

Möglichkeiten der Förderung von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörungen (ADHS)

Dr. Katja Mackowiak
Universität zu Köln

Zappel-Philipp



Hans guck in die Luft



Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) werden durch die Leitsymptome *Unaufmerksamkeit*, *Hyperaktivität* und *Impulsivität* definiert (vgl. ICD-10, WHO, 1991; DSM-IV, Saß, Wittchen & Zaudig, 1996) und durch eine Reihe typischer Verhaltensindikatoren beschrieben (z.B. Ablenkbarkeit, Schwierigkeiten beim Zuhören, mangelnde Verhaltensorganisation, Vergesslichkeit, motorische Unruhe, impulsive Antworten und Ungeduld beim Warten). Diese Verhaltensweisen werden von den Bezugspersonen sowohl im Elternhaus als auch im Unterrichtskontext als belastend und störend erlebt. Von Lehrern werden sie als eines ihrer herausragenden Unterrichtsprobleme genannt (vgl. Bach, Knöbel, Arenz-Morek & Rosner, 1984). Da die betroffenen Kinder sich andererseits in bestimmten Situationen (z.B. bei selbst gewählten, interessanten, abwechslungsreichen Tätigkeiten) durchaus über einen langen Zeitraum mit einer Sache beschäftigen können, wird ihnen zudem oftmals eine „böse“ Absicht unterstellt („er kann sich doch stundenlang mit ... beschäftigen, warum passt er dann nicht in der Schule auf?“).

ADHS ist im Grundschulalter bei ca. 3-5% der Kinder zu beobachten (vgl. DSM-IV, Saß et al., 1996); allerdings weisen andere Untersuchungen auf noch höhere Prävalenzen hin (vgl. etwa Lauth & Mackowiak, 2004). Ein Teil der Kinder entwickelt darüber hinaus weitere Probleme und Störungen, wie etwa aggressives und oppositionelles Verhalten, Lernstörungen oder emotionale Probleme (Angst, Depressivität). Eine ADHS „wächst“ sich zudem nicht einfach aus, sondern kann bis ins Jugend- und Erwachsenenalter bestehen bleiben; Längsschnittuntersuchungen belegen, dass ein bis zwei Drittel der Grundschüler auch im Jugendalter noch Symptome aufweisen (zusammenfassend Lauth & Schlottke, 2002). Als prognostisch ungünstig haben sich vor allem folgende Aspekte herausgestellt: eine starke motorische Unruhe und Impulsivität, ein abweichendes Sozialverhalten und geringe soziale und kognitive Kompetenzen.

Im Hinblick auf mögliche Ursachen für eine ADHS werden sehr unterschiedliche Hypothesen und Modelle diskutiert. Insgesamt besteht Einigkeit darüber, dass diese Störung multifaktoriell bedingt ist: neurobiologische, psychologische und soziale Faktoren greifen ineinander und tragen zur Entstehung und Aufrechterhaltung einer ADHS bei (vgl. etwa Barkley, 1989; Döpfner, Schürmann & Frölich, 2002; Lauth & Schlotzke, 2002). Auf *neurobiologischer* Ebene werden Defizite in der Aktivierungsregulation (Modulationsschwäche) angenommen; auf *psychologischer* Ebene bestehen vor allem Probleme bei der Verhaltensregulation und -organisation. Die *soziale* Umwelt trägt zur Verfestigung der Problematik bei, indem sie auf die Schwierigkeiten des Kindes häufig nicht angemessen reagiert. Eltern, Erzieherinnen und Lehrer tendieren dazu, ihre gesamte Aufmerksamkeit auf das problematische Verhalten zu richten. Das Kind erlebt entsprechend gehäuft negative Sanktionen. Positive Verhaltensweisen dagegen werden als selbstverständlich betrachtet und nicht besonders beachtet. Gleichaltrige reagieren ebenfalls häufig ablehnend („der stört uns immer beim Spielen“) und tragen so zur Verschärfung der sozialen Probleme bei. Das wiederholte Erleben von Misserfolg und Zurückweisung kann auf Seiten des betroffenen Kindes zu einer weiteren Verfestigung des problematischen Verhaltens führen. Das Kind beginnt, Anforderungssituationen zu vermeiden, es verliert den Glauben an seine eigenen Fähigkeiten, sein Selbstwertgefühl sinkt.

Als Konsequenz aus diesem Bedingungsmodell ergeben sich für die Diagnostik und Förderung/Therapie folgende Ansatzpunkte:

- ⇒ Veränderung neurobiologischer Grundlagen durch medikamentöse Therapie;
- ⇒ Verbesserung der Verhaltensregulation und -steuerung;
- ⇒ Verbesserung handlungsorganisierender Kompetenzen (Strategien, metakognitive Fähigkeiten);
- ⇒ Umgang mit sekundären Verhaltensproblemen (z.B. Aggressivität, oppositionelles Verhalten; sozialer Rückzug);
- ⇒ Förderung vonziehungsfertigkeiten im Umgang mit dem Kind durch eine verstärkte Zusammenarbeit mit Eltern und Lehrern.

Medikamentöse Therapie

Die Behandlung mit Psychostimulanzien (insbesondere Methylphenidat, z.B. Ritalin, Medikinet, Concerta, Equasym) kann sich im Verlauf einer sorgfältigen Diagnostik als ein sinnvoller Baustein der Therapie herausstellen. Er kann aber niemals der einzige Schritt zur Veränderung der Problematik sein. Auch wenn Medikamente durchaus eine Verbesserung der Symptome zur Folge haben, lernen Kinder mit ADHS nicht, wie sie ohne diese ihr Handeln regulieren und organisieren können.

Verbesserung der Verhaltensregulation und -steuerung

Kinder mit ADHS haben oft Schwierigkeiten, relevante Informationen aufzunehmen, angemessen zu verarbeiten und sie von irrelevanter zu unterscheiden. Liegen Defizite in diesen Basisfertigkeiten (vgl. Lauth & Schlotzke, 2002) vor, so müssen Kinder darin trainiert werden, genau hinzuschauen und zuzuhören, Wahrgenommenes genau wiederzugeben, Dinge zu vergleichen und Unterschiede festzustellen. Hierzu liefern eine Reihe von Trainingsprogrammen

hilfreiche Materialien (vgl. z.B. Ettrich, 1998, Döpfner et al., 2002; Krowatschek, 2002; Lauth & Schlottke 2002). Zur Regulierung impulsiver Handlungen werden sogenannte Stoppkarten eingesetzt (vgl. Döpfner et al., 2002; Lauth & Schlottke 2002); diese sollen die Kinder daran erinnern, die Lösung einer Aufgabe noch einmal zu überprüfen, bevor sie zur nächsten übergehen.

Verbesserung der Handlungsorganisation

Zur Verbesserung der Handlungsorganisation werden in der Therapie vor allem Selbstinstruktionen eingeübt. Sie dienen dazu, das eigene Handeln sprachlich zu begleiten und dadurch selbstständig zu überwachen. Das Selbstinstruktionstraining beinhaltet verschiedene Schritte: zunächst macht der Erwachsenen das gewünschte Handeln vor (z.B. eine Aufgabe lösen und dabei zu sich selbst sprechen); anschließend lösen die Kinder eine Aufgabe, und der Erwachsene leitet sie sprachlich an. In den nächsten Schritten lernen die Kinder, sich zunächst laut, später leise bzw. durch inneres Sprechen selbst beim Arbeiten anzuleiten. Als Unterstützung dieser Selbstanweisungen werden sogenannte Signalkarten (vgl. z.B. Lauth & Schlottke) eingesetzt; auf ihnen sind die notwendigen Handlungsschritte beim Lösen einer Aufgabe (z.B. „was ist meine Aufgabe?“, „kenne ich etwas Ähnliches?“, „ich mache mir einen Plan“, „halt stopp, überprüfen“) festgehalten.

Umgang mit sekundären Verhaltensproblemen

Bei Kindern, die zusätzlich soziale Verhaltensauffälligkeiten zeigen, müssen Selbststeuerungsfähigkeiten in sozialen Situationen sowie soziale Fertigkeiten eingeübt werden. Kinder müssen hier etwa lernen, soziale Situationen angemessen wahrzunehmen, die Situation auch 'mal aus der Perspektive des anderen zu betrachten, alternative Handlungsweisen zu erarbeiten, positive Sozialkontakte aufzubauen und mit Konfliktsituationen konstruktiv und deeskalierend umzugehen. Langfristiges Ziel ist die Förderung von Selbstsicherheit/Selbstvertrauen in sowie ein angemessener Umgang mit sozialen Situationen.

Zusammenarbeit mit Eltern und Erzieherinnen/ Lehrern

In der Zusammenarbeit mit Eltern und Erzieherinnen/ Lehrern stehen folgende Ziele im Vordergrund:

- ⇒ Über ADHS informieren,
- ⇒ wenn möglich: alle Beteiligten einbeziehen,
- ⇒ Verständnis für die Probleme der Eltern und Erzieherinnen/ Lehrer zeigen,
- ⇒ Erwartungen und Verantwortungsbereiche klären,
- ⇒ sich regelmäßig austauschen (Telefonkontakte; Treffen),
- ⇒ gemeinsam Verhaltensregeln und Konsequenzen absprechen (z.B. Hausaufgabenheft),
- ⇒ Rückmeldung auch über positive Veränderungen geben.

Diese Ziele können im Rahmen eines Gruppentrainings (vgl. z.B. Lauth & Heubeck, 2005) oder im Rahmen einer Einzelberatung der Eltern und Erzieherinnen/ Lehrer realisiert werden. Hier sollen die Betroffenen unter anderem lernen, das Kind durch angemessene Konsequenzen anzuleiten, sein positives Verhalten zu verstärken und schwierige Situationen umzugestalten.

Hilfreich ist dabei etwa der Einsatz von Verhaltensverträgen und Punkteplänen. Die Eltern-Kind-Beziehung soll unter anderem durch die Einführung einer regelmäßigen positiven Spielzeit gefördert werden (vgl. etwa Döpfner et al., 2002; Lauth & Schlotzke 2002).

Da das Verhalten von Kindern mit ADHS in vielen Situationen hohe Anforderungen an alle Beteiligten stellt, besteht m.E. das langfristige Ziel einer Therapie/ Förderung darin, den Bezugspersonen wieder einen Blick auf die positiven Seiten ihrer Kinder zu ermöglichen; erst dann wird eine hilfreiche Unterstützung dieser Kinder durch ihre Eltern und Erzieherinnen/ Lehrer und eine Förderung der Regulation und Steuerung des Handelns durch die Kinder selbst möglich.

Literatur

- Bach, H., Knöbel, R., Arenz-Morek, A. & Rosner, A. (Hrsg.) (1984). *Verhaltensauffälligkeiten in der Schule. Statistik, Hintergründe, Folgerungen*. Mainz: Koehler.
- Barkley, R. A. (1989). Hyperactive girls and boys: Stimulant drug effects on mother-child-interactions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 379-390.
- Döpfner, M., Schürmann, S. & Frölich, J. (2002). *Das Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP)*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Ettrich, C. (1998). *Konzentrationstrainingsprogramme für Kinder*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Krowatschek, D. (2002). *Marburger Konzentrationstraining*. Dortmund: Borgmann.
- Lauth, G. W. & Heubeck, B. (2005). KES: Kompetenztraining für Eltern sozialauffälliger und aufmerksamkeitsgestörter Kinder. Göttingen: Hogrefe.
- Lauth, G.W. & Mackowiak, K. (2004). Unterrichtsverhalten von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörungen. *Kindheit und Entwicklung*, 13, 158-166.
- Lauth, G. W. & Schlotzke, P. F. (2002). Hyperkinetische Störungen. In G. W. Lauth, U. B. Brack & F. Linderkamp (Hrsg.), *Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Weltgesundheitsorganisation (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen - ICD 10, Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber.

Anschrift

Dr. Katja Mackowiak
Universität zu Köln
Heilpädagogische Fakultät
Psychologie und Psychotherapie
Klosterstraße 79 b
50931 Köln
Tel.: 0221 / 470-2154
katja.mackowiak@uni-koeln.de