

Cordula Neuhaus

Dipl. Psychologin * Dipl. Heilpädagogin
 Psychologische Psychotherapeutin
 Kinder- und Jugendpsychotherapeutin
 Verhaltenstherapeutin

Alleenstrasse 29 . 73730 Esslingen

Telefon: 0711/ 36 70 14

Telefax: 0711/ 36 78 73

Cordula Neuhaus – Alleenstr. 29 – 73730 Esslingen

Dresdner Bank Nürtingen

Kto. Nr. 1883 732 (BLZ 612 810 07)

Kinder mit ADHS im Unterricht – eine ganz besondere Herausforderung mit ungeahnten Effekten

In den letzten Monaten wird das Thema ADHS auch in den Medien immer wieder diskutiert, kontrovers und leider auch von Menschen, die dieses Störungsbild nicht profund kennen oder aus ideologiegeleiteten Aspekten argumentieren ADHS ist keinesfalls eine „neumodische“ Erscheinung oder Entschuldigung für Ungezogenheit, fällt aber in unserer vielbereizten und schnelllebigen, freizügigen Gesellschaft immer mehr auf.

1. Zeigt ein Kind / Jugendlicher nicht in extremer Form ständig Verhaltensweisen wie motorische Unruhe und Zappeligkeit, Impulsivität und ständige Abgelenktheit, wird leider noch viel zu oft die situationsunangepasste Selbstdarstellung, wie das nicht Abwarten können, die häufig auftretenden Lernschwierigkeiten, die Verstimmung (oft auch mit Somatisierung, wie Kopf- und Bauchschmerzen) erklärt durch Reaktion auf Eheprobleme der Eltern, Bindungs- und Beziehungsstörungen in der Familie, aber auch Unwilligkeit, Faulheit, „MCD“, zu hohe Erwartungen an das Kind / den Jugendlichen.
2. Zu hohe Erwartungen an das Kind / den Jugendlichen werden hypothetisiert. Die Tatsache, dass ein Elternteil alleinerziehend ist, scheint oft noch nach wie vor „alles“ zu klären.
3. Gewarnt wird vor „unreflektiert“ verwendeten psychiatrischen Diagnosen oder „dem entlastenden Griff nach einer Ursache“, bei „selektiver“ Wahrnehmung eines Diagnostikers. Statische Denkmodelle werden kritisiert (der „Beziehungskontext“ werden bei einer solchen Diagnosestellung viel zu wenig beachtet), es sei viel zu wenig „psychologisch“....(?).
4. Bei jungen Kindern wird gerne beschwichtigt und bagatellisiert, obwohl die Eltern von auffallend extremer Affektlabilität, dabei z.B. sehr niedriger Frustrationstoleranz, fein- und graphomotorischer Ungeschicklichkeit und mangelhaftem Lernenkönnen aus Erfahrungen, Vergesslichkeit, Unfähigkeit, nach einer Situation stimmig-flüssig zu erzählen, berichten.

5. Bei z.T. ausgeprägt risikoreichem Verhalten wird die Fürsorglichkeit der Eltern angezweifelt, bei „Aufdrehen“ in einer Gruppe „mangelnde Erziehung“ gesehen, bei Unaufmerksamkeit im Unterricht, ständigem Gähnen und Räkeln des Kindes / des Jugendlichen zu viel Fernsehkonsum, Game-boy-Spielen usw. vermutet.
6. Bei dieser offensichtlich erheblich zu Polarisierung aufrufenden Störung wird jedoch daneben beobachtet, dass mancherorts das „ADS-Syndrom“ geradezu als „Marktlücke“ entdeckt wird. Mit Videodiagnostik wird festgestellt, ob ein Kind „ADS“ hat oder nicht, um es dann unter Videoüberwachung auf Methylphenidat einzustellen.
7. Im pädagogisch therapeutischen Bereich, tummelt sich ein buntes Völkchen, mit einer nicht minder bunten Palette von Abhilfen, wie Bachblütentherapie, Kinesiologie, Bioresonanz, „lerntherapeutischen Ansätzen“ etc.
In den „Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter“ (2000) wird leider etwas irreführend zunächst ein „durchgehendes Muster“ von Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität gefordert, das „in einem für den Entwicklungsstand des Betroffenen abnormen Ausmaß situationsübergreifend auftritt“.
Leitlinien zur Diagnostik und Kriterienkatalog (ICD 10, DSM IV) bestehen seit längerem, kundige Fachleute aus Medizin und Psychologie sollten die Diagnose anhand des multiaxialen Klassifikationssystems psychischer Störungen auf allen 6 Achsen stellen.
8. Es gilt jedoch, das Störungsbild in seiner Krankheitsentität vollständig zu verstehen.
Die „hyperkinetische“ Störung – eine alte problematische Bezeichnung im ICD 10 für ein komplexes Störungsbild der, wie sich immer mehr abzeichnet, doch offensichtlich generellen Dysregulation der zentralen Selbststeuerungsfunktionen in der Hauptsymptomatik ist das Syndrom gekennzeichnet durch Reizoffenheit bei Reizfilterschwäche mit der interessierten Offenheit für alles „so nebenher“, der Fähigkeit zur spontanen Kontaktaufnahme (so nicht comorbide Störungen bestehen), einem „Elefantengedächtnis“ für Kleinigkeiten aus der Vergangenheit, einer oft verblüffend guten Orientierungsfähigkeit – neben der syndromtypischen extremen Ablenkbarkeit und Vergesslichkeit.
Die Impulsivität zeichnet sich ab durch eine mangelhaft ausreifende „automatische Servo-Verhaltenskontrolle“ mit mangelhafter Entwicklung ausreichender nonverbaler Arbeitsspeicherkapazitäten und damit einem zu klein bleibenden „Zeitfenster“, mangelhafter Verinnerlichung von Sprache (unter anderem zum zielgerichtet planenden Vorgehen), mangelhafter frontallhirngesteuerter Dämpfung der Emotionen bei regelrecht „oszillierenden“ Stimmungsschwankungen und der Tendenz zu regelrechten „Gefühlsabstürzen“. Daneben sind Wutanfälle, Beleidigt sein, Weinen aus geringem Anlass zu beobachten, ebenso dass nach Analyse eines Gedankens nicht ausreichend am Thema bleibend resynthetisiert werden kann (z.B. bei Rechtfertigung mit der Tendenz, immer noch eine Ausrede – und immer das letzte Worte zu haben).
„Normale“ Entwicklung der Selbstregulation bedeutet, dass immer besser im Kindesalter aus Erfahrung gelernt werden kann, um zukünftige Ereignisse vorzusehen. Dies allerdings ist einem Kind/Jugendlichen mit ADHS in seiner ganzen Entwicklung versagt, mit entsprechendem Anecken. Das Leben nur im Hier

und Jetzt bedeutet ein Leben ständig in der Kreise (- auch noch oft im Erwachsenenalter), mit Desorganisiertheit, mangelhaftem Umsetzen für sich selbst, bei der Fähigkeit, für andere alles zu können und zu wissen.

Irritierend für das Umfeld ist, dass bei Neuem, Interessantem und Spannenden annähernd unauffälliges Verhalten produziert werden kann, bis hin zur „Hyperfocussierung“ mit oft verblüffend gutem Erfolg (wenn nicht sekundär erhebliche Probleme bestehen). Entsprechend besteht immer wieder die Frage, ob das Kind/der Jugendliche nicht doch eigentlich kann, was es/er soll und eigentlich nur die entsprechende Anstrengungsbereitschaft bestehen müsste. Die Etiketten „faul, dumm, verrückt“ werden schnell vergeben.

Außerhalb der Kriterienkataloge ICD 10 (Nr. F 0.0 und F 90.1) sowie DSM IV Nr. 314.01 sowie Nr. 314.00 mit dem

- vorherrschend hyperaktiv impulsiven Subtypus
- vorherrschend unaufmerksamen Subtypus
- gemischten Subtypus (unaufmerksam, impulsiv, hyperaktiv) auch in partieller Remission bei Jugendlichen und Erwachsenen

gibt es **entscheidende Kriterien**, die diese Kinder/Jugendlichen/Erwachsenen von reaktiv, unruhig und unaufmerksamen Patienten **deutlich** unterscheiden (Brown 2000)

9. , Hochbegabung oder Intelligenzminderung, Tic-Störungen (Nach Barkley 1997 besteht eine deutliche seelische Entwicklungsverzögerung in Form von „Verspieltheit und Kindlichkeit“, im Ausmaß von mindestens 30% im Vergleich zur Altersgruppe.
 - „Syndromtypisch“ haben die Kinder/Jugendlichen/Erwachsenen Schwierigkeiten mit dem Dosierenkönnen grober Kraft, vor allen Dingen in der graphomotorischen Umsetzung bei in aller Regel verzögerter Entwicklung der feinmotorischen Geschicklichkeit.
 - Ein Erzählenkönnen auf Abfrage direkt nach einer Situation geht im Kindes- und Jugendalter schlecht.
 - Die realistische Einschätzung der Eigenleistung gelingt auch im Jugendlichen- und Erwachsenenalter oft nicht.
 - Heftigste Reaktion wie „Bocken“ und „Blockiertsein“ erfolgen auf plötzliche Veränderungen im Umfeld, sowie bei von außen indizierter Hektik.
 - Bei Erregung und einem entsprechenden Beschwichtigungsversuch auf verbaler Ebene des Umfeldes erfolgt ein extremes Sich- Hineinsteigern.
 - Bei subjektiv langweilig oder schwierigen Aufgaben setzt spontan schlagartige und willentlich kaum abwendbare Müdigkeit ein, bis hin zum Augenreiben und Gähnen, sowie „nesteln“ (Vigilanzdysregulation).
 - Daneben gibt es aber auch syndromtypische Symptome die ausgesprochen positiv sind, wie
 - ausgeprägter Gerechtigkeitssinn, nicht nur für sich sonder auf für andere,
 - spontane Hilfsbereitschaft mit maximaler Empathie, wenn die Hilfsbedürftigkeit von jemand wirklich gesehen wird (natürlich nicht „Spülmaschine ausräumen helfen...“)
 - Kreativität mit zum Teil verblüffend großer Fantasie,
 - nicht selten ein regelrecht schauspielerisches Talent
 - meist ausgeprägte Liebe zu Tieren und zur Natur,

- die Fähigkeit, nach einer echten Entschuldigung, überhaupt nicht nachtragend zu sein, mit zum Teil verblüffender Zähigkeit („Stehaufmännchenphänomen“)
- die Fähigkeit zum ausgesprochenen raschen, blitzschnellen Reagieren, wenn es wirklich darauf ankommt.

Zeichen einer **Dysregulation der autonomen Selbststeuerungsfunktion** sind oft ein deutlich geringeres Schlafbedürfnis bei jedoch tiefem und oft sehr unruhigem Schlaf im Kindesalter (Enuresis nocturna ist hochcomorbid mit ADHS. Sprechen und Schreien im Schlaf, Pavor nocturnus findet sich ebenso häufig wie Schlafwandeln).

Bei eigenwilliger Thermoregulation wird im Winter oft das T-Shirt bevorzugt und aus „nicht nachvollziehbaren Gründen“ im Sommer der Wollpulli nicht ausgezogen.

Der Appetit schwankt extrem. Das entscheidungsschwache Kind/der Jugendliche neigt dazu, phasenweise nur ein und dieselbe Speise zu bevorzugen, die dann plötzlich, unerklärlich, nicht mehr schmeckt. Kleine Kinder trinken oft auffallend große Mengen, Ältere vergessen nicht selten das Trinken.

Die Nähe/Distanzregulierung ist eigenwillig. Körperkontaktaufnahme geht nur, wenn wirklich Bereitschaft dafür besteht – sonst wird oft heftig abgewehrt.

Selbstzugefügte Verletzungen werden oft gar nicht so beachtet und als Schmerz empfunden, während zu erwartender Schmerz (die Impfung, Eingriff des Zahnarztes) zu heftigsten Panikattacken führen kann, mit Mobilisierung von „Bärenkräften“ bei der Abwehr.

Paradoxe Reaktionen auf sedierende Medikation wie Benzodiazepine und auch Baldrian irritieren.

Bei der hohen familiären Häufung und immer wahrscheinlicheren genetischen Verursachung kennen viele selbstbetroffene Elternteile die Symptomatik von sich, wollen ihren Kindern/Jugendlichen gern eigen erfahrenen Kummer ersparen. Dabei produzieren sie leider oft Kommunikationsstrukturen, unter denen sie schon selbst gelitten haben – und brauchen Hilfe, statt Vorwurfshaltung und Schuldzuschreibung (nach sorgfältiger Diagnostik auf allen 6 Achsen des multiaxialen Klassifikationssystems psychischer Störung!)

Wie die „**Leitlinien**“ ausweisen, ist eine ausführliche anamnestiche Exploration mit Beiziehung von Information aus Kindergarten oder Schule und Verhaltensbeobachtung unabdingbar (wobei bei letzterem das sogenannte „Flitterwochenphänomen“ auftreten kann – in einer neuen spannenden Situation kann ein solches Kind/ein solcher Jugendlicher völlig unauffällig sein“).

Bisher gibt es keinen einzigen Test, weder in der Medizin noch in der Psychologie, der eindeutig die Diagnose ausweist. ADHS ist und bleibt zunächst zumindest noch eine „klinische Diagnose“.

Profundes Störungsbildverständnis ist vor allen Dingen zur Erfassung des vorwiegend bei Mädchen auftretenden „unaufmerksam-emotional impulsivem Subtypus“ (dem „Träumerchen“, der „Chaosprinzessin“) notwendig. Diese Kinder fallen leider nicht unbedingt schon im Vorschulalter auf, entwickeln aber häufig gravierende Beeinträchtigungen, wenn z.B. noch umschriebene Entwicklungsstörungen bestehen und die Diagnose erst sehr spät gestellt wird (Kinder mit ADHS verweigern extrem, was sie nicht so gut können !)

Die störungsspezifische Entwicklungsgeschichte ist ebenso abzuklären wie die störungsrelevanten Rahmenbedingungen – allerdings ohne vorschnelle Hypothesenbildung !

10. Psychiatrisch comorbid und als Begleitstörung können Störungen des Sozialverhaltens, umschriebene Entwicklungsstörungen einschließlich Tourette-Störung), dysthyme Verstimmungszeichen, depressive Anzeichen bei negativem Selbstbild und Angststörungen, insbesondere Verlust- und Existenzängste, auftreten, bei in aller Regel sich entwickelnden beeinträchtigten Beziehungen zu den Personen, mit denen **ständig** zusammen gelebt werden muß (ab und an getroffene Personen finden diese Kinder/Jugendlichen oft total toll !!).
Umfassende testpsychologische Untersuchung der Intelligenzentwicklung und auch gegebenenfalls der Teilleistungsstörungen ist (wie auch der „Leitlinien“ ausweisen) unverzichtbar, ebenso die Einschätzung der Gefühlslage.

In einer Exploration der Befindlichkeit ist meist, spontan erfragt, nicht viel erruierbar. Daher werden Fragebögen unverzichtbar, um die Gestimmtheit tatsächlich erfassen zu können (auch der Erwachsene erzählt einem freundlichen Gegenüber oft strahlend Hochproblematisches – und trägt sehr zur Verwirrung des Diagnostikers bei!).

Akute oder chronische cerebrale Erkrankungen sollten durch eine EEG-Ableitung ausgeschlossen werden, körperliche Grund- oder Begleiterkrankungen natürlich immer miterfasst/differentialdiagnostisch und/oder comorbid abgeklärt werden.

Schizophrene Störungen, vor allen Dingen im Jugendalter, manische Episoden, Medikamenteneffekte, neurologische Primärstörungen sind differenzialdiagnostisch abzuklären. Natürlich kommen auch Angst und Depression als Differenzialdiagnostik in Frage – aber diese Erkrankungen sind häufigst comorbid, wie auch die „Borderline-Persönlichkeitsstörung“, die „anti-soziale Persönlichkeitsstörung“.

Viele merkwürdige „neurotische“ Störungsbilder werden erst transparent, versteh- und somit behandelbar, wenn ADHS im Hintergrund identifiziert wurde und dann z. B. auch entsprechend Behandlung erfolgt. Mehrfachdiagnosen sind nicht selten.

Der Behandlungsansatz sollte grundsätzlich multimodal erfolgen und primär aus Aufklärung und Erklärung bestehen, gegenüber der Eltern, dem Kind/dem Jugendlichen selbst/sowie dem Erzieher-/Lehrerumfeld.

Ein umfassendes „Elterntraining“ vermittelt Störungsbildkenntnis, funktionelles Verstehen der Symptomatik. Grundsätzliche Einstellungsänderungen sind nötig, Hilfen zum Verhaltensmanagement, zugeschnitten auf den jeweiligen Entwicklungsstand des Kindes/dem Jugendlichen selbst werden wirksam Strategien (verhaltensformend zunächst und dann mit kognitivem Coping) zur Verminderung von Impulsivität und syndromtypischer Desorganisiertheit in Form von Regeltraining mit Verstärkern durchgeführt. Zu berücksichtigen ist, dass Kinder und Jugendliche mit ADHS die 8-18fache Zeit zur Verautomatisierung einer Fertigkeit/Regel benötigen.

Das Selbstinstruktionstraining wird oft aber erst unter flanierender Pharmakotherapie wirklich gelernt und in den Transfer gebracht. Konsequenz in Form von „liebvoller Sturheit“, Signalgabe mit ausreichend starken Hinweisreizen, positive Zuwendung bereits bei Anstrengungsbereitschaft, eindeutige Grenzsetzung, angemessene negative Konsequenz bei auffälligem Verhalten (zeitnah am Fehlverhalten korrigieren) geben den entsprechenden Halt.

Bei comorbiden Störungen, z.B. bei Angst, Depression, infolge umschriebener Entwicklungsstörungen, werden Übungsbehandlungen unumgänglich (sensomotorische Therapie oder heilpädagogische Entwicklungstherapie unter verhaltenstherapeutischen Prämissen) sowie auch soziales Kompetenztraining. Dies ist bei kleinen Kinder nur durch Außenlenkung möglich, bei

Jugendlichen/Erwachsenen am ehesten im „sokratischen Dialog“ (- aber ohne jegliche Verhaltensverschreibungen ! Sätze wie „Du muß...“ oder „Du solltest...“ führen grundsätzlich zur Abwehr!)

Psychotherapie, ob einzeln oder sehr wirksam in der Gruppe, erscheint wirksam lediglich im Rahmen der Verhaltenstherapie.

Warum fallen diese Kinder/Jugendlichen/Erwachsenen **heute** auf?

Diese Art, die Welt zu sehen und auf sie zu reagieren, wird immer problematischer in der zunehmend reizintensiven, hektischen Welt, bei für Kinder und Jugendliche methodisch und didaktisch immer diffuseren und unklarerem Vorgehen in der Schule. Viel zu früh wird Selbständigkeit und „intrinsische Motiviertheit“ eingefordert. Die Pädagogik im Kindergarten und in der Schule missachtet derzeit zunehmend die entwicklungs-psychologisch eindeutige Bedürfnisse nach Halt und Anleitung. Dekompensation erfolgt immer früher, trotz oft durchaus günstiger familiären Umfeldbedingungen und/oder auch guten intellektuellen Grundressourcen.

Nicht zuletzt deshalb ist viel häufiger und früher als noch vor 10 Jahren der Einsatz von Pharmakotherapie unverzichtbar.

Hierüber gibt es immer wieder heftige kontroverse Diskussion. Methylphenidat sei eine moderne „Leistungspille“, die zumindest psychische Abhängigkeit erzeuge (nachdem inzwischen konsensfähig erscheint, dass Methylphenidat nicht körperlich abhängig machen kann). Psychostimulanzien erweisen sich als Medikation der „ersten Wahl“ ohne absolute Kontraindikationen (es hat sich erwiesen, dass Methylphenidat z.B. die Krampfschwelle nicht erniedrigt, eine Tic-Störung, vor allen Dingen ein Tourette-Syndrom, kann/soll parallel behandelt werden).

Individuelle Einstellung mit einschleichender Dosierung und in gleichmäßigen Abständen (das heißt in aller Regel 2-3x am Tag) erscheint sinnvoll. Mit sorgfältiger Verlaufskontrolle hinsichtlich der Symptomatik des Syndroms, der schulischen Leistungen, der emotionalen und auch der sozialen Entwicklung ist die Wirksamkeit überprüfbar.

Beobachtbar als Zielsymptomatik ist, dass die Stimmungen etwas gleichmäßiger sind z.B. die Frustrationstoleranz erhöht sich, die Beobachtungs- und Umsetzungsgenauigkeit wird besser. Das Herangehen an subjektiv schwierig oder langweilig Erscheinendes gelingt toleranter, die Reaktion auf irrelevante Stimuli nimmt ab, ebenso die Unruhe.

Sorgfältig ist darauf zu achten, dass die Erwartungen an die Medikation nicht zu hoch geschraubt werden. Medikation ist sicher kein Leistungsheber, kein Notenverbesserer, kein „Intelligenzboote“ und kein „Motivater per se“.

Wenig sinnvoll erscheinen die mancherorts vorgenommenen „Hochdosierungen“, mit der Erwartung „ich will ein 100 %-ig gesteuertes Kind“, ebenso wenig wie „möglichst wenig Dosis“ mit „Behandlungslöchern“ an den Wochenenden und grundsätzlich in den Ferien.

Die vieldiskutierte Nebenwirkung der Appetitreduktion reduziert sich, wenn nicht der Focus ausschließlich auf dem Essverhalten des Kindes liegt (dabei regelmäßig Gewicht, Größe und Pulsfrequenz, sowie Blutdruck, kontrolliert wird). Spencer wies 1998 nach, dass die Studien zur „Wachstumsverzögerung“ methodisch unsauer sind !

Sorgfältige Erklärung/Aufklärung auch des Kindes und Jugendlichen selbst ist unabdingbar notwendig bei Medikation (gegebenenfalls muß auch ab und zu medikamentös kombiniert behandelt werden). Aus Vorsichtsgründen soll im frühen Vorschulalter die Stimulanzientherapie nur Ausnahmebehandlung darstellen, wenn verhaltenstherapeutische Interventionen nicht ausreichend erfolgreich sind.

Leider sehr problematisch ist die Irritation der Eltern und auch zum Teil des Umfeldes durch Beiträge in den Medien gegenwärtig über ein Medikament, das „hoch gefährlich“ sein soll !

Dies wird bewusst betrieben von einer Gruppierung, die davon profitieren möchte. Dabei gilt: früh erfasst und gut behandelt bleibt Kindern /Jugendlichen und Erwachsenen viel Leid erspart.

Literaturverzeichnis:

- Barkley, R.A.:** *ADHS an the Nature of Self-Control. New York, 1997*
- Neuhaus, C.:** *Das hyperaktive Kind und seine Probleme. 5. Auflage, Berlin 1999.*
- Neuhaus, C.:** *Hyperaktive Jugendliche und ihre Probleme. Berlin 2000.*
- Brown, Th.:** *Attention – Deficit Disorders and Comorbidities in children, Adolescents and Adults. Washington DC 2000.*
- Spencer, T.:** *Preconference session, CHADD-Kongreß. New York 1998*
- Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter.** Köln 2000.