



Rhein Hessische Patienteninformation

ADS - Lehrerinfo



Dr. Helga Simchen

Kinderärztin / Kinderneurologin / Kinder- und Jugendpsychiaterin

Wenn bei Lese-Rechtschreibschwäche oder Rechenschwäche üben und sich anstrengen nicht erfolgreich sind, könnte ein Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom AD(H)S die Ursache sein

AD(H)S ist weder eine reine Verhaltensstörung, noch die Folge von Fehlerziehung. Das ADS mit und ohne Hyperaktivität ist die Folge einer neurobiologisch bedingten

besonderen Art der Informationsverarbeitung infolge Reizfilterschwäche und Botenstoffmangel. Es wird über mehrere Gene vererbt (bisher wurden mehr als 17 Kandidatengene gefunden), aus deren Summe und dem Einfluss des sozialen Umfeldes auf den Entwicklungsverlauf ein sehr unterschiedliches individuelles Erscheinungsbild vom AD(H)S resultiert.

Veranlagung und Umwelt beeinflussen sich gegenseitig und bestimmen somit den Schweregrade des AD(H)S. In den letzten Jahrzehnten wurden die Strukturen in der Erziehung geringer, die Reizüberflutung der Kinder dagegen wesentlich stärker, was eine Zunahme des AD(H)S an Häufigkeit und Schwere zur Folge hatte.

Eine geringe AD(H)S-Symptomatik kann durchaus für den Betroffenen viele Vorteile bringen, sie kann aber einen krankhaften Prozess in Gang setzen, wenn der Betroffene unter seiner Problematik zunehmend leidet und sich ihr hilflos ausgesetzt fühlt. Damit es nicht erst so weit kommt, sollte möglichst eine Frühdiagnostik erfolgen.

Bei all seiner Vielfalt müssen für die Diagnose eines AD(H)S immer deutliche Abweichungen zum altersentsprechenden Entwicklungsverlauf in den folgenden drei Ebenen nachweisbar sein:

- Die neurologisch-motorische Ebene
- Die emotionale und Verhaltensebene (Fühlen und Reagieren)
- Die kognitive Ebene (Denk- und Merkfähigkeit)

Zum AD(H)S gehört nicht nur das hyperaktive und typische "Zappelphilipp-Syndrom", sondern auch die hypoaktive Form mit dem viel zu langsamen, verträumten, antriebsarmen, unkonzentrierten und viel zu empfindlichen Kind. Dieser Subtyp wird bisher als „der unaufmerksame Typ“ und die Betroffenen als „Träumer“ beschrieben. Er ist noch viel zu wenig bekannt und kommt nicht nur bei Mädchen vor. Zwischen der hyperaktiven und der hypoaktiven Form des AD(H)S gibt es noch den Mischtyp.

Allen drei Formen gemeinsam sind:

- * Die Unfähigkeit zur Aufrechterhaltung einer Daueraufmerksamkeit bei nachlassendem Interesse
- * Der geringe Arbeitsspeicher im Gehirn und seine unzuverlässige Verfügbarkeit bei Bedarf, was als „Vergesslichkeit“ und der Unfähigkeit, aus Fehlern zu lernen, erlebt wird.
- * Die Reizüberflutung des Gehirns durch unzureichende Filterung von Informationen und Wahrnehmungen. Wichtiges wird nicht von Unwichtigem unterschieden, das Arbeitsgedächtnis ist durch zu viele Informationen überlastet.

- * Die Impulssteuerungsschwäche, Gefühle können nicht „abgefangen“, gebremst und gesteuert werden, sondern sie werden spontan, extrem und ungebremst ausagiert.
- * Die Kontrolle unseres Verhaltens erfolgt durch einen „Supervisor“, der sich im Stirnhirn befindet und bei den Betroffenen nicht ausreichend funktioniert
- * Die Fein-, Grapho-, Mund-, Augen oder Grobmotorik sowie die Koordination können altersabhängig unterschiedlich stark betroffen sein
- * Das neuronale Netzwerk im Gehirn ist viel zu breit gefächert angelegt, mit zu wenig Gedächtnisbahnen, die der schnellen Weiterleitung aller Informationen vom Arbeitsgedächtnis zu den entsprechenden Zentren des Langzeitgedächtnisses dienen. Dadurch ist die Automatisierung im Lern- und Handlungsablauf deutlich erschwert mit den ADS-typischen Folgen im Leistungs- und Verhaltensbereich.
- * Zu viel oder zu wenig Antrieb, abhängig vom jeweiligen Botenstoffmangel, schlechte Arbeitsorganisation, leichte Ablenkbarkeit (ständig viel zu viele Gedanken im Kopf)
- * Die Daueraufmerksamkeit kann nicht willkürlich aufrechterhalten werden. Bei neuer und interessanter Tätigkeit können die Betroffenen hochkonzentriert und sehr motiviert sein, aber eben nur dann. In ihren Zeugnissen steht deshalb oft: „Du kannst ja, wenn Du willst!“, aber sie können leider nicht immer wollen.

Da beim AD(H)S die einzelnen Wahrnehmungsbereiche unterschiedlich schwer betroffen sein können, können dessen Auffälligkeiten im Leistungs- und Verhaltensbereich, sowohl zu Hause als auch in der Schule sehr unterschiedlich sein. Bei ausgeprägter Symptomatik liegen bei etwa 90% der betroffenen Kinder deren schulische Lernergebnisse weit unter ihrem eigentlichen intellektuellen Leistungsvermögen. Das Erledigen der Hausaufgaben wird zum Stress für beide Seiten (Kind/Eltern) und führt infolge psychischer Überforderung zu Reaktionen, wie Herumschreien, Verweigern, Weinen, Resignieren, Schimpfen und Schuldzuweisungen.

Dabei haben Kinder und Jugendliche mit AD(H)S sehr oft eine gute bis sehr gute Intelligenz. Gerade hochbegabte Kinder leiden unter einem nicht erkannten AD(H)S besonders. Deshalb sollte bei hoch- und sehr begabten Kindern, die in der Schule oder zu Hause im Verhaltens- und/oder im Leistungsbereich auffällig sind, unbedingt ein AD(H)S ausgeschlossen werden. Denn AD(H)S ist eine häufige Ursache dafür, dass sehr Begabte unter ihren Leistungsmöglichkeiten bleiben. Sie werden als Underachiever bezeichnet, wobei als Hauptursache noch immer eine Unterforderung angesehen wird, was in den meisten Fällen aber einer Überforderung infolge eines unerkannten ADS ohne Hyperaktivität entspricht.

Weder Fehlerziehung, Unter- oder Überforderung, noch eine frühkindliche Beziehungsstörung sind die eigentlichen Ursachen des AD(H)S, können aber dessen Symptomatik wesentlich verstärken.

Die Entwicklung dieser Kinder bereitet Eltern und Lehrern häufig Probleme, denn die Betroffenen leiden, weil sie spüren, dass sie anders empfinden und reagieren und von ihrer Umgebung oft nicht verstanden werden. Das verunsichert sie, Selbstzweifel und Versagensängste stellen sich ein. Sie reagieren darauf mit Rückzug, sind ängstlich oder aggressiv. Sie fühlen sich ungeliebt und abgelehnt, was ihre Umgebung nicht versteht und sie meidet.

Der neurobiologische Nachweis des AD(H)S erfolgt in der Wissenschaft mittels der PET (Positronenemissions-Tomographie), der SPECT (Single-Photonen-Emissions-Computertomographie), der funktionellen Magnetresonanztomographie, dem genetischen Nachweis einer Dopamin-, Nordadrenalin- oder Serotonin-Transporterstörung und dem EEG mit Aufzeichnung ereigniskorrelierter Potentiale, der Beurteilung der P3-Welle bei den akustisch evozierten Potentialen, um nur einige Untersuchungsmethoden zu nennen. Diese in der wissenschaftlichen Erforschung des AD(H)S zurzeit angewandten Methoden sind aus verschiedenen Gründen nicht in der täglichen Praxis anwendbar.

In der Praxis kann das AD(H)S mit keinem einzelnen Test und schon gar nicht allein mit Hilfe von Punkteskalen nachgewiesen werden.

Die Diagnose ergibt sich aus:

- der Lebensgeschichte des Betroffenen und seiner Familie,
- der Verhaltens- und Leistungsbeobachtung,
- der neurologischen Untersuchung,
- der psychomotorischen und psychometrischen Testung
- dem Verlauf von Kindheit und Schulzeit,
- den Schulzeugnissen
- der Suche nach reaktiven Fehlentwicklungen, Wahrnehmungs- und Teilleistungsstörungen

Ein Hauptsymptom des AD(H)S ist seine mangelhafte Reizverarbeitung, die zu Leistungs- und Verhaltensauffälligkeiten führt und somit wesentlich für die Ausbildung einer Lese-Rechtschreib- und Rechenschwäche verantwortlich ist. Mit oberflächlicher und hüpfender Wahrnehmung wird viel zu viel an Informationen wahrgenommen, aber zu wenig von ihnen verarbeitet und gespeichert. Infolge einer niedrigen Aufnahmeschwelle für alle Reize gelangen zu viele Informationen in das Arbeitsgedächtnis (Hippocampus), dessen Aufnahmekapazität schnell überfordert wird. Das Arbeitsgedächtnis sortiert alle ankommenden Informationen nach Art und Wichtigkeit, um sie dann weiter zu leiten in die entsprechenden Zentren. Bei Reizüberflutung reicht die Aufnahmekapazität des Arbeitsgedächtnisses nicht aus, wichtige Informationen gehen verloren. Besonders betroffen davon sind Routinearbeiten und motivationsarme Informationen.

Infolge Mangel an Botenstoffen und Gedächtnisbahnen ist der Informationsaustausch zwischen Langzeit- und Kurzzeitgedächtnis in beiden Richtungen erschwert. Gelerntes wird dann nicht ausreichend abgespeichert, So wird manches schnell wieder vergessen. Ein erfolgreiches Lernen erfordert beim AD(H)S-Kind ein ständiges Wiederholen mit möglichst viel Motivation. Trotzdem ist eine schnelle Verfügbarkeit von bereits abgespeichertem Wissen nicht immer sofort auf Abruf möglich.

Typisch für eine ADS -bedingte Rechtschreibschwäche ist:

- Wörter werden immer wieder verkehrt geschrieben, obwohl sie richtig buchstabiert werden können.
- In den Diktaten werden die gleichen Wörter mal richtig und mal falsch geschrieben, da ihre Schreibweise aus dem Wortbildgedächtnis nicht sofort abgerufen werden kann.
- Meist wird so geschrieben, wie gehört, ohne nachzudenken. Einfache Wörter werden dabei häufiger falsch geschrieben, weil bei schweren Wörtern nachgedacht wird.
- Fehler wie „wier, vür, nemehn, behkome“ werden nicht bemerkt.
- Erlernete Regeln werden beherrscht, aber können bei Bedarf nicht sofort angewandt werden.
- Buchstabieren und das Schreiben am Computer gelingen besser, weil hier bewusst nachgedacht wird.
- Mit der Länge des Diktats nimmt die Fehlerzahl zu.
- Zu Hause wird das gleiche Diktat nach Üben fehlerfrei geschrieben, in der Schule werden dann doch wieder die gleichen Fehler gemacht oder richtig Geschriebenes wird durch „Korrektur“ zum Fehler.

Die Automatisierung von Handlungsabläufen beim Lernen und der Verhaltensregulierung ist beim AD(H)S erschwert, so dass abgespeichertes Wissen im Bedarfsfall nicht sofort abrufbar ist.

Folglich können auch die Fragen des Lehrers im Unterricht nicht sofort richtig und schnell genug beantwortet werden. Das hypoaktive Kind muss zu viel und zu lange überlegen, was schnell zur Erschöpfung und zum Nachlassen seiner Konzentration führt. Dadurch verlieren viele verständlicherweise die Motivation zur Mitarbeit, denn allen anderen Schülern gelingt es scheinbar mühelos, die gestellten Fragen schneller und mit weniger Anstrengung richtig zu beantworten.

Das hyperaktive Kind antwortet zwar schnell, oft zu schnell. Es überlegt erst gar nicht, kontrolliert die Antwort nicht, bevor sie ausgesprochen wird. Ist der Lehrer mit dieser Antwort nicht zufrieden, hat es sofort einen weitere parat, die aber meist noch unpassender ist, was ihn aber weniger stört. Diese Kinder haben gelernt,

Unangenehmes zum Selbstschutz auszublenden. Denn selbst wenn sie sich noch so bemühen, ist ihnen die Aufrechterhaltung einer gezielten Aufmerksamkeit über einen längeren Zeitraum sowieso nicht möglich. Diese Erfahrung mussten sie immer wieder machen, ohne daran etwas ändern zu können. Ihre Ablenkung ist groß, ihre Mitarbeit im Unterricht dadurch deutlich erschwert.

Auch das Schreiben bereitet ihnen viel mehr Anstrengung. Die Stiftführung ist verkrampft, Linien können nicht eingehalten werden, bei emotionaler Erregung oder Zeitdruck wird die Schrift nicht selten unleserlich. Der Schreibvorgang ist bei ihnen ebenfalls nicht automatisiert. Unter Stress wird ihre Schrift noch schlechter. Durch Üben allein kann die neurologische Ursache dieser graphomotorischen Störung nicht beseitigt werden. Manchmal ist eine Befreiung von der Schriftnote unumgänglich, damit das Kind nicht psychisch leidet. Das Schriftbild wird umso auffälliger, je schneller geschrieben werden muss und je mehr Stress besteht. Viele Jugendliche gehen deshalb von sich aus zur Druckschrift über, die leserlicher ist und so dem Lehrer entgegenkommt.

Infolge der starken Verzweigung des neuronalen Netzwerkes im Gehirn und den fehlenden Gedächtnisbahnen ist ein konvergentes, zielgerichtetes Denken beim AD(H)S sehr erschwert. Das Schreiben von Aufsätzen, das Lösen von Textaufgaben und das inhaltliche Erfassen gelesener Texte bereitet diesen Kindern oft sehr große Mühe.

Häufig besteht noch ein gestörtes dynamisches beidäugiges Sehen. Bei Bewegungen der Augen zur Seite, nach oben oder unten besteht dann eine Blicksteuerungsschwäche. Hierbei bleibt die Augenstellung infolge gestörter Muskelfunktion nicht parallel, so dass kurzzeitig ein unscharfes Bild auf der Netzhaut des Auges entsteht, das das Kind durch Blinzeln oder Kopfschiefhaltung zu korrigieren versucht, was Zeit und Konzentration kostet. Das Wortbild wird schlechter erfasst und abgespeichert. Beim Abschreiben und Lesen „verrutschen“ die Zeilen. Kinder mit Blicksteuerungsschwäche können von der Tafel nur sehr fehlerhaft abschreiben. Hinzu kommen manchmal noch „Blicksprünge“, die ihrerseits das Erfassen des gesamten Wortes und dessen richtige Abspeicherung im Wortbildgedächtnis zusätzlich erschweren. Diese Kinder fallen bei der augenärztlichen Untersuchung meist nicht auf, da sie beim Blick geradeaus ein uneingeschränktes Sehvermögen haben.

Ein vorausschauendes Lesen gelingt diesen Kindern nicht. Sie lesen wortweise, stockend und Finger führend. Bei jeder Leseschwäche sollte eine AD(H)S bedingte muskuläre Schwäche der Blicksteuerung ausgeschlossen werden. Hierbei handelt es sich um eine unzureichende Feinabstimmung der Augenmuskeln beim Blick zur Seite, die Funktion der Augen ist dabei unbeeinträchtigt, d.h. das Sehen gerade aus, wie es vom Augenarzt untersucht wird, ist unbeeinträchtigt. Unbehandelt schadet dieses gestörte dynamische beidäugige Sehen mit der Zeit dem räumlichen Sehvermögen.

Auch die Rechenschwäche kann AD(H)S-bedingt sein.

Hierbei verfügt das Kind über ein Zahlenverständnis, aber das Abspeichern und Automatisieren von Rechenwegen sind erschwert. Die Betroffenen müssen besonders bei den Subtraktionsaufgaben noch die Finger zu Hilfe nehmen. Sie vergessen Rechenwege sehr schnell und reagieren beim Rechnen umstellungserschwert. Das Lösen von Textaufgaben muss immer wieder und von Anfang an nach einem vorgegebenem Schema geübt werden, dass mit folgenden Vorsätzen beginnen sollte:

„Wie lautet die Aufgabe?“

„Ich schaue genau hin!“

Denn die Betroffenen sind beim Rechnen unkonzentriert, beachten Vorzeichen nicht, lesen den Text oberflächlich, erkennen den Rechenweg nicht und haben außerdem Probleme, die Aufgaben in der vorgeschriebenen Zeit zu lösen.

Zusammenfassend sind diese ADS-bedingten Teilleistungsstörungen Folge einer beeinträchtigten Informationsverarbeitung unterschiedlicher neuronaler Bereiche, verbunden mit unzureichender Konzentration, Daueraufmerksamkeit und

Schwierigkeiten im Arbeitstempo. Die Ursachen dafür sind Reizüberflutung und Botenstoffmangel mit verzögerter und unzureichender Ausbildung von Gedächtnisbahnen, die die Informationen vom Arbeitsgedächtnis in die entsprechenden Gehirnzentren weiterleiten. Wobei die Qualität der Gehirnzentren von der dort vorhandenen Anzahl hoch spezialisierter Nervenzellen abhängt. Die Anlage dieser Zentren erfolgt durch Einwandern von sich spezialisierenden Nervenzellen in der Schwangerschaft und wird genetisch gesteuert. Ebenso wie AD(H)S treten auch Lese-Rechtschreib- oder Rechenschwäche durch Vererbung und Entwicklungsverlauf bedingt, familiär gehäuft auf.

Frühförderung noch weit vor der Einschulung kann Defizite ausgleichen, denn die Ausbildung der für das Lernen so wichtigen Gedächtnisbahnen erfolgt bereits vor der Einschulung und ist eine wichtige Voraussetzung für Schulreife.

Die in den ersten Lebensjahren angelegten motorischen Bahnen bilden die Basis für die sich später entwickelnden kognitiven Bahnen. Deshalb ist es wichtig, in der frühen Kindheit für regelmäßige und reichliche körperliche Bewegung zu sorgen, um altersentsprechende motorische Fähigkeiten zu erwerben.

Besteht eine Beeinträchtigung der motorischen und kognitiven Entwicklung des Kindes, sollte schon vor der Einschulung eine gezielte Förderung erfolgen, damit es nicht in der Schule mit steigender Anforderung zur Dekompensation im Leistungs- und Verhaltensvermögen kommt. Hier sind Ergotherapeuten gefragt mit Kenntnissen in der Entwicklungsdiagnostik und AD(H)S, um gezielt an den sich andeutenden Defiziten zu arbeiten, wobei die Schwerpunkte Feinmotorik, Visuomotorik, die auditive Wahrnehmung sowie die Konzentration und die Körperkoordination sind.

Wartet man ab, kann das Selbstwertgefühl des Kindes schon vor seiner Einschulung so beeinträchtigt sein, dass das Kind Schulangst entwickelt oder sich aggressiv verhält, weil es befürchtet, den schulischen Anforderungen nicht gewachsen zu sein.

Aggressivität und Ängste sind hierbei Ausdruck der inneren Verunsicherung und bei der Einschulung wichtige Symptome, die hinterfragt werden sollten.

Eine Zurückstufung von der Einschulung in den Kindergarten oder der Besuch der Vorschule sollte bei Kindern mit einer ausgeprägten AD(H)S-Symptomatik gut überlegt werden und immer mit einer ursachenbezogenen und multimodalen Behandlung kombiniert erfolgen. Bei Vorschulkindern mit guter Intelligenz und großem Lernwillen bringt ein Verschieben der Einschulung meist keinen Gewinn für die Gesamtentwicklung. Diese Kinder sollten AD(H)S-Spezialisten vorgestellt werden, um ausnahmsweise und bei Notwendigkeit bereits wenige Monate vor der Einschulung mit der medikamentösen Behandlung zu beginnen. Dabei sollten Medikamente erst verabreicht werden, wenn ausreichendes und gezieltes Üben allein keine wesentliche Verbesserung der Problematik bringen, Entwicklung und Schulerfolg des Kindes sonst ernsthaft gefährdet sind.

Was könnte von Seiten des Schulsystems und der Lehrer getan werden, um den Kindern mit einer AD(H)S-Problematik die Schullaufbahn zu erleichtern?

Aus meiner praktischen Erfahrung im Umgang mit diesen Schülern möchte ich an dieser Stelle wiedergeben, was sich Betroffene mit AD(H)S von ihrer Schule und deren Lehrern wünschen:

Wünschenswerte AD(H)S-Hilfen von Seiten der Pädagogik

- Information der Lehrer über das AD(H)S mit und ohne Hyperaktivität und seine neurobiologischen Ursachen
- Favorisierung des Frontalunterrichts und der Autorität des Lehrers, damit Ruhe im Klassenraum herrscht
- Gute Schulbücher, erprobte und wissenschaftlich fundierte Lehrkonzepte, weniger methodische Experimente
- Eine feste Sitzordnung, viel Augenkontakt und Ermunterung der Schüler zur Mitarbeit
- Von Anfang an richtiges Schreiben vermitteln, nicht erst so schreiben dürfen, wie es vom Kind gehört wird

Wünsche an den AD(H)S freundlichen Lehrer.

- Konsequente Grundhaltung und Achten auf Ruhe im Unterricht
- Strukturierten, lebhaften und interessanten Unterricht
- Hausaufgaben sollten in das entsprechende Heft eingetragen und am nächsten Tag auch kontrolliert werden
- Mehr mündliches Arbeiten, Lernstoff als Hausaufgabe deutlich formulieren
- Viel schreiben blockiert die Motivation
- Nacherzählen üben, Lerninhalte müssen sich abspeichern können
- Was gelernt werden soll, muss in den Kopf und nicht ins Heft
- Treffen von individuellen Vereinbarungen zur Verhaltenssteuerung
- Wichtigen Stoff öfter wiederholen
- Viel loben, auch schon bei Bemühungen
- Ausgrenzungen von Seiten der Schüler von Anfang an nicht dulden
- Einsetzen von Strukturhilfen, mit Problemschülern unter vier Augen sprechen und mit ihnen gemeinsam nach Lösungen suchen
- Schulische Probleme zuerst mit dem Kind besprechen und dann erst mit dessen Eltern.

Sehr wichtig wäre auch eine Verbesserung der Qualität und Quantität der Frühförderung aller Kinder in den Kindergärten, um mögliche Defizite schon vor der Einschulung zu erkennen, damit Teilleistungsstörungen verhindert oder in ihrer Schwere reduziert werden.

Bei allen Teilleistungsstörungen sollte an eine mögliche AD(H)S-bedingte Ursache gedacht werden, da hier eine andere Art der Förderung erfolgreicher ist.

AD(H)S-Kinder sind zu Beginn der Schulzeit zunächst hoch motiviert. Bald aber können sie besonders in den schriftlichen Leistungen, im Arbeitstempo, im Verhalten, in der sozialen Integration und in der Daueraufmerksamkeit nicht mehr mit ihren Klassenkameraden Schritt halten. Alle gut gemeinten Ratschläge von Seiten ihrer Lehrer, wie stillzusitzen, nicht stören, nicht zappeln, nicht dazwischen rufen, nicht träumen, nichts vergessen, besser schreiben, die Linien einhalten, andere nicht ärgern, sich nicht ablenken lassen usw. würden diese Kinder gern befolgen, wenn sie es nur könnten. So wird die Schule für sie zum Alptraum; sie beginnen an sich und ihren Fähigkeiten zu zweifeln.

Hyperaktive Kinder reagieren infolge ihrer inneren Verunsicherung aggressiv und beginnen den Unterricht zu stören. Sie reagieren sich nach außen ab, dabei geben sie meist anderen die Schuld an ihrem Verhalten. Noch mehr leiden die „hypoaktiven“ Kinder, sie sind introvertiert, suchen die Schuld bei sich und ziehen sich zurück. Sie entwickeln Versagensängste und flüchten in eine Traumwelt. Mit Hilfe der Phantasie geben sie den Ereignissen, auch den traumatisierenden, nachträglich einen positiven Sinn. Somit hat das Abgleiten ins Träumen eine zentrale Funktion in der Erlebnisverarbeitung und dient der inneren „stummen“ Abwehr. Die Kinder „schalten ab“ und gehen eigenen Gedanken nach. So können sie mit Hilfe ihrer Phantasie negative Erlebnisse ins Positive umkehren und damit entschärfen. AD(H)S Kinder wollen, aber können nicht? und darunter leiden sie!

Lehrer, Kind und Eltern merken bald: „Üben allein hilft nicht“. Zu Hause wird der Schulstoff oder das Diktat gekonnt, in der Schule versagt das Kind. Es setzt sich selbst so sehr unter Druck, dass Stress sein Denken blockiert, es kommt zum Blackout.

Therapeutische Hilfen ohne und mit Tabletten, wenn es anders nicht geht. Diesen Kindern kann erfolgreich geholfen werden, vorausgesetzt, sie sind motiviert für ein individuelles multimodales Therapieprogramm. Zuerst müssen dafür alle verfügbaren Ressourcen ausgeschöpft werden, reichen diese nicht aus, sollte die Gabe von Stimulanzien verbunden mit einem individuellen lern- und verhaltenstherapeutischen Programm erwogen werden, um die vorhandenen Defizite erfolgreicher ausgleichen zu können. Das Kind soll wieder Freude am Üben bekommen, Erfolge genießen können, die motivieren und sein Selbstvertrauen stärken. Mit Hilfe einer erfolgreichen Therapie erleben Eltern und Lehrer bald wieder

Kinder, die sehr glücklich über ihre neu gewonnenen Fähigkeiten, erfolgreich lernen und sich angepasst verhalten zu können. Sie gehen wieder gern in die Schule und fühlen sich dem Versagen nicht mehr hilflos ausgesetzt.

Die wichtigsten Therapieziele beim AD(H)S sind immer, die Verbesserung des Selbstwertgefühls und der sozialen Kompetenz.

Natürlich machen Tabletten allein nur wenig, aber das Kind spürt jetzt erstmalig, was ich gelernt habe, das kann ich auch am nächsten Tag noch. So äußern es die Kinder immer wieder und die Noten bestätigen es ihnen. Sie können sich jetzt besser in die Klasse einfügen und besser sozial angepasst reagieren. Sie reagieren nicht mehr so empfindlich.

Die Stimulanzientherapie beim AD(H)S-Kind ist kein Mittel gegen Rechtschreib- oder Rechenschwäche oder gegen störendes Verhalten, aber die Kinder können dadurch ihre vorhandenen Fähigkeiten im Lernen und im Sozialverhalten wirkungsvoll und erfolgreich einsetzen. Ihnen steht das zur Verfügung, was sie ohne Medikament nicht oder nur sehr mühsam nutzen konnten, was aber für alle anderen Klassenkameraden bisher selbstverständlich war.

Mit Hilfe regelmäßig durchgeführter Übungs- und Trainingsprogramme und der Anleitung der Mutter als Coach können diese Kinder ihre Defizite allmählich beseitigen und mit professioneller Hilfe ein positives Selbstwertgefühl und eine altersentsprechende soziale Kompetenz aufbauen. Ein sehr wichtiger Partner dabei sind die Lehrer, auf deren Hilfe diese Kinder angewiesen sind. Ziel der gemeinsamen Bemühungen von Elternhaus und Schule sollte sein, dass diese Kinder keine Sonderbehandlung benötigen, sondern voll in den Klassenverband integriert sind. Dieses Ziel ist bei vielen Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S erst mit Hilfe einer Stimulanzientherapie erreichbar, die die vorhanden Defizite in der Informationsverarbeitung ausgleicht. Sie sollte deshalb keinem Kind vorenthalten werden, es könnte sonst viele Jahre später noch zu schweren psychischen Störungen kommen. Einem Kind oder einem Jugendlichen mit einem ausgeprägtem AD(H)S und entsprechendem Leidensdruck eine medikamentöse Therapie vorzuenthalten bedeutet, dass es ihnen nicht möglich sein wird, wichtige Entwicklungsphasen erfolgreich zu durchlaufen, was schwerwiegende Folgen haben könnte. Dieser Zusammenhang wird leider von vielen noch nicht so erkannt und gewertet. Eine gut geführte Therapie verbessert nicht nur die oft beträchtliche, aktuelle Symptomatik, sondern verhindert mit Sicherheit auch Spätschäden, deren Behandlung um ein vielfaches teurer und weniger erfolgreich ist.

Die Medikamente ermöglichen den AD(H)S-Kindern erfolgreicher zu lernen, d.h. das Gelernte kann besser abgespeichert und wieder abgerufen werden. Die Therapie ist umso erfolgreicher, je früher sie beginnt. Dabei sollte die Behandlung des AD(H)S mit einem leitlinienorientierten multimodalen Therapiekonzept erfolgen. Eine Behandlung mit Stimulanzien ist an feste Kriterien gebunden und steht keinesfalls an erster Stelle. Jedoch sollte sie keinem Kind vorenthalten werden, wenn alle anderen Ressourcen ausgeschöpft sind. Kinder mit persistierenden Verhaltensstörungen, Impulsivität und Ängsten, sowie Lese-Rechtschreib- und Rechenschwäche sollten auf Vorliegen eines AD(H)S untersucht werden, auch um Begleit- und Folgeerkrankungen zu vermeiden.

Unbehandelt oder unzureichend behandelt kann AD(H)S die Entwicklung folgenden Krankheiten begünstigen:

- Anhaltende psychosomatische Beschwerden,
- Selbstwertkrisen infolge Schulversagen,
- Störungen des Sozialverhaltens, wie Aggressivität und Verweigerungshaltung
- Entwicklung von Angst- und Zwangsstörungen und Depressionen
- Essstörungen in Form von Magersucht, Ess-Brechsucht und Übergewicht durch Frustessen und Esssucht.
- Tics und Tourette-Syndrom
-

Durch eine frühzeitige Diagnostik verbunden mit Frühbehandlung könnten viele Spätfolgen des AD(H) weitgehend vermieden werden. Erste Hinweise auf spätere Teilleistungsstörungen sind z. B. schon im Kindergartenalter erkennbar. Eine ganz

bestimmte Kombination von verschiedenen Wahrnehmungs- und Verhaltensstörungen, sowie visuomotorische Probleme liefern erste Hinweise dafür. Hier müsste dann bereits eine qualifizierte und gezielte Förderung der betroffenen Kinder einsetzen mit Einbeziehung der Eltern. Defizite, die sich im Leistungs- und/oder Verhaltensbereich nach der Einschulung zeigen, haben ihre Ursache in vergangenen Entwicklungsperioden, die das Kind aus verschiedenen Gründen nicht erfolgreich durchlaufen konnte. Bis etwa zum 6. Lebensjahr sollte die Vernetzung von Nervenzellen zu den Gedächtnisbahnen so weit erfolgt sein, dass ein erfolgreiches Lernen in der Gruppe möglich ist. Bis zu diesem Zeitpunkt noch vorhandene Defizite können durch gezieltes Üben viel schneller und erfolgreicher ausgeglichen werden, als zu einem späteren Zeitpunkt. Deshalb müsste die Vorbereitung der Kinder auf die Schule von Seiten der Erzieherinnen des Kindergartens und der Eltern kindgerecht und spielerisch intensiviert werden. Eine Aufgabe, die noch vor uns steht, der Mitarbeit vieler und des Umdenkens einiger bedarf, aber sehr lohnenswert wäre.

Copyright © 2010 Bezirksärztekammer Rheinhessen