

AUFMERKSAMKEITSDEFIZITE und HYPERAKTIVITÄT

Der siebenjährige Tobias fällt im Unterricht durch seine gesteigerte Bewegungsunruhe und Unaufmerksamkeit sehr bald der Lehrerin negativ auf. Weiters zeigt er Probleme bei der sozialen Eingliederung in den Klassenverband. Durch sein impulsives Verhalten manövriert er sich permanent in einen Teufelskreis von Unaufmerksamkeit, Ermahnung, Störung des Unterrichts und Konfrontation mit Mitschülern, aus dem der Schüler nicht ohne Hilfe von außen herauskommen kann. In der anschließend erfolgten, von der Lehrerin angeregten und den Eltern gewünschten, umfassenden schulpsychologischen Diagnostik wird eine Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung, kurz ADHS, festgestellt und weitere Behandlungsschritte mit allen Beteiligten besprochen.

Das Hauptmerkmal der Aufmerksamkeitsdefizit- und/oder Hyperaktivitätsstörung ist ein durchgängiges Muster mangelnder Aufmerksamkeit und/oder Hyperaktivität/Impulsivität, welches häufiger und schwerwiegender ist, als es bei Personen auf vergleichbarer Entwicklungsstufe beobachtet wird. Der Begriff stammt von der American Psychiatric Association 1980 und wurde von den Europäern übernommen. Es handelt sich bei dieser Störung um ein Syndrom, welches sich auch bei Kopfverletzungen, Östrogenmangel z.B. in der Menopause zeigen kann. Es treten dabei unterschiedliche Symptome, die kategorisiert wurden, in unterschiedlicher Gewichtung auf. Für eine Diagnose müssen mindestens sechs Symptome von Unaufmerksamkeit oder von Hyperaktivität/Impulsivität für mindestens sechs Monate vorliegen. Die Beeinträchtigung durch die Symptome muss in mindestens zwei Lebensbereichen (Schule, Familie, etc.) schon vor dem siebenten Lebensjahr aufgetreten sein.

Aufmerksamkeitsstörungen gehören zu den häufigsten Verhaltensstörungen im Grundschulalter. Die Nennungen schwanken zwischen 3 und 10 Prozent, wobei das Störungsbild bei Knaben signifikant häufiger als bei Mädchen (3/10:1) auftritt. Das Risiko, ADHS zu bekommen, steigt mit der Anzahl der Indikatoren für ungünstige Entwicklungsumstände wie konfliktreiche Familienbeziehungen, Unzufriedenheit in der Ehe und Trennung der Eltern, niedrige soziale Schicht, große Familie, Kriminalität der Eltern, psychische Störungen der Mutter, Pflegefamilie.

Die aktuellen, medizinischen Forschungsergebnisse weisen einen genetischen Einfluss für die Entstehung des Syndroms mittels Zwillings- und Familienstudien nach. Weiters im Gespräch sind neurophysiologische Ansätze (Dopamin-, Noradrenalin-, Serotonin-, Mono-Amino-Oxidase-Hypothesen, Blutflussverteilung im Gehirn).

Immer wieder wird der Faktor Ernährung ins Spiel gebracht. Feingold stellte die Hypothese auf, dass es bei HS allergische Reaktionen auf Nahrungsmittelzusätze (z.B. künstliche Farb- und Geschmacksstoffe) geben könnte. Weiters wurde raffiniertes Zucker als HS-Auslöser in einer Studie von Prinz und Riddle 1986 favorisiert. Folgestudien konnten aber die aufgestellten Hypothesen nicht bestätigen. Auch wenn Ernährungsaspekte nur einen sehr geringen Anteil an ADHS haben, sollte man sie nicht außer acht lassen.

ADHS tritt meist in Kombination mit anderen psychischen Störungen, insbesondere Störungen des Sozialverhaltens/bei älteren Kindern oppositionelles Trotzverhalten (30-

90%), affektive Störungen (15-75%), Angststörungen (25%) und spezifische Lernstörungen (20%) auf, wobei mehrere Kombinationen nicht ungewöhnlich sind. Bei bis acht jährigen ADHS Kindern zeigen sich Komorbiditäten mit Ticstörungen oder Störungen der Ausscheidung. Die großen Prozentschwankungen der Komorbiditätsraten können auf methodologische Unterschiede und unterschiedliche Altersgruppen zurückzuführen sein. Weiters sind nach Jensen et al. Kinder mit ADHS anfälliger für Stressoren aus Umwelt und Familie, und wenn sie diesen ausgesetzt werden, werden sie ängstlich und depressiv.

Die Behandlung von ADHS sollte multimodal (Aufklärung und Beratung, Interventionen in der Schule, medizinische Behandlung, psychosoziale Interventionen: Familien- oder Verhaltenstherapie) erfolgen. Wenn eine pharmakologische Behandlung nach den Angaben der Ärzte notwendig erscheint, ist diese durchzuführen. Weiters ist die Arbeit mit den Eltern, der Familie (z.B. Zusammenstellung eines Managementprogrammes für das Verhalten ihres Kindes, Beratungsgespräche, Elterntaining etc.) und den LehrerInnen, MitschülerInnen (Verhaltensmanagement in der Klasse, soziales Lernen) durch geschulte PsychologInnen sehr wichtig. Das Ziel ist es, dem ADHS-Kind zu helfen, in eine positive Situation zu kommen, wo die soziale und die psychologische Entwicklung unterstützt werden. Sehr schlimm sind Ausgrenzung und Abschiebung dieser meist sehr intelligenten Kinder in die Sonderschule!

Für das ADHS Kind ist eine therapeutische, vor allem verhaltenstherapeutische Betreuung, sehr hilfreich. Es gibt sehr umfangreiche, verhaltenstherapeutische Programme wie das THOP (Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten) nach Döpfner et al.. Weiters eignen sich sehr gut Aufmerksamkeits- und Konzentrationstrainingsprogramme (z.B. Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern nach Lauth und Schlottke, Marburger Konzentrationstraining nach Krowatschek), bei Wahrnehmungsdefiziten Wahrnehmungstrainingsprogramme (z.B. Lernprobleme an der Wurzel packen nach Sindelar, Wahrnehmungstraining nach Spiel et al.) und Entspannungstraining (z.B. Komm mit zum Regenbogen nach Teml, Bleib locker von Klein-Hessling und Lohaus, Kinder ohne Stress nach Vopel).

Eine Prognose über die Zukunft für das ADHS-Kind kann nicht abgegeben werden. Meistens geht es gut aus, wenn man an diese Kinder glaubt und sich als Eltern professionell dabei unterstützen lässt (Universitätskinderkliniken besonders Graz und Wien, SchulpsychologInnen, PsychotherapeutInnen, PsychologInnen in freier Praxis). Wichtig für diese Kinder ist es, in ihrem Leben mutig einen Platz als wertvolle Mitglieder der Gesellschaft zu finden. Die Aufgabe der Eltern ist es, ihr Kind zu lieben und zu erziehen, des Lehrers, inhaltlich und sozial fortzubilden und der Mit- und Umwelt dabei zu helfen. Von gegenseitigen Lehrer-Eltern Schuldzuweisungen bis hin zu Schulausschlüssen sollte Abstand genommen werden. In Einzelfällen kann ein rechtzeitiger Schulwechsel in einen kleineren Klassenverband mit kooperationsbereiter Lehrer- und Elternschaft hilfreich sein. Es geht also um eine gegenseitige Mit- und Zusammenarbeit zwischen Eltern-Lehrer-Schüler, die gleich von Schulbeginn an gepflegt werden sollte!

Literatur:

Döpfner, M., Schürmann, S. & Lehmkuhl, G. (1999): Wackelpeter & Trotzkopf. Hilfen für Eltern von Kindern mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Neuhaus, Cordula (1998): Das hyperaktive Kind und seine Probleme, Urania-Ravensburger Verlag.

EINIGE EMPFEHLUNGEN FÜR ELTERN im Umgang mit ADHS Kindern

- Klare, verständliche, entwicklungsangepasste Regeln und Regelpläne erstellen - eindeutige Regeln in der Familienkommunikation - wer wann redet!
- Bei Widerstand und Abwehr ist eine Anforderung an das Kind sehr konkret zu stellen und prompt einzufordern!
- Nichteingehen auf ständiges Klagen des Kindes!
- Beachten Sie Ihr elterliches Modellverhalten außerhalb der kritischen Situation und besprechen Sie in Ruhe mit dem Partner das gemeinsame und übereinstimmende Konzept der Vorgangsweise!
- Humor kann eine angespannte Situation entschärfen!
- Überaktive Kinder sind sehr stimmungsempfindlich - innere Ruhe und Gelassenheit bewahren - Vorsicht vor Überreaktion - für ein positives, ausgewogenes und akzeptierendes Klima sorgen!
- **Strukturierter Tagesablauf: Feste Zeiten für Schule, Lernen und Freizeitaktivitäten!**
- Lenkung des unproduktiven Bewegungsdranges durch Finden sinnvoller Ventile für die Überaktivität wie Trampolinspringen, Tempelhüpfen, Gummitwist, gezielte motorische Aktivitäten unter Einsatz grober Kraft z.B. schweren Gegenstand holen, im Garten helfen, Autowaschen etc.
- Genaue Kontrolle von Fernseh- und Computerspielzeiten - je weniger, desto besser!
- Getrennte Refugien bei Geschwistern und klares Zuweisen von Spielzeiten und Raum!
- Das Kind soll mit seinem ihn besuchenden Spielkameraden allein sein dürfen!
- Alle Kinder in der Familie sollen genügend Zeit allein mit ihren Elternteilen haben!
- Mitarbeit im Haushalt, Sitzordnung im Auto und am Familientisch müssen deutlich und einschätzbar aufgeteilt sein!
- Besuchen die Kinder dieselbe Schule, darf der Bruder/die Schwester nicht Reporter über Missetaten des ADHS-Kindes werden!
- Die Anstrengungsbereitschaft des Kindes positiv verstärken z.B. durch Lob – auch wenn es nicht perfekt aussieht!

Dr. Sonja SKOF
Beratungsstellenleiterin
Schulpsychologie Wr. Neustadt-Stadt