

Christine Jaschke

# AD(H)S



Eine Informationsbroschüre



## **AD(H)S: Eine Informationsbroschüre**

### ***Inhalt:***

Einführende Bemerkungen	S. 3
1. AD(H)S – Was bedeutet das für betroffene Kinder?	S. 4
2. Welches Störungsbild steht hinter dem Begriff? -charakteristische Symptome und häufige Begleiterscheinungen-	S. 7
3. Positive Eigenschaften dieser Kinder	S. 10
4. AD(H)S – eine Modekrankheit?	S. 10
5. Ursachen und Entstehungsbedingungen der Störung	S. 11
6. Verlauf der unbehandelten Störung	S. 12
7. Möglichkeiten der Behandlung	S. 13
8. Welche konkreten Maßnahmen lassen sich im pädagogischen Alltag umsetzen	S. 16
9. Literaturempfehlungen	S. 19
10. Adressen und Links	S. 21
11. Glossar	S. 22
12. Anhang	S. 24

## **EINFÜHRENDE BEMERKUNGEN**

Diese Informationsbroschüre ist für Eltern und Angehörige mit Kindern und Jugendlichen mit ADHS, für Berufsgruppen, die mit diesen Kindern zu tun haben und alle an diesem Thema interessierte Menschen geschrieben. Sie soll die Möglichkeit eröffnen, einen ersten Einblick in die Problematik dieses so häufigen Störungsbildes zu erhalten.

Um einen Menschen besser verstehen zu können, hilft es, sich in seine Lage zu versetzen. Deshalb beginnt diese Broschüre mit Fallbeispielen, die sowohl typische Merkmale von AD(H)S aufzeigen als auch unterschiedliche Perspektiven beschreiben (Kind, Eltern, Lehrer). Sie sollen jedoch nicht nur das Verständnis für diese Kinder und Jugendlichen wecken, sondern auch zeigen, wie wichtig eine richtige Diagnose und die frühzeitige Einleitung einer angemessenen Behandlung ist. Nur sie kann helfen, den in den Fallbeispielen beschriebenen Teufelskreis erst gar nicht entstehen zu lassen bzw. ihn zu durchbrechen.

Neben einer anschließenden anschaulichen Symptombeschreibung werden die unterschiedlichen Ursachen diskutiert und die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten vorgestellt.

Am Ende der Informationsbroschüre finden sich hilfreiche Adressen/Links für Betroffene, weiterführende Literatur sowie im Anhang Kopiervorlagen für den praktischen Gebrauch.

# 1. AD(H)S – Was bedeutet das für betroffene Kinder?

## Fallbeispiel 1: Philipp, 5 Jahre

Wenn **Philipp** morgens aufwacht, hält ihn nichts mehr im Bett. Sofort fallen ihm tausend Dinge ein, die er heute tun könnte. Er springt auf, rast durch die Wohnung und will sich ein Piratenschiff bauen, denn am Vortag hat er einen Piratenfilm gesehen. Er klettert in das Regal, um sich die „Materialien“ dafür zu holen. Das Regal fällt mit Getöse um und weckt den Rest der Familie. Der übliche Streit beginnt, denn nun ist nicht Schiffe bauen angesagt, sondern Anziehen, Frühstück und Kindergarten. Philipp fällt alle paar Sekunden etwas anderes ein, so dass das Anziehen sich in die Länge zieht. Beim Frühstück geht ein Becher zu Bruch, der Kakao ergießt sich über den Tisch und rinnt zu Boden, als Philipp aufspringt, um schnell noch ein Geschenk für seine Mama zu basteln, die heute Geburtstag hat. Der Weg zum Kindergarten ist ein Kapitel für sich: Ohne rechts oder links zu schauen, rennt er über die Straße, wenn er auf der anderen Straßenseite etwas Interessantes entdeckt. Jede noch so strenge Ermahnung fruchtet nicht; nicht, weil Philipp ungehorsam ist, nein, er vergisst es einfach immer wieder.

Philipps **Mutter** schließt die Tür des Kindergartens hinter sich und ist eigentlich für den Rest des Tages schon völlig erledigt.

Doch die **Erzieherin** will noch mit ihr reden: Philipp ist für die Gruppe eine große Belastung und nicht mehr tragbar. Er kann nicht still sitzen, sich auf kein Spiel konzentrieren und rast ständig hin und her. Die anderen Kinder stört er und wird dadurch von ihnen abgelehnt. Freunde hat er keine.

Es ist nicht das erste Mal, dass Philipps Mutter dies hört. Sie ist verzweifelt und weiß inzwischen auch nicht mehr weiter.

## Fallbeispiel 2: Lena, 5 Jahre

**Lena** sitzt gedankenverloren vor ihrem leeren Blatt und schaut aus dem Fenster, während die anderen Kinder im **Kindergarten** eifrig malen und z.T. schon ihre fertigen Bilder der Kindergärtnerin zeigen. Bei gemeinsamen Spielen weiß Lena nie, wann sie dran ist. Sie hat mal wieder nicht aufgepasst und ist mit etwas anderem beschäftigt. Deshalb wird sie von den anderen Kindern nur noch „Traumsuse“ genannt, von den Erzieherinnen liebevoller „Träumerchen“.

Wenn ihre **Mutter** sie vom Kindergarten abholt, dauert der Heimweg ewig. Lena bleibt alle paar Minuten stehen, um sich etwas anzusehen. Was sie am nächsten Tag für den Ausflug mitbringen soll, hat sie vergessen und der Zettel vom Kindergarten ist unauffindbar.

Von allen Seiten bekommt Lena zu hören, sie solle doch besser aufpassen und sich besser konzentrieren. Lena möchte dies auch gerne und bemüht sich sehr: doch irgendwie gelingt es ihr nicht.

### Fallbeispiel 3: Alexander, 9 Jahre

**Alexander** besucht die dritte Grundschulklasse und fragt sich, warum das ganze Leben so „blöd“ ist und ob es nicht besser wäre, niemals geboren worden zu sein. Auch in der Familie ist alles nur „blöd“. Die jüngere Schwester wird mehr geliebt und darf alles, er darf nichts. Der Papa hat nie Zeit für ihn und die Mama hat ihn nicht lieb. Auch in der Schule sind alle gegen ihn und deshalb würde er am liebsten nicht mehr in die Schule gehen. Von den Lehrerinnen wird er ungerechterweise immer beschuldigt, an allem schuld zu sein. Und von den anderen Kindern wird er so provoziert, dass er nur noch wild um sich schlagen muss. Er weiß gar nicht, was mit ihm los ist.

Die **Lehrerinnen** sehen Alexander als Klassenkasper, der sich ständig in den Vordergrund spielen muss. Er stört massiv den Unterricht durch Zwischenrufe und Umherlaufen. Seine Frustrationsgrenze ist so niedrig, dass er ständig in Streitereien und Schlägereien verwickelt ist. Seine Leistungen sind schwankend und tagesformabhängig. Sein Schriftbild muss Alexander dringend verbessern und seine Ordnung lässt sehr zu wünschen übrig. In Zweiersituation ist er erstaunlicher Weise wie umgewandelt und sehr zugänglich. Die Lehrerinnen sind der Auffassung, dass die Eltern ihren Sohn nicht richtig erziehen. Sie meinen, Alexander muss einfach lernen, motivierter und ehrgeiziger zu werden.

Die **Mutter** ist verzweifelt. Sie hat das Gefühl, dass ihr Sohn ihr entgleitet, und aufgrund der zahlreichen Klagen aus der Schule befürchtet sie ein massives Schulversagen. Alexander geht ungerne zur Schule, alle Lehrerinnen sind „blöd“ und ungerecht. Oft muss er Strafarbeiten erledigen, was seine Abneigung gegen die Schule noch verstärkt. Zudem ärgert Alexander ständig seine kleine Schwester. Seine Unruhe und Zerstreuung hat er kaum unter Kontrolle und er fühlt sich bereits durch die kleinste Kritik grundsätzlich in Frage gestellt. Alexanders Mutter fühlt sich mit diesen ganzen Problemen sehr alleine gelassen und unverstanden; selbst ihr Mann unterstützt sie nicht. Er ist der Meinung, Alexander sei eben ein wilder Junge, der sich bei richtiger Führung noch „die Hörner abstößt“.

### Fallbeispiel 4: Milena, 10 Jahre

**Milena** besucht die 4. Grundschulklasse und weiß, dass die Zeugnisnoten des 1. Halbjahres darüber entscheiden, welche weiterführende Schule sie besuchen darf. Und das macht ihr Angst. Denn obwohl sie sehr fleißig ist und vor jeder Klassenarbeit viel lernt, weiß sie, wenn es darauf ankommt, nur noch wenig. Milena hat das Gefühl, dumm zu sein und nicht so gut mitzukommen wie ihre Klassenkameraden. Dabei strengt sie sich doch so sehr an! Während des Unterrichts sitzt sie ganz still da und merkt dann plötzlich, dass sie in einer ganz anderen Welt gewesen ist: bei ihrem neuen Hasen, den Wolken am Himmel oder dem kleinen Vogel, der vor dem Klassenfenster munter von einem Ast zum anderen hüpfte. Abends, wenn sie einschlafen soll, quälen sie immer häufiger Bauch- und Kopfschmerzen, die sie dann nicht einschlafen lassen. Sie ist auch ganz verzweifelt darüber, dass Mama nie zufrieden mit ihr ist. Aber wer kann sich auch schon diese ganzen Aufträge, wie Getränke holen oder Wäsche sortieren merken? Das ist doch alles viel zu viel!

Die **Lehrerinnen** verstehen nicht, warum Milena in ihren Leistungen so nachgelassen hat. Geträumt hat sie zwar schon immer, aber bis zum dritten Schuljahr ist sie noch ganz gut mitgekommen. Milena stört keinen, sitzt immer ruhig an ihrem Tisch und ist auch in der Lage, ihren Platz in Ordnung zu halten. Wenn sich Milena bemüht, hat sie sogar ein ordentliches Schriftbild. Die Lehrerinnen vermuten, dass Milena einfach noch mehr Zeit braucht, um sich zu entwickeln; sie ist eben extrem langsam und lässt sich schnell ablenken.

Die **Eltern** waren bis zur 3. Klasse davon überzeugt, dass Milena, wie auch ihre ältere Schwester, einmal das Gymnasium besuchen wird. Zwar verlief nicht alles so reibungslos wie bei der Großen, oft war es notwendig, wegen der Hausaufgaben bei Klassenkameraden anzurufen, weil Milena vergessen hatte, sie aufzuschreiben. Auch musste während der Hausaufgaben immer jemand neben ihr sitzen, doch mit dieser Unterstützung funktionierte es dann ganz gut. Milena ist sehr fleißig: inzwischen sitzt sie den ganzen Nachmittag über ihren Hausaufgaben. Umso trauriger und für Milena frustrierender ist es, dass sie das, was sie zu Hause noch wusste, in den Arbeiten dann nicht zeigen kann. Ein Erfolgserlebnis hatte sie, als sie aus Krankheitsgründen mit der Klassenlehrerin allein die Deutscharbeit nachschreiben musste.

### **Fallbeispiel 5: Lukas, 14 Jahre**

**Lukas** besucht die 8. Klasse einer Hauptschule. Erst vor Kurzem musste er von der Realschule dorthin wechseln. Nun hat er noch weniger „Bock“ auf Schule. Egal, was er macht, alle meckern nur an ihm herum, genauso wie zu Hause. Immer scheint alles, was er tut, falsch zu sein. Das war schon immer so! Auch wenn er sich bemüht, es bringt ja doch nichts: er kann sich einfach nicht konzentrieren. Die Hausaufgaben dauern dann ewig. Ist es da ein Wunder, wenn man die Lust verliert? Auch die ständigen Auseinandersetzungen mit seinen Eltern hat er satt. Von ihnen fühlt er sich unverstanden und abgelehnt. Ein Lichtblick ist, dass er ein paar Gleichgesinnte aus der Nachbarschaft kennen gelernt hat, die auch keine Lust mehr auf Schule haben. Mit denen verbringt er jetzt die Nachmittage und manchmal auch schon die Vormittage. Die verstehen ihn wenigstens; und es bringt mehr als Schule!

Die **Lehrer** erleben Lukas als „nicht mehr führbar“ und „notorischen Störenfried“. Innerlich haben sie ihn aufgegeben. Das immer häufigere Fernbleiben von der Schule erleben sie als Erleichterung.

Auch die **Eltern** sind überfordert und erschöpft. Sie haben keinen Zugang mehr zu Lukas und wissen nicht, was sie tun sollen. Die vielen Gespräche mit Erziehungsberatungsstellen konnten ihnen auch nicht weiter helfen. Was können sie jetzt noch tun?

## 2. Welches Störungsbild steht hinter dem Begriff AD(H)S?

### - charakteristische Symptome und häufige Begleiterscheinungen –

Kaum eine Erkrankung hat in den letzten Jahren für so viel Aufmerksamkeit gesorgt wie AD(H)S.

Die Abkürzung steht für: **Aufmerksamkeits-Defizit-(Hyperaktivitäts)-Syndrom** und bezeichnet einen medizinischen Störungsbegriff.

Als Bezeichnung für die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung werden auch eine Reihe anderer Begriffe verwendet, die nicht immer eindeutig voneinander abgegrenzt werden. Die Abkürzung ADS bezeichnet eine Ausprägung der Störung, bei der nur die aufmerksamen und impulsiven Verhaltensstörungen vorliegen und keine begleitende Hyperaktivität vorliegt. Auch in Deutschland wird häufig die englischsprachige Abkürzung AD(H)D (**a**ttention **d**eficit **h**yperactivity **d**isorder) verwendet. Als alternative Bezeichnung für AD(H)S stößt man oft auch auf den Begriff „hyperkinetisches Syndrom“.

Statistisch gesehen tritt AD(H)S bei ca. 5% aller Kinder und Jugendlichen auf und ist damit die häufigste Störung im Kindes- und Jugendalter. Jungen sind 5-9 mal so häufig betroffen wie Mädchen.

Dabei kann man von keinem einheitlichen Störungsbegriff ausgehen. Die einzelnen Merkmale sind von Individuum zu Individuum unterschiedlich ausgeprägt. Dennoch sind **drei Leitsymptome** zu beobachten, die häufig schon in den ersten Lebensmonaten des Kindes auffallen.

Ein wesentliches Leitsymptom dieser Störung ist die schwankende **Aufmerksamkeit**. Die Defizite sind zum einen im Bereich der Daueraufmerksamkeit zu beobachten. Betroffene Kinder zeigen nur eine kurze Aufmerksamkeitsspanne, was bedeutet, dass sie bei der Erledigung von Aufgaben eine geringe Ausdauer zeigen. Arbeiten werden daher häufig oberflächlich und unvollständig, fehlerhaft oder gar nicht zu Ende gebracht.

Auch im Bereich der selektiven Aufmerksamkeit haben diese Kinder und Jugendlichen Probleme. Durch eine große Reizoffenheit können bei der Bearbeitung von komplexeren Aufgaben Störfaktoren, wie das Reden anderer, Vorgänge vor dem oder im Klassenraum, nicht ausgeblendet werden. Auf diese Reize reagieren diese Kinder sofort und unmittelbar und stören damit oft den Unterricht oder das Gruppengeschehen.

Die Störungen der Aufmerksamkeit sind überwiegend bei fremdbestimmten Tätigkeiten wie schulischen Aufgaben, Tätigkeiten der Körperpflege oder Aufräumarbeiten zu beobachten. Liegen dagegen die Tätigkeiten im Bereich von eigenem Interesse oder dem Hobby der Kinder, ist eine ausdauernde Beschäftigung durchaus möglich (z.B. beim Fernsehen, Spiel mit Lego oder Duplo, Computerspielen u.s.w.).

Diese Aufmerksamkeitsstörung ist jedoch nicht das einzige Symptom. Häufig äußert sich das AD(H)S zusätzlich durch extreme **Impulsivität**, bzw. durch eine mangelnde Fähigkeit zur Impulssteuerung. Das Verhalten betroffener Kinder ist gekennzeichnet durch ein spontanes, unwillkürliches und unüberlegtes Reagieren auf alle Reize.

Aufgrund deutlicher Wahrnehmungsdefizite werden Reize unvollständig oder verzerrt aufgenommen und fehlerhaft interpretiert. Die unmittelbare Reaktion der Kinder erscheint dann oft vorschnell und unangemessen. Negative Rückmeldungen durch die Umwelt sind die Folge.

Kinder mit dieser Störung können häufig eigene Bedürfnisse nicht aufschieben, sie sind nicht in der Lage abzuwarten, bis sie an der Reihe sind. Antworten werden dazwischen gerufen, obwohl der Lehrer die Frage noch nicht einmal vollendet hat.

Bei der Bearbeitung von Aufgaben gehen diese Kinder und Jugendlichen überstürzt vor, ohne das Problem hinreichend zu überdenken. Sie neigen dazu, vorschnelle Lösungen zu suchen. Ergebnisse sind daher oft oberflächlich und fehlerhaft. Insbesondere im schulischen Bereich bleiben dadurch Erfolgserlebnisse häufig aus, und die allgemeine Motivation geht zurück.

Die Umwelt reagiert oft mit Unverständnis, Kritik und Zurechtweisungen auf die Reaktionen dieser Kinder. Meist werden sie abgelehnt und ausgegrenzt.

**Hyperaktivität** (motorische Unruhe) ist zwar ein sehr hervorstechendes, aber nicht bei allen Kindern zu beobachtendes Symptom.

Betroffenen Kindern bereiten insbesondere solche Situationen Schwierigkeiten, die relatives Stillsitzen erfordern (Einnahme von Mahlzeiten, Stuhlkreis, Unterricht, Besuch im Restaurant,...). Die Kinder erscheinen umtriebig und ruhelos. Sie zappeln oder rutschen auf dem Stuhl hin und her, nesteln unentwegt mit den Händen. Besonders auffällig ist dabei die Ziellosigkeit der Aktivitäten. Diese Kinder sind ständig in Bewegung oder Aktion, aber häufig ohne erkennbares Ziel.

Im Zusammensein mit anderen sind diese Kinder extrem redselig.

Diese motorische Unruhe ist verstärkt bei Jungen zu beobachten. Mädchen weisen häufig eine genau gegenteilige Symptomatik auf, sind also hypoaktiv („Träumer“). Sie ziehen sich extrem zurück und neigen dazu, Ärger und Kummer in sich hineinzufressen. Da nicht so belastend für die Umwelt, wird diese Störung häufig erst spät erkannt, so dass sie sich dann schon sehr stark verfestigt hat.

Um die Diagnose AD(H)S stellen zu können, müssen jeweils mehrere der oben beschriebenen Symptome deutlich ausgeprägt sein, über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten bestehen, in mehreren Lebensbereichen auftreten und schon im Vorschulalter begonnen haben.

Zu den häufigsten **Begleiterscheinungen** von AD(H)S gehören **Probleme im Sozialverhalten, schulische Leistungsschwächen und mangelndes Selbstvertrauen**.



Durch ihre fehlende Steuerungsfähigkeit sind Kinder und Jugendliche mit AD(H)S oft nicht in der Lage, sich im Kontakt mit anderen angemessen zu verhalten. Sie neigen zu dominantem Verhalten. Treten Konflikte auf, reagieren sie unkontrolliert-expansiv aggressiv.

Die ausgeprägten Aufmerksamkeitsdefizite haben zur Folge, dass die Leistungen im schulischen Bereich nicht den intellektuellen Möglichkeiten dieser Kinder entsprechen. Teilleistungsschwächen wie Lese-Rechtschreibschwäche, Rechenschwäche oder Sprachentwicklungsstörungen sind häufige Begleiterscheinungen von AD(H)S.

Stetige negative Rückmeldung führt bei diesen Kindern und Jugendlichen zu einer negativen Selbstsicht. Dieses negative Selbstvertrauen wird durch soziale Unsicherheit, Ängste und depressive Verstimmungen deutlich. Im Zusammensein mit Gleichaltrigen wird dieses geringe Selbstwertgefühl häufig durch aggressives, großspuriges Verhalten kaschiert.

All diese Eigenschaften führen dazu, dass sich AD(H)S-Betroffene in größeren sozialen Gruppen wie im Kindergarten oder in Schulklassen nur schlecht integrieren können. Sie provozieren durch ihr Verhalten häufig unprofessionelle Reaktionen durch Pädagogen. Die Folge all dessen ist, dass die schulischen Leistungen schlechter werden und im Familienkreis nimmt der Leidensdruck von Eltern und Geschwistern stetig zu. Kinder mit AD(H)S wissen oft nicht, was eigentlich falsch läuft. Sie bemühen sich sehr, den an sie gestellten Anforderungen zu genügen, aber immer wieder erleiden sie Schiffbruch damit. Nach einiger Zeit stellt sich unabwendbar bei ihnen das Gefühl ein, ein Versager zu sein. Dadurch und durch die ständige Ausgrenzung und Bestrafung entwickeln Betroffene im Laufe der Jahre – wie oben schon genannt - zusätzliche Störungen, sog. Sekundärstörungen.

So individuell und einzigartig jedes Kind ist, so individuell sehr unterschiedlich können betroffene Kinder in ihrem Erscheinungsbild sein. Nicht immer sind alle beschriebenen Symptome anzutreffen. Mal ist das eine, mal das andere Symptom stärker ausgeprägt. Dies macht es für Lehrer, Erzieher, aber auch für Ärzte und Psychologen nicht leichter, das Syndrom zu identifizieren.

### **3. Positive Eigenschaften dieser Kinder**

Neben den beschriebenen problematischen Verhaltensweisen, die im schulischen und familiären Bereich zu großen Belastungen führen, besitzen diese Kinder sehr positive Fähigkeiten, die aber oft von Erzieher/Innen, Lehrer/Innen, Freunden, Eltern und Geschwistern aufgrund des hervorstechenden Problemverhaltens nicht mehr wahrgenommen werden.

Eine der hervorragenden positiven Eigenschaften von Kindern mit AD(H)S ist der ausgeprägte Gerechtigkeitssinn, der sich nicht nur auf die eigene Person bezieht. Im Umgang mit Fremden werden sie als sozial sehr offen, humorvoll und charmant beschrieben. Jüngeren oder sozial benachteiligten Kindern gegenüber sind sie hilfsbereit und rücksichtsvoll. Sie sind oft sehr neugierig und begeisterungsfähig, haben viel Energie, sind offen für Neues und häufig sehr kreativ.

Betrachtet man die Biographien bekannter Persönlichkeiten, so lässt sich sagen, dass auch erfolgreiche Künstler, Erfinder und Politiker höchstwahrscheinlich an AD (H)S litten, wie z.B. Einstein, Churchill, Pestalozzi, Edison, Mozart.

Zudem sollte man sich immer wieder klar machen, dass die Kinder nicht aus Böswilligkeit so handeln, sondern oft nicht anders können und selbst darunter leiden, so anders zu sein.

### **4. AD(H)S – eine Modekrankheit?**

Im Zusammenhang mit AD(H)S vermuten Fachleute wie Laien häufig eine Modekrankheit oder Modediagnose unserer modernen hektischen Zeit. Dies würde bedeuten, dass es dieses Störungsbild gar nicht gibt, dass es sich eher um schlecht erzogene Kinder handelt, möglicherweise um solche, die angesichts allgegenwärtiger Hektik und den Einflüssen von Fernsehen und Computer gar nicht anders können als herum zu zappeln.

Doch Beschreibungen wie : „Sie könnte, wenn sie nur wollte...“ oder „Er bleibt weit hinter seinen Möglichkeiten zurück“ sind Kommentare über SchülerInnen, die es schon immer gab und über die bereits der griechische Dichter Herondas 250 vor Christus aus Sicht einer verzweifelten Mutter ihres unaufmerksamen, impulsiven und überaktiven Sohnes berichtet.

In diesem Zusammenhang werden auch gerne Figuren aus Heinrich Hoffmanns 1845 erschienenem Struwwelpeter zitiert. Das literarische Vorbild eines aufmerksamkeitsgestörten Kindes ist der verträumte „Hans-Guck-in-die-Luft“ (ADS). Beim „Zappel-Philipp“ kommt die Hyperaktivität hinzu (ADHS).

Im gleichen Jahrhundert untersuchten Ärzte, meist Psychiater, betroffene Kinder mit ähnlichen Symptomen und seit den fünfziger Jahren des letzten Jahrhunderts beschäftigt sich die Wissenschaft systematisch mit der Erforschung der Erkrankung, ihren Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten.

Entsprechend den Ergebnissen der Untersuchungen weiß man heute, dass es sich um eine nachweisbare Funktionsstörung im Gehirn handelt, bei der genetische Faktoren eine große Rolle spielen. Familien- und Zwillingsstudien belegen dies.

Der interkulturelle Vergleich unterstützt die Forscher: So finden sich Kinder mit AD(H)S in den westlichen Ländern ebenso wie in China oder Mexiko.

Als weitere Risikofaktoren werden darüber hinaus Drogen, Rauchen und Alkoholkonsum in der Schwangerschaft angesehen. Auch eine Frühgeburt mit einem Geburtsgewicht unter 1500 Gramm erhöht das Risiko, an AD(H)S zu erkranken. Das Lebensumfeld, in dem AD(H)S-Kinder aufwachsen, kann diese Anlage natürlich entweder verstärken oder abschwächen.

Generell lässt sich also sagen, dass AD(H)S kein Produkt unserer reizüberfluteten technokratischen Epoche ist, aber ungünstige Umweltbedingungen und hohe Leistungserwartungen der Erwachsenen die Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern weiter verstärken können.

## 5. Ursachen und Entstehungsbedingungen der Störung

Es gibt nicht die eine Ursache für AD(H)S. Die überwiegende Mehrzahl der Experten im Bereich AD(H)S geht heute davon aus, dass ein Zusammenwirken **neurobiologischer, angeborener Faktoren** und **psycho-soziale** Folgen bzw. Lernerfahrungen und Reaktionen der Umwelt auf die AD(H)S –Symptomatik vorliegt.

In den vergangenen Jahren konnten zahlreiche Hinweise dafür gefunden werden, dass AD(H)S eine ganz erhebliche genetische Komponente aufweist. Im Rahmen der Zwillingsforschung wurde festgestellt, dass bei eineiigen Zwillingen, die mit identischer Erbanlage auf die Welt kommen, sehr viel häufiger beide Kinder von AD (H)S betroffen sind, als bei zweieiigen Zwillingen, die unterschiedliche Erbanlagen haben. Außerdem hat sich gezeigt, dass AD(H)S familiär gehäuft vorkommt und zum Teil auch die Eltern betroffen sind.

Die **neurobiologischen, angeborenen** Veränderungen betreffen vor allem eine Verminderung des Botenstoffes Dopamin im Gehirn. Dopamin ist in bestimmten Hirnabschnitten für koordinierte Bewegung, emotionale Steuerung und zielgerichtete Aufmerksamkeit zuständig. Dadurch, dass zu wenig Dopamin zur Verfügung steht, entsteht eine Reizoffenheit, bei der die Reize ungefiltert auf die Kinder einströmen und nicht richtig verarbeitet werden können. Dies führt dazu, dass es den Kindern schwer fällt, ihren Bewegungsdrang, ihre Gefühle und ihre Aufmerksamkeit zu kontrollieren. Aus diesem Grund spricht man von einer verminderten Fähigkeit zur Selbststeuerung. Methylphenidat (z.B. Ritalin oder Medikinet) sorgt dafür, dass die verfügbare Menge des Botenstoffes Dopamin ausgeglichen wird. Doch dies allein ist nicht ausreichend und auch nicht in allen Fällen notwendig. Um den Mangel ausgleichen zu können, brauchen diese Kinder im sozialen Umfeld konkrete Unterstützung und Hilfe, also insbesondere klare, überschaubare und berechenbare Strukturen und Regeln.

**Psychosoziale Faktoren** sind primär für die Verursachung der Störung nicht verantwortlich. Ob Symptome jedoch so auffällig werden, dass von einer wirklichen Störung gesprochen werden muss und wie diese im Weiteren verläuft, wird wesentlich dadurch beeinflusst, auf welche Lern- und Umweltbedingungen diese Kinder treffen und ob auf ihre „Besonderheiten“ angemessen eingegangen wird. Soziale Bezugspersonen reagieren oftmals negativ kontrollierend auf das Verhalten dieser

Kinder, was wiederum zur Folge hat, dass die Verhaltensauffälligkeiten verstärkt werden. Auch ungünstige soziale Bedingungen wie belastende Familienverhältnisse, beengter Wohnraum, Armut oder Arbeitslosigkeit der Eltern u.a.m. beeinflussen den Schweregrad und den Verlauf des Störungsbildes negativ. Psychosoziale Faktoren tragen daher in erheblichem Maße zur Aufrechterhaltung und Chronifizierung der Symptomatik bei. Es entsteht ein Teufelskreis, den die Betroffenen und ihre Angehörigen meist nicht allein durchbrechen können.

## 6. Verlauf der unbehandelten Störung

Trotz individueller Entwicklung, familiärer Einbettung und unterschiedlicher Ausprägung der Störung, lassen Längsschnittstudien übereinstimmende, typische Verhaltensmuster der Betroffenen in den einzelnen Altersstufen erkennen.

Einige Kinder, die später die Diagnose AD(H)S bekommen, sind bzw. waren im ersten Lebensjahr unauffällig. Oft lassen sich aber auch Auffälligkeiten bis ins **Säuglingsalter** zurückverfolgen.

Mütter berichten rückblickend häufig über ein sehr starkes Aktivitätsniveau der Kinder, ja oft auch schon über eine starke Unruhe des Embryos während der Schwangerschaft. In den ersten Lebensmonaten können Schlafstörungen und Koliken auftreten. Die Kinder wirken unzufrieden, schreien viel und reagieren teilweise abwehrend auf Körperkontakt. Sie finden schon zu Beginn ihres Lebens nur schwer ein stabiles Gleichgewicht und werden von den Eltern als „schwierig“ erlebt. Hierdurch kann schon sehr früh der Grundstein für eine schwierige Eltern-Kind-Beziehung gelegt werden, was einen weiteren ungünstigen Verlauf der Störung zur Folge hat. Eine stabile Eltern-Kind-Beziehung ist eine wesentliche Voraussetzung für die gesunde Entwicklung des Kindes.

Im **Vorschulalter** ist eine extreme motorische Unruhe und Umtriebigkeit der Kinder zu beobachten. Gefahren werden aufgrund der Impulsivität nicht erkannt und negative Erfahrungen können auf ähnliche Situationen nicht übertragen werden. So kommt es vermehrt zu Konflikten oder Unfällen. Im Zusammensein mit gleichaltrigen Kindern steht vermehrt jähzorniges und streitsüchtiges Verhalten im Vordergrund. Schnell werden sie von den anderen daher abgelehnt und ausgegrenzt. Beständige Freundschaften werden nur schwer geschlossen.

Im **Grundschulalter** kommen die Verhaltensauffälligkeiten besonders stark zum Ausdruck. Bewegungsmöglichkeiten werden zunehmend eingeschränkt, konzentrierte geistige Arbeit ist erforderlich und fremdbestimmte Aktivitäten überwiegen. So verschärfen sich die Probleme weiter, denn konzentriertes Mitarbeiten im Unterricht ist nur für kurze Momente möglich; jede Ablenkung wird aufgegriffen. Die anderen Schüler werden gestört, weil die Kinder nicht still sitzen können, dazwischenreden und jede Gelegenheit zum „Rumkaspern“ nutzen. Hausaufgaben werden unvollständig oder gar nicht erledigt, weil das Kind vergessen hat, sie in das Hausaufgabenheft zu schreiben. Erste schulische Misserfolge stellen sich ein, gepaart mit Sanktionen infolge unangemessenen und aggressiven Verhaltens. Auch die Beziehungen zu Gleichaltrigen sind gestört, da den Kindern sozial angemessenes Verhalten schwer fällt. Die negativen Rückmeldungen und der Druck im häuslichen Bereich nehmen zu, da die Leistungserwartungen vieler Eltern

nicht erfüllt werden können. Die Kinder fühlen sich ungeliebt und nicht angenommen, obwohl sie sich aus ihrer Sicht doch sehr bemühen. Sie entwickeln eine trotzig und aggressive Verweigerungshaltung, die wiederum negative Rückmeldungen verstärkt. Der Leidensdruck auf allen Seiten erhöht sich zunehmend.

Im **Jugendalter** ist häufig ein Rückgang der Hyperaktivität zu beobachten, die sich jedoch als noch als quälende Unruhe und inneres Getriebensein zeigen kann. Aufmerksamkeitsdefizite und impulsives Verhalten dagegen bleiben in gleichem Ausmaß bestehen. Im Vordergrund steht meist die problematische Schulleistung. Einige Jugendliche entwickeln in dieser Situation verstärkt negative Begleiterscheinungen wie Aggressivität, dissoziale Störungen und mangelndes Selbstbewusstsein. Sie orientieren sich in diesem Alter häufig an Randgruppen, da sie hier die nötige Anerkennung und Akzeptanz Gleichaltriger finden. In diesem Zusammenhang ist für sie die Gefahr groß, Suchtproblematiken zu entwickeln und mit dem Gesetz in Konflikt zu geraten. Der Schulabschluss liegt meist unterhalb der intellektuellen Möglichkeiten dieser Kinder.

Kernsymptome von AD(H)S sind bis ins **Erwachsenenalter** hinein zu beobachten. Der Verlauf kann aber sehr unterschiedlich sein. Bei ca. 30% der Erwachsenen sind keine Einschränkung mehr spürbar oder sie haben gelernt mit geringen Beeinträchtigungen zu leben. 50 bis 60% haben Schwierigkeiten in den Bereichen Aufmerksamkeit, motorische Hyperaktivität, Impulsivität und in sozialen Interaktionen, die dann in Ausbildung, Beruf und Beziehungen zu Problemen führen können. Ein kleiner Teil der Erwachsenen (10 bis 15%) mit stark ausgeprägter Hyperaktivität hat weitere psychische Probleme und kann auch dissoziales Verhalten zeigen.

Insgesamt haben Erwachsene mit einer nicht behandelten AD(H)S im Vergleich zu anderen Menschen deutlich mehr Probleme in Ausbildung, Beruf, Partnerschaft und sozialen Beziehungen. Zudem besteht ein erhöhtes Risiko, an einer weiteren psychiatrischen Erkrankung wie Depression, Angst oder einer Persönlichkeitsstörung zu erkranken oder eine Drogen- und/oder Alkoholabhängigkeit zu entwickeln.

Die diagnostischen Möglichkeiten sind heute wesentlich besser als noch vor einigen Jahren und auch in der Therapie zeigen sich Fortschritte. Daraus ergeben sich Chancen, die Symptome zu verringern. Dies wiederum hat häufig die Konsequenz, dass Erwachsene mit AD(H)S besser umgehen können und ihre Lebensqualität und Lebenszufriedenheit steigt.

## **7. Möglichkeiten der Behandlung**

Zunächst ist es wichtig, besondere Sorgfalt auf die Stellung der richtigen Diagnose zu legen. Denn eine voreilige Festlegung auf AD(H)S kann ebenso problematisch sein wie eine sehr späte oder gar nicht gestellte Diagnose eines AD(H)S.

Eine ursächliche Behandlung im Sinne einer Heilung von AD(H)S ist nicht möglich. Es gibt jedoch verschiedene Behandlungsmöglichkeiten, welche die Symptome deutlich bessern können. Eine rechtzeitige und angemessene Behandlung hilft, Folgeschäden zu vermeiden.

Die Behandlung sollte auf mehreren, miteinander verzahnten Ebenen erfolgen. Diese sog. „multimodale Therapie“ bezieht die Beratung der Eltern, Angehörigen und anderen Bezugspersonen sowie psychotherapeutische und psychosoziale Betreuungsmaßnahmen ein. Verschiedene Vorgehensweisen wie Verhaltenstherapie, medikamentöse Therapie, pädagogische Maßnahmen und psychosoziale Hilfestellungen greifen so ineinander.

Da bei Kindern mit AD(H)S unterschiedliche Schweregrade und unterschiedliche Probleme und Begleitstörungen im Vordergrund stehen, muss ein individueller Behandlungsplan erstellt werden.

Im Bereich der **medikamentösen Behandlung** wird sehr erfolgreich und fast ausschließlich Methylphenidat (z.B. Ritalin und Medikinet; gehört zu den Psychostimulanzien), eingesetzt.

Die Entscheidung für eine medikamentöse Behandlung sollte zwischen dem behandelnden Arzt und den Eltern abgesprochen werden. Es muss sorgfältig das Für und Wider abgewogen werden, denn nicht jedes Kind oder Jugendliche mit AD(H)S benötigt eine Behandlung mit Medikamenten. Oftmals ist es sinnvoll, erst einmal andere Maßnahmen auszuschöpfen. Die Störung kann jedoch auch so ausgeprägt sein, dass dies ohne Medikamente kaum möglich ist. Doch sie stellen einen relativ harten Eingriff dar und beseitigen nicht die Ursachen. Daher ist es geraten, über weitere Wege nachzudenken. Dazu zählt der Abbau psychischer und sozialer Belastungsfaktoren.

**Verhaltenstherapeutische Maßnahmen** zielen auf die positive Veränderung der Bedingungen ab, die dafür verantwortlich sind, dass die Störung aufrecht erhalten oder sogar verstärkt wird. Zu diesen negativen Bedingungen zählen:

- negative Beziehungen zwischen Kind und Eltern
- unstrukturiertes, chaotisches häusliches Milieu
- zu viel Fernsehen und Computerspiele
- zu wenig Schlaf
- zu wenig Bewegung
- Überforderung
- andauernde negative Rückmeldung im schulischen Bereich
- gegensätzliches Erziehungsverhalten der Eltern
- Spannungen in der Familie
- mangelnde soziale Integration der Familie und /oder des Kindes u.v.m..

Mit Hilfe der Verhaltenstherapie lernt das Kind sich selbst zu managen und in problematischen Situationen angemessener zu reagieren.

Um die Problemsituationen so weit wie möglich zu erfassen, werden Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen erarbeitet.

Ein Aufmerksamkeits- und Konzentrationstraining (z.B. von Lauth und Schlottke: Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern) ermöglicht den Kindern, ihre Aufmerksamkeit zu erhöhen, eigenes Verhalten besser zu steuern und Handlungen besser planen zu können. Schritt für Schritt werden die unter Anleitung erworbenen Techniken dann auf Alltagssituationen übertragen. Wenn es z.B. um die Erledigung von Hausaufgaben geht, hat sich diese Methode als wirkungsvoll erwiesen.

Selbstmanagement-Methoden können helfen, angemessenere Verhaltensweisen im Umgang mit anderen zu entwickeln.

Durch ein zielgerichtetes Elterntaining sollen Risikofaktoren im familiären Rahmen reduziert und durch positiven Beziehungsaufbau ersetzt werden. Auch Schule oder Kindergarten sollten in die therapeutische Arbeit einbezogen werden, da sie einen wichtigen und umfassenden Lebensbereich der Kinder und Jugendlichen darstellen. Nach einer umfassenden Information der Pädagogen werden konkrete Maßnahmen besprochen, die die Rahmenbedingungen für das AD(H)S-Kind positiv verändern (mehr dazu unter Punkt 8).

In verschiedenen Langzeituntersuchungen konnte ein anhaltend positiver Effekt dieser Maßnahmen, gekoppelt mit der Verabreichung von Medikamenten, nachgewiesen werden.

Die Wirkung von **Diät** gegen Hyperaktivität wird heute sehr konträr diskutiert. Eine britische Studie legt den Verdacht nahe, dass gewisse Zusatzstoffe, wie Lebensmittelfarbe und Konservierungsstoffe, zu Unruhe und Impulsivität führen können. Negative Faktoren sind auch zu viel Fast-Food, zu viel Zucker, zu wenig Obst und Gemüse. Erfahrungsberichten zufolge zeigt eine Ernährungsumstellung nur eine begrenzte Wirkung auf die positive Veränderung der Symptomatik. Zu beobachtende Effekte lassen sich auch darauf zurückführen, dass, verbunden mit der Einhaltung eines bestimmten Diätplanes, das betroffene Kind vermehrt Aufmerksamkeit erhält und eine feste Struktur in den familiären Alltag übertragen wird. Familiäre Risikofaktoren bleiben allerdings weitgehend unberücksichtigt und der Druck auf das betroffene Kind erhöht sich unter Umständen so noch mehr. Darüber hinaus nimmt der elterliche Einfluss auf das Ernährungsverhalten mit zunehmendem Alter der Kinder immer weiter ab, was eine generelle Kontrolle unmöglich macht. Spätestens in der Pubertät können bestimmte Einschränkungen zu Frust- oder Trotzessen verbotener Nahrungsmittel führen.

Alternative Therapien wie **Musiktherapie, autogenes Training, Progressive Muskelentspannung nach Jacobsen, Yoga, Bewegungstherapie, Therapeutisches Reiten** und **Ergotherapie** stellen als zusätzliche Intervention eine sinnvolle Ergänzung dar, die sich besonders auf die positive Veränderung sekundärer Störungen wie Aggressivität, geringes Selbstvertrauen und Leistungsunsicherheit auswirken können.

Eine noch neue, aber inzwischen schon recht bekannt gewordene Alternative ist das **Neurofeedbacktraining**, bzw. **EEG-Biofeedback**, welches jedoch sehr aufwendig ist, da es der persönlichen und regelmäßigen Anleitung eines fachkompetenten Neurofeedback-Therapeuten bedarf. Hierbei werden die Gehirnströme gemessen und über spezielle Geräte rückgemeldet. Durch dieses Feedback werden körperinnere Funktionen der Wahrnehmung zugänglich gemacht und dann versucht diese unter willentliche Kontrolle zu bringen. Daraus soll sich eine verbesserte

Selbstregulationsfähigkeit ergeben. Verschiedene Studien, wie z.B. das Projekt „Train your Brain“ der Universität Tübingen überzeugen von der Wirksamkeit des Neurofeedback-Trainings.

Eine noch recht unbekannt Alternative zum Neurofeedback ist das audiovisuelle **Brainwave-Entrainment** mit dem **DAVID ALERT**. Während das Neurofeedback-Training eher eine aktive Form der Anwendung zur Beeinflussung der Gehirnaktivität ist, stellt das audiovisuelle Brainwave-Entrainment eher eine passive Form der Anwendung dar, welche im Ergebnis jedoch zu den gleichen Resultaten führen soll, wobei die Gehirnaktivität durch äußere Stimuli in Form von Licht- und Klangsignalen beeinflusst wird.

Als alleinige Alternative sollten alle diese alternativen Therapieformen nicht eingesetzt werden, da ihre Wirkungsweise bei der Behandlung von AD(H)S begrenzt ist.

Bei einer zusätzlich bestehenden Teilleistungsstörung (Legasthenie/Dyskalkulie) ist eine **Lerntherapie** unerlässlich.

## **8. Welche konkreten Maßnahmen lassen sich im pädagogischen Alltag umsetzen?**

### **➤ Informieren Sie sich eingehend über dieses Störungsbild!**

- Nutzen Sie jede Möglichkeit, um sich genauer zu informieren!
- Geben Sie diese Informationen auch an Kollegen und betroffene Eltern weiter!
- Akzeptieren Sie diese Kinder und ihre sehr unterschiedliche „Tagesform“ (An manchen Tagen erbringen die Kinder Leistungen und Verhaltensweisen, die ihnen an anderen nicht möglich sind.)!
- Suchen Sie den Kontakt zum Kind auch über den Bereich Schule oder Kindergarten hinaus (Hobbys, Familie, Freunde, Wünsche...)!

### **➤ Zeigen Sie ein konsequentes und freundliches Verhalten!**

- Kurze, eindeutige Regeln aufstellen, die immer gelten!
- Legen Sie im Falle einer Regelverletzung vorab Konsequenzen fest, die durchführbar sind und immer gelten!
- Ihre Reaktionen müssen für das Kind absehbar und konsequent sein, vermeiden Sie allzu emotionales, wechselhaftes Reagieren!
- Versuchen Sie das Kind frühzeitig bei den ersten Anzeichen aufkommender Unruhe zu stoppen und zum Thema „zurückzuführen“!



➤ **Diese Kinder brauchen eine generelle Verstärkung, nutzen Sie die Möglichkeit, Rückmeldungen so oft wie möglich zu geben!**

- Halten Sie Blickkontakt, insbesondere in Situationen, die dem Kind schwer fallen (z.B. Notieren der Hausaufgaben, Sitzen im Stuhlkreis)!
- Regelmäßige Kontrolle von Arbeiten, Aufträgen etc.!
- Wichtiges vom Kind noch einmal mit eigenen Worten wiederholen lassen!
- Checklisten gemeinsam mit dem Kind erstellen. Sie dienen dazu, die Vergesslichkeit zu reduzieren und Handlungsabläufe zu automatisieren und werden von dem Kind selbstständig abgearbeitet (siehe Anhang 1)!
- Positive Rückmeldungen für erfolgreiches Agieren geben
- Negative Rückmeldungen, wenn Regeln übertreten oder Forderungen nicht beachtet werden, klar, knapp und verständlich geben! Danach sollten Sie wieder Situationen der positiven Verstärkung nutzen, um das Kind erneut zu motivieren!
- Positive und negative Rückmeldungen sollten Sie so konkret wie möglich auf die Situation bezogen formulieren!
- Positive und negative Rückmeldungen geben Sie bitte unmittelbar im Anschluss an die betreffende Situation, mit zeitlicher Verzögerung büßen sie an Effekt ein!
- Tokensysteme sind motivierend und können eine spielerische Unterstützung sein. (siehe Anhang 2-5; Döpfner et.al. 2002)

➤ **Halten Sie zu den Erziehungsberechtigten einen regelmäßigen, intensiven Kontakt!**

- Suchen Sie das Gespräch mit den Eltern auch außerhalb der ohnehin anberaumten Termine!
- Geben Sie auch hier positive Rückmeldungen zu den Leistungen oder zum Verhalten des Kindes weiter! Klagen und Beschwerden hören die Eltern ohnehin schon von allen Seiten.
- Bilden Sie mit den Eltern keine Koalition gegen das Kind, sondern versuchen Sie, im Interesse des Kindes zusammen zu arbeiten!
- Informieren Sie die Erziehungsberechtigten über Beratungsangebote in der Region!

➤ **Einige Tipps für die Arbeit mit dem Kind in der Klasse oder Gruppe:**

- Gestalten Sie die Aufgaben für die Kinder anschaulich und abwechslungsreich (Einsatz von Signalfarben oder Bildmaterial)!
- Führen Sie Rituale und eine Regelmäßigkeit im Tagesablauf ein!
- Zerlegen Sie komplexere Aufgaben in Teilschritte (z.B. Sachaufgaben im Mathematikunterricht, Aufträge zur Körperpflege)!
- Formulieren Sie nicht mehrere Aufgaben auf einmal!
- Formulieren Sie die Aufgaben kurz und konkret!
- Setzen Sie in speziellen Situationen Körperkontakt ein (z.B. bei Startschwierigkeiten im schriftlichen Bereich, eventuell Hand auf die Schulter legen)!
- Geben Sie dem Kind Möglichkeiten zur Bewegung!
- Versuchen Sie die Außenreize für das Kind zu reduzieren (kein Sitzplatz am Fenster oder in der letzten Reihe)!
- Das Kind sollte seinen festen Sitzplatz haben!

**Es ist wenig sinnvoll, diese Maßnahmen in den pädagogischen Alltag zu überführen ohne sich vorher eingehend über das Störungsbild zu informieren.**

**Man muss zunächst einmal verstehen, wie und warum sich ein von AD(H)S betroffenes Kind so verhält, damit Verhaltensauffälligkeiten realistisch interpretiert und eine positive Beziehung zum betreffenden Kind aufgebaut werden kann.**

## 9. Literaturempfehlungen

Czerwenka, Kurt (Hrsg):

„Das aufmerksamkeitsgestörte und hyperaktive Kind“

Beltz, 2002

Dietz, Dagmar:

„Sitz doch endlich still“

Leben mit drei hyperaktiven Kindern

Bastei Lübbe, 2003

Döpfner, M., Schürmann, S. & Lehmkuhl, G. :

„Wackelpeter und Trotzkopf“

-Hilfen für Eltern bei hyperkinetischem und oppositionellem Verhalten-

Beltz, 2006

Döpfner, M., Schürmann, S., Fröhlich, J. :

„Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten“

THOP, Beltz, 2003

Döpfner, M., Fröhlich, J. & Lehmkuhl, G. :

„Ratgeber Hyperkinetische Störungen“

-Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie Bd. 1-

Hogrefe, 2000

Döpfner, M., Fröhlich, J., Lehmkuhl, G. :

„Hyperkinetische Störungen“

-Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher-

Hogrefe, 2000

Hartmann, Thom:

„Eine andere Art, die Welt zu sehen“

ADD – Eine praktische Lebenshilfe für  
aufmerksamkeitsgestörte Kinder und Jugendliche –

Schmidt-Römhild, 2006

Lauth, Gerhard W. & Schlottke, Peter F.:

„Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern“

Beltz, 2002

Neuhaus, Cordula:

„Das hyperaktive Kind und seine Probleme“

Urania Verlag, 2002

F.Petermann/U.Petermann:

„Training mit aggressiven Kindern“

Beltz, 2005

Schröder, Annette:

„ADS in der Schule“

-Handreichungen für Lehrerinnen und Lehrer–

Vandenhoeck & Ruprecht, 2006

### **Lernspiele für den PC:**

Dr. E. Aust-Claus/Dr. P.-M. Hammer:

AttenXo

Das Aufmerksamkeits- und Wahrnehmungstraining für Kinder von 5-8 Jahren

Dr. Helmut Bonney:

TAIL

Training von Aufmerksamkeit und Impulskontrolle als Lernspiel

Human Solutions GmbH, 2007

20

## 9. Adressen und Links

- ADHS Deutschland e.V.  
Bundesgeschäftsstelle  
Postfach 410724  
12117 Berlin  
Tel: 030 – 85605902  
Geschäftszeiten: Mo, Di, Do, Fr, jeweils 10.00 – 12.00
- AG-ADHS, Arbeitsgemeinschaft Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätsstörung der Kinder- und Jugendärzte e.V.
- Bundesärztekammer
- BV-AH, Bundesverband Aufmerksamkeitsstörung/Hyperaktivität e.V.
- BV AÜK, Bundesverband Arbeitskreis überaktives Kind e.V.
- zentrales adhs-netz
- Adapt Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung, Arbeitsgruppe zur Förderung von Personen mit AD(H)S und Teilleistungsschwächen

## **11. Glossar**

### **ADHS**

Aufmerksamkeitsdefizitstörung mit Hyperaktivität. Kernsymptome sind eine verminderte Konzentrations- und Aufmerksamkeitsfähigkeit, gesteigerter Bewegungsdrang sowie Impulsivität.

### **ADS**

Aufmerksamkeitsdefizitstörung ohne Hyperaktivität. Die Kernsymptome sind verminderte Konzentrations- und Aufmerksamkeitsfähigkeit, Impulsivität sowie ein normaler oder reduzierter Bewegungsdrang. Der Begriff AD(H)S wird gewöhnlich für beide Varianten (ADS und ADHS) verwendet.

### **Dopamin**

Neurotransmitter (Botenstoff), der eine wichtige Rolle bei der Reizweiterleitung im Gehirn spielt.

### **Hyperaktivität**

Gesteigerter Bewegungsdrang und körperliche Unruhe

### **Impulsivität, impulsives Verhalten**

Spontanes, plötzliches Ausführen von Handlungen, ohne zu überlegen und/oder die Folgen zu bedenken. Führt bei AD(H)S-Kindern häufig zu Unfällen und Verletzungen.

### **Komorbidität**

Begleiterkrankungen, die neben ADHS auftreten und gesondert diagnostiziert und behandelt werden müssen.

### **Lese-Rechtsschreib-und Rechen-Schwäche**

Teilleistungsstörungen, bei denen durch spezifische und umschriebene Funktionsstörungen in bestimmten Hirnbereichen die Lese-und/oder Rechtsschreibleistungen des betroffenen Kindes beeinträchtigt sind bzw. eine spezifische Rechenschwäche vorliegt. Beide Störungen gehen in der Regel mit normaler Intelligenz einher.

## **Multimodale Therapie**

Behandlung, die sich aus einer jeweils individuellen Kombination unterschiedlicher Therapieformen zusammensetzt. Der multimodale Therapieansatz bei AD(H)S umfasst das Elterntaining, psychotherapeutische Maßnahmen (z.B. Verhaltenstherapie) und die medikamentöse Therapie.

## **Neurotransmitter**

Im Nervensystem wirkende körpereigene Substanzen (Botenstoffe), die für die Reizübertragung zwischen Nervenzellen zuständig sind. Die wichtigsten im Zusammenhang mit AD(H)S sind Dopamin und Noradrenalin.

## **Noradrenalin**

Neurotransmitter (Botenstoff), der eine wichtige Rolle bei der Reizweiterleitung im Gehirn spielt.

## **Psychostimulanzien**

Substanzen (Psychopharmaka), die über eine direkte Beeinflussung des Zentralnervensystems Erleben und Verhalten des Patienten verändern können. Bei Gesunden können sie den Antrieb steigern und psychisch anregend wirken. Bei AD(H)S hingegen wirken sie nicht anregend, sondern eher ausgleichend. Die Verordnung dieser Medikamente unterliegt in Deutschland dem Betäubungsmittelgesetz.

## **Teilleistungsstörungen**

Leistungsstörungen, die bestimmte Funktionen des Gehirns betreffen (Lesen, Schreiben, Rechnen). Zusammen mit AD(H)S können Lese-Rechtschreib- und Rechen-Schwäche vorkommen.

## **Verhaltenstherapie**

Psychotherapeutische Behandlung, bei der unerwünschte Verhaltensweisen abgebaut und gezielt durch neue erlernte Verhaltensweisen ersetzt werden. Baustein der multimodalen Therapie von AD(H)S.

# 12. Anhang

## Fragebogen für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit mit und ohne Hyperaktivität

Vorname/Name des Kindes

.....

Geburtsdatum des Kindes

.....

Welches Geschlecht hat Ihr Kind?

- weiblich
- männlich

---

**Sind Ihnen oder anderen Bezugspersonen an Ihrem Kind zu Hause, im Kindergarten oder in der Schule folgende Verhaltensweisen aufgefallen?**

Unaufmerksam, leicht ablenkbar	nein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stark
Kann nicht still sitzen	nein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stark
Ist abwesend, verträumt	nein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stark
Unterbricht andere Kinder	nein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stark
Handelt ohne nachzudenken	nein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stark
Verliert seine Sachen	nein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stark
Vergisst seine Hausaufgaben	nein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stark
Ist unordentlich und chaotisch	nein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stark
Hat Stimmungsschwankungen	nein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stark
Hat wenig Selbstvertrauen, Angst vor Neuem	nein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stark
Ist ein Außenseiter	nein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stark

---

**Aufmerksamkeitsstörung - Zeigt Ihr Kind folgende Symptome?**

Kann es in der Schule oder bei den Hausaufgaben nicht auf Einzelheiten achten und macht Flüchtigkeitsfehler?	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	nein
Scheint es nicht zuzuhören, wenn man es anspricht?	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	nein
Verliert es bei einer Aufgabe oder beim Spielen schnell den Faden?	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	nein
Braucht sehr lange bei den Hausaufgaben oder macht sie schnell und oberflächlich?	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	nein



- Hat kein Interesse am Lesen, Malen oder Basteln?  ja  nein
- Spielt es am liebsten Computer, Game-Boy oder schaut Fernsehen?  ja  nein
- Verliert oder verlegt Ihr Kind häufig Spielsachen, Bücher, Stifte und Turnsachen?  ja  nein
- Lässt es sich leicht durch äußere Reize Ablenken?  ja  nein
- 

**Hyperaktivität – Zeigt Ihr Kind folgende Symptome?**

- Kann Ihr Kind beim Essen in der Familie ruhig sitzen?  ja  nein
- Stört es die Gruppe in der Schule oder im Kindergarten durch häufiges Aufspringen und Herumrennen?  ja  nein
- Spricht es schnell und undeutlich, verhaspelt es sich?  ja  nein
- Möchte Ihr Kind alles schnell machen oder viele Dinge gleichzeitig tun?  ja  nein
- 

**Impulsivität – Zeigt Ihr Kind die folgenden Symptome?**

- Handelt es unüberlegt?  ja  nein
- Stört es andere beim Spielen?  ja  nein
- Stört den Unterricht durch Dazwischenreden?  ja  nein
- Braucht es strenge Führung durch Erziehungspersonen?  ja  nein
- Kann es nicht abwarten, bis es an der Reihe ist?  ja  nein
- 

**Tics und Zwangsverhalten – Zeigt Ihr Kind die folgenden Symptome?**

- Augenblinzeln  ja  nein
- Schniefen, Bewegung der Nasenflügel  ja  nein
- Grimassen schneiden  ja  nein
- Unwillkürliche Bewegungen der Hände und Füße  ja  nein
- Häufiges, exzessives Händewaschen  ja  nein
- Angst vor Verschmutzung der Kleidung  ja  nein
- Angst vor ansteckenden Krankheiten  ja  nein
- Kontrolle, dass keine Einbrecher kommen oder dass kein Feuer ausbricht  ja  nein
-

**Störungen des kindlichen Gefühlslebens – Zeigt Ihr Kind die folgenden Symptome?**

- |  |                          |                            |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Angst beim Alleinsein in der Dunkelheit?                             | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Angst vor Krankheit oder Unfall eines Familienmitgliedes?            | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Angst vor Tieren?  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schulangst?  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Angst, sich vor anderen zu blamieren oder ausgelacht zu werden?      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Plötzliche, heftige Wutausbrüche?                                    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Zerstörung von Gegenständen im Affekt?                               | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Provoziert es gerne oder testet die Grenzen bei den Erwachsenen aus? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Will alles diskutieren, will bestimmen, kann nicht nachgeben?        | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wirkt es häufig unglücklich und traurig?                             | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Kann es über seine Ängste und Sorgen sprechen?                       | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
- 

**Lernstörungen – Zeigt Ihr Kind folgende Symptome?**

- |                            |                          |                            |
|----------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Lese-Rechtschreibschwäche? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Rechenschwäche?            | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
- 

**Körperliche Krankheiten und Beschwerden – An welchen körperlichen Krankheiten litt oder leidet Ihr Kind?**

- |                              |                          |                            |
|------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Kopfschmerzen, Migräne       | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Ein-und Durchschlafstörungen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Infektanfälligkeit           | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Allergien, Neurodermitis     | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Bettnässen                   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Bauchschmerzen               | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Blähungen                    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Durchfall                    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Erbrechen                    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |