



Das Hyperkinetische Syndrom

Wenn wir vom hyperkinetischen Syndrom sprechen, meinen wir Kinder, die vor allen Dingen auffallen durch

- > *motorische Unruhe,*
- > *Impulsivität mit spontanen Aktionen, ohne über die Konsequenzen nachzudenken,*
- > *Störungen der Aufmerksamkeit und Unfähigkeit, sich zu konzentrieren,*
- > *leichte Erregbarkeit im Gefühlsbereich und*
- > *erhebliche Stimmungsschwankungen.*

Je nach Störungsbild steht mal die Hyperaktivität (also das ständige Zappeln, die exzessive Ruhelosigkeit), mal die Aufmerksamkeitsstörung im Vordergrund.

Es hat wohl schon immer Menschen mit diesem „Störungsbild“ gegeben, und es gab auch schon immer den Versuch sie zu „behandeln“: Heinrich Hoffmann beschrieb 1845 schon viele Einzelsymptome in seinem „Struwwelpeter“. Erinnern wir uns an den „Zappelphilipp“ und an „Hans-guck-in-die-Luft“.

Es hat in der Vergangenheit viele Versuche gegeben, dieses Syndrom zu beschreiben und vor allen Dingen seine Ursachen aufzuklären. Wenngleich sich die Beschreibungen des Syndroms im Wesentlichen ähnelten, so waren doch die Erklärungsversuche sehr unterschiedlich:

Noch vor 30 Jahren wurde in Deutschland häufig die Diagnose der „leichten frühkindlichen Hirnschädigung“ gestellt, dann die Störung als „kindlich exogenes Psychosyndroms“ beschrieben. Vor etwa 20 Jahren sprach man dann von „minimaler cerebraler Dysfunktion - MCD“.

So wurden immer wieder in modellhaften Erklärungsversuchen unterschiedliche Ursachen als hauptverantwortlich für diese Störung gemacht. Kinderpsychiater, Psychologen und Pädagogen sollen mittlerweile international über 6.000 Studien hierzu veröffentlicht haben.

Schulpsychologische Beratungsstelle

Kolpingstraße 34 42551 Velbert
Telefon: 02051 / 955 366
Telefax: 02051 / 955 368
E-Mail: schulpsychologie@velbert.de

ADS, das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom

Zur Zeit geht man (wieder in einem modellhaften Erklärungsansatz) von einer *neurochemischen Problematik* aus, die grob gesagt dazu führt, dass das Gehirn nicht ausreichend in der Lage ist, auf einströmende Impulse (Wahrnehmungen, Stimmungen) steuernd einzuwirken. Das heißt, im Gehirn ist eigentlich „zuviel los“. Die Informationsverarbeitung ist gestört. Es ist für die Kinder schwierig herauszufinden, welcher Reiz wann wichtig ist. Den Kindern fehlen die „Scheuklappen“. Der Lehrer ist genauso wichtig wie die Fliege an der Wand. Die Kinder wissen meist sehr wohl, wie sie handeln sollen - nur eben nicht wann. Weiterhin geht man davon aus, dass Aufmerksamkeitsstörung und die Impulsivität des Hauptproblem der „hyperaktiven Kinder“ darstellen und nicht die Hyperaktivität. Einige Forscher (BROWN, 1995) gehen sogar so weit, dass sie sagen, dass es dieses Syndrom auch ohne Hyperaktivität gibt. Folgerichtig spricht man vom *ADS (= Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom)*

Kennzeichen der Unaufmerksamkeit sind dann z.B. Schusseligkeitsfehler bei den HAG, eine verminderte Aufmerksamkeitsspanne (die Kinder kriegen Erklärungen nicht vollständig mit), sie verlieren häufig Gegenstände (Spielsachen, Schulmaterial), sie sind vergesslich und oft leicht abgelenkt durch äußere Reize.

Die Kinder erleben natürlich ihre Misserfolge. Sie können wütend werden oder machen beleidigt dicht, ihre Motivation nimmt ab, sie vermeiden bestimmte Situationen (kaspeln, spielen den Clown, lügen oder entziehen sich anderweitig) - weitere Misserfolge treten ein. Das heißt, die ursächlich neurobiologische Störung erfährt in der Lerngeschichte eine psychogene Verschärfung.

Nach dem heutigen Forschungsstand kann man davon ausgehen, dass hyperkinetische Störungen neurobiologisch bedingt sind. Erkenntnisse aus der Zwillingsforschung sprechen zusätzlich auch noch für einen genetischen Hintergrund. Das heißt aber auch, dass eine primäre erzieherische Verursachung dieser Störung nicht angenommen werden kann. Gleichwohl verstärken ungünstige Erziehungsverhaltensweisen (oft durch Überforderung der Erziehenden entstanden) die Symptomatik. D.h., dass letztlich zu beobachtende Problemverhalten hat auch Lernanteile, die wieder abbaubar sind.

Aber auch dieser Kenntnisstand ist, wie schon erwähnt, eine modellhafte Annahme und keine letztliche Wahrheit.

Die Grenzen von Hyperaktivität einerseits und Verhaltensauffälligkeit oder Erziehungsschwierigkeit andererseits sind fließend. Sie werden auch von der Frustrationstoleranz des Erziehenden mitbestimmt.

Die Diagnose orientiert sich dann letztlich am „Diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen nach den Empfehlungen der amerikanischen Gesellschaft für

Psychiatrie“, 1994 (DSM IV/ICD 10). Hiernach muss eine bestimmte Anzahl von Symptomen der Hauptkategorien „Unaufmerksamkeit“, „Überaktivität“ und „Impulsivität“ vorliegen und zwar über die Dauer von mindestens 6 Monaten und in mehr als einer Umgebung. Die Störung sollte außerdem vor dem 7. Lebensjahr begonnen haben.

Was ist zu tun?

Grundsätzlich ist für das Alltagsleben wie für die Betreuung eines ADS-Kindes Folgendes hilfreich:

- ◇ Bei allen Anforderungen an das Kind sollte eine ruhige Atmosphäre geschaffen werden und die Erwachsenen sollten ihre Aufforderungen und Hinweise ruhig, eindeutig und ohne zu viele Worte geben.
- ◇ Wichtig ist ein klares Regelwerk zu Hause und in der Schule: Regeln sollten positiv formuliert werden und zwar in einer Form, die dem Kind sagt, was es tun soll. Loben Sie Ihr Kind und belohnen Sie es für sein gutes Verhalten.
Werden Regeln gesetzt und das Einhalten eingeübt (mit unmittelbarer Kontrolle und in Ruhe und Gelassenheit und ohne ständige Diskussion) lernt das Kind, Eingefordertes zunächst mit Unterstützung und dann auch selbständig zu erledigen. Pläne, auf denen die Regeln aufgeschrieben sind und auch die Konsequenzen bei Nichteinhaltung notiert sind, können hierbei zu Hause, wie auch in der Schule sehr hilfreich sein.
- ◇ Für ein ADS-Kind ist Konsequenz in der Erziehung von besonderer Wichtigkeit. Das Kind muss in dem Erzieherverhalten eindeutig erkennen können, welches Verhalten jeweils erwünscht ist und welches nicht. So sollten Eltern und Erzieher in ähnlichen Situationen auch ähnlich reagieren. Das verhilft dem Kind zu mehr Sicherheit; es zeigt ihm deutlich, wo Grenzen und wo Freiräume sind. Durch diese Klarheit entspannt sich das Zusammenleben.
- ◇ Hierzu gehört auch ein fester, geregelter Tagesablauf. Täglich Wiederkehrendes (z.B. Essenszeiten, Hausaufgaben, Zubettgehen) sollten immer wieder zu denselben Tageszeiten erfolgen.
- ◇ Alle Spiel- und/oder Arbeitsaufgaben sollten in relativ kurzer Zeit zu einem Abschluss zu bringen sein.
- ◇ Ordnung beim Spielen und Lernen ist sehr wichtig. Dies bedeutet, dass nur wenig, aber überschaubares Material auf einem ungemusterten, zurückhaltenden Untergrund vorhanden sein soll. Überflüssiges sollte weggeräumt werden.
- ◇ Es sollten möglichst wenig Störreize auftauchen (z.B. Geräusche, unruhiges Licht,

wirre Muster in der Spielunterlage). Führen Sie eine bestimmte Zeit ein, in der das Kind seine Hausaufgaben macht. Erlauben Sie Ihrem Kind nicht, seine Hausaufgaben vor dem Fernseher zu machen oder während das Radio läuft.

- ◇ Bei allen Tätigkeiten sollten Erfolge sofort für das Kind erlebbar sein. Z.B. sollten die Erwachsenen das jeweils gut Gelingene eindeutig - nicht beschönigend - loben.
- ◇ Generell brauchen ADS-Kinder viel Außensteuerung, da Ihnen die Selbststeuerung so schwer fällt. Die stetige Fremdkontrolle empfinden sie zumeist nicht als Bevormundung, sondern als Hilfe. Es macht sie sicherer.
- ◇ Vermeiden Sie emotionelle Reaktionen wie Zorn, Sarkasmus und Spott. Vergegenwärtigen Sie sich, dass Ihr Kind Schwierigkeiten mit seiner Kontrolle hat, und es sich noch schlechter fühlt, wenn man ihm erzählt, eine Sache sei einfach oder jeder könne das.
- ◇ Eine weitere effektive Strategie ist die Bereitstellung eines besonderen Auszeit-Ortes, wohin Ihr Kind gehen kann, wenn es sich nicht unter Kontrolle hat. Dieser sollte nicht als Bestrafungsort angesehen werden, sondern als der Ort, wo das Kind sich beruhigen kann. Jüngere Kinder müssen aufgefordert werden, dorthin zu gehen, ältere Kinder sollten lernen selbst zu spüren, wann sie sich beruhigen sollten und aus eigenem Antrieb diesen Auszeit-Ort aufsuchen.

Speziell für die Schule gilt:

- ◇ In der Schule ist hilfreich, wenn viel mit Veranschaulichungen gearbeitet wird. Systematik, strukturierter Unterrichtsaufbau und einübendes Wiederholen helfen. Hiervon ausgehend kann der Lehrer dann behutsam zunehmend Freiräume zum selbstbestimmenden Lernen schaffen.
- ◇ Ein fester Sitzplatz in der Klasse, an den sich das Kind gewöhnen kann und der ihm vertraut ist, sind wichtig. Ein eher ruhiges Kind neben einem hyperaktivem bietet ein positives Modell. Auch ein Platz für sich allein ist hilfreich. Ein Platz an einem Gruppentisch hingegen ist ungünstig, wie auch ein Platz am Fenster. Der Sitzplatz sollte auch möglichst in der Klassenzimmerecke sein, in der der Lehrer häufig präsent sein kann, damit er den Schüler im Blickfeld hat und ihn mit kurzen und nonverbalen Korrekturen im Geschehen halten kann.
- ◇ Ein Ansprechen des Schülers mit häufigem Blickkontakt oder direktes Berühren erleichtern es ihm, seine Aufmerksamkeit auf den Lehrer zu richten.
- ◇ Anweisungen müssen in klaren einfachen Worten gegeben werden und nicht durch immer wieder andersartige Erklärungsansätze, die verwirren.

- ◇ Die Hinweissignale für Übergänge im Unterricht müssen klar und deutlich sein: „Lesen ist jetzt zu Ende. Bitte das Buch vom Tisch. Wir brauchen jetzt nur das Sprachheft.“
- ◇ Auf dem Tisch des Schülers darf nichts liegen, was er für die momentane Aufgabenerledigung nicht braucht, bzw. was ihn ablenken könnte.
- ◇ Eine Arbeitsphase kann erst erfolgen, wenn Ruhe in der Klasse herrscht.
- ◇ Gestellte Aufgaben müssen kontrolliert werden (auch Hausaufgaben!).
- ◇ Der hyperaktive Schüler braucht häufige Rückmeldungen (verbal oder nonverbal) für das, was er tut.
- ◇ Anstelle von Ermahnungen und Bloßstellungen vor der Klasse sollten häufiger nonverbale Verhaltenskorrekturen erfolgen, wie wortloses Wegnehmen eines Gegenstandes mit dem der Schüler gerade abgelenkt ist, Drehen des Kopfes in die „richtige Richtung“, Zeigen mit dem Finger auf einen Punkt im Heft, wo der Schüler weiterarbeiten soll.
- ◇ Während einer Arbeitsphase sollte der Schüler nicht die Erlaubnis bekommen, sich vom Platz zu entfernen.
- ◇ Mit der ganzen Klasse vereinbarte Signale und Zeichen helfen allen sich daran zu erinnern, was auf dieses Signal oder Zeichen hin erfolgen soll und was bei Nichteinhaltung erfolgen wird.
- ◇ Hausaufgaben dürfen nicht erst dann gestellt werden, wenn in der Klasse schon allgemeine Aufbruchstimmung herrscht, denn gerade in solchen komplexen Reizsituationen fällt es dem Hyperaktiven schwer, das für ihn Wichtige herauszufiltern und zu behalten. Es kann auch hilfreich sein, dem Wunsch der Mutter nachzukommen, nachzuschauen, ob der Schüler seine Hausaufgaben auch notiert hat.
- ◇ ADS-Kinder sind im mündlichen Unterricht oft deutlich besser, als im Schriftlichen. Uneingeschränktes Lob motiviert; Aussagen, wie „Wenn Du im Schriftlichen nur annähernd so gut wärst, wie im Mündlichen“ demotivieren.
- ◇ Wenn möglich, ist es immer sinnvoll, kleine Aufträge zu erteilen (etwas aus dem Sekretariat holen, Tafel abwischen...).
- ◇ Im Sportunterricht sind Gruppenaktivitäten ungünstig: In der Menge schaukelt sich der hyperaktive Schüler schnell auf und wird unbrembar. „Helferjobs“, wie Matten holen, sind günstig.
- ◇ Der hyperaktive Schüler braucht das Gefühl, emotional angenommen zu sein ebenso, wie eine liebevolle aber auch deutliche, konsequente, und aufmerksamkeitslenkende

Führung. Je klarer, einschätzbarer, sachlicher und freundlicher (und wenn möglich, auch humorvoller) der Umgang mit dem Schüler ist, desto sicherer fühlt er sich und desto eher wird der Lehrer zum „Superreiz“ und der Schüler erfährt einen Motivationszuwachs. Bei allen Maßnahmen soll das Selbstvertrauen und die Sicherheit der Kinder wiederentdeckt und gestärkt werden. Durch positive Erfahrungen kann das Kind lernen, Mißerfolge zu verkraften und Konkurrenz zu akzeptieren.

Wenn das Selbstvertrauen wächst, kommen Fähigkeiten zu Tage, die bislang durch Mißerfolge überdeckt wurden.

Therapien

Je nach Erklärungsansatz und zufälliger Verfügbarkeit kommen beim ADS-Kind die unterschiedlichsten Therapieformen zur Anwendung:

Ernährungsumstellung, bzw. Diät, tiefenpsychologisch orientierte Kindertherapien, klientenzentrierte/nondirektive Spieltherapie, systemische Familientherapie, Verhaltenstherapie, Ergotherapie, heilpädagogische Übungsbehandlung, Psychomotorik, Festhaltetherapie und Edu-Kinesiologie werden alle mit unterschiedlichen Erfolgen angewandt.

Man kann davon ausgehen, dass die Therapieformen am ehesten erfolgreich sind, bei denen Verhaltensweisen eingeübt werden und Selbstvertrauen aufgebaut wird. Aber auch Therapien, die dem Einen oder Anderen vom Ansatz her weniger erfolgreich erscheinen, können durchaus ihre positive Wirkung haben: Jeder Therapieversuch geht ja einher mit deutlich gesteigerter Zuwendung der Bezugspersonen zum Kind, klaren Vorgaben und Orientierungshilfen für das Verhalten, und das Kind merkt, dass man sich ganz besonders um es kümmert, dass es wichtig ist und bekommt ein Gefühl, ganz „speziell“ zu sein. Gleichzeitig ändern sich bei den Bezugspersonen die Wahrnehmungen in Bezug auf das Kind, denn schließlich wird es ja therapiert, man ist so ja auch selbst um anderes Verhalten bemüht. Also nimmt man beim Kind auch nicht nur seine störenden Verhaltensweisen wahr, sondern sieht auch in zunehmendem Maße seine positiven Ansätze und Veränderungen.

Zum Abschluß noch einige Bemerkungen zur medikamentösen Behandlung:

Wir erfahren in unserer Praxis, dass hyperkinetische Kinder unter Ritalin (bzw. Medikinet: Ein weiteres Medikament mit dem gleichen Wirkstoff) oft schlagartig ein anderes Verhalten zeigen. Allerdings (und das ist auch eine Wirkung dieses Medikaments) nur solange, wie die Wirkung der verabreichten Dosis anhält. Unter Ritalin kann so oft ganz schnell eine spürbare Entlastung nicht nur des Kindes, sondern

auch seiner Umwelt erreicht werden. Überlegungen zur medikamentösen Behandlung sollten dann angestellt werden, wenn ein Kind wirklich extrem unruhig und störend ist, und/oder massive sekundäre Probleme der Aggressivität oder Verweigerung in einem solchen Maße zeigt, dass die Familie (und häufig auch die Schule) „einfach nicht mehr kann“.

Man muss aber bedenken, dass die Medikation auch suggerieren kann, das Kind sei eben krank, alle seine Probleme seien auf diese Krankheit zurückzuführen und die einzig richtige Behandlung bestehe in der Verabreichung von Tabletten.

So erleben wir leider auch immer wieder, dass eigene Erziehungsfehler oder z.B. schulische Überforderungssituationen nicht als solche erkannt werden.

Daher: Wenn Tabletten, dann deshalb, damit dadurch therapeutische und erzieherische Maßnahmen wirksam werden können, die dann aber auch erfolgen müssen.

Literatur:

C. NEUHAUS, Das hyperaktive Kind und seine Probleme, Ravensburger Buchverlag, 1996, ISBN 3-473-42747-0, 19,80 DM