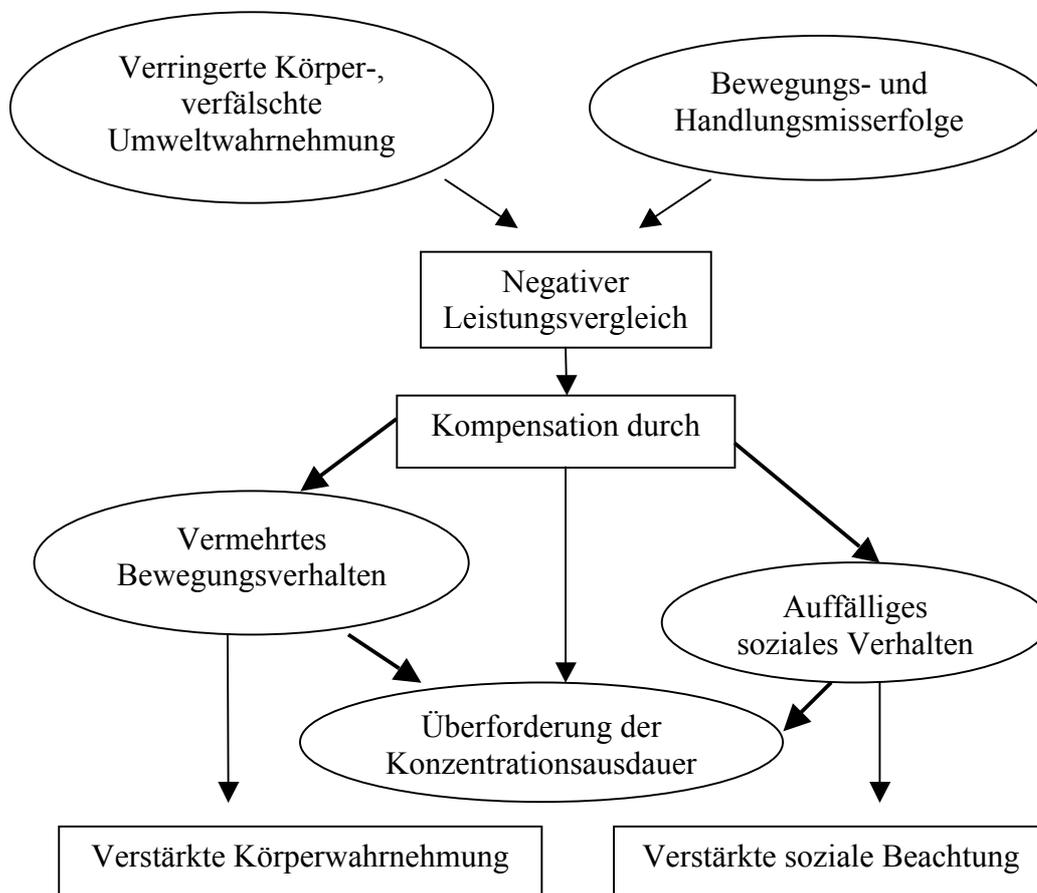
beruflichen Leben sowie die immer häufiger vorzufindende Strukturlosigkeit in Familie, Schule und Gesellschaft, führen dazu, dass sich AD(H)S-Betroffene einer größeren Herausforderung bezüglich ihrer Lebensgestaltung gegenüber sehen (Schmid 2007, S. 7).

Eine rasche Veränderung der Lebensbedingungen für Kinder in ihrer Umwelt, wie z.B. Verknappung des Spielraumes, Einengung des Neugierverhaltens durch vorgefertigte Spiel- und Lerninhalte, Verknappung der Zeit für Kinder, allgemeine Beschleunigung des Lebenstempos, zunehmende Verschärfung der Leistungsanforderungen und eine immer stärkere Erwachsenenprägung der Gesellschaft sind als weitere additiv wirkende Umwelteinflüsse zu nennen (Hoehne 2003, S. 122; Krowatschek/Hengst 2003, S. 135).

Abschließend soll an dieser Stelle zur Ursachenklärung die Theorie der „reduzierten Körperwahrnehmung“ näher erläutert werden, da diese für den Behandlungsansatz der Ergotherapie wesentlich ist. Aufgrund hirngorganischer und körperlicher Defizite ist bei diesen Kindern meist zu wenig Muskelspannung (Hypotonie) im Rumpfbereich vorhanden, so dass das Kind Bewegung braucht, um sich stabilisieren zu können. Gekoppelt mit den hirngorganischen und körperlichen Defiziten sind eingeschränkte oder überempfindliche Wahrnehmungssysteme. Nicht nur eine verminderte Wahrnehmung über die Haut und den Bewegungs- und Lagesinn (taktil-kinästhetische Hyposensibilität) führt zu einem stärkeren Stimulationsbedürfnis, sondern auch eine überempfindliche Hautwahrnehmung (taktile Hypersensibilität) oder vestibuläre Hyposensibilität (verminderte Einsatzfähigkeit des Gleichgewichtsorgans) äußert sich in übermäßiger Bewegung, da über vermehrte Bewegung die fehlenden Informationen am besten eingeholt werden können. Hinzu kommt, dass bei ständiger Bewegung keine Zeit für feinmotorische Tätigkeiten bleibt, so dass auch die Feinmotorik defizitär wird. Wenn die eingehenden Wahrnehmungsreize nicht miteinander verglichen, abgestimmt, ergänzt, verstärkt oder ausgeblendet werden können (sensorische Integrationsstörung), entsteht eine reduzierte und verzerrte Wahrnehmung der Wirklichkeit. Durch eine mangelhafte Rückmeldung über den Erfolg einer Bewegung können im Weiteren Probleme in der Körperwahrnehmung entstehen, auf die die AD(H)S-Kinder erneut mit erhöhtem Bewegungsausmaß reagieren (siehe Abb.1). Werden die Eindrücke durch Auge und Ohren besonders schnell aufgenommen und weitergeleitet (visuell-auditive Hypersensibilität) kann dadurch schnelle Ablenkbarkeit und somit eine

Aufmerksamkeitsstörung einhergehen im Sinne einer Reizüberflutung (Köckenberger 2004, S. 36ff.).

Abbildung 1: Ursachenmodell der reduzierten Körperwahrnehmung (ebd., S. 36)



Insgesamt aber bleibt die Ursache von AD(H)S ungeklärt, trotz der Tatsache, dass bei ca. 50% der Betroffenen eine genetisch bedingte Anormalität der neuronalen Signalverarbeitung im Gehirn besteht (Hillenbrand 2006, S. 184).

Unklar ist auch, ob die neurobiologischen Besonderheiten von aufmerksamkeitsgestörten Kindern die Ursache ihrer Verhaltensauffälligkeiten bilden, oder ob diese nicht die Folge ungünstiger Nutzungsbedingungen, welche das Kind antrifft, darstellen.

Zusammenfassend gibt es also viele verschiedene Ursachen-Erklärungsmodelle, von denen nur auf einige wesentliche eingegangen werden konnte. Wichtig ist die Erkenntnis, dass die Ursachen einer AD(H)S nicht allein durch hirnorganische und

körperliche Defizite (reduzierte Körperwahrnehmung, Reizüberflutung, zentrale Seh- oder Hörwahrnehmungsstörung, mangelhafte Zusammenarbeit der Hirnareale, Hirnreifungsverzögerung) oder biochemische Mangelversorgung im Frontalhirn, Immunregulationsstörung, Zivilisationsstörung, Kommunikationsstörung, Vererbung, familiäre Bedingungen, motivationale Probleme, Gleichgewichtsstörungen, kognitive Entwicklungsstörung oder psychoanalytische Theorien erklärt werden können, sondern der AD(H)S im Sinne des multifaktoriellen Modells ein gestörtes Zusammenwirken verschiedener funktioneller Systeme zugrunde liegt (Köckenberger 2004, S. 35ff.).

## **1.2. Symptome**

Charakteristisch für die Erkrankung sind laut ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation ("International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death", die Ziffer 10 bezeichnet die 10. Revision der Klassifikation) folgende drei Hauptsymptome: Hyperaktivität (motorische Überaktivität), verminderte Aufmerksamkeit und erhöhte Impulsivität (bezeichnet ein Verhalten, bei dem der Handelnde spontan und ohne jede Erwägung selbst nahe liegender Konsequenzen auf Außenreize oder innere Impulse reagiert). Die einzelnen Symptome können jedoch unterschiedlich ausgeprägt sein und müssen nicht immer gleichzeitig auftreten (die motorische Überaktivität fehlt z.B. bei der ADS) (Döpfner/Schürmann/Frölich 2002, S. 3f.).

Ein weiteres Klassifikationssystem steht mit dem DSM-IV der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (vierte Ausgabe des **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**) zur Verfügung. Das DSM-IV ist im Gegensatz zum ICD-10 ein nationales Klassifikationssystem, muss daher nicht die zahlreichen Kompromisse und Ergänzungen der ICD-10 berücksichtigen, beinhaltet speziellere und genauere diagnostische Kriterien und lässt Komorbiditäten zu, die beim ICD-10 ausgeschlossen werden müssen (Krowatschek/Hengst 2003, S. 128).

### Klassifikation nach ICD-10:

F90. Hyperkinetische Störungen

F90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung

F90.1 Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens

F90.8 sonstige hyperkinetische Störungen und  
F90.9 Hyperkinetische Störung, nicht näher bezeichnet (Winter/Kolberg  
2007, S. 3).

Klassifikation nach DSM-IV:

- Aufmerksamkeitsstörung mit Hyperaktivität/Impulsivität (vorwiegend unaufmerksam und hyperaktiv/impulsiv => Mischtypus, 314.01)
- Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (vorwiegend unaufmerksam Typ, 314.00)
- Hyperaktivitäts- und Impulsivitätsstörung ohne Aufmerksamkeitsstörung (vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typ, 314.01, sehr selten) (Krowatschek/Hengst 2003, S. 128; Döpfner/Schürmann/Frölich 2002, S. 15f.).

Zu den drei Basis- bzw. Kernsymptomen kommen sekundäre Auffälligkeiten hinzu, die ein deutliches Entwicklungsrisiko für die betroffenen Kinder darstellen. Sekundärsymptome im emotionalen Bereich sind z.B. Wutausbrüche, emotionale Schwankungen, mangelndes Selbstvertrauen in die eigenen Fähigkeiten, soziale Unsicherheit, Angst und depressive Stimmungen. Im sozialen Kontakt lassen sich häufig oppositionelle Verhaltensweisen feststellen, woraus sich aggressive Störungen des Sozialverhaltens entwickeln können. Das kindliche Problemverhalten wirkt als permanenter Stressfaktor und kann zu erhöhten Scheidungsraten der Eltern führen. Das Leistungsverhalten ist gekennzeichnet durch Defizite in der Schulleistung und Klassenwiederholungen (Hillenbrand 2006, S. 181; Döpfner/Schürmann/Frölich 2002, S. 8f.).

Insgesamt lässt sich das Verhalten aufmerksamkeitsgestörter Kinder als erwartungswidrig beschreiben, d.h. es entspricht weder dem, was in der gegenwärtigen Situation erforderlich ist, noch dem Verhalten Gleichaltriger. Solche Kinder lernen das angemessene Verhalten offensichtlich langsamer und geben das problematische Verhalten nur verzögert wieder auf (Lauth/Schlottke 2002, S. 6f.).

Die Anzeichen bzw. Symptome von AD(H)S machen sich in verschiedenen Entwicklungsabschnitten unterschiedlich bemerkbar. Verhaltensauffälligkeiten in der Entwicklung des Kindes werden schon in sehr frühem Alter von den Eltern beobachtet. Es wird vermutet, dass AD(H)S-Kinder im Säuglingsalter schon als "Schreibabys"

auffallen. Häufig wird von motorischer Unruhe, Ess- und Schlafstörungen, Ablehnung von Körperkontakt und Unausgeglichenheit der Säuglinge berichtet. Eine mangelnde Kraftdosierung und eine schnelle Aufrichtung fallen bereits im ersten Lebensjahr des Kindes auf.

Im Kleinkind-/Kindergartenalter fallen die Kinder durch ihren rastlosen Aktivitätsdrang bzw. extreme motorische Unruhe auf. Geringe Ausdauer beim Spielen, trotziges/oppositionelles Verhalten, motorische Ungeschicklichkeit und dadurch in der Folge häufige Verletzungen und Unfälle lassen sich beobachten. Diese Verhaltensauffälligkeiten können dazu führen, dass ein Kind mit AD(H)S auf Ablehnung bei gleichaltrigen Spielkameraden stößt und keine stabilen Freundschaften entwickeln kann (Döpfner/Schürmann/Frölich 2002, S. 23).

Die Symptomatik verschärft sich mit der Einschulung weiter und in der Grundschule zeigt sich, dass AD(H)S-Kinder nicht lange still sitzen können, sich schnell ablenken lassen und ständig in Bewegung sind. Sie fallen auf durch häufiges Stören des Unterrichts sowie einer niedrigen Frustrationsschwelle, schnelle Reizbarkeit und die Unfähigkeit, sich länger auf Aufgaben zu konzentrieren. So kommt es trotz normaler Intelligenz häufig zu Lern- und Leistungsproblemen, nicht zuletzt aufgrund parallel existierender Lernstörungen wie Lese-, Rechtschreib- oder Rechenschwäche. Zudem können AD(H)S-Kinder ihre Bedürfnisse nicht aufschieben (motivationale Impulsivität) und folgen daher oft dem ersten Handlungsimpuls, ohne zu Ende gedacht zu haben (kognitive Impulsivität) (Köckenberger 2004, S. 13; Heubrock/Petermann 2001, S. 32).

Im Jugendalter nehmen die hyperaktiven Verhaltensstörungen eher ab und im Vordergrund stehen Aufmerksamkeitsstörungen und eine mangelnde Fähigkeit zur Selbstorganisation, d.h. die Jugendlichen versuchen häufig, ihre innere Unruhe zu betäuben, indem sie sich starken äußeren Reizen (z.B. laute Musik, exzessive Computerspiele) aussetzen oder bewusst Gefahren und Konfrontationen suchen. Charakteristisch sind außerdem Leistungsverweigerung und aggressives Verhalten über das normale Maß hinaus, da in ihrer Entwicklung der sozialen Kompetenz starke Defizite gegenüber ihren gesunden Altersgenossen vorhanden sind. Werden diese Störungen und ihre Auswirkungen nicht rechtzeitig erkannt, können diese Jugendlichen kein gesundes Selbstwertgefühl ausprägen und neigen zu Depressionen und Ängsten (Kolberg 2006, S. 385).

Bei Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S treten vielfach noch weitere psychiatrische Störungen auf. Zu den häufigsten komorbiden Erkrankungen gehören Aggressionen, Störungen im sozialen Verhalten (in 50% der Fälle), Teilleistungs- und Lernstörungen (Lese- und Rechtschreibstörung, Rechenstörung; in 10-25% der Fälle), Angststörungen (in 20-25% der Fälle), Depressionen (in 10-40% der Fälle), Tic-Störungen (motorische und/oder vokale; in 30% der Fälle) und motorische Entwicklungsstörungen (hinsichtlich der Feinmotorik und Koordination). Ferner auditive Wahrnehmungs- und Verarbeitungsstörungen, schulische Über- und Unterforderung, oppositionelle Verhaltensstörung, reaktive Bindungsstörung, emotionale Störungen, tiefgreifende Entwicklungsstörungen (z.B. Asperger-Syndrom), Schilddrüsenüberfunktion, primär geistige Behinderung, Stoffwechselerkrankungen, Epilepsie, Allergien, Absencen sowie Kopfgelenkinduzierte Symmetrie-Störung (KISS) und sensorische Integrationsstörung (Heinemann/Hopf 2006, S. 12; Schmid 2007, S. 34ff.; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2005, S. 16).

Komorbide Störungen im Erwachsenenalter sind Sozialverhaltensstörungen, affektive Störungen (z.B. Depression, Agoraphobie, Zwangsstörung), Persönlichkeitsstörungen, Substanzmissbrauch und Schizophrenie. Komorbide Störungen sind bei Erwachsenen mit AD(H)S nicht die Ausnahme, sondern die Regel (Heyken 2007, S. 81ff.; Kahl 2007, S. 111).

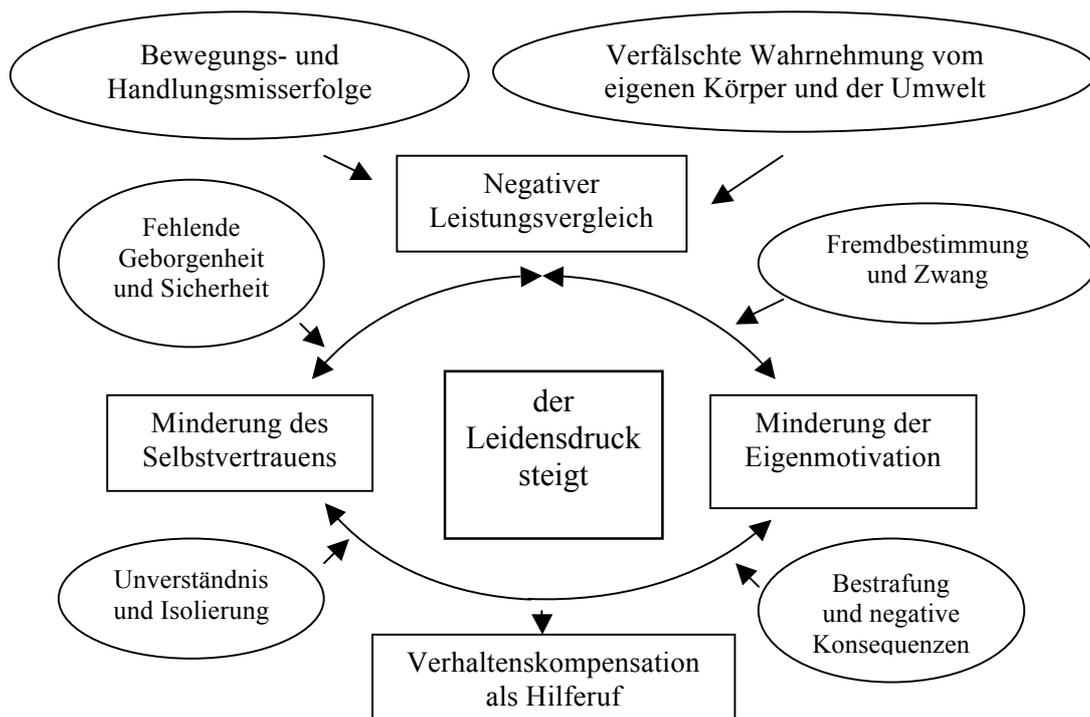
Insgesamt stellt die Verhaltensproblematik bei AD(H)S-Kindern eine besondere Belastung für alle Beteiligten dar, da diese sich ständig zum Aufpassen, Einschreiten und Begrenzen aufgefordert sehen. Sie fühlen sich provoziert und haben den Eindruck, dass das Kind willentlich Grenzen überschreitet. Kinder ohne Hyperaktivität dagegen bringen ihre Angehörigen durch ihre verträumte, sehr ruhige und angepasste Art aus der Ruhe. Ihr Verhalten wirkt ebenfalls provozierend, wenn sie ihre Arbeitsmaterialien nicht zusammenhalten können, nicht wissen, welche Hausaufgaben sie haben, sehr lange brauchen, bis sie mit einer Aufgabe anfangen, schlecht bei der Sache bleiben können, nicht fertig werden mit einer Tätigkeit und ständig Flüchtigkeitsfehler machen, die sie nicht selbstständig korrigieren (Krowatschek/Hengst 2003, S. 130).

### 1.3. Verlauf

Der Verlauf der AD(H)S ist gekennzeichnet durch einen Symptomwandel und eine hohe Wahrscheinlichkeit komorbider Erkrankungen (Puls 2007, S. 5).

Im Verlauf führt die Symptomatik der AD(H)S oft zu verschiedenen psychosozialen Folgeerscheinungen, die wiederum Rückwirkungen auf den Störungsverlauf haben und die Entstehung von Folgeerkrankungen erheblich beeinflussen. Durch die neurobiologisch bedingte Störung der Selbstregulation und Impulskontrolle kommt es zu einer Art Teufelskreis (siehe Abb.2), indem z.B. Konflikte mit Eltern, Gleichaltrigen und Lehrern durch die ungünstigen Bedingungen in der Familie und in der Schule noch verstärkt werden (Döpfner/Schürmann/Frölich 2002, S. 28f.; Lauth/Schlottke 2002, S.66). Einige Kinder leiden unter den negativen Rückmeldungen ihres Umfeldes mit der möglichen Folge einer Blockade in bestimmten Bereichen der Weiterentwicklung, d.h. die Kinder geben beispielsweise ihre Selbstständigkeit auf und bleiben auf Kontrolle von außen angewiesen oder müssen durch störendes Verhalten auffallen, um wenigstens negative Bestätigung zu erhalten, wenn die positive Bestätigung ausbleibt. Das Kind verliert immer mehr das Vertrauen in sich und in die Umwelt (Köckenberger 2004, S. 18f.).

Abbildung 2: Teufelskreis (ebd., S. 19)



Mit Beginn der Pubertät verschwindet oder mindert sich zumindest die motorische Unruhe, wobei eine diskrete Unruhe (z.B. wippende Füße, ständiges Hantieren mit kleinen Gegenständen) bestehen bleibt. Die Aufmerksamkeitsprobleme bestehen dagegen aber weiterhin fort und nehmen teilweise sogar an Bedeutung zu. AD(H)S geht bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen häufiger mit Verhaltensproblemen einher, die für spätere Straffälligkeit prädisponieren. Gewalttätigkeit mit und ohne Waffen, Besitz, Missbrauch und Handel illegaler Drogen, Ladendiebstähle, Schwarzfahren, verbale und körperliche Aggression, zu schnelles Fahren und Fahren ohne Führerschein sowie Überschuldung sind hier zu nennen. Neben dem erhöhten Risiko zum Suchtverhalten und den Problemen im Straßenverkehr bestehen häufig auch Probleme am Arbeitsplatz. Das beginnt mit der Tatsache, dass Betroffene aufgrund ihrer Schulabschlüsse Schwierigkeiten haben einen Arbeitsplatz zu finden und diesen langfristig auch zu behalten (Puls 2007, S. 75ff.).

Zudem haben Erwachsene vor allem Probleme mit ihrer Unaufmerksamkeit und Organisation, leben exzessiv, sind risikofreudig und viel unterwegs. Sie wechseln häufig nicht nur ihren Job sondern auch ihre Partner, so dass ihr Leben durch viele Brüche gekennzeichnet ist (Kolberg 2006, S. 386).

Die Störung der Impulskontrolle dagegen scheint eine Mittelstellung im Übergang vom Kindes- zum Erwachsenenalter einzunehmen, wobei bei Erwachsenen zusätzlich häufig eine Emotionsregulationsstörung besteht. Mit anderen Worten bleiben die Symptome der Koordination und Aufrechterhaltung der Aufmerksamkeit, wozu Desorganisation, Stressüberempfindlichkeit und Unaufmerksamkeit zählen, im Erwachsenenalter bestehen und hinzu kommen Symptome der Affektregulation und Handlungskontrolle. Diese Symptomatik äußert sich im unüberlegten, impulsiven Eingehen von Verpflichtungen, Schwierigkeiten im Organisations- und Zeitmanagement, mangelnden Konflikt- und Entscheidungsstrategien, Schwierigkeiten, Aufgaben nach ihrer Wichtigkeit zu ordnen und Prioritäten zu setzen, alternative Szenarien zu bedenken und langfristige Folgen von Handlungen abzuschätzen (Kahl 2007, S. 105, 127).

## **1.4. Diagnostik**

Die AD(H)S-Diagnostik ist ein langwieriger Prozess, der eine Grunddiagnostik und eine weitere Diagnostik umfasst, d.h. es gibt keinen alleinigen „AD(H)S-Test“, (Krowatschek/Hengst 2003, S. 133).

Voraussetzung für jede Behandlung von AD(H)S ist eine fundierte klinische Diagnose durch einen mit der Materie vertrauten Psychologen oder Arzt, in erster Linie Kinder- und Jugendpsychiater oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. Dabei müssen auch Differentialdiagnosen und komorbide Erkrankungen sowie das Auftreten der Nebenwirkungen von Medikamenten beachtet und ausgeschlossen werden (Köckenberger 2004, S. 31f.).

Der Altersgipfel der Erstdiagnose liegt zwischen 8-10 Jahren, da erst dann schulische Leistungs- und Verhaltensprobleme zum Tragen kommen. Aber auch Erwachsene kommen zur Diagnose einer AD(H)S, wenn eines ihrer Kinder erkrankt ist, sie über Medien Kenntnis über das Krankheitsbild erlangt haben oder bei ihnen in der Kindheit AD(H)S diagnostiziert wurde und sie sich jetzt in einer schwierigen Lebensphase befinden und ggf. eine neue Medikation brauchen (Puls 2007, S. 75; Kahl 2007, S. 107).

Das diagnostische Vorgehen hat zunächst das Ziel, das Vorliegen und die Ausprägung einer möglichen AD(H)S-Symptomatik anhand der Kriterien des ICD-10 zu objektivieren bzw. auszuschließen. Die Kriterien lauten:

- **Unaufmerksamkeit** (mindestens sechs der folgenden Symptome müssen zutreffen).

Die Kinder ...

1. sind unaufmerksam gegenüber Details (Sorgfaltsfehler).
2. können die Aufmerksamkeit nicht aufrecht erhalten.
3. hören scheinbar nicht, was ihnen gesagt wird.
4. können Erklärungen nicht folgen, Pflichten nicht erfüllen.
5. können Aufgaben und Aktivitäten nicht organisieren.
6. vermeiden Aufgaben mit geistigem Durchhaltevermögen.
7. verlieren häufig wichtige Gegenstände.
8. werden häufig von externen Stimuli abgelenkt.

9. sind bei alltäglichen Aktivitäten oft vergesslich.

- **Überaktivität** (mindestens drei der folgenden Symptome müssen zutreffen). Die Kinder ...

1. fuchteln mit Händen und Füßen, winden sich am Platz.
2. stehen vom Platz auf, auch wenn es nicht erlaubt ist.
3. laufen häufig herum oder klettern exzessiv.
4. sind häufig unnötig laut beim Spielen.

- **Impulsivität** (mindestens eines der folgenden Symptome muss zutreffen). Die Kinder ...

1. platzen mit der Antwort vor dem Ende der Frage heraus.
2. können nicht warten oder abwarten.
3. unterbrechen oder stören andere häufig.
4. reden häufig exzessiv (Puls 2007, S. 4).

Im Allgemeinen aber gilt, dass die Auffälligkeiten über einen längeren Zeitraum, d.h. mehr als sechs Monate regelmäßig auftreten müssen. Sie müssen zudem einen Schweregrad aufweisen, der sich in mindestens zwei verschiedenen Lebensbereichen des Kindes, wie z.B. der Familie, Schule oder Freizeit zeigt und dort zu einem deutlichen Leiden oder einer Beeinträchtigung führt. Zudem muss der IQ des Kindes einen Wert von 50 überschreiten, um eine geistige Behinderung ausschließen zu können (Döpfner/Schürmann/Frölich 2002, S. 13ff.). Der Beginn der Problematik muss vor dem 7. Lebensjahr liegen, mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbaren sein und nicht durch andere Diagnosen besser erklärbar sein (Puls 2007, S. 4; Lauth/Schlottke 2002, S. 12ff.). Zu berücksichtigen ist die Tatsache, dass eine Aufmerksamkeitsstörung aber auch aufgrund psychosozialer Belastungen und Probleme im Umfeld des Kindes entstehen kann (Lauth/Schlottke 2002, S. 15).

Eine Diagnose sollte sich daher grundsätzlich auf Informationen aus unterschiedlichen Quellen stützen, da ein einzelner Test nicht die komplette Differentialdiagnostik abdecken kann. Zur grundlegenden Diagnostik gehören die Exploration bzw. Anamneseerhebung der Eltern, des Kindes bzw. Jugendlichen und der Erzieher/Lehrer. Ferner die Durchführung der Exploration von Kindern und Jugendlichen mit

hyperkinetischer Störung, die Verlaufskontrolle, standardisierte Fragebögen für Eltern, für das betroffene Kind bzw. Jugendlichen und für Erzieher/Lehrer, eine gründliche testpsychologische Untersuchung sowie eine körperliche (neurologische) Untersuchung (ebd., S.103f.).

Insgesamt müssen also die medizinisch-neurologischen, motorischen, sensorischen, sensomotorischen, emotionalen, sozialen und kognitiven Komponenten bei der Diagnostik berücksichtigt werden. Zur Diagnosefindung stehen Screening-Verfahren, Kurzfragebögen, Verhaltenbeobachtungsbögen, Entwicklungstabellen sowie diverse konzentrationale, soziale, kognitive, sensomotorische und neurologische Testverfahren zur Verfügung (Köckenberger 2004, S. 24f.).

Am Beginn jeder Diagnostik steht das Anamnesegespräch, in dem die Vorgeschichte des Kindes (Daten des Kindes und der Familie, Anlass des Kommens, die „guten Seiten“ des Kindes, Schwangerschaft, Geburt und frühkindliche Entwicklung, Freizeit, Eltern, Erziehungsverhalten und -ziele, Krankheiten und Wünsche bezüglich der Veränderungen) erörtert wird. Anschließend wird eine Verhaltensbeobachtung mit einer Leistungs- und Intelligenzdiagnostik durchgeführt. Auch Aufmerksamkeitstests zur Beurteilung der Aufmerksamkeitsaktivierung (Alertness), der Daueraufmerksamkeit, der selektiven oder fokussierenden Aufmerksamkeit und der geteilten Aufmerksamkeit sind indiziert. Die Emotionalität wird ebenfalls mittels verschiedener Testverfahren erfasst. Weiterführende Diagnostik testet die Bereiche der Wahrnehmung, schulischen Begabung, körperlichen Erkrankung und emotionalen Probleme ab (Krowatschek 2007a, S. 38ff.). Der Kontakt zum Kindergarten, zur Schule oder später zum Arbeitgeber ist daher sowohl für die Diagnosestellung als auch für die Dosisfindung bei entsprechender Medikation unerlässlich (Puls 2007, S. 91f.).

Aus der Diagnose ergeben sich im Weiteren direkte Konsequenzen und Ansatzpunkte für die Behandlung bzw. Therapie und damit die Basis für die Erfolgskontrolle der Behandlungsmaßnahmen. Besonders bei der medikamentösen Therapie sind entsprechende regelmäßige medizinische Untersuchungen (Blutbild) und Auslassversuche notwendig (Schmid 2007, S. 11f.).

Bei der Diagnostik von AD(H)S dürfen sich im Verlauf ergebende Probleme nicht außer Acht gelassen werden. Es bedarf umfassender Erfahrung, um eine Diagnose auf der Basis der genannten Kriterien stellen zu können und eine produktive, verständnisvolle und offene Beziehung in kurzer Zeit zwischen Testleiter und Kind

herzustellen. Die Gefühle des Kindes innerhalb der Testsituation müssen ebenso berücksichtigt werden wie die Tatsache, dass der Testleiter bestimmte Wahrnehmungsmuster und Antworten im Gedächtnis abgespeichert hat, von seiner eigenen Entwicklung und Erziehung geprägt ist, einen eigenen Standpunkt und Persönlichkeit hat, eine bestimmte Tagesverfassung mitbringt und Zwängen von Zeit, Anspruch und Verdienst unterliegt (Köckenberger 2004, S. 27f.).

Bei Eltern kann durch die Vergabe einer rein klassifikatorischen Diagnose der Eindruck entstehen, dass das Problem hauptsächlich beim Kind liegt und dass aufgelistete Kardinalsymptome von aktuellen Lebensumständen, Situations-, Beziehungs- und Erziehungsvariablen in so hohem Maße beeinflusst werden, dass sie sich meist selbst stark beeinträchtigt und nicht fähig fühlen, objektive Aussagen über die aktuelle Situation zu treffen (Krowatschek/Hengst 2003, S. 132f.).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass AD(H)S-Diagnosen Sammeldiagnosen zu Störungsbildern mit unterschiedlichen Ursachen sind, die von prä- und perinatalen Schädigungen über Traumata zu frühen Störungen von Objektbeziehungen sowie Bindungsstörungen bis hin zu Entwicklungsstörungen durch Erziehung reichen können und daher die AD(H)S-Diagnostik ein langwieriger Prozess ist, der ein fundiertes Fachwissen und viel Erfahrung erfordert (Heinemann/Hopf 2006, S. 18).

## **1.5. Therapie**

Ist AD(H)S diagnostiziert, stellt sich die Frage nach der Behandlung. Es treffen vier verschiedene Sichtweisen aufeinander, die Sichtweise des Fachmannes, der Eltern, des Kindergartens bzw. der Schule und die Sichtweise des Kindes. Kompetenz, Erwartungsdruck, Erfolgswang, Rechtfertigung und Abgrenzung aufseiten des Fachmanns stehen den Gefühlen der Schuldfrage, des Leidensdruck, der Resignation, Nicht-Akzeptanz, Hilflosigkeit, Ablehnung, Enttäuschung und Ausgrenzung aufseiten der Eltern gegenüber. Dazu kommen von der Erzieher- bzw. Lehrerseite weitere Schuldzuweisungen, Verunsicherungen, Stress, Gewohnheit, Machtkampf und Kompetenz und das betroffene Kind empfindet Gefühle der Zwanghaftigkeit, Schuld, Trotz und Resignation, verspürt einen Integrationswunsch und hat Sehnsucht nach Anerkennung und Verständnis (Köckenberger 2004, S. 65ff.).

In der Therapie gilt es nun, die Symptome zu behandeln mit dem Ziel, die unaufmerksamen, hyperaktiven und impulsiven Verhaltensauffälligkeiten des Kindes zu normalisieren und dabei die Gefühle der Beteiligten ernst zu nehmen. Betroffene und ihre Angehörigen stehen meist unter enormem Leidensdruck, da z.B. Schulversagen bzw. Versagen im Beruf und die Entwicklung von weiteren psychischen Störungen häufig sind. Die Behandlung richtet sich nach dem Schweregrad der Störung, dem Ausprägungsgrad der jeweiligen Symptome sowie dem Alter des Betroffenen und wird, wegen der Komplexität der Störung, auf den Patienten und sein soziales Umfeld zugeschnitten. Die Behandlung von AD(H)S stützt sich heute auf mehrere Säulen, d.h. verschieden Behandlungsansätze werden nach Aufklärung und Beratung aller Betroffenen individuell kombiniert (Lauth/Schlottke 2002, S. 103f.).

Meist kann eine Therapie ambulant erfolgen, aber eine teilstationäre Therapie in einer Tagesgruppe oder in einer Tagesklinik bzw. eine Heimunterbringung oder eine stationäre Therapie kann vor allem bei einer besonders schwer ausgeprägten Symptomatik (mit komorbiden Störungen) sowie bei mangelnden Ressourcen in Kindergarten oder Schule oder besonders ungünstigen psychosozialen Bedingungen notwendig werden. Eltern und Kinder können sich diesbezüglich an das Jugendamt wenden, da sie dort nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) Anspruch auf Beratung und Unterstützung geltend machen können. Auch Eingliederungshilfe kann gewährt werden. Im Erwachsenenalter geht die Zuständigkeit diesbezüglich in der Regel an das Sozialamt über (Puls 2007, S. 96f.).

Für den genauen Zeitpunkt, wann eine Behandlung einsetzen sollte, gibt es keine allgemeinen Angaben. Verhaltensauffälligkeiten sollten in jedem Fall frühzeitig behandelt werden, um Fehlentwicklungen für das Kind und daraus resultierende Folgen zu vermeiden. Das Ziel ist es, den Kindern mit einem multimodalen Therapiekonzept eine altersgerechte Entwicklung und eine Beschulung und Ausbildung entsprechend ihren Fähigkeiten zu ermöglichen. Hierzu sind die Absprache mit den Eltern und ein gemeinsames Vorgehen unumgänglich (Behn 2007, S. 45; Schmid 2007, S. 64f.).

Das multimodale Vorgehen beinhaltet daher die Aufklärung und Beratung (Psychoedukation) der Eltern, des Kindes bzw. Jugendlichen und des Erziehers/Lehrers, Elternt raining und Interventionen in der Familie, im Kindergarten und in der Schule zur Verminderung der Symptomatik. Ferner ab dem Schulalter eine kognitive Therapie im Sinne von Selbstinstruktions- bzw. Selbstmanagementtraining zur Verminderung von

impulsiven und unorganisierten Aufgabenlösungen und die Pharmakotherapie sowie die Behandlung vorhandener komorbider Störungen (Lauth/Schlottke 2002, S. 103f.).

Den ersten Teil der Intervention stellt die Elternberatung – mit zunehmendem Alter der Patienten werden sie selbst zum Ansprechpartner - dar, um eventuell vorhandene Schuldgefühle zu nehmen, sie für die Entscheidung bezüglich der weiteren Behandlungsoptionen zu schulen und die Therapieziele realistisch zu halten (Schmid 2007, S. 51ff.; Simons 2003, S. 148). Der Erfolg einer Behandlung zeigt sich aber nicht sofort, sondern ist dann am größten, wenn sowohl die Behandlung als auch die Zusammenarbeit zwischen den Beteiligten über einen längeren Zeitraum kontinuierlich erfolgen.

Eine klare Indikation für die medikamentöse Therapie stellt das eigene, subjektiv empfundene Leiden der Betroffenen dar sowie im Kindes- und Jugendalter schulisches Versagen, erhebliche familiäre Konflikte, eine gefährdete soziale Integration und im Erwachsenenalter eine erhebliche Beeinträchtigung im beruflichen und/oder privaten Bereich (Behn 2007, S. 45; Kordon/Kahl 2007, S. 117). Das Ziel der medikamentösen Behandlung ist die Verbesserung der Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Selbststeuerungsfähigkeit sowie die Minderung des Leidensdrucks. In manchen Fällen werden so erst die Voraussetzungen für die weitere therapeutische Arbeit geschaffen.

Zur medikamentösen Behandlung der AD(H)S werden in erster Linie Stimulanzien eingesetzt, welche den Dopaminstoffwechsel im Gehirn beeinflussen. Dazu gehören Methylphenidat als erstes Mittel der Wahl und Amphetaminderivate, die etwa seit Mitte des letzten Jahrhunderts verwendet werden und dem Betäubungsmittelgesetz unterliegen. Methylphenidat ist in Deutschland als unretardierte und retardierte Form erhältlich unter den Handelsnamen Equasym, Medikinet, Methylphenidat hexal, Ritalin bzw. Medikinet retard, Equasym retard und Concerta (Kahl 2007, S. 21f.).

Die Einstellung auf das Medikament erfolgt nach der so genannten Titrationsmethode, bei der der Arzt die notwendige Einzeldosierung und die individuelle Wirkungsdauer bestimmt. Anhand von Beobachtungsbögen wird die Wirkung von Eltern, Lehrern oder Therapeuten beurteilt und die Dosierung entsprechend angepasst. Aufgrund der kurzen Wirkzeit bzw. des schnellen Abfalls des Wirkstoffes kann ein Rückschlag (rebound) auftreten, d.h. die Patienten nehmen wieder Symptome der Unruhe bzw. Hyperaktivität wahr (Skrodzki, 2007, S. 22ff.).

Als Nebenwirkungen der medikamentösen Therapie sind im Kindes- und Jugendalter Schlafstörungen, Appetitminderung, Ängstlichkeit, Müdigkeit, Magenbeschwerden, Kopfschmerzen und Schwindel und im Erwachsenenalter Appetitminderung, Mundtrockenheit, trockene Bindehaut, gastrointestinale Beschwerden, innere Anspannung, kardiovaskuläre Probleme, Depression, Schwindel, Ängstlichkeit, Agitation, Insomnie, Psychosen, Tics, epileptische Anfälle, Abhängigkeit, Tremor, Tachykardie, Arrhythmien, Hypertonie und Kopfschmerzen zu nennen (Kahl 2007, S. 22). Methylphenidat ist deswegen kontraindiziert bei floriden psychotischen Zuständen, massiver Angst oder Erregungszuständen, bei Überempfindlichkeiten, Engwinkelglaukom, nicht eingestellter Hypertonie oder Hyperthyreose, schweren kardialen Erkrankungen, epileptischen Anfällen und Tic-Störungen. Im Normalfall wird auch während einer Schwangerschaft und der Stillzeit eine medikamentöse Behandlung der AD(H)S unterbrochen (Kordon/Kahl 2007, S. 118f.).

Bei Patienten, die auf Methylphenidat nicht in der erwünschten Weise ansprechen oder sogar depressive Verstimmungen entwickeln, kann eine Behandlung mit Amphetaminsulfat erfolgversprechend sein. Auch eine Behandlung mit Atomoxetin (Handelsname Strattera), einem Antidepressivum, welches nicht unter das Betäubungsmittelgesetz fällt, ist möglich, wobei der Wirkeintritt erst nach einigen Wochen beurteilt werden kann. Atomoxetin wird als Mittel der zweiten Wahl eingesetzt bei erfolglosem Stimulanzienversuch, bei bekanntem Substanzmissbrauch oder bei erheblichen Tic-Störungen. Auch bestehen Gefahren bei paralleler Einnahme von Medikamenten und Alkohol.

Die Kosten für die medikamentöse Therapie werden von den Krankenkassen übernommen, wobei Methylphenidat für die Behandlung von Erwachsenen in Deutschland nicht zugelassen ist und bei Atomoxetin nur eine Fortführung der in der Kindheit bzw. Jugend begonnenen Behandlung erlaubt ist (Behn 2007, S. 45; Puls 2007, S. 88).

Neben der bzw. zusätzlich zur medikamentösen Therapie bilden psychotherapeutische Behandlungsmethoden, Ergotherapie, Psychomotorik und Familientherapie einen wesentlichen Bestandteil der multimodalen Therapie. Das Ziel ist, eine möglichst angemessene Kompetenz im Umgang mit den Problemen und Besonderheiten bei AD(H)S zu vermitteln. Zur Behandlung wurden daher spezielle Therapieprogramme entwickelt, die auf die Verhaltens- und Aufmerksamkeitsprobleme der betroffenen

Kinder ausgerichtet sind. Durch den Einsatz verschiedener Materialien und Übungen wird versucht, das Verhalten der Kinder und deren Aufmerksamkeit zu verbessern.

Die Ergotherapie, auf die später noch näher eingegangen wird, ist z.B. ein Behandlungsbaustein, um die häufig mit AD(H)S einhergehende Störung der Feinmotorik zu verbessern, die Konzentration zu schulen, Teilleistungsstörungen zu behandeln und über das Erlernen von „Stopp-Signalen“ die Grundlage für eine Verhaltenssteuerung (Inhibition) in kognitiven Situationen zu schaffen. Im Sinne des sozialen Lernens sollen die Selbstakzeptanz und Akzeptanz anderer, die Selbst- und Fremdwahrnehmung, die Sensibilisierung auf eigene Gefühle und auf die Gefühle anderer und das Einüben von praktikablen Modellen und Strukturen für das eigene Verhalten gefördert werden (Krowatschek/Hengst 2003, S. 139).

Besonders erfolgreich ist die Einbindung kognitiver Elemente bei der Verhaltensmodifikation. Hierbei werden im Selbstinstruktionstraining, welches durch Signalkarten visualisiert wird, Problemlösevorgänge in fünf Schritten (Problemdefinition, Problemannäherung, Fokussierung der Aufmerksamkeit, Überprüfung und Selbstverstärkung) erlernt. Die Schritte der Selbstinstruktion werden vom Kind internalisiert durch lautes, danach leises und später inneres Sprechen (Hillenbrand 2006, S. 185).

Auch die Behandlungsmethode der Psychomotorik weiß um die ständige Wechselbeziehung und das Zusammenspiel von allen Aspekten der Persönlichkeit, von Wahrnehmung, Bewegung, Psyche, sozialer und materieller Umwelt. Sie entstand in den 60er Jahren aus der psychomotorischen Übungsbehandlung des Sportpädagogen Ernst J. Kiphard und ist teilweise Bestandteil der ergotherapeutischen Behandlung. In der Psychomotorik wird das betroffene Umfeld in den Wachstumsprozess mit einbezogen und orientiert sich an den Bedürfnissen des Kindes (Köckenberger 2004, S. 165ff.).

Die Familientherapie dient den nicht betroffenen Geschwisterkindern, die sich oft vernachlässigt fühlen, immer Rücksicht nehmen sollen und sich für ihre hyperaktiven Geschwister teilweise in der Öffentlichkeit schämen, aber auch den Eltern, die sich einer Uneinigkeit im erzieherischen Umgang mit dem AD(H)S-Kind ausgesetzt sehen und daher oft die problemlose Entwicklung ihrer anderen Kinder herausstellen wollen, um ihre Erziehungsfähigkeit vor sich und anderen zu belegen.

Weiter sind das Entspannungstraining, die Bioresonanztherapie, die Nährstofftherapie und die homöopathische Behandlung als Bausteine einer multimodalen Therapie zu nennen (Schmid 2007, S. 59ff.).

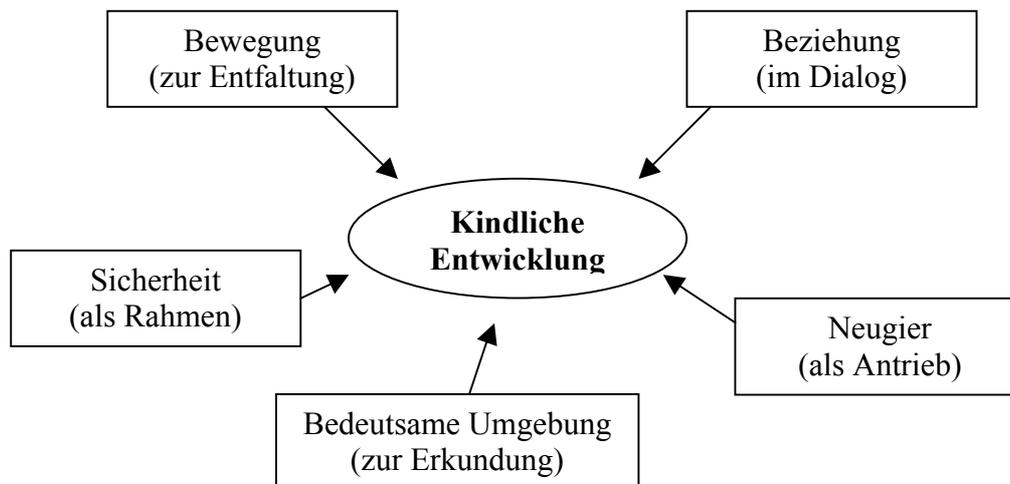
Insgesamt ist es ratsam, viele Bausteine des multimodalen Behandlungskonzeptes einzusetzen. Auch allgemeine (therapeutische) Regeln, wie z.B. die Annahme einer nicht-bewertenden, wohlwollenden therapeutischen Grundhaltung müssen beachtet werden, um Therapieproblemen wie Unpünktlichkeit, Dazwischenreden, schnelles und/oder lautes Sprechen sowie ein „Nicht-zum-Ende-kommen“ adäquat begegnen zu können (Kordon/Kahl 2007, S. 122; Kahl 2007, S. 134f.).

### **1.6. Allgemeiner Umgang mit AD(H)S-Kindern**

Betrachtet man die kindliche Entwicklung, so stellt man fest, dass Kinder die notwendigen Voraussetzungen für die Bewältigung der verschiedenen Entwicklungsaufgaben selbstständig schaffen. Jeder Entwicklungsschritt muss von den Kindern eigenständig erfahren werden. Durch verschiedene Auffälligkeiten kann die selbstständige Entwicklung der Kinder beeinflusst oder blockiert werden, woraufhin die Kinder die weitere Beschäftigung in diesen Lernfeldern vermeiden und deren Inhalte durch andere Handlungsmuster und Verhaltensweisen zu kompensieren versuchen. Sichtbare Auffälligkeiten sollten als Hilferuf nach besonderer Unterstützung oder Verständnis aufgefasst werden.

In der kindlichen Entwicklung können Veränderungen bezüglich der Verhaltensauffälligkeiten aber nur dann erreicht werden, wenn sich die Kinder sicher und geborgen, akzeptiert und von Zwängen befreit fühlen und sie ihre kreativen Fähigkeiten entfalten können. Kreativität ist als Voraussetzung für das Entdecken und Begreifen der Umwelt anzusehen. Hyperaktive Kinder haben meist eine faszinierende Kreativität, worunter unter anderem Neugierde, Spielfreude, Beweglichkeit und Intuition subsumiert werden (siehe Abb.3) (Köckenberger 2004, S. 92).

Abbildung 3: Voraussetzungen für kindliche Entwicklung(ebd., S. 125)



Der Alltag ist für ein AD(H)S-Kind oft ein Balanceakt zwischen alltäglichen an sie gestellten Handlungs-Anforderungen und den tatsächlich vorhandenen eigenen Handlungsfähigkeiten, so dass der Alltag vom Kind einiges erfordert. Das Kind erhält erst dann die Möglichkeit, sich als kompetent zu erfahren und sich wohl zu fühlen, wenn ein Gleichgewicht zwischen den Handlungsanforderungen der Umwelt und den Handlungsfähigkeiten des Kindes geschaffen wird, da Handeln dem Leben Bedeutung gibt, Verhalten organisiert und die Kontrolle über das eigene Leben ermöglicht (Höfkes/Trahe/Trepte 2002, S. 17f.).

Problematische Situationen in der Familie mit einem AD(H)S-Kind ergeben sich in den Handlungsbereichen der Selbstständigkeit, der Produktivität und der Freizeit, so z.B. in der Hausaufgabensituation, beim Telefonieren der Mutter, bei der Ankunft von Besuch, im Spiel mit anderen, bei den Mahlzeiten sowie beim Erledigen von Aufträgen oder beim Zubettgehen (Döpfner/Schürmann/Frölich 2002, S. 7).

In den Ausführungen wird deutlich, dass im Umgang mit AD(H)S-Kindern täglich neue Herausforderungen anstehen.

Geht man bei AD(H)S davon aus, dass es sich um eine Entwicklungsstörung der Selbstregulation handelt und dass die Aufmerksamkeit einerseits durch innere Selbststeuerung und andererseits durch äußere Kontingenzen (Rückmeldungen aus der Umwelt) aufrechterhalten werden kann, so lassen sich daraus praxisnahe und einfache Hilfen zum leichteren Umgang mit AD(H)S-Kindern ableiten (Simons 2003, S. 144).

Ein strukturierter Tagesablauf, d.h. klare Regeln und Zeiten (festgehalten auf einem Wochenplan) kann dem Kind und seiner Familie helfen, besser mit der AD(H)S-

Problematik zurechtzukommen. Auch sollte das Gespräch mit Lehrern gesucht, feste Hausaufgabenabläufe mit einem Wechsel von Arbeits- und Entspannungsphasen organisiert sowie mittels des Einsatzes von Erinnerungsschildern das Verantwortungsbewusstsein geweckt werden. Durch direkte Rückmeldung bezüglich des Verhaltens der Kinder können diese ein Gefühl dafür entwickeln, welche Folgen ihr Verhalten hat, wenn sie sich an die Regeln halten oder nicht. Im positiven Fall ist es wichtig, das Kind zu loben, im negativen Fall hilft, je nach Alter des Kindes, oft auch ein offenes Gespräch. Generell ist es im Umgang mit AD(H)S-Kindern wichtig, Ruhe und Gelassenheit zu zeigen, klare Signale zu geben, einfache, eindeutige und kurze Formulierungen zu verwenden und sich bei Anweisungen auf einen Auftrag zu beschränken, der einfach, realistisch und durchführbar ist. Des Weiteren ist es erforderlich klare Strukturen und Regeln einzuführen, konsequentes Verhalten zu zeigen, in der Situation zu handeln und nicht zeitlich verzögert sowie weniger zu reden und mehr zu führen, so dass die Erwachsenen zu Vorbildern bezüglich ihres Verhaltens für die Kinder werden (Köckenberger 2004, S. 135ff.).

Positive Eigenschaften und Verhaltensattribute des Kindes, wie z.B. charmant, ideenreich, aufgeschlossen, fröhlich, hilfsbereit, lustig, kreativ, fürsorglich, aufgeweckt, phantasievoll, flexibel, tierlieb, empfindsam, interessiert, gutmütig, ehrlich und großzügig zu sein, sollten unterstützt und gefördert werden. Die Stärken zu erkennen, zu fördern und so häufig wie möglich positiv einzusetzen, ist eine wichtige Aufgabe, die sich mit Hilfe eines „Tagebuches der großen und kleinen Erfolge“ gut erfüllen lässt. Die darin notierten Erfolge des Alltags fördern wiederum die Motivation und das Selbstvertrauen des AD(H)S-Kindes (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2005, S. 22ff.).

Auch sogenannte „tägliche Oasen“ können hilfreich sein, um den Teufelskreis der eher negativ besetzten Interaktion zwischen Eltern und Kind zu durchbrechen. In diesem Sinne werden z.B. gemeinsame Spiel- oder Sportzeiten festgelegt, damit dem Kind der nötige Freiraum für seinen Bewegungsdrang eingeräumt werden kann. Denn trotz aller Probleme und Schwierigkeiten brauchen AD(H)S-Kinder viel Liebe und Zuneigung sowie das Gefühl, angenommen zu sein (Simons 2003, S. 148f.).

Viele Kinder und Jugendliche haben Schwierigkeiten, sich in andere Menschen und deren Empfindungen einzufühlen und Bedürfnisse aufzuschieben. Sie zeigen eine geringe Frustrationstoleranz, wenn ihnen die Bedürfnisbefriedigung verweigert wird,

was sich in aggressivem oder autoaggressivem Verhalten äußern kann. Oft dominieren Bewegungsunruhe und Konzentrationsprobleme, um Langeweile zu überdecken. Das Kind versucht so, die äußeren instabilen Rahmenbedingungen der Umwelt anzugreifen und zu zerstören. Festzuhalten ist, dass in Anwesenheit des Vaters das hyperaktive Verhalten am seltensten auftritt und in der Hausaufgabensituation mit der Mutter am häufigsten (Heinemann/Hopf 2004, S. 135, 149). Als Grund lässt sich aufseiten der Mutter anführen, dass sie sich durch die Reaktionen der Lehrer auf das störende Verhalten ihres Kindes in der Schule (eigenen) Versagensängsten und Schuldgefühlen ausgesetzt sieht und dadurch ihre Anstrengungen um den schulischen Erfolg intensiviert (Leuzinger-Bohleber/Brandl/Hüther 2006, S. 93f.). Zudem ist für die Bewältigung der Hausaufgaben die Fähigkeit der Aufmerksamkeit und Konzentration notwendig. Aufmerksamkeit als ein Zustand konzentrierter Bewusstheit, begleitet von einer Bereitschaft des zentralen Nervensystems, auf Stimulation zu reagieren, benötigt eine funktionierende sensorische, emotionale, memorale und motivationale Integration sowie eine funktionierende divergente Wahrnehmung und ein intaktes Langzeitgedächtnis. Konzentration ist die Fähigkeit, sich ausschließlich einer Beschäftigung ohne Ablenkung über längere Zeit widmen zu können, wozu z.B. unwichtige Reize ausgeblendet, wichtige Informationen fixiert und wichtige Reize behalten werden müssen (Köckenberger 2004, S. 88f.; Heinecke 2006, S.60).

Nicht nur in der Hausaufgabensituation lässt sich positives Verhalten fördern, indem die Kinder verhaltensbezogen und eindeutig gelobt werden. Auf jeden Fall sollen Eltern sich versichern, dass ihr Kind aufmerksam ist, wenn Aufforderungen gegeben oder Grenzen gesetzt werden. Dies ist am besten durch die Herstellung von Blickkontakt zu gewährleisten. Die Aufforderungen sollten kurz und präzise sein und nicht in der Frageform gegeben werden. Belehrungen, Moralpredigten und wiederholte Erklärungen bewirken meist keine gewünschte Verhaltensänderung beim Kind. Bei Regelübertretungen und Provokationen sollen Eltern das Kind „ins Leere laufen“ lassen. Um ein Problemverhalten zu trainieren, ist es sinnvoll, sich eine für das Kind ungünstige Zeit auszusuchen, z.B. kurz bevor seine Lieblingssendung im Fernsehen kommt, damit eine optimale Mitarbeit gewährleistet ist. Leitspruch im Umgang mit AD(H)S-Kindern sollte sein „Aus Fehlern wird man klug, drum ist einer nicht genug“, um den Kindern die Angst vor Fehlern zu nehmen und der Entwicklung „Bevor jemand merkt, dass ich das nicht kann, tue ich lieber so, als hätte ich keine Lust dazu“ entgegenzuwirken (Simons 2003, S. 149ff.).

Insgesamt muss den Kindern mit AD(H)S die Möglichkeit gegeben werden, ihre eigene Ordnung herstellen zu dürfen, d.h. es darf ihnen nicht die Ordnung der Erwachsenen bzw. der Eltern aufgezwungen werden. Es ergeben sich beispielsweise folgende Forderungen im Umgang mit AD(H)S-Kindern: Verständnis statt Vorurteil, Persönlichkeit statt Etikett, Stärken statt Schwächen, Eigenkontrolle statt Fremdbestimmung, sinnvoller kindgemäßer Weg statt erwachsenenzentriertem Ziel, Beziehung statt Erziehung, Dialog statt Monolog, Handlung statt Behandlung, Begegnung in Beziehung und Bewegung, in der Gegenwart gemeinsam lernen und Zeit statt Stress (Köckenberger 2004, S. 110, 123f.).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das Umfeld (Elternhaus, Kindergarten bzw. Schule) des AD(H)S-Kindes entscheidend zur weiteren positiven kindlichen Entwicklung beiträgt, wenn einige Aspekte bekannt sind und Berücksichtigung finden. So ist im Säuglings- und Kleinkindalter z.B. das Wissen um den verbindenden Charakter von Berührungen, die haltgebende Wirkung des Tragens, die beruhigende oder beschwingende Wirkung des Schaukelns und die ordnende Funktion von Spielsachen von wesentlicher Bedeutung. Hinzu kommt im Kindergarten- und Schulalter die Wichtigkeit von gemeinsamen Aktivitäten und der Teilnahme des Kindes am Vereinsleben, um den Balanceakt zwischen Bewegung und Lernen bzw. feinmotorischen Tätigkeiten zu schaffen.