



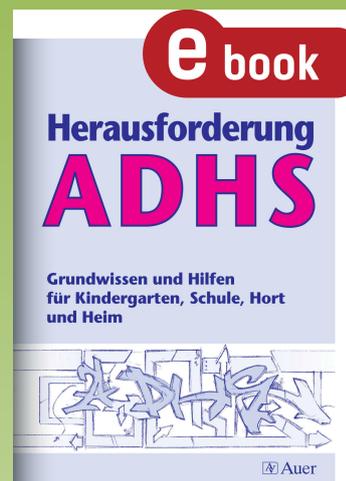
SCHOOL-SCOUT.DE

Unterrichtsmaterialien in digitaler und in gedruckter Form

Auszug aus: *Herausforderung ADHS*

Das komplette Material finden Sie hier:

School-Scout.de



Inhalt

●	Vorwort – Cordula Neuhaus	6
●	Vorwort – Werner Eitle	8
①	Einleitung	9
②	Grundlagen von ADHS	11
2.1	Ursprung	11
2.2	Was ist ADHS?	11
2.3	Begleitstörungen und -probleme	15
2.4	Ursachen	18
2.5	Diagnostik und Symptome	19
2.6	Stärken der Kinder und Jugendlichen mit ADHS	23
2.7	Prognose	24
2.8	Prävention durch Resilienz	24
2.9	ADHS – Krankheit oder „seelische Behinderung“?	25
③	Therapiemöglichkeiten	28
3.1	Psychotherapie	28
3.2	Verhaltenstherapie	28
3.3	Heilpädagogik	30
3.4	Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren	30
3.5	Ergotherapie	31
3.6	Psychomotorik	31
3.7	Direktive Spieltherapie	32
3.8	Entspannungsverfahren	32
3.9	Familientherapie	32
3.10	Videotraining	33
3.11	Medikamente	33
3.12	Wirksamkeitsstudien	38
3.13	Multimodale Therapie	39
④	Rechtliche Grundlagen	44

5	Hilfen der Heimerziehung	46
5.1	Familienunterstützende Angebote	46
5.2	Familienergänzende Hilfen über Tag	46
5.3	Hilfen über Tag und Nacht	47
6	Erzieherische Hilfen	49
6.1	Gruppenpädagogik	50
6.2	Allgemeine pädagogische Hilfen	54
6.3	Positive Beziehung und Compliance	55
6.4	Das therapeutische Milieu	55
6.5	Soziale Kompetenz	63
6.6	Verlässliche und haltgebende Beziehungen	65
6.7	Akzeptable Werte und Normen	67
6.8	Coaching	68
7	Aufklärung	75
7.1	Aufklärung des Kindes/Jugendlichen	75
7.2	Aufklärung der Eltern	75
7.3	Aufklärung des Umfeldes	80
8	Besondere Aspekte der Heimerziehung	81
8.1	Säuglinge, Klein- und Vorschulkinder mit ADHS	81
8.2	Förderdiagnostik und Erziehungsplanung	82
8.3	Erlebnispädagogik	86
8.4	Körperorientierte Verfahren	87
8.5	Musik	89
8.6	Freizeitaktivitäten	90
8.7	Trainingsprogramme	90
9	ADHS und Schule	96
9.1	Typische Symptome von Schülern mit ADHS	96
9.2	Hilfen im Unterricht	97

10	Vernetzte Partner	102
10.1	Team	102
10.2	Eltern	102
10.3	Umfeld	103
10.4	Jugendamt	103
10.5	Kindergarten	104
10.6	Schule	104
10.7	Heilpädagogisch-psychologischer Fachdienst	105
10.8	Fachkräfte außerhalb des Heimes	105
10.9	Medizinische Hilfsangebote	106
10.10	Sozialpädiatrische Zentren	106
10.11	Selbsthilfegruppen	106
●	Nachwort	108
●	Anhang	109
	Literaturverzeichnis	109
	Abbildungsverzeichnis	111
	Weiterführende Literaturhinweise	112
	Nützliche Adressen und Links	114
	Autor	119

Vorwort – Cordula Neuhaus

Die kontroverse Diskussion um ADHS erlebt derzeit leider wieder einmal einen neuen Höhepunkt in Deutschland, trotz des „Eckpunktepapiers“ des Bundesministeriums für Gesundheit und sozialer Sicherung zur Diagnostik und Therapie. Leider auch trotz der unermüdlichen Aufklärungsarbeit der Selbsthilfegruppen, einer Vielzahl seriöser Publikationen, zahlreicher Kongresse und Symposien, u. a. jetzt auch immer mehr zum „Hochrisiko ADHS“.

Immer mehr Studien aus dem In- und Ausland belegen das hohe Unfallrisiko dieser Kinder und Jugendlichen, die ausgeprägte Gefahr, delinquent zu entgleisen, Substanzen zu missbrauchen, den Ausgrenzungen in der Schule und Umfeld, dem Schwänzen der Schule, Abbrechen von Unterricht oder Ausbildung, der Entwicklung auch gravierender psychiatrischer Erkrankungen zusätzlich.

Die konstitutionell bedingte spezifische Neurodynamik führt zu einer spezifischen Regulationsdynamik mit Reizoffenheit, Reizfilterschwäche, Affektlabilität, Impulskontrollstörung und der fatalen Problematik, nur richtig „eingeschaltet, präsent und wach“ zu sein, wenn etwas, jemand subjektiv positiv bewertet wird (nur aus dem Gefühl heraus!).

Dadurch, und nicht nur durch die motorische Unruhe ergeben sich in der Beziehungs- und Bindungsentwicklung wie auch im Lern-/Leistungsbereich oft schon sehr früh erhebliche Schwierigkeiten, die schnell zur „klassischen Endstrecke“ führen – vor allem in einem Umfeld, das immer reizintensiver, schnelllebiger, veränderungsaktiver wird.

In unserer Zeit, unserem gegenwärtigen Schulsystem, das immer früher selbstangeleitetes, selbstständiges, intrinsisch motiviertes Arbeiten einfordert, methodisch und didaktisch immer diffuser werdend, fallen tatsächlich immer mehr auch eher leichter betroffene Kinder und Jugendliche auf, brauchen oft rasch Hilfe – sind darauf angewiesen, dass man ihr Problem erkennt, und nicht, wie landauf, landab so weit verbreitet, erst einmal überlegt, wer „schuld“ sein könnte ...

Umso verdienstvoller ist das vorliegende Buch von Werner Eitle, der knapp und klar beschreibt, erklärt und benennt, was ADHS ist und was hilft – nicht nur dem Kind/Jugendlichen und seinen Eltern, sondern auch den Erziehern, damit sie sich selbstwirksam in ihrer Arbeit erleben können – ganz abgesehen vom volkswirtschaftlichen Aspekt!

Noch immer gibt es jedoch leider eine große Zahl von Fachleuten, Ärzten, Sozialpädagogen und Psychologen, die ADHS als interaktional verursacht durch Bindungs- und Beziehungsstörungen betrachten, dabei aber durchaus auch viele Lerntheorien gehört haben. So formulierte Eysenck die Theorie der „mislungene Konditionierung“ und dass ein Heranwachsender mit einer hohen Wahrscheinlichkeit das wiederholt, was für ihn positiv und somit erfolgreich war. Sutherland geht davon aus, dass problematisches Verhalten in der Kommunikation mit anderen gelernt wird, Bandura postuliert Lernen am Beobachtungsmodell. Man beobachte andere und imitiere dies, so zum Beispiel auch beim Erkennen von schwierigen Umgangsvariablen in der Familie oder im weiteren Umfeld.

Bei Beeinflussung durch die Theorien der strukturell funktionalen Bedingtheit, die einen Jugendlichen z. B. dazu bringen können, für ihn wichtige Ziele mit anderen Mitteln als den von der Gesellschaft anerkannten zu erreichen (z. B. Markenartikel durch Klauen), und bei dem

Wissen, dass ein entsprechendes Etikett wie „chaotisch“ oder „deliquent“ zu einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung wird, war dann die Idee entstanden, mit Kinder und Jugendlichen ihren hintergründigen Konflikt erlebnispädagogisch anzugehen.

In „individuellen Einzelfällen“ soll entsprechend zunächst Beziehungsaufbau geleistet werden in Form von gemeinsamen Aktivitäten eines Betreuers mit einem Kind oder Jugendlichen zusammen. Dabei kommt es in aller Regel zunächst zu sehr positiven Aktivitäten aus Sicht des Kindes oder Jugendlichen, wie Minigolfspielen, Kinobesuch etc.

Es wird gehofft, dass aus dieser individuellen Zuwendung das Kind oder der Jugendliche über die Beziehung und die positiven Eindrücke und vor allen Dingen das Modellverhalten des Betreuers „umlernt“, respektive auch eine ganz andere „Sinnhaftigkeit“ erfährt.

In nicht wenigen Extremfällen wird mit sehr viel Geld die Erlebnispädagogik auch im Ausland durchgeführt. Leider wird eine solche Maßnahme meistens dann aber nicht mehr nachbetreut und es wird davon ausgegangen, dass „es“ dann eben einfach klappen muss. Für Kinder, die lediglich „depriviert“ sind, die aus schlechten Umfeldbedingungen kommen, wenig Positives erleben, ohne die ADHS-Problematik, kann dies sicher zu Verhaltensveränderungen und auch Fortschritten führen. Dies gilt aber ganz sicher nicht für Kinder und Jugendliche mit ADHS, die nicht zuletzt diesen Maßnahmen in aller Regel dann zugeführt werden, wenn sie schon gravierend auffallend geworden sind, z. B. auch mit einer schweren Störung des Sozialverhaltens. Es gilt vor allem auch deswegen nicht, da Lernen aus Erfahrung und Einsicht bei ADHS schlicht nicht funktioniert/erfolgt.

Gelenkte Aktivitäten, z. B. auch in einer heilpädagogischen Tagesgruppe und im Heim, sind vor allen Dingen dann sinnvoll, wenn sich die Betreuer mit der Symptomatik und der „anderen“ Funktionssteuerung von ADHS wirklich auskennen und entsprechend strukturierend einsetzen, effektiv die Eltern beraten, selbst Modell sind für Einschätzbarkeit, Gelassenheit, Klarheit, am besten mit einem Schuss Humor, wozu Werner Eitle kompetent anleitet. Das ausreichend intensive Einüben von Routinen, das Herangehen an subjektiv schwierig oder langweilig Erscheinendes, mit gelenkten Beschäftigungsangeboten und Belohnung können indes zielführende Verhaltensveränderungen bewirken im festgelegten Setting, wie es in diesem Buch beschrieben wird, das hoffentlich viel Verbreitung erfährt.

Cordula Neuhaus

(zahlreiche Veröffentlichungen zum Thema ADHS)

Vorwort – Werner Eitle

ADHS (= Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung), **ADS** (= Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom), **ADD** (= Attention Deficit Disorder), **ADHD** (= Attention Deficit/Hyperactivity Disorder), **HKS** (= Hyperkinetisches Syndrom) sind Begriffe, die in den letzten Jahren einer breiten Öffentlichkeit durch Fachbücher, aber auch durch Zeitschriften bekannt geworden sind. TV-Sendungen und Talkshows haben sich mit der Thematik beschäftigt. Selbst in einer Werbezeitschrift eines Supermarktes fand sich vor kurzem ein Artikel über ADHS.

Kaum ein anderer Begriff wird derzeit so kontrovers – nicht nur in Deutschland – diskutiert. Bei keinem anderen Störungsbild gehen die Meinungen und Einstellungen so weit auseinander. Dabei handelt es sich bei ADHS um die häufigste Störung der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Schätzungen reichen von 4–12 % aller Kinder. Betroffen sind ca. 6–8 % der Jungen und 3–4 % der Mädchen. Die betroffenen Kinder und Jugendlichen werden oft als nervig, quengelig, unruhig, zappelig, unaufmerksam, aggressiv, konzentrationsgestört, uneinschätzbar, naiv, dumm etc. etikettiert.

Die Meinungen über ADHS reichen von Fachleuten, die ADHS als zwar schon altes, aber nun endlich erforschtes Phänomen einstufen, bis zu Experten, die die Existenz von ADHS schlichtweg leugnen. Man hört: „Endlich können wir bestimmte Verhaltensweisen einordnen“ oder aber die Meinung, ADHS sei nur eine „Modediagnose“.

Bei all diesen Einstellungen, Meinungen, Vorurteilen, um die sich Experten und selbst ernannte Experten streiten, zanken, profilieren, bleiben betroffene Kinder/Jugendliche und deren Eltern oftmals auf der Strecke oder werden zum Spielball von Interessen und sich widersprechenden Meinungen und Verlautbarungen.

Als ehemaliger Leiter eines heilpädagogischen Heimes der Kinder- und Jugendhilfe und approbierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut kenne ich das Störungsbild ADHS aus der Heimerziehung. In diesem Buch möchte ich daher erprobte Hilfen und Anregungen für die Kinder- und Jugendhilfe, Erzieher, Lehrer, Eltern und weitere Kooperationspartner weitergeben.

Werner Eitle

1. Einleitung

Seit einigen Jahren berichten Medien über rücksichtslose, bedrohende, gefährdende Jugendliche und Heranwachsende. Auch wird festgestellt, dass Kinder und Jugendliche vermehrt ein gestörtes Lern- und Leistungsverhalten zeigen würden. Lehrer und Eltern beklagen zunehmend eine hohe Ablenkbarkeit, mangelndes Durchhaltevermögen und fehlende Anstrengungsbereitschaft. Die Ursachen hierfür werden bei den Medien, aber vor allem auch im Elternhaus vermutet. Konkrete Auswirkungen dieser Verhaltensschwierigkeiten zeigen sich z. B. in der Kriminalstatistik durch eine Zunahme der Kinder- und Jugendlichendelinquenz.

Als Antwort schlägt die bundesdeutsche Gesellschaft die geschlossene Unterbringung dieser Kinder und Jugendlichen vor. Die USA gehen sogar noch weiter: Dort sind Camps populär, die militärisch organisiert und ausgerichtet sind, um aus solchen Kindern und Jugendlichen wieder „funktionierende“ Menschen zu machen. Die Mitarbeiter dieser Camps in den USA sind vor allem Soldaten, Polizisten („Drill Instructors“) und keine Erzieher.

Können all diese Vorschläge wirkliche zukunftsorientierte Lösungen sein? Soll z. B. im Heim wieder gedrillt, getriezt und gedemütigt werden, um den aktuellen Verhaltensschwierigkeiten Herr zu werden? Sollen die Eltern schuld sein? Oder sind es die Medien?

Meine Antwort ist ein klares **Nein**, denn ich bin der Meinung, dass die oben genannten Verhaltensschwierigkeiten oftmals mit dem Problembereich ADHS zusammenhängen können und man dieser Personengruppe durch eine veränderte pädagogisch-therapeutische Erziehung durchaus im herkömmlichen Rahmen Hilfestellung geben kann. Die Eltern müssen aktiv an dieser Arbeit beteiligt und dürfen nicht nur als „Sündenböcke“ missbraucht werden, denn ADHS ist keineswegs nur das Ergebnis von mangelhafter Erziehung!

In diesem Zusammenhang sind oft Thesen zu hören, dass den Kindern z. B. nichts anderes übrig bleibe, als hyperaktiv zu sein, um sich gegen eine chaotische Umgebung zu wehren, oder dass eine mangelnde Verhaltenskontrolle die Folge von Traumatisierungen, ungelösten Konflikten und Beziehungsstörungen sei.

Sicherlich finden sich speziell bei Kindern, die sich in der Heimerziehung befinden, in der Vorgeschichte traumatische Belastungen wie z. B. Misshandlungen, eine Milieuschädigung oder gehäufte Beziehungsabbrüche. Doch darf damit nicht ausschließlich ADHS-typisches Verhalten erklärt werden. In jüngster Zeit wird in diesem Kontext bei besonders ausgeprägten Störungsbildern – häufig auch in Verbindung mit einer schweren Störung des Sozialverhaltens – die nicht unbedenkliche Diagnose einer Borderline-Störung gestellt. (engl. *Borderline* = Grenzfall, z. B. zwischen normal und krank. Das Borderline-Syndrom ist eine Bezeichnung für eine psychische Störung, die abwechselnd in Richtung auf eine Neurose oder auf eine Psychose sichtbar werden kann.)¹

Häufig wird außerdem ignoriert, dass Zwillingsstudien eine Erblichkeit bei ADHS von ca. 80% belegen. Hat einer der Eltern ADHS, liegt das Risiko beim Kind, ebenfalls ADHS zu bekommen, bei 50%. Hat ein Bruder oder eine Schwester ADHS, liegt das Risiko des anderen Geschwisterkindes, ebenfalls von ADHS betroffen zu sein, zwischen 55% bis 92%.

¹ Nähere Informationen zur Borderline-Persönlichkeitsstörung gibt es unter der Selbsthilfe-Seite: www.borderline-plattform.de

Unabhängig von der Ursache dieser Störung – fest steht, dass diese Kinder und Jugendlichen der erhöhten Aufmerksamkeit der Kinder- und Jugendhilfe bedürfen, da diese Personengruppe nicht selten bereits schon im Kindergarten schwer integrierbar ist. Noch schwieriger ist es in der Schule, so dass Eltern, Erzieher und Lehrer rasch an die Grenzen ihrer pädagogischen Möglichkeiten stoßen (vgl. Abb. 1).

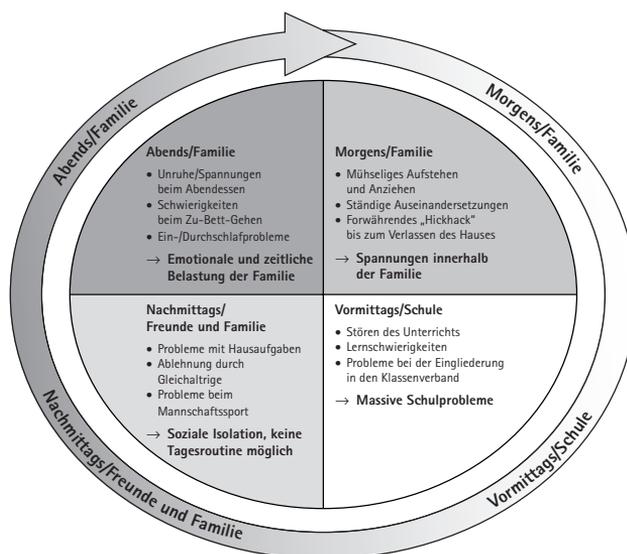


Abb. 1: Typische ADHS-Symptome im Tagesverlauf (aus: Bei ADHS: Einfach Kind sein – vom Aufstehen bis zum Schlafengehen. Broschüre des Pharmaunternehmens Lilly)

Sind die familiären Bedingungen zusätzlich erschwert, z.B. durch Trennung der Eltern, Arbeitslosigkeit der Eltern, eigene psychische Belastung und Überforderung (häufig auch im Zusammenhang mit Selbstbetroffenheit der Eltern durch ADHS) oder ein ungünstiges familiäres Umfeld, muss nicht selten der Weg der institutionalisierten Hilfe gesucht werden. Zudem sind Menschen mit ADHS vermehrt gefährdet, eine zusätzliche Störung des Sozialverhaltens, eine Lernstörung oder eine Angst- und depressive Störung zu entwickeln. Ebenfalls ist die Suchtgefahr erhöht. Eine frühzeitige klare diagnostische Abklärung ist daher hilfreich und notwendig! Fundierte Kenntnisse über den (frühzeitigen) Umgang mit ADHS sind sowohl für Kinder und Jugendliche als auch für deren Eltern wichtig. Auch die Kenntnis über begleitende und unterstützende Hilfen ist dabei unerlässlich.

In den nachfolgenden Kapiteln werde ich daher Kenntnisse über ADHS und deren Begleitstörungen sowie mögliche Hilfen vermitteln. Da die Kinder- und Jugendhilfe heute ein Verbundsystem von Hilfen beinhaltet, werden sowohl ambulante, teilstationäre wie auch stationäre Hilfen benannt. Kapitel 3 widmet sich besonderen fachlichen Hilfen, die sich bei ADHS-Kindern und -Jugendlichen bewährt haben, während Kapitel 9 den Fokus auf ADHS und Schule legt. Im Anhang findet der Leser schließlich nützliche (Internet-) Adressen und Literaturhinweise, um sich in Teilbereiche selbst vertiefen zu können.

Der Schwerpunkt meiner Ausführungen bezieht sich zwar auf das Feld der Heimerziehung, doch sind die Anregungen und Hilfen auch auf andere sozialpädagogische Einrichtungen und teilweise auch auf den schulischen Bereich übertragbar.

2. Grundlagen von ADHS

2.1 Ursprung

ADHS ist ein altes Phänomen. Immer wieder wird dabei auf den Arzt und Psychiater Heinrich Hoffmann (1809–1894) verwiesen, der 1844 den „Struwwelpeter“ für seinen Sohn zum Weihnachtsfest geschrieben und gezeichnet hat. Als Direktor einer Nervenheilanstalt für psychisch kranke Kinder kannte er den „Zappelphilipp“, ein Kind mit Bewegungsdrang aus innerer Unruhe, den „Struwwelpeter“, ein Kind mit Berührungängsten, das „Paulinchen“ mit den Streichhölzern, ein Kind mit Wahrnehmungsstörungen und unrealistischer Einschätzung von Gefahren, den verträumten „Hans-guck-in-die-Luft“ oder den „bösen Friederich“ aus eigener ärztlicher Erfahrung. Vor allem der „Zappelphilipp“ entspricht in seinem Erscheinungsbild dem Kind mit ADHS. Daher wird im allgemeinen Sprachgebrauch auch oft vom „Zappelphilipp-Syndrom“ gesprochen. Da aber auch Mädchen von ADHS betroffen sein können und es verschiedene Erscheinungsformen von ADHS gibt, spiegelt dieser Begriff nur die halbe Wahrheit wider. Während Jungen eher „Zappelphilippe“ sind, haben Mädchen eher Probleme mit der Unaufmerksamkeit und werden daher oft als „Träumerchen“ bezeichnet. In Zahlen ausgedrückt: Jungen überwiegen beim hyperaktiv-impulsiven Typ im Verhältnis von ca. 5:1, Mädchen dominieren beim unaufmerksamen Typ im Verhältnis von ca. 2:1.

2.2 Was ist ADHS?

Im Unterschied zu Heinrich Hoffmann wissen wir heute, dass ADHS eine **neurobiologische Störung** ist. Sie wird allerdings nicht durch eine falsche Erziehung oder eine gestörte Mutter-Kind-Beziehung verursacht. Die bisher durchgeführten Untersuchungen (biochemische, neurophysiologische, radiologische, nuklearmedizinische, molekulargenetische) weisen darauf hin, dass ADHS eine komplexe, überwiegend durch das Zusammenwirken mehrerer Erbfaktoren bedingte Hirnstoffwechselstörung ist, die vor allem auf die Stoffwechselprozesse im Frontalhirn einwirkt. Diese Stoffwechselstörung (es scheint hauptsächlich der Neurotransmitter Dopamin betroffen zu sein, der die Motorik steuert) führt zu Beeinträchtigungen der motorischen Kontrolle, Impulsivität sowie Reizwahrnehmung und Reizverarbeitung bei betroffenen Mädchen und Jungen. Daher sehen und erleben diese Kinder und Jugendlichen die Welt anders als Nichtbetroffene. Die Störung verschwindet auch mit dem Heranwachsen der Kinder und Jugendlichen nicht: Daher können ebenfalls Erwachsene von ADHS betroffen sein.

Eine Minderung der Intelligenz ist mit ADHS nicht verbunden. Allerdings können Kinder/Jugendliche mit ADHS ihre Leistungsmöglichkeiten oft nicht richtig ausschöpfen. Die vorhandene Intelligenz und die schulischen Leistungen klaffen daher oft auseinander. Wenn allerdings die Motivation für ein Fach gegeben ist, können ADHS-Kinder/-Jugendliche ausgesprochen gute Ergebnisse erzielen. Sie können daher jeden Schultyp besuchen, der ihrer Begabung und Intelligenz entspricht. Dies trifft auch für die Berufswahl zu: ADHS-Jugendliche und junge Erwachsene können jeden Beruf ergreifen, für den sie Interesse haben und die Voraussetzungen mitbringen.

Das folgende Fallbeispiel (angelehnt an Neuhaus 1996) soll dazu dienen, das Erscheinungsbild des heutigen „Zappelphilipps“ näher zu beschreiben:



Petra – Fallbeispiel aus der Grundschule

30-minütige Verhaltensbeobachtung einer Lehrerin bei der 6-jährigen Petra in der 1. Klasse einer Grundschule.

Thema: Wir bauen Großbuchstaben aus Cuisenaire-Stäbchen (farbige Holzstäbe). Die einzelnen Buchstaben müssen aus einem Buchstabengedicht herausgehört werden.

Motorische Kontrolle

Petra kann zunächst der Arbeitsanweisung der Lehrerin folgen (holt Stäbchenkasten), wandert dann aber durch das Klassenzimmer, baut sich anschließend mit ihrem Ordner ein Dach, spielt mit den Stäbchen, redet mit dem Nachbarn, rutscht auf dem Stuhl hin und her, fällt vom Stuhl und spielt unter dem Tisch weiter.

Impulsivität

Nachdem Petra wieder auf ihrem Stuhl sitzt, redet sie mit ihrem Banknachbarn und wird von der Lehrerin ermahnt. Antwort: „Lass mich.“ Dann setzt sich Petra auf den Tisch und spielt mit den Stäbchen weiter. Die Arbeitsanweisung wird weiter nicht befolgt.

Reizwahrnehmung und Reizverarbeitung

Petra guckt beim Nachbarn ab und sagt: „Ach so, jetzt kann ich's.“ Sie bildet dann ein „F“ mit den Stäbchen, steht auf, guckt in das Heft der Lehrerin und sagt: „Ich hab' gelesen, was du geschrieben hast.“ Petra läuft im Klassenzimmer umher und schaut bei anderen Kindern, was diese mit den Cuisenaire-Stäbchen machen. Dabei nimmt sie Michaels Stäbchenkasten und stellt diesen in den Deckel, da sie dies bei ihrem Stäbchenkasten auch so gemacht hat. Petra bezieht dafür einen sanften Armschlag von Michael, der sich von Petra sichtlich gestört fühlt. Daraufhin rennt Petra laut weinend und schreiend aus dem Klassenzimmer raus.

Fazit

Die Arbeitsanweisung wurde bis zu diesem Zeitpunkt nur unvollständig erledigt. Anstatt der Buchstabenkombination „FATMA“, die aus dem Gedicht hätte herausgehört werden sollen, baute Petra nur den Anfangsbuchstaben „F“ aus den Stäben. Sie ließ sich vom Geschehen im Klassenzimmer sichtlich ablenken und hatte Probleme, die Arbeitsanweisung der Lehrerin umzusetzen. Auf Ermahnungen reagierte sie überzogen. Der Reiz der „richtigen“ Ordnung bei ihrem Klassenkameraden Michael war so groß, dass Petra die Anordnung seines Arbeitsplatzes veränderte. Im motorischen Bereich fällt das Wackeln mit dem Stuhl auf.

Wie schon im Vorwort erwähnt, handelt es sich bei ADHS um die häufigste psychiatrische Störung der Kindheit. Die Häufigkeitsschätzzahlen liegen bei 4–8 % der Kinder, wobei international von noch höheren Zahlen, nämlich 8–12 % der Kinder dieser Welt, ausgegangen wird. Die Störung existiert in allen Ländern, in allen Kulturen, in allen Schichten.

Im deutschsprachigen Raum spricht man zumeist von der „**Hyperkinetischen Störung**“, ausgehend vom internationalen Klassifikationssystem psychischer Störungen der Weltgesund-

heitsorganisation (WHO), dem **ICD-10** (ICD = Abk. für engl. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* = Internationale Klassifikation der Krankheiten). In diesem Manual werden zwei Untergruppen (Untertypen/Subtypen) unterschieden:

- 1. Die einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung**
- 2. Die hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens**

Der zweite Subtyp berücksichtigt die Tatsache, dass bei ca. 30% der Kinder mit der hyperkinetischen Störung auch gleichzeitig eine Störung des Sozialverhaltens besteht, also ein sich wiederholendes und andauerndes Muster dissozialen, aggressiven oder aufsässigen Verhaltens in einem solchen Ausmaß, dass man von groben Verletzungen altersentsprechender sozialer Erwartungen ausgehen kann. Die Prognose ist entsprechend ungünstiger als bei der einfachen Ausprägung. Was die Bezeichnung angeht, hat sich in letzter Zeit die Abkürzung **ADHS** durchgesetzt. Diese Bezeichnung geht auf das internationale Klassifikationssystem **DSM** zurück (DSM = Abk. für Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, ein von der Amerikanischen Psychiatrischen Assoziation herausgegebenes Handbuch zur Klassifikation und Vereinheitlichung der Nomenklatur in der Psychiatrie. Es liegt heute in der vierten Version [DSM-IV] von 1994/deutsche Ausgabe 1996 vor). Das DSM-IV wird vor allem in Amerika verwendet. Es berücksichtigt im Unterschied zum ICD-10 auch ADHS im Erwachsenenalter, da davon ausgegangen wird, dass bestimmte Symptome auch im Erwachsenenalter weiter bestehen können. Zudem schließt diese Bezeichnung sowohl das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom mit Hyperaktivität als auch ohne ein. Die Form ohne Hyperaktivität wird im Volksmund auch „Träumerchen“ oder „Hans-guck-in-die-Luft“ genannt. Diese Kinder weisen keine motorische Überaktivität auf, haben aber ebenfalls das Kernproblem der Aufmerksamkeitsstörung. Hinzu kommt ein Mischtyp der beiden Formen, so dass insgesamt drei Subtypen unterschieden werden:

- 1. der vorwiegend hyperaktiv-impulsive Typus**
- 2. der vorwiegend unaufmerksame Typus**
- 3. der Mischtypus**

Der Schweregrad kann von leicht über mittel bis schwer reichen. Beim Vollbild der Störung spricht man vom Bestehen der so genannten Symptomtrias, d. h. es liegt vor:

- **ausgeprägte motorische Unruhe**
- **Unaufmerksamkeit**
- **Impulsivität**

Die Diagnose ADHS kann *frühestens* zwischen dem 4. bis 6. Lebensjahr erfolgen. Für die ersten sechs Lebensjahre gibt es keine Kriterien, sondern nur Verdachtsanzeigen. Im frühen Säuglingsalter ist die Diagnose ADHS überhaupt nicht möglich. In diesem Alter kann es Hinweise im Hinblick auf Regulationsstörungen und Beziehungsstörungen etc. geben, die aber keine Aussagekraft hinsichtlich der Diagnose ADHS haben. Im Kindergartenalter können Probleme in der Gruppe, feinmotorische Schwierigkeiten, Verzögerung der Blasen- und Mastdarmkontrolle etc. auf ADHS hindeuten. Eindeutig kann die Diagnose erst nach dem 6. Lebensjahr anhand der Diagnosekriterien eindeutig gestellt werden.

Wie oben erwähnt, ist ADHS keine Störung, die sich nur auf die Kindheit bezieht und in der Pubertät verschwindet. In der Pubertät bessert sich zwar die Hypermotorik, die Betroffenen erscheinen jedoch oft noch rastlos und getrieben. Individuell, ihrer jeweiligen Sozialisation und ihrem Entwicklungsverlauf entsprechend, eignen sich Kinder, Jugendliche, Heranwachsende Kompensationsstrategien an, die eine Lebensbewältigung ermöglichen.

Jungen scheinen laut entsprechender Literatur ca. 3–4-mal häufiger betroffen zu sein als Mädchen. Es gibt aber auch Meinungen, die davon ausgehen, dass Mädchen genauso häufig betroffen seien wie Jungen, nur würden sich ihre Symptome anders äußern. Darauf deutet auch hin, dass die Geschlechterverteilung im Erwachsenenalter bei ca. 1 : 1 liegt.

Abb. 2 zeigt, welche Probleme typisch für Erwachsene mit ADHS sein können:

Name: T. C.	Alter: 26	Datum: 23.1.01	Wie zutreffend ist die Beschreibung?			
Berufsausbildung:	Gegenwärtige Tätigkeit:		gar nicht	ein wenig	weitgehend	besonders
Kreuzen Sie bitte für jede Beschreibung die Zahl an, die angibt, wie zutreffend diese Beschreibung für Sie ist, bezogen auf die letzten sechs Monate .						
01. Es fällt mir oft schwer, Einzelheiten zu beachten oder Flüchtigkeitsfehler zu vermeiden, z. B. bei Schreibarbeiten oder bei anderen Tätigkeiten in der Ausbildung oder am Arbeitsplatz.			0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3
02. Es fällt mir oft schwer, mich bei beruflichen Aufgaben oder bei Hobbies dauerhaft zu konzentrieren.			0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3
03. Ich kann häufig nicht richtig zuhören, wenn ich direkt angesprochen werde.			0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
04. Ich habe oft Schwierigkeiten, Anleitungen zu folgen und Arbeiten zu Ende zu bringen.			0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
05. Ich habe oft Schwierigkeiten, Aufgaben oder Aktivitäten zu organisieren.			0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>
06. Ich vermeide oft Aufgaben, bei denen ich mich länger konzentrieren und anstrengen muss oder ich mache sie nur widerwillig.			0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3
07. Ich verliere oft Gegenstände, die für bestimmte Aufgaben oder Aktivitäten nötig sind (z. B. Schlüssel, Arbeitsunterlagen, Bücher oder Werkzeug).			0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
08. Ich bin leicht ablenkbar.			<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3
09. Ich bin im Alltag häufig vergesslich.			0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
10. Meine Hände und Füße sind ständig in Bewegung und ich kann nicht ruhig sitzen bleiben.			0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
11. Ich stehe oft in Situationen auf, in denen es unpassend ist.			<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3
12. Es fällt mir schwer, mich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen.			0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
13. Ich springe häufig auf und laufe herum, wenn es unpassend ist.			<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3
14. Ich fühle mich oft unruhig und nervös.			0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3
15. Ich bin ständig und in einem starken Ausmaß in Bewegung und kann darin kaum durch andere begrenzt werden.			0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
16. Ich bin häufig „auf Achse“.			0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3
17. Ich platze häufig mit Antworten heraus, bevor Fragen zu Ende gestellt sind.			0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3
18. Ich kann häufig nur schwer warten, bis ich an der Reihe bin (z. B. bei Warteschlangen oder in einer Gruppe).			0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>
19. Ich unterbreche oder störe andere häufig (z. B. im Gespräch).			0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
20. Ich rede häufig übermäßig viel.			0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3

Abb. 2: Beispiel für einen ausgefüllten Erwachsenenfragebogen (aus: Adam/Döpfner/Lehmkuhl 2002, S. 74)

Zusammengefasst lauten die häufigsten Probleme:

- **Unaufmerksamkeit** und **Ablenkbarkeit** (z. B. Vergesslichkeit)
- **Hyperaktivität** und **Verträumtheit** (z. B. innere Unruhe, Trödelverhalten)
- **Impulsivität** (z. B. Selbstkontrollprobleme)
- **Stimmungsschwankungen** (z. B. schnell gelangweilt)
- **Organisationsprobleme** (z. B. Planungsprobleme)

2.3 Begleitstörungen und -probleme

Neben der oben angegebenen Kernproblematik **ausgeprägte motorische Unruhe, Unaufmerksamkeit** und **Impulsivität** hat ADHS noch zahlreiche Begleitstörungen, die sich in folgenden Bereichen zeigen können:

- **im Gefühlsbereich:** vermindertes Selbstwertgefühl, geringes Einfühlungsvermögen, eingeschränkte Realitätskontrolle, Ängste, depressive Störungen
- **im Lernbereich:** Probleme beim Lesen, Rechnen, Schreiben, reduzierte schulische Leistungsmotivation
- **im Sozialverhalten:** verminderte Frustrationstoleranz, häufige Wutausbrüche, aktiver Widerstand gegen Regeln und Anweisungen, Aggressivität, negatives Interaktionsverhalten, zudringliches Verhalten, albern, „herumkaspern“, Ablehnung durch Gleichaltrige, Außenseiterrolle, keine Freunde, unbeliebt, schlagen, sticheln, trotzig, bockig, explosives Verhalten
- **Teilleistungsstörungen:** Wahrnehmungsstörungen, Einschränkungen des Sehsinns, Hörsinns, Tast- und Bewegungssinns sowie der Grob- und Feinmotorik

Aus Untersuchungen weiß man, dass es in ca. 50% der Fälle zu Begleiterkrankungen wie **Depression, Angst-, Zwangs-, Lern-, Sucht- oder Essstörungen** kommen kann. Die meisten Patienten mit ADHS haben laut Barkley (2002) wenigstens eine, wenn nicht zwei oder mehrere zusätzliche Störungen. Man geht dabei von folgenden Kombinationen aus:

- ADHS + Lernstörung
- ADHS + oppositionelles Verhalten
- ADHS + Angststörung und Depression
- ADHS + Tic-Störungen
- ADHS + Einnässen
- ADHS + Nahrungsmittelüberempfindlichkeit

Weiterhin treten oft folgende typische **Begleitprobleme** von ADHS auf:

- **Unfälle**
- **Rauschmittel**
- **Dissozialität**



SCHOOL-SCOUT.DE

Unterrichtsmaterialien in digitaler und in gedruckter Form

Auszug aus:

Herausforderung ADHS

Das komplette Material finden Sie hier:

School-Scout.de

