

Bildungsberatung  
bei  
ADHS

© Edith Staud 2011

# 1. Inhaltsverzeichnis

1. Inhaltsverzeichnis.....	1
2. Einleitung .....	2
3. Was versteht man unter ADS, ADHS? .....	3
4. Ein Fallbeispiel.....	7
5. Diagnostik von ADS und ADHS, HKS .....	10
6. ADS und ADHS in der Schule.....	13
7. Bildungsberatung .....	14
8. Fördermöglichkeiten bei ADS und ADHS.....	17
9. Zusammenfassung.....	21
10. Literaturverzeichnis.....	23

## 2. Einleitung

Das Thema „Bildungsberatung bei ADS (ADHS) ist ein sehr aktuelles Thema. Allein im Jahr 2006 sind nach Auskunft des Südwestdeutschen-Bibliotheksverbund-Katalogs 57 Bücher zum Thema ADS (Aufmerksamkeits-Defizits-Syndrom) oder auch ADHS (Aufmerksamkeitsdefizits-Hyperaktivitätsstörung) erschienen. Im Jahr 2007 sind bereits 7 Bücher erschienen. Die Auswahl einer geeigneten Literatur ist in diesem Fall nicht sehr einfach. Da ich bis zum Jahr 2005 als Sonderschullehrerin bei körperbehinderten Kindern tätig war, ist mir in den letzten Jahren meiner Tätigkeit eine Zunahme der Schüler(innen), die mit dieser Diagnose in der Schule aufgenommen wurden, aufgefallen. Woran liegt das nun? Jacobs u.a. verweisen in ihrem Buch über „Training für Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen“ auf Seite 32 auf eine besorgniserregenden Zunahme einer behandlungsbedürftigen Aufmerksamkeitsstörung, die nicht immer zutrifft und zu einem deutlichen Anstieg pharmakotherapeutischer Behandlungsversuche mit Methylphenidat geführt hat. Auf der anderen Seite scheint es ein fast vollständiges Therapiedefizit für Kinder mit verdeckten Aufmerksamkeitsstörungen ohne hypermotorische Verhaltensmerkmale zu geben (vgl. Jacobs u.a. 2005, S. 32). Was könnte die Ursache dieser Entwicklung sein? Darüber möchte ich nur Vermutungen aussprechen. Kinder mit ADHS fallen in der Schule durch ihr Verhalten und ihre Lernprobleme auf. Lehrer und Eltern sind daher mit einem Problem konfrontiert, das sie nicht übersehen können und sie gewissermaßen zwingt nach Lösungen zu suchen. Auffällige, störende und unkonzentrierte Schüler erhalten eher mehr Aufmerksamkeit von Seiten des Lehrers, da dieser bemüht ist, Bedingungen zu schaffen unter denen das Unterrichten und Lernen möglich ist. Da die Schule auch die Aufgabe der Selektion hat, wird über Zeugnisse und Noten eine Bewertung der Unterrichtsleistung durchgeführt. Dass Schüler mit ADS oder ADHS als Folge der Störung in ihren Schulleistungen beeinträchtigt sind, ist vorstellbar. Dies kann die Schullaufbahn beeinträchtigen und damit auch die Berufswahlmöglichkeiten. ADS oder ADHS kann also gravierende Folgen für die Betroffenen haben. In der hier vorliegenden Arbeit möchte ich mich mit der Bildungsberatung bei ADS oder ADHS beschäftigen. Dazu wäre zuerst zu definieren, was man unter ADS oder ADHS versteht. Wie diese Störung in der Praxis aussehen kann, möchte ich an einem Fallbeispiel in Kapitel 3 schildern. Wenn eine Störung beobachtet wird, so stellt sich zumeist die Frage, wie sie unter wissenschaftlichen Kriterien zu diagnostizieren ist. Da diese Störung oft erst auffällt, wenn die Kinder die Schule besuchen, berichte ich in Kapitel 6 über ADS oder ADHS in der Schule. Ich kann dabei auch eigene Erfahrungen einfließen lassen, die ich wahrscheinlich nicht mehr vergessen werde. Dieses Kapitel befindet sich in den Buch „Sonderpädagogik - Erkenntnisse der Hirnforschung und ihre Bedeutung für die Körperbehindertenpädagogik“ ab Seite 188, erschienen 2011 Books on Demand GmbH, Norderstedt.

Die Richtlinien für die Bildungsberatung ; Verwaltungsvorschrift des KM vom 26. April 1984 (KuU S. 349); neu erlassen 13.11.2000 (KuU S. 332/2000) geben Hinweise zur Bildungsberatung in Schulen und Schulpsychologischen Beratungsstellen. In Kapitel 8 möchte ich als Fördermöglichkeit noch das „Training für Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen - Das neuropsychologische Gruppenprogramm ATTENTIONER“ von Jacobs, Heubrock, Muth und Petermann vorstellen.

### 3. Was versteht man unter ADS, ADHS?

ADS und ADHS bezeichnen jeweils einen medizinischen Störungsbegriff. Dabei stehen die Buchstaben ADS für Aufmerksamkeits-Defizits-Syndrom und ADHS (bzw. ADHD) für Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (vgl. Schröder 2006, S. 14). Als weitere Bezeichnungen für diese Störung finden sich in der Literatur „Hyperkinetisches Syndrom (HKS)“, im DSM-IV „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung“ und im ICD-10 „hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens“ (vgl. Heubrock 2001, S. 31).

Deutlich ist aus der Bezeichnung zu entnehmen, dass es sich hier jeweils auch um Störungen in der Aufmerksamkeit handelt. Bei der Aufmerksamkeit scheint es sich um ein Konzept zu handeln, an dem viele verschiedene Prozesse und Funktionen beteiligt sind. Die Theorien, die Aufmerksamkeit erklären wollen, kann man zwei Gruppen einteilen: jene, die von einer begrenzten Aufmerksamkeitskapazität ausgehen und andere, die eine Selektions- und Integrationsfunktion der Aufmerksamkeit hervorheben (vgl. Heubrock 2001, S. 11,12). Zu den Theorien, die von einer begrenzten Aufmerksamkeitskapazität ausgehen, sind auch die sogenannten Filtertheorien zu rechnen. Sie gehen von einem begrenzten Faktor innerhalb der Informationsverarbeitung aus, der eine Überlastung des zentralen Prozessors verhindern soll. Das Gehirn wird als ein System gesehen, das über eine bestimmte Kapazität verfügt, die es für verschiedene Aufgaben aufteilt (vgl. Heubrock 2001, S. 14,15).

„Unabhängig von der jeweiligen Modellvorstellung läßt sich Aufmerksamkeit als ein Mechanismus begreifen, der die überaus große Menge an Umwelteindrücken aufnimmt und sortiert. Die Aufmerksamkeit dient also dazu, die (möglicherweise begrenzten) kognitiven Fähigkeiten so zu nutzen, daß sie den relevanten Anteil der Umweltreize gezielt verarbeiten. Dieser Mechanismus scheint - abhängig von situativen Bedingungen und von den verschiedenen Aufgaben - unterschiedlich zu funktionieren.“(Heubrock 2001, S. 18)

Bei den verschiedenen Komponenten der Aufmerksamkeit wird zwischen Vigilanz (Daueraufmerksamkeit), selektiver Aufmerksamkeit und geteilter Aufmerksamkeit unterschieden.

„Unter Vigilanz wird ein bestimmter Aktivierungsgrad verstanden, der einen Menschen in die Lage versetzt, eine Veränderung in einer Reihe von gleichförmigen Reizen wahrzunehmen.“(Heubrock 2001, S. 19)

Zentrales Merkmal der Vigilanz ist die Fähigkeit, einen gleichmäßig hohen Aktivierungsgrad über einen längeren Zeitraum hinweg beizubehalten (vgl. Heubrock 2001, S.19).

„Unter selektiver oder fokussierter Aufmerksamkeit wird die Fähigkeit verstanden, schnell und zuverlässig auf relevante Reize zu reagieren und sich dabei nicht durch irrelevante Informationen oder durch Störreize ablenken zu lassen. Es darf also aus einer Vielzahl an gleichzeitigen Reizen nur ein einzelner und in diesem Augenblick bedeutsamer Reiz beachtet werden.“(Heubrock 2001, S. 19)

„Auch die Fähigkeit zur geteilten Aufmerksamkeit stellt eine tägliche Routineanforderung dar. Sie beschreibt unser Vermögen, zwei oder auch mehrere Aufgaben gleichzeitig zu bewältigen, das heißt die Aufmerksamkeit als Ganzes zwischen zwei oder mehr Anforderungen aufzuteilen.“(Heubrock 2001, S. 19)

Eine weitere Aufmerksamkeitskomponente ist die Aufmerksamkeitsaktivierung, die auch als Alertness bezeichnet wird. Man versteht darunter die allgemeine Reaktionsbereitschaft oder die kurzfristige Aktivierung der Aufmerksamkeitsaktivierung (vgl. Heubrock 2001, S. 20). Neumann hat ein Fünf-Komponenten-Modell der Aufmerksamkeit entwickelt. Dabei kann man den einzelnen Aufmerksamkeitskomponenten die Fehlfunktionen und ihre Lokalisation zuordnen.

Als erste Komponente ist die Verhaltenshemmung zu nennen.

„Unter *Verhaltenshemmung* wird diejenige Funktion verstanden, die ein Verhaltenschaos durch das gleichzeitige Aktivieren derselben Ausführungsorgane (Effektoren) verhindert. Auf diese Weise wird in der Regel zu einem Zeitpunkt ausschließlich eine Tätigkeit ausgeführt.“(Heubrock 2001, S. 22)

Bei Schädigungen des Stirn- oder Frontalhirns gelingt es den Patienten nicht den Impuls zu einer Handlung oder die Fortführung einer bereits abgeschlossenen Handlung zu hemmen (vgl. Heubrock 2001, S. 24).

Als nächstes ist die Handlungsplanung zu nennen.

„Die *Handlungsplanung* erlaubt ein Überwinden der Verhaltenshemmung, indem mehrere Teilhandlungen einem Handlungsplan unterstellt und hierbei auch gleichzeitig ausgeführt werden können.“(Heubrock 2001, S. 23)

Störungen der Handlungsplanung weisen auf veränderte Funktionen im Stirn- und Frontalhirn hin. Die Patienten haben dabei Probleme, das Ziel einer Handlung im Auge zu behalten und danach zu handeln. Sie können auch das gegenwärtige Handeln nicht in die Zukunft übertragen. Vor der Ausführung einer Handlung wird kein Handlungsplan entwickelt. Wichtige Aspekte einer Aufgabe können sie nicht gleichzeitig beachten. Diese Patienten können auch Ziele und Handlungen nicht mehr ändern und ihr eigenes Handeln in Bezug auf das Ziel beurteilen. Alternativen zur ursprünglichen Handlung können nicht entwickelt werden. Auf erworbenes Wissen kann nicht gezielt zurückgegriffen werden (vgl. Heubrock 2001, S. 25,26).

„Auf diese Weise fällt es den betroffenen Patienten im Alltag schwer, sich über eine längere Zeit auf eine Aufgabe zu konzentrieren, sie sind leicht ablenkbar und irritierbar und reagieren sofort auf jede Veränderung in ihrer Umgebung; nicht selten verhalten sie sich auch impulsiv und ohne vorheriges Überlegen (Planen), sie unterschätzen Gefahren und sind häufig auch sehr stimmungslabil und nicht selten aggressiv“ (vgl. Heubrock, 1994; Koch, 1994 zit. n. Heubrock 2001, S. 27)

„Diese Verhaltensmerkmale stimmen auch mit den wichtigsten klinischen Merkmalen der „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung“ (DSM-IV, Ziffer 314) bzw. der „hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens“(ICD-10, Ziffer F90.1) überein.“(Heubrock 2001, S. 27)

Als dritte Komponente wird die Informationsselektion bezeichnet.

„Die *Informationsselektion* zur Handlungssteuerung dient auf einer frühen Stufe der Aufmerksamkeit ebenfalls der Unterscheidung von wichtigen und unwichtigen sensorischen Reizen.“(Heubrock 2001, S. 23)

Die vierte Komponente bezieht sich auf die Aktivierung der Aufmerksamkeit.

„Die *Regulation des psychophysiologischen Erregungsniveaus* dient der Erregungssteigerung bei neuen Umgebungsreizen sowie der Aktivierung, die zur Vorbereitung unserer Reaktion darauf erforderlich ist.“(Heubrock 2001, S. 23)

Als letztes ist die fertigkeitbedingte Interferenz zu nennen.

„Die fertigkeitbedingte Interferenz bezieht sich auf die Beobachtung, daß Doppelaufgaben, das heißt das gleichzeitige Ausführen von zwei Tätigkeiten, immer dann schwierig oder auch gar nicht zu bewältigen sind, wenn die beiden hierzu erforderlichen Tätigkeiten sich strukturell gleichen.“(Heubrock 2001, S. 23)

Die fertigkeitbedingte Interferenz ist eigentlich keine pathologische Störung.

Als Kernsymptome von ADS, ADHS und HKS werden in der Literatur übereinstimmend die folgenden Symptome genannt:

#### 1. Störungen der Aufmerksamkeit

Sie zeigen sich darin, dass die Kinder schnell ihr Interesse an einer Aufgabe verlieren, zu einer anderen Tätigkeit wechseln und leicht ablenkbar sind. Die begonnenen Aufgaben werden nicht zu Ende geführt und sie haben wenig Ausdauer.

## 2. Impulsivität

Sie zeigt sich in unüberlegten Handlungen, mangelndem Belohnungsaufschub, der Unfähigkeit abwarten zu können. Sie können auch nicht genau zuhören, folgen Handlungsimpulsen sofort und ohne weiter zu überlegen.

## 3. Hyperaktivität

Störungen in der Bewegung können als unkontrollierte, fehlorganisierte und überschießende Aktivitäten beobachtet werden (vgl. Heubrock 2001, S. 31)

Außer diesen genannten Kernsymptomen sind oft weitere Störungen zu beobachten wie Wahrnehmungsstörungen, Teilleistungsstörungen (Lese- und Rechtschreibschwäche) und emotionale und soziale Probleme.

Sekundärstörungen wie Selbstwertprobleme, Depressionen, soziale und Kommunikationsprobleme sind dann oft die Folge (vgl. Schröder 2006, S. 21).

Weit weniger fallen die Symptome einer Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität auf. Dabei sind die folgenden zu nennen:

- „Tagträumereien,
- Black-out-Situationen in Prüfungen,
- Gefühl der geistigen Erschöpfung nach der Schule
- Trödelei oder langsames Arbeitstempo,
- Antriebsarmut, wirkt oft demotiviert,
- konkurriert nicht gern mit anderen,
- wirkt oft schüchtern und verschämt,
- oft hypersensibel (kritikempfindlich, schmerzempfindlich).“ (Schröder 2006, S. 23)

In der vorliegenden Literatur wird bei ADS und ADHS eine Häufigkeit von 3% bis zu 15% der Kinder einer Alterstufe angegeben, wobei Jungen häufiger als Mädchen betroffen sind (vgl. Heubrock 2001, S. 32; Schröder 2006, S. 21).

Zum Verlauf von ADS und ADHS wird in der Literatur darauf hingewiesen, dass sich die Symptomatik in jeder Altersstufe anders zeigt.

Im Säuglings- und Kleinkindalter ist bei den Kindern ein sehr hohes psychophysiologisches Aktivitätsniveau zu beobachten. Ungünstige Temperamentsmerkmale wie Schlafprobleme, Essprobleme und gereizte Stimmung führen oft zu einer negativen Eltern-Kind-Interaktion. Im Vorschulalter zeigen sich Hyperaktivität, geringe Spielintensität und wenig Spieldauer, Entwicklungsdefizite und oppositionelles Verhalten. Entwicklungsdefizite, die Aggressivität des Kindes und belastete Eltern-Kind-Interaktionen sind Risikofaktoren für eine ungünstige Entwicklung.

Bei Schuleintritt fällt die Unruhe und Ablenkbarkeit im Unterricht auf. Lernschwierigkeiten und Teilleistungsschwächen führen häufig zu Umschulungen und Klassenwiederholungen. Aggressives Verhalten führt zu Ablehnung durch die Gleichaltrigen. Die Folgen sind Leistungsunsicherheit und Selbstwertprobleme.

Im Jugendalter vermindert sich die motorische Unruhe, aber die Aufmerksamkeitsstörungen sind immer noch vorhanden. Aggressives und dissoziales Verhalten, Alkohol-/Drogenmissbrauch und emotionale Auffälligkeiten sind Symptome dieses Alters.

Im Erwachsenenalter sind bei 30% bis 60% immer noch hyperkinetische Symptome vorhanden, bei 30% mit ausgeprägter Symptomatik. Geringe Schulbildung, Delinquenz und eine dissoziale Persönlichkeitsstörung (15-30%) sind zu beobachten (vgl. Döpfner et al. 2000, S. 17 zit. n. Schröder 2006, S.29).

Was ist nun die Ursache von ADS und ADHS? Dazu ist folgendes zu bemerken:

„Nach heutiger Auffassung, die sich vor allem auf Untersuchungen aus den USA stützt (Ernst et al. 1994; Lou et al. 1984; Tannock 1998; Zametkin et al. 1990, 1993; zsf. Zametkin u. Rapoport 1987; Greenhill 1990), ist ADS das Ergebnis einer biologischen Funktionsstörung im Bereich der Informationsverarbeitung zwischen den

einzelnen Gehirnabschnitten. Konkret nimmt man an, dass die für die Informationsübertragung im Gehirn zuständigen Botenstoffe (Neurotransmitter) nicht optimal wirken. In gewisser Weise handelt es sich also um eine Stoffwechselstörung auf Zellebene. So haben die bildgebenden Untersuchungsmethoden wie zum Beispiel PET ( Positron-Emissions-Tomographie) des Gehirns zeigen können, dass diese Funktionsstörungen vor allem in denjenigen Gehirnabschnitten vorkommen, die für die Aufmerksamkeit, Konzentration und Wahrnehmung, das heißt die Aufnahme und Verarbeitung von Informationen und Sinneseindrücken verantwortlich ist. Als Ursache für diese Funktionsstörung wird eine bis heute noch nicht in allen Details bekannte *genetische Veranlagung* vermutet. Das erklärt auch, dass Eltern und Geschwister oder andere Verwandte ebenfalls relativ häufig von ADS betroffen sind.“(Schröder 2006, S. 47,48)

Als weitere Ursachen werden Allergien, Einflüsse in der Schwangerschaft und Erziehungseinflüsse der Eltern vermutet (vgl. Schröder 2006, S. 49).

Die Diagnostik von ADS und ADHS, auf die ich später noch eingehen werde, kann nur von erfahrenen Fachleuten wie Kinder- und Jugendpsychiatern, Psychologen, Kinderärzten, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten durchgeführt werden (vgl. Schröder 2006, S. 20).

## 4. Ein Fallbeispiel

Aus Gründen des Datenschutzes werden Name und Quelle nicht angegeben.  
Ähnlichkeiten mit real existierenden Personen sind rein zufällig.

Bericht der Klinik:

Es handelt sich um einen 11-jährigen Jungen

Diagnosen: Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F 90.1); Verdacht auf kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F 92.8)

bei

Verdacht auf Zwangsstörung mit vorwiegend zwanghaften Handlungen (F 42.1)

Verdacht auf Tic-Störungen (F 95.8)

Die Mutter hatte den Jungen vorgestellt, da das Verhalten im schulischen und häuslichen Rahmen zunehmend eskaliert sei.

Anamnese:

Der Junge ist das erste Kind der Familie. Bereits als Säugling war dieses Kind ein „Schreikind“ und hat keine Nacht richtig geschlafen. Körperkontakt akzeptierte er nur von der Mutter.

Im Kleinkindalter zeigte er ein sehr auffälliges Spiel- und Sozialverhalten anderen Kindern gegenüber, er hat diese in der Krabbelgruppe regelrecht angegriffen.

Als er 2 Jahre alt war wurde sein Bruder geboren, auf den er ausgeprägte Eifersuchtsgefühle entwickelt hat. Es kam mehrfach zu heftigen Übergriffen auf den Säugling (wenn man darüber spricht staunt er, fragt nach und lacht darüber).

Ab dem Alter von 3 Jahren besuchte er den Kindergarten Da in der Kindergartengruppe nur 10 Kinder waren konnten auftretende Probleme dort ganz gut kompensiert werden, er war aber den anderen Kindern gegenüber sehr häufig aggressiv und handgreiflich. Er hat in der Regel die anderen Kinder direkt körperlich angegriffen, nicht auf indirektem Wege (wie beispielsweise durch Zerstörung von Spielmaterial oder Sachen anderer Kinder). Nach 2 Jahren im Kindergarten ist eine ambulante Ergotherapie empfohlen worden, die auch 2 Jahre lang durchgeführt wurde. Der Ergotherapeut hat einen Behandlungsversuch mit Methylphenidat vorgeschlagen, welchem die Eltern erstmals ablehnend gegenüber gestanden haben.

Im Jahr XXX ist er in die Grundschule eingeschult worden, etwa zur gleichen Zeit ist eine Behandlung mit dem Ziel einer besseren Verhaltenssteuerung in einer Kindergruppe eingeleitet worden. Durch diese Behandlung hat sich sein Verhalten in der Gruppe mit anderen Kindern deutlich verbessert, was auch lang angehalten hat. In der Grundschule beklagten sich nach einem halben Jahr wieder die Lehrer über ihn. Er verweigerte die Teilnahme am Unterricht und man konnte ihn auch nicht unbeaufsichtigt lassen, denn er hat seine Mitschüler zum Teil körperlich angegriffen und verletzt. Dies ereignete sich besonderes oft im Sportunterricht.

Trotz dieser Probleme im Sozialverhalten hat er vier Jahre lang die Grundschule besucht und seine Leistungen waren gut bis sehr gut.

Ab der 5. Klasse besuchte er deshalb das Gymnasium, was empfohlen worden war, da beim Besuch einer anderen Schule eine Unterforderung befürchtet wurde, was zu zusätzlichen Verhaltensproblemen hätte führen können.



Im Alltag zuhause ist er sehr umständlich und langsam. Dies betrifft die Körperpflege, das Anziehen und das Essen. Deshalb ist er schon öfters zu spät in die Schule gekommen. Dazwischen ereignen sich immer wieder Anfälle von Aggressivität, vor allem seinem Bruder gegenüber.

Im Alter von 8 Jahren war eine Behandlung mit Methylphenidat begonnen worden, welche nach 3 Jahren für einen Zeitraum von 4 Monaten unterbrochen worden war. Dies war die völlige Katastrophe gewesen. Er hat anfangs recht ausgeprägt auf das Methylphenidat reagiert und ist deutlich besser steuerbar gewesen. Es hat seinen Bewegungsdrang, der zuvor sehr ausgeprägt war, etwas eingedämmt. Die Medikamenteneinnahme musste beaufsichtigt werden.

Bezüglich seines Sozialverhaltens hat er Probleme. Er kann seine Fehler schlecht eingestehen und sucht die Schuld bei den anderen. Dabei argumentiert er sehr ausgeprägt und findet lange kein Ende. Seine Freunde beklagen sich über ihn, er nervt und stört sie in der Schule, wenn sie dem Unterricht folgen wollen. Das hat dazu geführt, dass seine Freunde den Kontakt zu ihm abgebrochen haben.

Bezüglich seines Verhaltens sind ausgeprägte zwanghafte Neigungen und eine gewisse emotionslose Haltung und Indifferenz in der Grundstimmung zu beobachten, die Ausschläge nach oben und unten sind jedoch sehr extrem.

Verlauf:

Als das Methylphenidat abgebrochen worden war zeigten sich deutliche Zeichen einer *hyperaktiven Symptomatik*. Er war schlecht lenkbar, motorisch extrem unruhig. Auf spontane Änderungen im Tagesablauf und in Alltagssituationen kann er nicht flexibel reagieren. Der Umgang mit gleichaltrigen Kindern ist für ihn weiterhin schwierig, da er sich auffallend oft zurückzieht und nur selten Interesse an Gemeinschaftsaktivitäten hat. Er hat große Schwierigkeiten, sobald es sich abzeichnet, dass er beispielsweise im Spiel nicht die Führungsrolle übernehmen kann. Dann stellt er seine Aktivitäten sofort ein.

Auch hat er im arbeitstherapeutischen Bereich große Schwierigkeiten, Tipps und Anregungen zur Umsetzung von Arbeitsabläufen anzunehmen, sein Verhalten ist von einem ausgeprägten Such- und Irrtumsprinzip gekennzeichnet. Die Frustrationstoleranz hat sich zwar verbessert, ist jedoch weiterhin deutlich herabgesetzt und es kommt immer wieder zu Verweigerungshaltungen, selbst bei kleinen Misserfolgen. Bei motorischen Arbeiten ist das Arbeitstempo stark gemindert.

Was die Schule betrifft möchte er das Gymnasium nicht mehr besuchen.

Aus dem Schulbericht:

Die intellektuellen Grundlagen liegen bei X im durchschnittlichen bis teilweise hohen Intelligenzbereich.

Bei der sonst hohen Intelligenz zeichnen sich durchschnittliche Ergebnisse ab, wenn es darum geht, soziale Situationen oder Aspekte des Alltags logisch zu erfassen und zu strukturieren. Ebenso bei visuellen Such- und Vergleichsprozessen und graphomotorischen Übertragungen. Bei letzteren Aufgaben fallen die Ergebnisse ohne Retalin noch deutlich ungünstiger aus, sie liegen dann im unteren Grenzbereich.

Zugrundeliegend dürften *Schwierigkeiten im Bereich der Aufmerksamkeit* sein.

Daueraufmerksamkeit und Vigilanz sind beeinträchtigt. Wenn er längere Zeit arbeitet, kommt es zu Aufmerksamkeitseinbrüchen.

X hat Schwierigkeiten im Kontakt mit anderen Kindern. Es ist eher ruhig und zurückgezogen, seine Kontaktversuche erscheinen ungenau und führen häufig dazu, dass andere sich wieder distanzieren. Um dauerhafte Freundschaften zu bilden benötigt er Unterstützung. In Bezug auf die eingeschränkten Sozialkontakte äußert er keinen Leidensdruck, aber hinsichtlich seiner Leistungsfähigkeit in der Schule.

Aufgrund der Aufmerksamkeitsprobleme wurde eine Beschulung in einer kleinen Klassenstruktur auf Realschulniveau vorgeschlagen, die auch durchgeführt wurde.

X besucht eine Klasse, in der ein sehr gutes soziales Klima herrscht, und damit ist es auch gelungen einen Teil der Problematik aufzufangen. Auffallend sind gelegentlich immer noch Verweigerungshaltungen. Er arbeitet nach wie vor lieber alleine und fragt bei Unklarheiten beim Lehrer nach. Insgesamt ist er in diesem Umfeld wesentlich unauffälliger.

## 5. Diagnostik von ADS und ADHS, HKS

Die Diagnose von ADS und ADHS, HKS muss von einem ausgewiesenen Experten gestellt werden, da es wegen der Vielzahl der unterschiedlichen Symptome leicht zu einer nicht zutreffenden Diagnose kommen kann, was für den Betroffenen gravierende Folgen haben kann. Dies ist auch an dem vorgestellten Fall aus der Praxis zu sehen, bei dem die Diagnose in einer Klinik gestellt wurde. Er war 2 Monate in der Klinik. Da er gleichzeitig teilweise die Schule besuchte, waren an der Diagnosestellung Ärzte, Psychologen, Therapeuten und Lehrer beteiligt.

Wegen der Vielzahl unterschiedlicher Symptome wurden für jedes Störungsbild Kriterien (nach ICD-10 oder DSM-IV) aufgelistet. Außerdem müssen noch die folgenden Kriterien erfüllt sein:

- „Die Symptome müssen mindestens in den *letzten sechs Monaten* beständig vorhanden gewesen sein.
- Sie müssen in einem mit dem *Entwicklungsstand* des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß vorhanden sein.
- Zumindest einige Symptome müssen *bereits vor dem Alter von sieben Jahren* aufgetreten sein.
- Die Beeinträchtigungen durch diese Symptome müssen sich *in zwei oder mehreren Bereichen* (z.B. in der Schule, in der Testsituation und zu Hause) zeigen.
- Es müssen deutliche Hinweise auf eine *bedeutsame Beeinträchtigung des sozialen und/oder schulischen Verhaltens* oder bei anderen Aktivitäten vorliegen.
- Die Symptome dürfen nicht aufgrund *anderer psychischer Störungen* auftreten.“(Schröder 2006, S. 32)

Beim letzten genannten Kriterium handelt es sich um ein sogenanntes Ausschlusskriterium.

Als Symptomkriterien der hyperkinetischen Störung nach ICD-10 (Forschungskriterien) und der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung nach DSM-IV (nach Döpfner et al. 2000, S.2):

<p>„A Unaufmerksamkeit</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten.</li><li>• Hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder Spielen aufrechtzuerhalten.</li><li>• Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn ansprechen.</li><li>• Führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund von oppositionellem Verhalten oder Verständnisschwierigkeiten).</li><li>• Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren.</li><li>• Vermeidet häufig, hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengungen erfordern (wie Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben).</li><li>• Verliert häufig Gegenstände, die er/sie für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z.B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug).</li></ul>
---

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lässt sich oft durch äußere Reize leicht ablenken.</li> <li>• Ist bei Alltagsaktivitäten häufig vergesslich.</li> </ul>
<b>B Hyperaktivität</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum.</li> <li>• Steht (häufig) in der Klasse oder in anderen Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird.</li> <li>• Lläuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegeföhl beschränkt bleiben).</li> <li>• Hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen.</li> <li>• (Ist häufig „auf Achse“ oder handelt oftmals, als wäre er „getrieben“.) (Zeigt ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivität, das durch die soziale Umgebung oder durch Aufforderungen nicht durchgreifend beeinflussbar ist.)</li> </ul>
<b>C Impulsivität</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Platzt häufig mit Antworten heraus, bevor die Frage gestellt ist.</li> <li>• Kann häufig nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist (bei Spielen oder in Gruppensituationen).</li> <li>• Unterbricht und stört andere häufig (platzt z. B. in Gespräche oder in Spiele anderer hinein).</li> <li>• Redet häufig übermäÙig viel (ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren). (Im DSM-IV unter Hyperaktivität subsumiert.)“</li> </ul>

(Schröder 2006, S. 33,34)

Bei der Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizitsstörung unterscheidet man zwischen medizinischer Diagnostik, sonderpädagogischer Diagnostik und psychologischer Diagnostik. Die medizinische Diagnostik wird von einem Kinderarzt, Kinder- oder Jugendpsychiater durchgeführt. Sie beinhaltet eine körperliche Untersuchung. Nach den Kriterien von DSM-IV oder ICD-10 wird der Arzt eine Einschätzung vornehmen. Dann folgen Fragen zum Entwicklungsverlauf des Kindes. Sinnvoll ist eine zusätzliche neurologische Untersuchung um Defizite und Entwicklungsverzögerungen festzustellen.

In der sonderpädagogischen Diagnostik wird eine gründliche Datenerhebung mit Verhaltensfragebögen und Anamnesebogen für Eltern und Lehrer durchgeführt. Dann folgen sonderpädagogische Tests zur Lateralitätsprüfung und eine neurologische Funktionsüberprüfung über den Entwicklungsstand der Körperbeherrschung und -kontrolle. Dazu gehören auch fein- und grobmotorische Testverfahren. Weiter werden auditive und visuelle Wahrnehmung, die kognitiven Funktionen wie sprachliche Abstraktionsfähigkeit, Problemlösefähigkeiten oder planerisches Handeln überprüft. Die psychologische Diagnostik liefert keine Ergebnisse, die eindeutig eine Aufmerksamkeits-Defizitstörung identifizieren. Sie liefert Informationen aus den Bereichen Aufmerksamkeit und Konzentration, der sozialen und emotionalen Reifeentwicklung und der allgemeinen Leistungskapazität (vgl. Schröder 2006, S.36-39).

Bei der psychologischen Diagnostik wird in der ersten Phase eine Verhaltensanalyse durchgeführt. Damit soll geklärt werden, ob überhaupt eine Aufmerksamkeitsstörung vorliegt und erste Hypothesen über die Störungsschwerpunkte sollen gewonnen

werden. In einem diagnostischen Interview müssen primäre Krankheitsfaktoren ermittelt werden. Dann ist das Ausmaß der Störung und der Störungsschwerpunkt zu ermitteln. Eine ausführliche Beschreibung des Verhaltens, die Umstände des Auftretens, Reaktionen auf die Umweltbedingungen und die Folgen der Störung, wie auch Ressourcen und unproblematische Verhaltensbereiche sind zu bestimmen. In der zweiten Phase werden Verhaltensbeobachtungen und standardisierte psychometrische Untersuchungsverfahren durchgeführt. Dabei sollen die Art und das Ausmaß der hyperkinetischen Störungen und der Aufmerksamkeitsstörungen genau erfasst werden. Die Tests werden meist mit Papier und Bleistift oder computergestützt durchgeführt. In dieser zweiten Diagnostikphase sollen auch zusätzliche Probleme wie aggressive Verhaltensweisen oder oppositionelles Trotzverhalten erfasst werden. In der dritten Phase wird die Interventionsplanung durchgeführt, die Therapieprogramme werden später noch erwähnt.

Die testpsychologische Untersuchung ist nicht vorgeschrieben, stellt aber oft eine sinnvolle Ergänzung dar (vgl. Heubrock 2001, S. 49-53).

Insgesamt gibt die Diagnostik bei ADS, ADHS und HKS wichtige Informationen über Störungsschwerpunkte und das Ausmaß der Störung. Dann können geeignete Therapieprogramme vorgeschlagen werden. Diese Informationen sind auch sehr wichtig für die Schule, damit dort die geeigneten Fördermaßnahmen durchgeführt werden können und sie sind sehr hilfreich für die Integration der Kinder im schulischen Bereich.

## **6. ADS und ADHS in der Schule**

Dieses Kapitel finden sie in der folgenden Literatur:

Staud/Staud (2011): Sonderpädagogik – Erkenntnisse der Hirnforschung und ihre Bedeutung für die Körperbehindertenpädagogik. Norderstedt: Books on Demand GmbH

## 7. Bildungsberatung

Dass ein Kind mit ADS oder ADHS aufgrund seiner Probleme in Elternhaus und Schule auffällig wird ist nachvollziehbar. Aufgrund der Verhaltensauffälligkeiten und Probleme werden die Betroffenen nach einer Lösung suchen. Nach erfolgter Diagnose sollte eine Therapie erfolgen. Aufgrund der Komplexität der Problematik ist ein multimodales Behandlungskonzept erforderlich. Dies beinhaltet die Kooperation von Schule, Ärzten, Therapeuten und Familien.

„Wichtigstes Element ist eine sorgfältige *Aufklärung und Beratung* der Eltern, des Kindes oder Jugendlichen und des Erziehers oder Klassenlehrers, was immer und in jedem Fall am Anfang jeder weiteren Intervention stehen sollte. Nur wenn alle Beteiligten über ADS, die vermutlichen Ursachen, Auswirkungen auf emotionales und soziales Verhalten, Schulleistungen, Arbeitshaltung sowie die Behandlungsmöglichkeiten ausreichend informiert sind, können die weitergehenden Behandlungsschritte fruchten.“(Schröder 2006, S. 96)

Um Konflikte und Belastungen im familiären Bereich zu verhindern oder zu reduzieren wird den Eltern häufig ein spezielles Elterntraining oder eine Familientherapie angeboten. In der Schule sollten die Lehrpersonen eine systematische Anleitung in Strategien der Verhaltensmodifikation und lerntheoretisch orientierter Verhaltenstherapie erhalten. Ab dem Schulalter kann auch ein Selbstinstruktionstraining oder Selbstmanagementstrategien zur Modifikation des Problemverhaltens effizient sein. Zur Verminderung der hyperkinetischen Symptome wird der Arzt je nach Schwere der Symptome eine pharmakotherapeutische Behandlung verordnen (vgl. Schröder 2006, S. 96, 97)

Die Aufklärung und Beratung, die hier als wichtigstes Element bezeichnet wird, wird an verschiedenen Stellen erfolgen müssen. Ich möchte hier im besonderen über Aufgaben der Bildungsberatung, die zur pädagogischen Beratung gehört, berichten.

Was ist Beratung? Dazu gibt es verschiedene Definitionen, von denen ich ein Beispiel hier anführen möchte (Hervorhebungen von C.K.):

„*Beratung ist in ihrem Kern jene Form einer interventiven und präventiven helfenden Beziehung, in der ein Berater mittels sprachlicher Kommunikation und auf der Grundlage anregender und stützender Methoden innerhalb eines vergleichsweise kurzen Zeitraumes versucht, bei einem desorientierten, inadäquat belasteten oder entlasteten Klienten einen auf kognitiv-emotionale Einsicht fundierten aktiven Lernprozeß in Gang zu bringen, in dessen Verlauf seine Hilfsbereitschaft, seine Selbststeuerungsfähigkeit und seine Handlungskompetenz verbessert werden können.*“ (Dietrich 1983, S.2 zit. n. Krause 2003, S. 22)

Von pädagogischer Beratung wird gesprochen, wenn Beratung in einem pädagogischen Handlungsfeld durchgeführt wird und wenn es um die Gestaltung von Lernprozessen geht. Ziel dieser Beratung ist es die Ressourcen des/der Ratsuchenden zu entdecken, zu aktivieren, damit eine Weiterentwicklung möglich ist. Die Beratung zielt auf eine Veränderung der Person wie auch ihres sozialen Lebensraumes ab. Anlass kann im Falle eines ADS-Kindes der Informationsbedarf für Kind, Eltern und Lehrer sein. Die Beratung soll stabilisieren und Hilfe in Erziehungsfragen geben. Bei der Prävention zur Verhinderung von antizipierten Problemen geht es darum Voraussetzungen zu schaffen, die helfen, dass bestimmte Probleme nicht eintreten. Im Falle eines ADS-Kindes kann der Anlass die Verhinderung von sozialen Problemen in der Schule und im Elternhaus und die Verhinderung von Lernschwierigkeiten sein.

Übergeordnetes Beratungsziel ist die Hilfe zur Selbsthilfe. Lernziele sind dabei

- „- das eigene Problem zu bestimmen,
- erreichbare Ziele definieren,

- reflektierte Entscheidungen treffen,
  - Handlungspläne entwerfen,
  - Ressourcen entdecken und nutzen,
  - die selbst eingeleiteten Handlungen auf ihre Effektivität hin überprüfen zu können.“
- (Krause 2003, S. 28)

Dabei kann sich der Beratende in einer konfliktreichen Situation befinden:

„Ihr Handeln ist zum einen gerichtet auf das System des Klienten, befindet sich aber zum anderen in einem institutionellen Rahmen, der den Beratenden häufig eine bestimmte, vom Arbeitgeber definierte Berater-Klient-Interaktion vorgibt. Beide Interessen, die des eigenen institutionellen Rahmens und die des Klienten können sich widersprechen, was für die oder den Beratenden sehr konfliktreich sein kann. Für Beratungslehrer oder -lehrerinnen zum Beispiel dürfte es problematisch sein im Rahmen der Institution Schule die Autonomie und Selbstverwirklichung der Rat Suchenden und gleichzeitig den Erhalt und die Festigung der gesellschaftlichen Einrichtung Schule fördern zu wollen.“(Krause 2003, S. 29)

Diese Situation kann sehr schnell eintreten, wenn ein Sonderschullehrer in einer privaten Sonderschule zum Beispiel über ein ADS-Kind ein sonderpädagogisches Gutachten zu erstellen hat, in dem es um die Auswahl der geeigneten Schulform geht und er dann die Beratung von Eltern und Kind durchzuführen hat. Diese Problematik möchte ich hier aber nur am Rande erwähnen.

Die Bildungsberatung ist pädagogische Beratung. Die Richtlinien sind in der Verwaltungsvorschrift des KM vom 26. April 1984 (KuU S. 349); neu erlassen 13.11.2000 (KuU S. 332/2000) festgehalten:

„I. Grundsätze und Ziele

Die Bildungsberatung soll dazu beitragen, das verfassungsmäßig garantierte Recht des jungen Menschen auf eine seiner Begabung entsprechende Erziehung und Ausbildung zu verwirklichen und ihn in der bestmöglichen Entfaltung seiner Persönlichkeit zu unterstützen.“(GEW-Jahrbuch 2007, S. 304)

„Die Aufgaben der Bildungsberatung umfassen dabei insbesondere die Schullaufbahnberatung sowie die Beratung bei Schulschwierigkeiten in Einzelfällen. Darüber hinaus unterstützen die Einrichtungen der Bildungsberatung Schulen und Schulaufsichtsbehörden in psychologisch-pädagogischen Fragen.

Beratung ist ein wesentlicher Bestandteil des Erziehungs- und Bildungsauftrages der Schule und damit zunächst Aufgabe jeder Lehrerin und jeden Lehrers. Angesichts der Vielfalt und Differenziertheit des Bildungsangebots und der Konfrontation der Schule mit Fehlentwicklungen bei Kindern und Jugendlichen, die den Erziehungszielen der Schule entgegenwirken und die mit den erzieherischen Methoden der Pädagogik allein nicht bewältigt werden können, ist es notwendig, bestimmte schulische Beratungsaufgaben besonders qualifizierten Beraterinnen und Beratern zuzuweisen. Dementsprechend wirken bei der Erfüllung der in § 19 Schulgesetz festgelegten Aufgaben der Bildungsberatung die überörtlich eingerichteten Schulpsychologischen Beratungsstellen sowie Beratungslehrerinnen und Beratungslehrer an den Schulen mit. Um dem natürlichen Erziehungsrecht der Eltern Rechnung zu tragen, erfolgen Beratungen grundsätzlich in Abstimmung mit den Erziehungsberechtigten.“(GEW-Jahrbuch 2007, S. 304)

Der Schwerpunkt der Aufgaben liegt in der Schullaufbahnberatung. Die wichtigste Methode in der Beratung ist das persönliche Gespräch. Untersuchungs- und Testverfahren dürfen nur eingesetzt werden, wenn sie im „Testkatalog“ des Kultusministeriums aufgeführt sind. Die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen ist unter V. in diesen Richtlinien geregelt (vgl. GEW-Jahrbuch 2007, S. 304-306).



Kommen Eltern mit einem ADS oder ADHS-Kind zum Beratungslehrer in die Schule, so ist der erste diagnostische Schritt abzuklären, ob sie mit ihren Fragen beim Berater richtig sind. Die Kompetenzen des Beraters spielen hier eine Rolle. Wie schon erwähnt, handelt es sich bei ADS oder ADHS um Symptome, bei denen eine medizinische Diagnostik, eine sonderpädagogische Diagnostik und eine psychologische Diagnostik erforderlich ist. Der Beratungslehrer wird also wissen, dass er diese Diagnose nicht allein erstellen kann und die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen erforderlich ist. Alle klinisch-störungsorientierten Verfahren wie die internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 diagnostizieren defizitorientiert, was problematisch ist, da die Wahrnehmung des Klienten in Richtung seiner Probleme fokussiert wird und sein Selbstbild verändern kann (vgl. Krause 2003, S. 60-62).

Dies konnte ich auch bei körperbehinderten Schülern beobachten, wenn die Behinderung defizitorientiert im Vordergrund des Selbstbilds steht, dann werden im Schwerpunkt nicht mehr die verbliebenen Fähigkeiten gesehen, die Unfähigkeit steht im Vordergrund (ich kann das nicht, ich bin behindert!). Dies behindert die optimale Weiterentwicklung der verbliebenen Ressourcen und hat damit negative Auswirkungen für den Betroffenen.

Es ist also ein Ziel der pädagogischen Beratung von der defizitorientierten zu einer ressourcenaktivierenden Diagnostik zu gelangen (vgl. Krause 2003, S. 62).

Dabei wird die Schullaufbahnberatung sicher eine große Rolle spielen. Gerade bei Symptomen wie ADS oder ADHS stellt sich die Frage, ob das Kind mit seinen Problemen im richtigen Schultyp platziert ist. Zu beachten ist dabei, dass diese Störungen durch ihre Auffälligkeit negative Reaktionen im Umfeld (Schule, Familie) hervorrufen, die wiederum das betroffene Kind stark belasten können. So kann es zu weitere Störungen kommen. Auch die Belastung der Umgebung ist nicht unerheblich, was ich schon selbst im Unterricht erfahren musste. „Ideallösungen“ wird es hier wohl nicht so oft geben und auch die Beschulung in einer Sonderschule bei sehr ausgeprägter Symptomatik hat bestimmt nicht nur Vorteile. Generelle Lösungsvorschläge sehe ich hier keine, es wird wohl für jeden Fall in Zusammenarbeit von Schule, Schulbehörde und Elternhaus versucht werden müssen, die geeignetste Lösung zu finden. Dabei wird der Beratungslehrer nach einem Gespräch mit Eltern und Kind unter Berücksichtigung bereits vorhandener Diagnosen vielleicht ergänzende Schulleistungstests durchführen. Anhand dieser Ergebnisse und in Rücksprache mit anderen Fachkräften kann dann versucht werden nach Aufklärung und Beratung den passenden Schultyp (mit Informationen für die Lehrer) zu finden. Dann sollte versucht werden, die Zielsetzung abzuklären und zusammen mit dem behandelnden Arzt (pharmakotherapeutische Maßnahmen), Psychologe oder Therapeut (Elternt raining, Familientherapie, Selbstinstruktionstraining, Selbstmanagementverfahren) und der Schule (Tokensysteme, Response-Cost-Verfahren usw.) einen Therapieplan zu entwerfen, der über einen längeren Zeitraum durchgeführt werden soll. Ziel ist dabei die Verbesserung der Symptomatik. Die Entscheidung, ob dies so durchgeführt werden kann, liegt bei den Eltern.

In Zeitungen werden in Inseraten Medikamente zur Verbesserung von ADS oder ADHS angeboten. Die Frage ist hier, wem das Medikament nützt, vielleicht der Firma, die es verkauft? Problematisch finde ich dabei, dass eine fachliche Diagnostik und die Einleitung von Behandlungsmöglichkeiten, die nachgewiesenermaßen sinnvoll sind, wahrscheinlich unterbleiben, was für die Betroffenen nachteilige Folgen haben kann.

## 8. Fördermöglichkeiten bei ADS und ADHS

Im Rahmen der Fördermöglichkeiten bei ADS und ADHS spielt die Diagnostik eine entscheidende Rolle, da jedes Kinder eine andere Symptomatik aufweist. Die differenzierte neuropsychologische Diagnostik ist eine notwendige Voraussetzung für ein gezieltes Training neuropsychologisch fundierter Einzelfunktionen. Überdauernde Therapieeffekte werden bei Aufmerksamkeitsstörungen nur dann erzielt, wenn einzelne Aufmerksamkeitsfunktionen gezielt trainiert wurden (vgl. Jacobs u.a. 2005, S. 33).

Dazu noch eine Stellungnahme zur Pharmakotherapie bei hyperkinetischen Störungen:

„Die computergestützte Diagnostik von Aufmerksamkeitsfunktionen kann auch bei der Entscheidung über *Therapieindikationen* und zur *Verlaufskontrolle* eine große Rolle spielen. Vor allem die sprunghaft angestiegene und heftig diskutierte Verordnung von Methylphenidat (Handelsname Ritalin<sup>®</sup>, Medikinet<sup>®</sup>, siehe Kasten 4) hat zu einem verstärkten Einsatz neuropsychologischer Untersuchungsmethoden zur Beurteilung der Indikation einer Pharmakotherapie bei aufmerksamkeitsgestörten Kindern geführt.“(Jacobs u.a. 2005, S. 27)

„Kasten 4:

Pharmakotherapie hyperkinetischer Störungen

Methylphenidat gehört zu den Stimulanzien und bewirkt vor allem eine deutliche Abnahme hypermotorischen Verhaltens. Die Responderrate wird bei Kindern im Schulalter mit etwa 70% angegeben. Methylphenidat hat eine vergleichsweise schnell einsetzende, aber auch nur recht kurz anhaltende Wirkung, so dass die maximale Tagesdosis von 60 mg in mehreren Dosen über den Tag verteilt gegeben wird. Die beobachtbare Wirkung setzt in der Regel 30 bis 45 Minuten nach Einnahme ein und dauert etwa drei bis vier Stunden an, anschließend ist ein rasches Nachlassen des Effekts feststellbar. Aus diesem Grund wird Methylphenidat meist vor Unterrichtsbeginn eingenommen, um hypermotorisches und unaufmerksames Verhalten während des Schulunterrichts zu reduzieren. Gelegentlich wird bei einer ausgeprägten Störung eine weitere Dosis zur Mittagszeit gegeben, um Konflikte beim Spielen und in der Familie zu vermeiden.“

(Jacobs u. a. 2005, S. 27)

70 bis 90% der Kinder sprechen auf diese Behandlung an. Die Wirkung hält aber nur so lange an, wie die Medikamente genommen werden (vgl. Jacobs u. a. 2005, S. 31).

Durch die Zunahme der Diagnose einer behandlungsbedürftigen Aufmerksamkeitsstörung ist die Anzahl der pharmakotherapeutischen Behandlungsversuche mit Methylphenidat deutlich angestiegen (vgl. Jacobs u.a. 2005, S. 32).

Zur Behandlung von Aufmerksamkeitsstörungen werden drei grundsätzliche Trainingsmethoden unterschieden:

Im verhaltenspsychologischen Ansatz wird versucht aufmerksames Verhalten im Alltag durch verschiedene verhaltenstherapeutische Verfahren zu fördern.

Im psychometrischen Ansatz werden Therapieprogramme eingesetzt, um Aufmerksamkeit insgesamt zu trainieren, aber dieser Ansatz hat inzwischen keine große Bedeutung mehr.

Im biologischen Ansatz bemüht man sich um ein gezieltes Training einzelnen gestörter Aufmerksamkeitskomponenten. Die psychologischen Behandlungsprogramme haben sich bei Kindern mit einer hyperkinetischen Aufmerksamkeitsstörung unter kontrollierten Bedingungen insgesamt als wirksam erwiesen (vgl. Jacobs u.a. 2005, S. 30).

Bezüglich der Fördermöglichkeiten für Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen möchte ich im Rahmen dieser Arbeit nur das neuropsychologische Gruppenprogramm ATTENTIONER von Jacobs u.a. kurz vorstellen.

Die Aufgaben des Trainingsprogramms enthalten Anforderungen an die fokussierte (selektive) und an die geteilte Aufmerksamkeit, da diese Aufmerksamkeitskomponenten der Selektivitäts-Dimension der Aufmerksamkeit im Alltag die größte Bedeutung haben. Mit einer gezielten Diagnostik sind Rückschlüsse auf den Arbeitsstil möglich. Durch geeignete Aufgaben ist eine Strategieveränderung möglich. Die Therapieeffekte können in einer differenzierten Verlaufsuntersuchung überprüft werden.

„- Das Training wird als *Gruppentraining* mit jeweils vier Kindern vergleichbaren Alters durchgeführt. Die therapeutische Arbeit mit einer Kindergruppe ermöglicht eine strukturierte Bearbeitung verschiedener Aufmerksamkeitsanforderungen und vor allem das Generieren alltagsnaher Lösungsstrategien, da die Kinder voneinander lernen können.

- In die Gruppentherapie integrierte Wettkampfsituationen, in denen jeweils zwei Kinder eine Team-Übung bearbeiten, erhöhen die *Leistungsmotivation*.

- Die Aufgaben zur geteilten und zur selektiven Aufmerksamkeit werden durch ein Response-Cost-Token (R-C-T)-System flankiert, das gewissermaßen den therapeutischen Rahmen herstellt. Das C-R-T-System dient der

- *Verhaltensregulierung* innerhalb der Trainingsgruppe,

- *Leistungsmotivation* innerhalb des Trainings und

- *Motivation* zur Lösung der zu Hause selbständig zu bearbeitenden Aufgaben („Geheimaufträge“)

und regelt die Vergabe von Punkten für das Einhalten wichtiger Basisregeln und für eine erfolgreiche Aufgabenlösung.“(Jacobs u. a. 2005, S. 35)

Das Trainingsprogramm ATTENTIONER besteht aus 15 Sitzungen zu je 60 Minuten, in denen bis zu vier Aufgaben gelöst werden. Die Sitzungen sollen wöchentlich erfolgen. Das Training kann von einem oder zwei Therapeuten durchgeführt werden. Vor und nach dem Training sind Elterngespräche vorgesehen. Bei Bedarf können weitere Elterngespräche durchgeführt werden.

Elemente des Trainings sind die Geheimaufträge und das Response-Cost-Token-System (R-C-T-System).

Die *Geheimaufträge* bestehen in einer Aufgabe pro Sitzung. Es sind Knobelaufgaben, die Problemlösefähigkeiten ansprechen. Die Aufgaben sind nicht sofort lösbar und erfordern die Fähigkeit, Frustrationen aushalten zu können. Die Eltern dürfen dem Kind soweit als nötig helfen. Dadurch soll das Kind erkennen können, dass auch Erwachsene manche Aufgaben nicht lösen können. Mit diesen Geheimaufträgen soll die Frustrationstoleranz gegenüber unlösbar erscheinenden Aufgaben gesteigert werden. Die Aufmerksamkeit muss auf relevante Details der Aufgabenstellung fokussiert werden. Wenn das Problem gemeinsam mit den Eltern gelöst wird, wird das Kind durch die Zuwendung der Eltern belohnt.

Beim *Response-Cost-Token-System (R-C-T-System)* werden Gewinnpunktkarten eingesetzt. Man kann Punkte gewinnen oder verlieren. Durch dieses System soll das Sozial- und Arbeitsverhalten innerhalb der Gruppe reguliert, die Motivation gesteigert, und die Bereitschaft die Geheimaufträge zu lösen erhöht werden.

Zu Beginn des Trainings werden drei Regeln mit Hilfe drei roter Pappkarten eingeführt:

Die Karte 1 heißt „Nicht dazwischen Reden“ und wird bei der Erklärung oder Durchführung von Aufgaben eingesetzt.

Die Karte 2 „Nicht Ärgern oder Runtermachen“ zeigt an, dass andere nicht verletzt oder beschimpft werden sollen.

Die Karte 3 „Nicht Aufstehen oder Kippeln“ zeigt an, dass die Kinder nicht herumlaufen oder mit dem Stuhl kippeln sollen.

Weitere Regeln können noch eingeführt werden. Allerdings sollen die Regeln auf ein Minimum beschränkt werden. Diese Regeln dienen der Regulierung des Sozial- und Arbeitsverhaltens innerhalb der Gruppe.

Auf den Gewinnpunktkarten befinden sich 75 rote Punkte. Bei Nichteinhaltung der Regeln verliert das Kind Punkte nach Vorwarnung. Bei angemessenem Verhalten erhält es Fair-Play-Points (gelber Punkt mit Gesicht).

Die Aufgaben werden im Team bearbeitet und pro Team bewertet. Die Rückmeldung erfolgt sofort nach der Durchführung. Die Zusammensetzung der Teams wird nach jeder Aufgabe geändert. In einer Gewinnertabelle werden die Sieger festgehalten und dann auch die Tagessieger ermittelt.

Die Lösungsversuche der Geheimaufträge werden mit Punkten belohnt. Als Lösungsversuche gelten nur schriftliche oder gemalte Lösungen und der Lösungsversuch muss in der folgenden Sitzung mitgebracht werden. Das Kind ist für das Mitbringen, per Post zuschicken oder faxen des Geheimauftrages selbst verantwortlich. Auch dafür werden Punkte vergeben. Am Ende des Trainings findet eine Siegerehrung statt. Das Kind mit den meisten Punkten hat gewonnen.

Die 57 Trainingsaufgaben haben einen steigenden Schwierigkeitsgrad. Sie sollen die selektive Aufmerksamkeit und die Kontrolle von Impulsen verbessern (vgl. Jacobs u. a. 2005, S.39).

„Dabei wird zunächst das Ausblenden wenig ablenkender Reize und die Fokussierung auf einfache Aufgabenstellung trainiert. Zeitgleich werden Aufgaben eingeführt, die eine einfache Reaktionshemmung (Kontrolle von Impulsen) und ein schnelles Reagieren auf Zielreize verlangen. Am Ende der zweiten Sitzung kommen Aufgaben hinzu, die eine Aufteilung der Aufmerksamkeit auf einfache Aktivitäten bzw. Reizdarbietungen erfordern. Am Ende der vierten Sitzung wird erstmals verlangt, die ablenkenden Reize nicht völlig auszublenden, sondern sie am Rande der Aufmerksamkeit zu halten und beim Erscheinen eines seltenen Zielreizes schnell zu reagieren.

Bei allen Aufgaben werden immer wieder verschiedene Modalitäten und damit auch verschiedene neuronale Netze der Aufmerksamkeit angesprochen und mit anderen neuronalen Netzen zum Beispiel für visuelle Wahrnehmung, Motorik oder Gedächtnisleistung zusammen aktiviert. Im Weiteren nimmt dann die Komplexität der Aufgabeninhalte und die Stärke der interferierenden bzw. ablenkenden Reize immer mehr zu. Dabei wird auch auf bereits bekannte Aufgaben zurückgegriffen und diese dann in einer komplexeren Form dargeboten.“(Jacobs u.a. 2005, S. 39)

Die Aufgaben sollten daher in der vorgegebenen Reihenfolge durchgeführt werden.

Zu den Zielen des Trainings gehört der Defizitabbau im Bereich der selektiven Aufmerksamkeit. Dazu gehört auch eine Hemmung der Reaktionsimpulse auf irrelevante Reize und eine verminderte Ablenkbarkeit. Die Fähigkeit zur parallelen Verarbeitung von Reizen soll trainiert werden. Der Trainingserfolg kann durch eine Eingangs- und Abschlussuntersuchung überprüft werden.

Ein weiteres Ziel des Trainings ist die Steigerung der Selbstregulation. Über die Geheimaufträge soll das Kind lernen auf seine Unterlagen selbst zu achten und die Verantwortung dafür zu übernehmen.

Der Aufbau sozial erwünschten Verhaltens ist ein weiteres Trainingsziel. Über die roten Karten soll gelernt werden Regeln einzuhalten.

Zuletzt ist ein Alltagstransfer beabsichtigt. Die Kinder sollen die verbesserten Fähigkeiten eigenständig im Alltag anwenden. Das wurde von Lehrern und Eltern auch rückgemeldet. Infolge davon kam es vielfach auch zu einer Verbesserung der Schulnoten (vgl. Jacobs u.a. 2005, S. 41,42)

Der ATTENTIONER soll eine Ergänzung zu den bisher publizierten  
Aufmerksamkeitstrainings sein, indem er auf andere Formen des Lernens mit einem  
Maximum an Selbstregulation durch die Kinder setzt (vgl. Jacobs u.a. 2005, S. 40)

## 9. Zusammenfassung

Zum Thema „Bildungsberatung bei ADHS“ möchte ich folgendes zusammenfassen: Bei ADS oder ADHS handelt es sich um Störungen in der Aufmerksamkeit. Besonders bei ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung) können die Folgen für die Betroffenen gravierend sein. Wichtig ist daher eine frühzeitiges Erkennen und Behandeln der ADS- der ADHS-Symptome, um einem ungünstigen Schul- und Entwicklungsverlauf vorzubeugen (vgl. Schröder 2006, S. 24).

Unterbleiben solche Maßnahmen, so kann dies zur Folge haben, dass die Kinder wegen der typischen Lernprobleme in ihrer Schullaufbahn beeinträchtigt sind, was sich wieder auf die Berufswahl auswirken kann. Schwerwiegend können auch die Folgen der Hyperaktivitätsstörung im sozialen Bereich sein. Die Kinder fallen durch die Verhaltensauffälligkeiten auf. Dadurch entstehen Probleme in Elternhaus und Schule, denn das Umfeld reagiert auf abweichendes Verhalten. Die Reaktionen sind wahrscheinlich vergleichbar mit den Reaktionen auf Behinderung. Dazu möchte ich zitieren:

„Kranke, Alte, Sterbende, Verrückte und Behinderte sind Angstquellen für die Gesunden. Sie werden vermieden, nicht zuletzt, weil in der Begegnung mit ihnen, den Alten, Sterbenden, unheilbar Kranken Urvertrauen erschüttert wird.“(Gröning 2006, S. 97)

Abweichendes Verhalten wird oft mit Rückzug beantwortet. Dies wird auch in Kapitel 4 „Ein Fallbeispiel“ beschrieben. Das kann für die Betroffenen sehr schmerzlich sein und weitere Sekundärstörungen zur Folge haben, was nach Möglichkeit verhindert werden sollte.

Aufgrund der Komplexität der Symptome ist wie schon beschrieben die Diagnostik nicht einfach. Eine Verwechslung mit anderen Störungsbildern (emotionale Belastungen in Krisensituationen, abnorme psychosoziale und familiäre Umstände, gravierende psychische Störungen) ist leicht möglich (vgl. Schröder 2006, S. 41-44). Deshalb sollte die Diagnostik nur, wie schon erwähnt von erfahrenen Fachkräften aus dem medizinischen, sonderpädagogischen und psychologischen Bereich (am besten in einer Klinik) durchgeführt werden. So ist die Gefahr, dass Diagnosefehler bei der Verhaltensbeobachtung wie Selektion (aus der Fülle vorhandener Reize werden diejenigen ausgewählt, die unserer Erwartung und unseren Bedürfnissen entsprechen), Organisation (Wahrnehmungsreize werden so umstrukturiert, dass sie zu gewissen Persönlichkeitstheorien oder Stereotypen passen), Akzentuierung (bestimmten Reizen wird ein besonderes Gewicht verliehen, während andere unterdrückt werden) und Fixierung (einmal gewonnene Eindrücke werden auf neue Wahrnehmungsreize übertragen, auch wenn sie nicht dazu passen) unterlaufen nicht so groß (vgl. Ingenkamp 2005, S. 75).

Die Bedeutung der Diagnostik und infolgedessen auch der Aufklärung und Beratung zeigt sich schon darin, dass die Betroffenen dadurch entlastet sind und weniger auffällig agieren, weil sie spüren dass ihnen Verständnis entgegengebracht wird (vgl. Schröder 2006, S. 98). Ziel von Aufklärung und Beratung ist es, eine längere Behandlung der Symptomatik, die sich auf verschiedene Bereiche erstreckt, einzuleiten und durchzuführen, um die Situation der Betroffenen deutlich zu verbessern. Dazu gehört auch Bildungsberatung um das Kind im richtigen Schultyp zu platzieren und Interventionen in Schule oder Kindergarten durchzuführen. Wenn dann ergänzend (falls nötig) eine pharmakotherapeutische Behandlung durchgeführt wird, ist das oftmals für das Kind und sein gesamtes Umfeld eine Erleichterung, was zur Verbesserung der Gesamtsituation führt.

Eine gute und hilfreiche Ergänzung kann das in Kapitel 8 vorgestellte neuropsychologische Gruppenprogramm ATTENTIONER zum Beispiel sein. Es ist eine Ergänzung zu den bisher vorhandenen Aufmerksamkeitstrainings, die als Selbstinstruktionstrainings zum Aufbau von reflexivem Arbeitsverhalten und den Selbstmanagement-Verfahren, die sich als Anleitung zu

eigenständiger Verhaltensänderung verstehen. Auf jeden Fall sollte möglichst frühzeitig alles, was möglich ist, unternommen werden um Kindern mit ADS oder ADHS zu helfen.

## 10. Literaturverzeichnis

1. Bründel, H.; Simon E. (2003): Die Trainingsraummethode. Umgang mit Unterrichtsstörungen: klare Regeln, klare Konsequenzen. Weinheim, Basel, Berlin: Beltz Verlag
2. Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft Baden-Württemberg: GEW-Jahrbuch für Lehrerinnen und Lehrer- Handbuch des Schul- und Dienstrechts in Baden-Württemberg. 26. Jahrgang; Ausgabe 2007. Stuttgart: Süddeutscher Pädagogischer Verlag
3. Goleman, D. (1997): Emotionale Intelligenz. München: Deutscher Taschenbuch Verlag (dtv)
4. Gröning, K. (2006): Pädagogische Beratung. Konzepte und Positionen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
5. Heubrock, D.; Petermann, F. (2001): Aufmerksamkeitsdiagnostik. Kompendien Psychologische Diagnostik, Band 2. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag: HOGREFE
6. Ingenkamp K.; Lissmann, U. (2005): Lehrbuch der Pädagogischen Diagnostik. Weinheim, Basel: Beltz
7. Krause, C.; Fittkau, B.; Fuhr, R.; Thiel, H. (Hrsg.) (2003): Pädagogische Beratung. Grundlagen und Praxisanwendung. Paderborn, München, Wien, Zürich: Ferdinand Schöningh Verlag
8. Jacobs, C.; Heubrock, D.; Muth, D.; Petermann, F. (2005): Training für Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen: Das neuropsychologische Gruppenprogramm ATTENTIONER. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag: HOGREFE
9. Schröder, A. (2006): ADS in der Schule. Handreichungen für Lehrerinnen und Lehrer. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht