

# Teil 1

## Was ist das eigentlich: Aufmerksamkeitsstörung/Hyperaktivität?

### 1 Protokoll einer Schulstunde

#### Protokoll einer Schulstunde

Vor Beginn der zweiten Schulstunde beklagen sich einige Schüler der Klasse über Thomas, er würde ihnen die Mütze herunterreißen.

- 8.50 Uhr: Thomas dreht sich verkehrt herum und schreit laut.
- 8.51 Uhr: Er rutscht auf seinem und dem freien Nachbarstuhl hin und her, steht auf und schiebt die Stühle wie Kinderwagen vor sich her.
- 8.52 Uhr: Er spannt einen Gummi zwischen beide Hände und spielt damit.
- 8.53 Uhr: Er ruft grundlos den Namen eines Mädchens.
- 8.55 Uhr: Er legt sich auf den Tisch.
- 8.56 Uhr: Er spielt wieder mit dem Gummiring und zielt auf Kinder. Nach einer Mahnung, den Gummi herzugeben, schiebt er ihn in den Ranzen.
- 8.58 Uhr: Thomas steht auf und schlägt um sich. Er zieht Grimassen dazu.
- 8.59 Uhr: Er durchwühlt grundlos seinen Ranzen.
- 9.10 Uhr: Er steht auf und schlägt Charlotte.
- 9.15 Uhr: Thomas fällt vom Stuhl.
- 9.22 Uhr: Thomas schlägt Anna ohne ersichtlichen Grund, rennt im Klassenzimmer herum und wischt Tische ab.
- 9.25 Uhr: Er schlägt mit Fäusten auf Markus, rauft mit ihm.
- 9.27 Uhr: Thomas schiebt seinen Tisch den vor ihm sitzenden Kindern in den Rücken, dann zieht er seine Knie zwischen Stuhl und Tischkante hoch und beginnt zu schaukeln.
- 9.30 Uhr: Er legt die Beine auf den Stuhlrücken, dreht der Tafel den Rücken zu.
- 9.32 Uhr: Thomas steht auf und schreit plötzlich: „Superman.“
- 9.34 Uhr: Thomas zieht Grimassen und legt sich auf seinen Tisch.
- 9.35 Uhr: Ende des Protokolls und der Stunde.

Sie alle kennen ähnliche Situationen. Wahrscheinlich ordnen Sie dieses Beispiel unter „typisch hyperaktiv“ ein.

## 2 Häufig gestellte Fragen

### 2.1 Was ist eigentlich Hyperaktivität?

Unter Hyperaktivität versteht man eigentlich erheblich vermehrte motorische Unruhe. Inzwischen hat sich dieser Begriff für das Verhalten von Kindern mit einem Hyperkinetischen Syndrom eingebürgert. Hierbei handelt es sich um einen medizinischen Krankheitsbegriff. Diese Bezeichnung führt allerdings in die Irre. Es handelt sich um eine Störung der Aufmerksamkeit mit überschießender Impulsivität und zum Teil extremer Unruhe.

Als Folge findet man verstärktes Störverhalten, unsystematische und langsame Aufgabenlösung, Ablenkbarkeit und geringe Frustrationstoleranz. Nicht jedes „hyperaktive“ Kind muss dauernd zappeln, aber alle Kinder fallen aus dem Rahmen, sowohl in der Schule als auch im häuslichen Umfeld. Meist ist ihr Verhalten störend und bereitet Eltern, Erziehern und nicht zuletzt den Kindern und Jugendlichen selbst erhebliche Schwierigkeiten.

Es gibt verschiedene Bezeichnungen für diese Störung:

- Minimale cerebrale Dysfunktion (MCD) war früher die häufigste Bezeichnung.
- Danach hat sich in Deutschland die Bezeichnung Hyperkinetisches Syndrom durchgesetzt (z. B. in der Leitlinie der Kinder- und Jugendpsychiatrie).
- In der Schweiz spricht man vom frühkindlichen psychoorganischen Syndrom (POS).
- Weitere Begriffe, die jedoch nur Teilaspekte der Störung abdecken, sind partielle Hirnreifungsstörung, frühkindlicher Hirnschaden oder leichte Hirnfunktionsstörung.

Die derzeit gültige Bezeichnung, die auch in den USA und bei der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gebräuchlich ist, lautet: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS, Stellungnahme der Bundesärztekammer 2005), im Englischen: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Populär geworden ist auch der Begriff „ADS“ für Kinder mit dem vorwiegend unaufmerksamen Typ, bei denen die Hyperaktivität kaum ausgeprägt ist.

### 2.2 Wie zeigt sich die Aufmerksamkeitsstörung in der Schule?

Kernsymptome:

- **Unruhe/Hyperaktivität:** Kind macht ständig ungezielte Bewegungen, zappelt, hat Probleme stillzusitzen, spricht ununterbrochen, macht Geräusche, fasst alles an.
- **Impulsivität:** Kind kann nicht warten und sich melden, reagiert auf jeden Reiz sofort ohne zu überlegen und die Folgen zu bedenken.
- **Aufmerksamkeitsstörung:** Kind ist leicht ablenkbar, hört Anweisungen nur halb, hat Schwierigkeiten aufmerksam zu bleiben, springt von einer Aktivität zur anderen, führt nichts zu Ende, spielt selten still, hört oft nicht zu, verliert Dinge, sieht Gefahren nicht.

Weitere Auffälligkeiten:

- **Selbststimulierung:** Kind kratzt sich, nestelt in den Haaren, bohrt in der Nase, beklopft und beleckt sich, zerkaut Gegenstände.

- **Steuerungs- und Koordinationsschwäche:** Kind hat häufig gestörte Feinmotorik, schlechtes Schriftbild, zeigt unrhythmische Bewegungen, unkontrollierten Kräfteinsatz, stößt oft an, wirft vieles versehentlich um und herunter.
- **störendes Sozialverhalten:** Kind unterbricht andere, mischt sich in Gespräche anderer ein, wartet nicht, bis es an der Reihe ist, handelt, bevor es die Anweisung genau gehört und verstanden hat, provoziert durch ständiges Sprechen und Ärgern, äußert sich oft unabsichtlich aggressiv und beleidigend, ohne vorher zu überlegen, rempelt andere an, petzt, weist andere auf Fehler hin, wird häufig in körperliche und verbale Auseinandersetzungen verwickelt.

### 2.3 Wie sieht das Leistungsverhalten der Kinder und Jugendlichen aus?

Ausgezeichnete Leistungen können diese Kinder und Jugendlichen erbringen, wenn bei ihnen gerade hohe Motivation für diese Aufgabe vorhanden ist. Aufgrund der kurzen Aufmerksamkeitsspanne tun sie sich jedoch schwer mit Aufgaben, die einen längeren zeitlichen Rahmen beanspruchen. Insbesondere solche Aufgaben, bei denen viel Information im aktuellen Arbeitsgedächtnis zu behalten ist, gelingen nicht gut. Typisch ist auch ein Absacken des Leistungsbildes im Laufe einer längeren Aufgabe, insbesondere wenn sie mehrere Teilstufen birgt. Schwierig für diese Kinder sind eigenständige Kontrollschritte, z. B. Lösungen nochmals zu überprüfen. Dazu müssen die Kinder direkt angesprochen und konkret angehalten werden.

Das Arbeitsverhalten unterliegt zudem starken Schwankungen: Einmal liefert das Kind eine brauchbare Arbeit ab und versagt bei einer vergleichbaren Aufgabenstellung beim nächsten Mal. Diese Beobachtungen können zu dem falschen Schluss verleiten: „Er/sie kann doch, wenn er/sie will!“

Auch in der Motivation und Anstrengungsbereitschaft ist mit starken Schwankungen zu rechnen. Misserfolge schwächen die Motivation zusätzlich, sodass bestimmte Aufgaben gemieden werden. Dieses Phänomen ist auf Mängel in der Fähigkeit, sich selbst zu steuern und mit Frustrationen umzugehen, zurückzuführen. Die sogenannten „executive functions“, d. h. alles was mit Voraussicht, Übersicht, Rücksicht – also Planung – zu tun hat, ist bei ihnen verzögert bzw. schwach ausgebildet (Barkley 2002).

Zusätzlich zur Aufmerksamkeitsstörung liegen häufig Teilleistungsstörungen in verschiedenen Bereichen vor. Hier sind insbesondere Störungen der visuellen oder akustischen Wahrnehmungsdifferenzierung und der Steuerung der Feinmotorik zu nennen. Die Folge sind Schwierigkeiten in der Graphomotorik, was sich in einem unregelmäßigen, schlechten Schriftbild äußert. Besonders schwerwiegend sind Lese-Rechtschreib-Schwäche und Rechenschwäche, insbesondere wenn sie kombiniert auftreten. Eine Stärke dieser Kinder ist oftmals ihre Kreativität und die Fähigkeit, originelle Lösungen zu produzieren. Sie fallen auf durch fantastische Geschichten (die gelegentlich als Lügen interpretiert werden), besonders blumige Aufsätze (leider oft kaum lesbar), technische Konstruktionen (die meist nicht fertig werden) und eine besondere Farbwahl. Viele haben einen besonderen Sprachwitz (der allerdings zur Unzeit stört), sie können Situationen treffend charakterisieren (und da sie damit ungesteuert herausplatzen, für Peinlichkeiten sorgen), sie kön-

nen musisch begabt sein (aber sind nicht zum Üben zu bewegen) und spielen überzeugend Theater (wenn sie es schaffen, pünktlich zu sein und sich an die Rolle zu halten).

Diese Art der Kreativität wird allerdings von Lehrerinnen und Lehrern oder von Klassenkameraden nicht immer geschätzt, weil sie oft nicht zur Situation passen und deren Erwartungen und Vorstellungen nicht entsprechen (bei diesen Kindern muss alles immer anders, extravagant sein).

## **2.4 Ist die Intelligenz dieser Kinder beeinträchtigt?**

Die Spannbreite der Intelligenz dieser Kinder und Jugendlichen entspricht in den entsprechenden Testverfahren der von Kindern ohne Aufmerksamkeitsstörungen (Skrodzki & Grosse 2009). Meistens können sie jedoch wegen der oben genannten Beeinträchtigungen ihr Leistungspotential nicht ausschöpfen und erzielen deshalb nicht die eigentlich möglichen bzw. geforderten Leistungen.

## **2.5 Wie sind die Kinder und Jugendlichen in der Schule sozial eingebunden?**

Aufmerksamkeitsgestörte, hyperaktive Kinder und Jugendliche nehmen schnell Kontakt zu anderen Menschen auf, gehen gezielt auf Neue und Neues zu und überzeugen oft durch Charme, Witz und Unkonventionalität. Fremde sind von ihnen auf den ersten Blick häufig angetan. Schnell aber nerven sie die anderen mit ihrer übermäßigen und totalen Anspruchshaltung, ihrer Unmäßigkeit im Geben und Nehmen. Ihre Sprunghaftigkeit verunsichert und die fehlende Einhaltung von Spielregeln zerstört beginnende Freundschaften schnell. Sie erkennen nonverbale Signale und Körpersprache selten und reagieren nicht entsprechend, was bei den anderen Kindern zu Irritationen führen kann. Sie wollen stets der „Chef“ sein. So schnell wie ihre Neigungen wechseln manchmal auch die Zuneigungen und sie sind nicht in der Lage Freundschaften zu pflegen und zu erhalten.

Wenn es zu Leistungsversagen und Ablehnung durch den Lehrer kommt, finden sie keinen Rückhalt in der Klassengemeinschaft und werden isoliert. Durch zusätzliches Clownverhalten und fehlende Anpassung werden die meisten schnell zu Außenseitern.

Diese Kinder und Jugendlichen sind extrem abhängig von persönlichen Beziehungen. Sie suchen häufig eine Person zum Anlehnen und als Führer – das kann auch die Lehrerin oder der Lehrer sein. Dadurch erscheinen sie besonders anspruchsvoll und binden Aufmerksamkeit und viel Zeit der Lehrkräfte. Sie beanspruchen diese auch emotional sehr stark: Bei Zuneigung und gutem Verhältnis suchen sie immer wieder Nähe, Extragespräche und besondere Zuwendung. Bei Abneigung provozieren und fordern sie die Lehrer ständig heraus. Dies geschieht oft gar nicht absichtlich, aber ihr Verhalten wirkt immer auffällig und extrem, da Anpassung ihnen fremd ist. Sie leiden unter einer Zurechtweisung kurz und heftig oder aber überhaupt nicht, weil sie diese gar nicht registrieren. Nachtragend sind sie jedoch nie. Die Beziehung ist sowohl im positiven wie auch negativen Sinn immer sehr intensiv und höchst emotional.

## 2.6 Welche Ursachen liegen dieser Störung zugrunde?

Die Ursachen für ADHS sind wissenschaftlich noch nicht endgültig geklärt. ADHS wird als ein neurobiologisches Störungsbild gesehen mit Dysfunktionen in den Regelkreisen zwischen verschiedenen Hirnarealen. Grundlage ist eine Neurotransmitterfunktionsstörung im dopaminergen System. Dabei haben genetische Faktoren eine große Bedeutung. Auch Frühgeburtlichkeit, Alkohol, Nikotin und andere Drogen in der Schwangerschaft sowie schwere cerebrale Erkrankungen können zu einem ähnlichen Erscheinungsbild führen. Die Fehlfunktionen verschiedener Regelkreise führen zu einer Störung der Informationsverarbeitung, der Reaktionszeiten und zur Beeinträchtigung der Kontrolle von Motorik, Aufmerksamkeitssteuerung und weiteren exekutiven Funktionen. So sind das problemlösende Denken, zielgerichtetes und flexibles Verhalten, Steuerung von Antrieb, Motivation und Affekt betroffen. Damit verbunden sind die Störung der Impulsivität und die Hyperaktivität. Die Ausprägung und Intensität der Symptomatik werden durch Milieubedingungen mit beeinflusst. Das Verhalten löst seinerseits bei der Umgebung negative Reaktionen aus, umso mehr, je ungünstiger die Milieubedingungen sind; bedeutsam ist dabei auch, dass nicht selten Eltern selbst von ADHS betroffen sind. Intensität der Symptomatik und Störungen im Selbstregulationsprozess können dadurch weiter zunehmen, was die Entwicklung von assoziierten Störungen wie oppositionelles Verhalten, Aggressivität, Ängste, Depression begünstigt (Bundesärztekammer 2005).

Mit Sicherheit handelt es sich jedoch nicht um die Folge falscher Erziehung (vgl. Teil 3 Kapitel 1).

Durch äußere Gegebenheiten können die Symptome der ADHS verstärkt werden, z. B. durch enge Wohnverhältnisse, ungünstiges Erziehverhalten (mangelnde Konsequenz, unterschiedliche Reaktionen bei Vater und Mutter, fehlende Regeln), hektische Umwelt (Lärm, fehlende oder nicht durchschaubare Strukturen), geringe Bewegungsmöglichkeiten, Zeitdruck.

## 2.7 Sind Mädchen und Jungen gleichermaßen von der Störung betroffen?

In der Literatur wird stets darauf verwiesen, dass Hyperaktivität häufiger bei Jungen vorkommt. Auf ein hyperaktives Mädchen kommen drei bis sechs Jungen. Allerdings kommt diese Quote dadurch zustande, weil Mädchen seltener wirklich hyperaktiv (zappelig) sind (vgl. Nadeau 1996). ADS, also der vorwiegend unaufmerksame Typ ohne überschießende motorische Unruhe, fällt weniger und später auf und ist dadurch schwerer zu diagnostizieren. Inzwischen kommen zunehmend Mädchen mit ADS zur Diagnostik, Beratung und Therapie. Beim vorwiegend unaufmerksamen Typ „ADS“ ist der Mädchenanteil deutlich höher.

## 2.8 Wie häufig kommt die ADHS vor?

Prävalenzraten sind abhängig von den zugrunde gelegten Diagnosekriterien (DSM-IV, ICD-10, DSM-IV-Vorläufer), Alter, Erhebungsmethode und befragtem Personenkreis (Lehrer, Eltern). Aus international an der allgemeinen Bevölkerung

erhobenen Daten (American Academy of Pediatrics 2000) ergibt sich eine Häufigkeit von 9,2% (5,8–13,6%) für Jungen und 2,9% (1,9–4,5%) für Mädchen. – Neuere deutsche Erhebungen (Brühl, Döpfner & Lehmkuhl 2000) fanden bei 6–10 Jahre alten Kindern in 6% eine ADHS (nach DSM-IV). Frühere deutsche Studien (Baumgaertl, Wolraich & Dietl 1995) zeigten eine Jungen/Mädchen-Relation zwischen 2:1 beim vorherrschend unaufmerksamen Subtyp und 5:1 beim hyperaktiv-impulsiven Subtyp (Grosse & Skrodzki 2007). Bemerkenswert ist jedoch, dass in verschiedenen Ländern vergleichbar hohe Quoten gefunden wurden. Die Zahl der aufmerksamkeitsgestörten, hyperaktiven Kinder ist auf jeden Fall so hoch, dass es wohl kaum eine Schulklasse ohne mindestens ein betroffenes Kind gibt.

Die Aufmerksamkeitsstörung ist auch keine moderne Zivilisationskrankheit. Erste, zwar anekdotische, aber dennoch deutliche Beschreibungen finden sich im Struwwelpeter (1848) von Heinrich Hoffmann (Nervenarzt in Frankfurt). Ein deutscher Badearzt – Scherppf – lieferte 1888 eine gute Beschreibung unter dem Begriff „das impulsive Irresein als häufigste Seelenstörung im Kindesalter“. Still, ein englischer Kinderarzt, beschrieb 1902 in drei Vorlesungen einen Defekt in der moralischen Kontrolle bei Kindern („Defects of Moral Control in Children“). Es handelt sich bei dieser Störung auch keineswegs nur um ein Erscheinungsbild in unseren westlichen Ländern, vielmehr wird weltweit über dieses Problem geforscht, geschrieben und über Hilfen nachgedacht.

## 2.9 Welche Erscheinungsformen sind bisher bekannt?

Dem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-IV)<sup>3</sup> zufolge gibt es drei Untergruppen der Störung:

- a) vorwiegend hyperaktiv-impulsiv: „Zappler“ ,
- b) vorwiegend aufmerksamkeitsgestört: „Träumer“ oder auch „Mädchen-Typ“ (im Film Franz),
- c) Misch-Typ: aufmerksamkeitsgestört und hyperaktiv (im Film Emanuel).

Alle drei Gruppen entwickeln soziale Störungen unterschiedlich stark als Folge ihrer Probleme. Bei manchen Kindern besteht zusätzlich ein oppositionelles und/oder dissoziales Verhalten<sup>4</sup>, das sich im Widersetzen gegen jede Führung zeigt (im Film Sascha) und in der Kombination mit Hyperaktivität zu erheblichen Aggressionen führt (im Film Alexander). Im Klassifikationssystem ICD10 als „Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens“ bezeichnet

## 2.10 Sind hyperaktive Kinder häufig aggressiv?

Hyperaktive Kinder erscheinen durch ihr impulsives Verhalten häufig aggressiv. Auf kleine Irritationen zeigen sie oft überschießende Reaktionen, die von Gleichaltrigen oder Erwachsenen nicht verstanden und daher als aggressives Verhalten eingestuft werden. Auslöser dieser Überreaktionen sind z. T. Störungen aus dem

<sup>3</sup> Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, W. (2003). Diagnostic and Statistic Manual DMS-IV (1994). Deutsche Bearbeitung. Göttingen: Hogrefe.

<sup>4</sup> Engl. Conduct Disorder

Bereich der Wahrnehmung. Häufig haben die Kinder Schwierigkeiten, Mimik und Gestik von anderen Personen angemessen zu interpretieren, sie fühlen sich schnell bedroht und provoziert und schießen mit ihrer Reaktion über das Ziel hinaus. Aggressive Verhaltensweisen entstehen möglicherweise aber auch aus den ständigen Frustrationen heraus, die die Kinder in allen möglichen Bereichen erleben: Sie sehen, dass sie im Leistungsbereich mit den anderen nicht mithalten können, sie werden selten gelobt, aber ständig kritisiert, sie trauen sich nichts zu, manche sind sprachlich weniger geschickt. So finden sie in aggressiven Verhaltensweisen die beste Möglichkeit, sich durchzusetzen und auf sich aufmerksam zu machen.

### **2.11 Gibt es ADHS in allen Altersgruppen?**

In der Tat ist das Problem der Aufmerksamkeitsstörung in allen Altersgruppen anzutreffen. Die Ansicht, dass sich ADHS im Laufe der Pubertät „auswächst“, ist in den meisten Fällen falsch. Es verändert sich jedoch oft die Erscheinungsweise. In der Pubertät verliert sich die überschießende Motorik meist und macht einer gewissen Passivität Platz. Auch bei jungen Erwachsenen bleibt das Problem bestehen. Allerdings sind Kinder und Jugendliche durch die Aufmerksamkeitsstörung am meisten beeinträchtigt, solange sie in die Schule gehen und dort mit relativ starren und restriktiven Anforderungen konfrontiert werden.

Außerhalb der Schule ist es eher möglich, den Kontext so zu verändern, dass man leichter mit den Schwierigkeiten umgehen kann. Durch eine entsprechende Berufswahl und/oder geeignete Freizeitgestaltung können Konfrontationen mit anderen zum Teil vermieden werden (vgl. Teil 3 Kapitel und Krause & Krause 2009).

### **2.12 Was kann ich tun, wenn ich den Verdacht habe, dass ein Kind aufmerksamkeitsgestört ist?**

Wenn der Verdacht aufkommt, dass ein Kind aufmerksamkeitsgestört, hyperaktiv sein könnte, sind folgende Schritte sinnvoll:

- differenzierte Beobachtung und Beschreibung des Verhaltens (Gibt es aktuell kritische Ereignisse, die Ursache des Verhaltens sein können? Wann treten die Aufmerksamkeitsstörungen auf, zu welcher Tageszeit, an welchen Wochentagen, in welchen Unterrichtsfächern, bei welchen Unterrichtsformen oder Personen?),
- Aufzeichnung dieser Beobachtungen, um mögliche Veränderungen oder Verläufe zu dokumentieren,
- Gespräche mit Kolleginnen und Kollegen, um bereits vorliegende Informationen zu erhalten,
- Kontakt zu den Eltern, um herauszufinden, ob die Probleme des Kindes auch zu Hause auftreten oder sich auf die Schule beschränken,
- die Eltern fragen, ob sie eine Erklärung für das Verhalten ihres Kindes haben.

Wichtig ist, dass sich Lehrkräfte nicht zu einer Diagnose hinreißen lassen, sondern bei einer Beschreibung der beobachteten Einzelheiten bleiben. Eine Diagnose erfordert stets eine umfassende ärztliche Untersuchung, sie ist nicht Aufgabe der Schule.