

# **Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS) mit und ohne Hyperaktivität und seine Behandlung im Pfalzinstitut**

Micheal Behrens und Barbara Seitz

## **1. Einführung**

### **1. 1. Eine kleine Geschichte**

Peter sitzt im Klassenzimmer und wartet auf seine Lehrerin. Er merkt gar nicht als sie ins Zimmer kommt, weil alles um ihn herum so interessant ist: Der Vogel vor dem Klassenzimmerfenster, das Gespräch zwischen den zwei Mädchen, die vor ihm sitzen, Aufzeichnungen auf der Tafel vom Vortag. Alle Kinder sollen ihre Hefte und Bücher aus dem Schulranzen nehmen und im Deutschbuch eine Seite aufschlagen. Diesen Hinweis hat Peter völlig überhört und weiß gar nicht, was er auspacken soll. Eigentlich kann er auch auf dem Stuhl nicht mehr ruhig sitzen bleiben. Die Füße wippen, Peter stützt seinen Kopf erst auf den einen, dann auf den anderen Arm, und dann steht er auf und läuft durch den Raum. Das wiederum stört Lisa, die sich überhaupt nicht so gut konzentrieren kann, obwohl sie das gerne möchte. Immer wieder versucht sie aufmerksam zu verfolgen, was die Lehrerin sagt, aber es gelingt ihr kaum. Dabei ist sie doch so wie die anderen Kinder. Das hat wenigstens die Frau von der Erziehungsberatungsstelle gesagt .....

### **2. Was ist das ADS?**

Das **ADS ohne Hyperaktivität** beinhaltet eine Gruppe von Störungen, die folgendermaßen charakterisiert wird:

1. Leichte Ablenkbarkeit.
2. Reizfilterschwäche  $\Rightarrow$  verminderte Lernleistung.
3. Störung der Daueraufmerksamkeit.

Ergänzend dazu finden wir bei dem **ADS mit Hyperaktivität**

- A. motorische Unruhe,
- B. Impulsivität,
- C. leichte Erregbarkeit.

### **Durch die obengenannte Problematik können Folgeprobleme sein:**

Im kognitiven Bereich sind häufig vor allem betroffen die Sprache und in Verbindung damit dann das Lesen und Schreiben. Sprachentwicklungsverzögerungen und Legasthenie sind bei diesen Kindern häufig. Beeinträchtigt sein kann aber auch die Selbstwahrnehmung bzw. die Reflexion über das auffällige eigene Verhalten. Ergänzend ist häufig die soziale Wahrnehmung eingeschränkt. Impulsives Verhalten (s. B) und leichte Erregbarkeit (s. C) können dazu führen, daß das Verhalten hyperaktiver Kinder Gleichaltrige auf Distanz gehen läßt. Oft führt es zur offenen Ablehnung durch Lehrer, Familie und potentielle Spielgefährten.

### **3. Komorbidität:**

Das **ADS** geht bei den Kindern häufig einher mit Teilleistungsstörungen. Komorbidität besteht zudem mit affektiven und Angststörungen. Sie ist ergänzend auch hinsichtlich Tic- und Tourette-Störungen gegeben.

Das **ADS** mit Hyperaktivität zeigt eine außerordentlich hohe Komorbidität auf mit der Störung des Sozialverhaltens. So kommt es zu einem wiederkehrenden Muster von negativistischem, feindseligem, herausfordernd-trotzigem Verhalten, einer Vorstufe oder frühen Form der Störung des Sozialverhaltens.

**3.1.** Differentialdiagnostisch muß immer wieder an viele andere Störungen gedacht werden, da die Grundproblematik eine völlig andere sein kann, in einem vermeintlichen *ADS* jedoch zum Ausdruck kommt (Überforderung, in der Schule sowie in sozialen Situationen, akute und chronische Belastungsreaktionen, Unsicherheit und Ängstlichkeit u.a.).

#### **4. Ätiologie und Pathogenese:**

Beim **ADS** (mit und ohne Hyperaktivität) finden wir - ausgehend von einer neuro-bio-chemischen Grundproblematik:

- Dopaminmangel  $\Rightarrow$  Erkennungszeichen des **ADS**  
Dopaminmangel ist als Neurotransmitter beteiligt an  
Regulierung der motorischen Aktivität,  
Regulierung der Aufmerksamkeit,  
Steuerung der Impulskontrolle,  
Regulierung der Wachheit (Vigilanz),  
Steuerung der Emotionen.
- Begünstigende und aufrechterhaltende Faktoren (soziale Faktoren) finden sich in mangelnder elterlicher Kontrolle und Erziehungskompetenz, mit elterlicher Psychopathologie, abträgliche Familienbedingungen wie z.B. langanhaltende familiäre Auseinandersetzungen, langanhaltende Arbeitslosigkeit der Mutter/des Vaters mit daraus resultierenden finanziellen Einbußen, Benachteiligung in der Wohnsituation, im Bildungsbereich, im Kontakt zu Gleichaltrigen oder in der Freizeitgestaltung.

#### **5. Diagnostik:**

In der Behandlung gehen wir davon aus, daß trotz der möglichen gleichen organischen Ursache und der Ähnlichkeit der einzelnen Symptome die Problemgeschichte nicht nur unterschiedliche Begleiterscheinungen hat, sondern auch unterschiedliche Folgen mit sich bringt.

In einem Vorgespräch mit Patient und Eltern wird die Notwendigkeit einer stationären Behandlung abgeklärt und die Behandlungsstrategie besprochen. Neben einer ausführlichen medizinischen und psychologischen Diagnostik erfolgen im stationären Setting (dazu gehört auch die klinikinterne Schule) eine gezielte Verhaltensbeobachtung und Leistungsbeurteilung. Motologisch-motoskopische und logopädische Untersuchungen erfolgen bei entsprechender Indikation. Diese Untersuchungen stehen am Anfang der stationären Behandlung und gehören zu der diagnostischen Phase, in der wir versuchen, die individuell störungsfördernden und störungsaufrechterhaltenden Bedingungen zu klären, um dann auch die Behandlungsziele zu definieren und die Behandlung darauf abzustimmen.

#### **6. Behandlungsplan:**

##### **6.1. Verhaltenstherapie:**

###### **Umgebungsgestaltung (a):**

Zum einen schaffen wir den äußern Rahmen durch eine entsprechende Tagesstrukturierung und ein überblickbares Regelwerk, das dem Patienten hilft,  
- einen Überblick zu bekommen über Abläufe und Anforderungen,

- eigenes Verhalten besser zu erfassen und zu steuern,
- eigene Fähigkeiten wahrzunehmen und wahrgenommene Schwierigkeiten zu verbessern.

Die Umgebungsgestaltung macht sich natürlich auch im Schulalltag der PI-Schule bemerkbar: Je nach Ausformung und Ausprägung der Störung erhält der Patient Einzelintensivunterricht oder Kleingruppenunterricht (bis zu fünf Patienten). Der Unterricht beschränkt sich auf die Hauptfächer. Die Unterrichtsgestaltung ist so aufgebaut, daß ein erfolgsorientiertes motivierendes Arbeits- und Leistungsverhalten wieder erlebbar wird und gleichzeitig vorhandene Schwächen und Defizite möglichst kompensiert werden. Mit zunehmendem Erfolg eines Patienten ändert sich auch die Umgebungsgestaltung: Die Unterrichtszeit und die Unterrichtsanforderungen werden gesteigert, und wenn der Patient wieder regelschulfähig geworden ist, erfolgt eine Stabilisierung durch eine externe Beschulung in einer der nächstgelegenen Schulen.

#### **Strategievermittlung (b):**

Der Patient lernt problembezogen seine Wahrnehmungsfähigkeit zu verbessern und die Bewertung des Wahrgenommenen realistischer vorzunehmen.

Danach lernt der Patient mit Hilfe weiterer verhaltenstherapeutischer Techniken

**(Selbstinstruktionslernen, Reizkontrolle, Verstärkerpläne, Problemlösestrategien und anderes)** die vorher wahrgenommenen Schwierigkeiten zu reduzieren und damit mehr Erfolge im Umgang mit Aufgaben/sozialen Situationen zu erleben.

#### **Elternarbeit (c):**

In der Arbeit mit den Eltern steht Information an erster Stelle, was in der Regel zur Entlastung führt. Wie in der Arbeit mit dem Kind, wird auch in der Arbeit mit den Eltern versucht, zentrale und immer wieder auftretende Probleme genauer zu benennen, zu bewerten und im darauf folgenden Schritt auch zu verändern. Auch in diesem Fall werden verhaltenstherapeutische Techniken zur Selbst- und Fremdbeobachtung, Reizkontrolle, Regel- und Verstärkerpläne, Problemlösestrategien etc. eingesetzt, Wochenenden haben therapeutische Funktion in der Form, daß vorbesprochene Vorgehensweisen umgesetzt und auf ihre Brauchbarkeit hin überprüft werden.

### **6. 2. Medikation:**

Finden sich ausreichende Hinweise für das Vorliegen eines **ADS**, so kann dies neben anderen therapeutischen Maßnahmen mit ein Hinweis sein für einen erfolgsversprechenden ergänzenden Einsatz von Medikamenten.

Wirkungsvolle Medikamente:

Psychostimulanzien, z.B. Ritalin (Methylphenidat),

DL-Amphetamin,

Captagon (Phenetyllin).

Wirkungsweise:

Die Mehrzahl hyperkinetischer Kinder reagiert meist rasch mit einer Abnahme von Unruhe und Impulsivität und/oder mit einer Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit. Ein kleinerer Teil (ca. ein Drittel) der behandelten Kinder reagiert jedoch nicht, oder es kommt sogar zu einer Verschlechterung der Symptomatik.

Nebenwirkungen, die auftreten können:

Cardiovaskuläre Veränderungen (z.B. Blutdruckerhöhung, Pulszunahme), Einschlafstörungen, Appetitabnahme, eine dysphorisch gereizte Grundstimmung.

#### **Vorbehalte**

gegenüber einer medikamentösen Behandlung mit Psychostimulanzien sind nicht angebracht.

#### **Es kommt nicht:**

- Zu einer psychischen oder physischen Abhängigkeit,
- zu einer Blutbildveränderung,

zu einer Allergisierung.

Stimulanzen führen bei fachkundiger Überprüfung und Begleitung nicht zu einer Wachstumshemmung.

Bedenkliche und zum Abbruch der Psychostimulanzenbehandlung zwingende Nebenwirkungen sind das Auftreten psychotischer Erscheinungen und die vereinzelt bekannt gewordene Aktivierung einer Tic-Krankheit.

#### **Wie lange muß das Medikament gegeben werden?:**

Für die Dauer einer Behandlung mit Methylphenidat, Amphetaminen oder Phenethylin lassen sich keine festen Regeln aufstellen. Auch bei anhaltender Wirksamkeit sollte in regelmäßigen Intervallen die Frage der Notwendigkeit nach einer Weiterführung zwischen Arzt, Eltern und Lehrer erörtert werden. Erfahrungsgemäß werden diese Medikamente mindestens zwei bis vier Jahre gegeben, meistens mit Intervallpausen an den Wochenenden und in den Ferien.

#### **6.3. Ergänzende Interventionen:**

Neben der Verhaltenstherapie unter Medikation können, falls eine Indikation besteht, kunst- und musiktherapeutische Betreuung erfolgen. Häufig erweisen sich zusätzliche heilpädagogische, motopädische und logopädische Maßnahmen noch als notwendig.

Da ein Patient mit Verlassen der Klinik nicht geheilt ist, bekommen in der Entlassungsphase Helferkonferenzen (Netzwerkkonferenzen), zu denen neben Vertretern des Pfalzinstituts die Eltern, die wiederaufnehmende Schule, unter Umständen auch professionelle Helfer aus dem psycho-sozialen Bereich sowie der Jugendhilfe gehören, eine besondere Bedeutung. Unter anderem geht es darum, die Hilfsangebote des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) zu nutzen und somit die erreichten Veränderungen auch außerhalb der Klinik abzusichern.

#### **7. Beispiele einer individuellen Behandlung:**

Peter lernt durch ein gezieltes, mit Rückmeldung gekoppeltes Beobachtungstraining, in welchen Situationen er unüberlegt handelt und dadurch Ärger bekommt (**erster Schritt**).

In den nachfolgenden Gesprächen (**zweiter Schritt**) erarbeitet er für sich Strategien, wie er zum einen unüberlegtes Handeln reduzieren kann, gleichzeitig er es sich leichter machen kann, überlegt und planend zu handeln (Problemlösetraining).

In einem **dritten Schritt** werden die erarbeiteten Lösungen ausprobiert und auf ihre Brauchbarkeit hin überprüft. Häufig wird diese Experimentierzeit mit einem **Unterstützungs- und Verstärkerplan** gekoppelt, um die Etablierung der als **Lösungsstrategien** angesehenen neuen Verhaltensweisen zu erleichtern. In einem **vierten Schritt** werden dann diese Lösungen auf neue Situationen übertragen. Eine, die Aufmerksamkeitssteuerung möglicherweise erleichternde Basismedikation, wenn sie nötig ist, läuft parallel zum verhaltenstherapeutischen Vorgehen. Gleichzeitig werden mit den Eltern und dem Patienten einige schwierige Situationen, die das Zusammenleben zu Hause belasten, herausgearbeitet und nach neuen Lösungsstrategien gesucht. Diese werden an den Wochenenden auf ihre Brauchbarkeit hin überprüft. Durch die Erarbeitung der Schwierigkeiten und der Schwierigkeitsbewältigung wird deutlich gemacht, wer für welche Entscheidungen/Handlungen die Verantwortung trägt bzw. tragen sollte (z.B. das sofortige Eingehen auf Wünsche der Kinder, obwohl diese in der gegebenen Situation nicht passend sind, und andere). Gleichzeitig wird der Patient und seine Eltern ermutigt, mehr darauf zu achten, was sie bewirken können, und weniger darauf zu achten, was alles schiefgeht oder schon immer schiefgegangen ist.

## **Literatur**

### **Copeland,E.**

"Comprehensive ADHD/ADD Evaluation and Treatment Program"  
Social Competency Training, 1991, 1995

### **Döpfner / Lehmkuhl**

"Die multimodale Therapie von Kindern mit hyperkinetischen Störungen"  
Der Kinderarzt, 1998, Heft 2 + 3

### **Döpfner, Schürmann, Frölich**

"Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten- THOP"  
PVU Weinheim, 1997

### **Eisert, H.G.**

"Hyperkinetische Störungen"  
in Handbuch der Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin bei Kindern und Jugendlichen"  
Herausgegeben von Steinhausen und von Aster, PVU, Weinheim 1993

### **Krause, J.**

"Leben mit hyperaktiven Kindern"  
Piper-Verlag  
(besonders für Eltern geeignet)

### **Neuhaus, Cordula**

"Das hyperaktive Kind und seine Probleme"  
Ravensburger Buchverlag, 1996  
(besonders für Eltern geeignet)

### **Trott, G.E.**

"Das hyperkinetische Syndrom und seine medikamentöse Behandlung"  
J.A.Barth, Leipzig, Berlin, Heidelberg 1993