



5.
Auflage

Brandau • Pretis • Kaschnitz

ADHS bei Klein- und Vorschulkindern

 reinhardt

Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär – Band 9

Hannes Brandau · Manfred Pretis
Wolfgang Kaschnitz

ADHS **bei Klein- und Vorschulkindern**

Mit 18 Abbildungen und 13 Tabellen

5., aktualisierte Auflage

Ernst Reinhardt Verlag München

Dr. phil. *Hannes Brandau*, Univ.-Doz. habil. und Hochschulprofessor für Psychologie emeritus. 30 Jahre klinischer Psychologe, Psychotherapeut und Heilpädagoge an der Psychosomatik der Uni-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Graz

Dr. phil. *Manfred Pretis*, Klinischer Psychologe, Integrationspädagoge, Professor für Transdisziplinäre Frühförderung an der Medical School Hamburg (MSH)

Dr. med. *Wolfgang Kaschnitz*, Kinderarzt, Kinder- und Jugendpsychiater, Leiter der Ambulanz für lebhaft und hyperaktive Kinder an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Graz

Hinweis

Soweit in diesem Werk eine Dosierung, Applikation oder Behandlungsweise erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass die Autoren große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes entspricht. Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen oder sonstige Behandlungsempfehlungen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. – Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnungen nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN: 978-3-497-03188-7 (Print)

ISBN: 978-3-497-61728-9 (PDF-E-Book)

ISBN: 978-3-497-61729-6 (EPUB)

5., aktualisierte Auflage

© 2023 by Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Ernst Reinhardt GmbH & Co KG, München, unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen in andere Sprachen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Der Verlag Ernst Reinhardt GmbH & Co KG behält sich eine Nutzung seiner Inhalte für Text- und Data-Mining i. S. v. § 44b UrhG einschließlich Einspeisung/Nutzung in KI-Systemen ausdrücklich vor.

Dieses Werk kann Hinweise/Links zu externen Websites Dritter enthalten, auf deren Inhalt der Verlag keinen Einfluss hat und die der Haftung der jeweiligen Seitenanbieter oder -betreiber unterliegen. Ohne konkrete Hinweise auf eine Rechtsverletzung ist eine permanente inhaltliche Kontrolle der verlinkten Seiten nicht zumutbar. Sollten jedoch entsprechende Rechtsverletzungen bekannt werden, werden die betroffenen externen Links soweit möglich entfernt.

Printed in EU

Cover unter Verwendung eines Fotos von © istock.com/RichVintage. Agenturfoto. Mit Model gestellt.

Cartoons im Innenteil: Martin Gollowitsch, Graz

Satz: Rist Satz & Druck GmbH, 85304 Ilmmünster

Ernst Reinhardt Verlag, Kemnatenstr. 46, D-80639 München

Net: www.reinhardt-verlag.de Mail: info@reinhardt-verlag.de

Inhalt

Vorwort	9
1 Was ist ADHS?	11
1.1 Definition und Konzepte der Diagnose	11
1.2 Implikationen des DSM-V für das Kleinkind- und Vorschulalter	25
1.3 Implikationen des ICD-11	26
2 Ursachen und Einflussfaktoren	29
2.1 Genetische Ursachen	29
2.2 Prä- und perinatale Einflüsse	31
2.3 Schadstoffe und Nahrungsmittelallergien	32
2.4 Neuroanatomische Ursachen	33
2.5 Neurochemische Ursachen	35
2.6 Psychosoziale Einflüsse	37
3 Erklärungskonzepte	41
3.1 Die Stoffwechselstörungshypothese	42
3.2 Die Aktivierungshypothese	43
3.3 Die Filtersystemhypothese	44
3.4 Defizit der Hemmungsregulation	44
3.5 Die evolutionstheoretischen Hypothesen: Mammutjäger am Joystick oder evolutionäres Entwicklungsdefizit?	46
3.5.1 „Verzögertes Reagieren“ als Evolutionsschritt.	46
3.5.2 Steinzeitjäger und Bauern	46
3.5.3 ADHS, eine Anpassungsstörung?	47
3.5.4 Nomadenmänner, Reiz- und Risikosucher – oder der problematische Übergang zum „Homo sedens“	48
3.6 ADHS und der unterdrückte Spieltrieb des Kindes	54
3.7 Systemisch-biopsychosoziales Modell von ADHS	55

4	Möglichkeiten und Probleme der Früherkennung von ADHS . . .	59
4.1	Was erhärtet den frühen Verdacht von ADHS?	61
4.2	Wie entwickeln sich Aufmerksamkeit und selbstregulative Fähigkeiten?	64
4.2.1	Die Aufmerksamkeitsentwicklung aus entwicklungspsychologischer Sicht	64
4.2.2	Entwicklung der Selbstkontrolle und Exekutivfunktionen.	68
	<i>Erste Exekutivfunktion: nonverbales Arbeitsgedächtnis</i>	<i>69</i>
	<i>Zweite Exekutivfunktion: verbales Arbeitsgedächtnis</i>	<i>69</i>
	<i>Dritte Exekutivfunktion: Regulation von Gefühlen</i>	<i>69</i>
	<i>Vierte Exekutivfunktion: gedanklich den „roten Faden“ behalten</i>	<i>70</i>
4.3	Verlauf und Prognose von ADHS	73
5	ADHS und mögliche zusätzliche Begleiterscheinungen	75
5.1	Probleme in der sozialen Interaktion	75
5.2	Oppositionelles Trotzverhalten	77
5.3	Unfälle und Risikobereitschaft	82
5.4	Positive Begleiterscheinungen: die Kompetenzbereiche der Kinder mit ADHS	84
6	Prinzipien einer systemisch-lebensweltorientierten Förderung von Klein- und Vorschulkindern mit ADHS	88
6.1	Prävention	88
6.2	ADHS aus der Lebenswelt des Kindes wahrnehmen	90
6.3	Alltagsnähe und konkrete Hilfen zur Teilhabe	92
6.4	Partnerschaftliche Kooperation mit den Eltern	92
6.5	Soziale Integration	94
6.6	Autonomie und „Eigensinn“	97
6.7	Empowerment	99
6.8	Netzwerkarbeit und Regionalisierung	100
6.9	Beachtung von sozialräumlichen Angeboten und des Lebensraums der Medienwelt	101
6.10	Förderung nach einem ganzheitlich-interdisziplinären Konzept . .	105

7	Frühe Förderung von Kindern mit ADHS	108
7.1	Übersicht	108
7.2	Interventionsstrategien für hyperaktive Kleinkinder im Einzelnen	114
7.2.1	Interaktionstherapeutische Ansätze	114
7.2.2	Spieltherapeutische Interventionen	118
7.2.3	Elternberatung am Beispiel lösungsorientierten Coachings . . .	120
7.2.4	Systemische Interventionen	127
7.2.5	Gruppenorientierte Interventionen zur sozialen Inklusion	131
7.2.6	Bewegungstherapeutische und motopädagogische Maßnahmen	132
7.2.7	Medikamentöse Therapie	134
7.2.8	Alternative Behandlungskonzepte	139
7.3	Studien zur Wirksamkeit verschiedener therapeutischer Interventionen	140
8	Verhaltensmanagement bei Kleinkindern mit ADHS zwischen 3 und 6 Jahren	143
8.1	Die Stärken des Kindes hervorheben	143
8.2	Kurz – klar – kongruent	145
8.3	Bei Aktivitäten „Kürze mit Würze“ statt „lange Weile“	147
8.4	Struktur am Beginn, in der Mitte und am Schluss	147
8.5	Gelegenheit zum eigenständigen Spiel geben	149
8.6	Jedes Ding an seinem Platz	149
8.7	„Vor-Sicht“ – Unfallgefahren möglichst ausschalten!	150
8.8	Durch liebevolle Konsequenz die Fähigkeit zur Selbstkontrolle fördern	151
8.9	Spielangebote für Kinder von 3 bis 6 Jahren (in Auswahl)	153
8.9.1	Spielangebote zur Verbesserung der Selbstkontrolle	155
8.9.2	Spielangebote zur Verbesserung der Aufmerksamkeitssteuerung	157
8.9.3	Spiele zum Einhalten von Regeln	159
8.9.4	Spiele zur Verbesserung der Konfliktfähigkeit	161
9	Klinische Differentialdiagnostik als Voraussetzung eines ganzheitlichen Behandlungskonzepts	165

10	Multiperspektivisch-sozialpädagogischer Ansatz und Implikationen für transdisziplinäre Teamarbeit	176
10.1	Prinzipien eines multiperspektivischen Vorgehens	176
10.2	Beispiel einer Erziehungssituation	177
10.3	Miteinander geht es einfach besser	181
10.3.1	Reflexion mittels gegenseitiger kollegialer Intervision	182
10.3.2	Fallsupervision: ein System zur Wiedergewinnung von Ressourcen aus verschiedenen Blickwinkeln	183
	Literatur	185
	Sachregister	199

Vorwort

Die häufigste Verhaltensstörung im Kindesalter, das negativ klingende Wortungetüm Aufmerksamkeitsdefizithyperaktivitätsstörung – oder kurz „ADHS“ – kann Eltern und PädagogInnen bereits im Kleinkindalter vor erhebliche Schwierigkeiten stellen und führt im Kindergartenalter häufig zu Problemen bei der sozialen Integration. Kaum ein anderes Verhaltensphänomen unserer Kinder erregt so heftige Glaubenskriege und auch Auseinandersetzungen, nicht nur in den Medien, sondern auch zwischen Fachleuten der Wissenschaft.

Ist ADHS – wie oft behauptet – nicht nur eine Modediagnose? Die dramatisch steigenden Zahlen von Verschreibungen entsprechender Medikamente führen zu ernster öffentlicher Besorgnis. Während die einen von vorschneller Krankschreibung und skandalöser medikamentöser Ruhigstellung lebhafter Kinder reden, hinter der auch die ökonomischen Interessen der Pharmaindustrie stecken, betonen andere, dass dieser Anstieg im internationalen Trend liege und sich die Pharmakotherapie evidenzbasiert als wirksamste Hilfe zur Behandlung von ADHS erwiesen habe.

So meinte der deutsche Sachverständigenrat zur Entwicklung des Gesundheitswesens schon am 4. 8. 2009: „Es ist angesichts des starken Anstiegs der medikamentösen Verordnungen darauf hinzuweisen, dass die in den ärztlichen deutschen Leitlinien von 2009 gebotene multimodale ganzheitliche Behandlung von ADHS vorsieht, Medikamente wie Ritalin erst dann zu verordnen, wenn sich andere therapeutische Maßnahmen als nicht ausreichend erwiesen haben.“

Während einige ADHS überhaupt nur als Erfindung und Folge unserer gesellschaftlichen Entwicklungen, mangelnder Zeit für Beziehung und Erziehung und des ungezügelteten Medienkonsums (Reizüberflutung) annehmen, betonen die anderen, dass trotz Fehlen eines objektiven Tests mittels Biomarker kein Zweifel an der Zuverlässigkeit der sicheren Diagnose bestehe, sofern sich die Diagnosen an wissenschaftlich basierten Leitlinien und Erkenntnissen orientieren. Sie argumentieren, dass die Symptomatik von ADHS schließlich seit dem Zappelphilipp (1844) bekannt ist und jahrzehntelang empirisch in abertausenden Studien intensiv erforscht wurde. Dass es keine stringente Theorie aller ursächlichen, beschleunigenden und auslösenden Faktoren zu ADHS gibt, ändert demnach nichts an der Existenz der „Störung“ und am dringenden Behandlungsbedarf für die Betroffenen.

Dieses Buch soll bei all den bestehenden Unsicherheiten und Widersprüchen zwischen fundierter Kritik und Mythen Antworten geben, wie man konstruktiv und auch kreativ mit dem Phänomen ADHS im Vorschul- und Kindergartenalter umgehen kann. Dabei werden die wesentlichen wissenschaftlichen Erkenntnisse und Ergebnisse möglichst anschaulich präsentiert und mit praktischen Anregungen in der Förderarbeit vernetzt. Die Diskussionsfragen am Ende der Kapitel sollen zur kritischen Reflexion und Vertiefung „verführen“ und die markanten Cartoons sollen den Humor hinter den Problemen kreativ verdichtet zum Vorschein bringen.

ADHS wird generell als neurobiologische Störung betrachtet. In diesem Buch wird sie systemisch als biopsychosoziales Interaktionsphänomen aufgefasst, das gerade im hoch sensiblen Bereich junger Kinder besondere Differenziertheit der Diagnose, höchste Achtsamkeit und Sorgfalt in der Behandlung voraussetzt. Deshalb gehen wir, bedingt durch langjährige klinische Erfahrung, multiperspektivisch von einem klinisch-sozialpädagogischen und systemischen Ansatz aus. Im Mittelpunkt steht dabei eine ganzheitlich ressourcenorientierte Förderung der Kinder mit dem Ziel der optimalen Teilhabe in der Familie, der Gruppe der Gleichaltrigen und der Gesellschaft.

Glaut man den wissenschaftlichen Fakten, so ist ADHS weder eine Modediagnose noch eine „Erfindung“ der Pharmaindustrie. Das wäre eine Ausblendung des oft heftigen Leids der Kinder und ihrer Familien. In nationalen und internationalen Leitlinien (z. B. Zentrales ADHS-Netz 2012) bemühen sich Teams von Fachleuten, mit möglichst klaren Kriterien festzulegen, wie ADHS auf der Basis eines jeweils aktuellen „State of the Art“ sinnvoll zu diagnostizieren und, je nach individueller Konstellation, differenziert zu behandeln ist. Denn die Folgen einer Nichtbehandlung sind zumeist weitaus gravierender als mögliche Probleme einer Behandlung.

Abschließend wollen wir zu den immer wieder auftauchenden ADHS-Mythen im Sinne des bekannten Spruches „Meine Meinung steht fest! Bitte verwirren Sie mich nicht durch Tatsachen“ mit diesem Buch einen kleinen Beitrag zu einer Versachlichung der Diskussion leisten.

In der nun vorliegenden 5. Auflage werden auch die Implikationen des ICD-11 für unser Thema und einige neue Forschungsergebnisse vorgestellt.

Wir danken Martin Gollowitsch für die Erstellung der humorvollen „hyperaktiven“ Cartoons!

Graz, im August 2022

1 Was ist ADHS?

1.1 Definition und Konzepte der Diagnose

*„Ob der Philipp heute still
wohl bei Tische sitzen will?“
Also sprach in ernstem Ton
der Papa zu seinem Sohn,
und die Mutter blickte stumm
auf dem ganzen Tisch herum.*

*Doch der Philipp hörte nicht,
was zu ihm der Vater spricht.
Er gaukelt und schaukelt,
er trappelt und zappelt
auf dem Stuble hin und her.
„Philipp, das mißfällt mir sehr!“*

(aus dem „Struwelpeter“, Hoffmann 1845)

Am Anfang einige bislang kaum gestellte Fragen zu diesem berühmten Textausschnitt:

- Warum blickt die Mutter auf den ganzen Tisch?
- Wie kommt es, dass Philipp nicht hört, was der Vater spricht?
- Was würden Sie anstelle des Vaters und der Mutter tun?
- Ist diese Szene auch heutzutage vorstellbar?
- Wäre das Verhalten von Philipp auch während der Völkerwanderung oder in der Urzeit ein Problem gewesen?

Waren Sie als Kind ein „Zappelphilipp?“* Testen Sie sich selbst mit dem am häufigsten verwendeten Testinstrument, dem Conners-Fragebogen (1969), der in Tabelle 1 aufgeführt ist.

Wer kennt ihn nicht, den berühmten Zappelphilipp, ständig in Bewegung, ungeduldig und unaufmerksam? Viele Etiketten wurden ihm schon umgehängt, die derzeit gängigen sind „ADHS“ und „hyperkinetische Störungen“. ADHS, Abkürzung für das Wortungetüm „Aufmerksamkeitsdefizithyperaktivitätssyndrom“, bezeichnet ein klinisches Bild, welches vor allem durch erheblich beeinträchtigte Verhaltensweisen in der

- Aufmerksamkeit
- Impulsivität
- motorischen Aktivität

* Anmerkung: Leider gibt es noch keine politisch-korrekte weibliche Form für dieses Phänomen, da es in weit größerem Verhältnis Buben betrifft.

12 Was ist ADHS?

Tabelle 1: Conners-Fragebogen (Conners Parent Teacher Rating Scale – CPTRS)

Ich als Kind	trifft zu			
	überhaupt nicht 0 Pkt.	ein wenig 1 Pkt.	ziemlich oft 2 Pkt.	fast immer 3 Pkt.
war unruhig oder übermäßig aktiv				
erregbar, impulsiv				
störte andere Kinder				
brachte angefangene Dinge nicht zu einem Ende – hatte eine kurze Aufmerksamkeitsspanne				
war ständig zappelig				
war unaufmerksam, leicht abgelenkt				
Meine Erwartungen mussten umgehend erfüllt werden – ich war leicht frustriert.				
weinte leicht und häufig				
hatte schnellen und ausgeprägten Stimmungswechsel				
hatte Wutausbrüche, explosives und unvorhersehbares Verhalten				
Gesamtpunkte				

Durch Summierung der Symptomschweregrade kann ein Gesamtwert gewonnen werden. Bei einem Gesamtwert von über 14 Punkten lag bei Ihnen als Kind – so, wie Sie es jetzt als Erwachsener einschätzen – wahrscheinlich hyperaktives Verhalten vor. Vielleicht wurde es von niemandem bemerkt oder als Problem wahrgenommen.

auffallen und die in einem für den Entwicklungsstand des Kindes abnormen Ausmaß situationübergreifend auftreten. ADHS kann Kinder von den ersten Lebensmonaten bis ins Erwachsenenalter in vielen Lebensbereichen beeinträchtigen. Da das Verhalten von Kleinkindern viel variabler ist als bei älteren Kindern, erscheint es besonders schwierig, die Diagnose bei Kindern unter vier oder fünf Jahren zu stellen. Weiterhin sind Symptome der Unaufmerksamkeit bei Kleinkindern schwer zu diagnostizieren, da diese kaum gefordert sind, ihre Aufmerksamkeit für längere Zeit auf eine Aufgabe zu fokussieren (American Psychiatric Association 1994, 119).

Trotz der oben erläuterten Einschränkungen versucht das DSM-IV, ein Klassifikationssystem psychiatrischer Störungen, klar definierte diagnostische Merkmale zur Feststellung von psychischen Störungen, im Speziellen von ADHS, zu beschreiben (American Psychiatric Association 1994, 122f).

Zur Vertiefung: diagnostische Kriterien des DSM-IV für ADHS

A. Entweder Punkt 1) oder Punkt 2) muss zutreffen:

(1) Sechs (oder mehr) der folgenden Symptome von Unaufmerksamkeit müssen während der letzten sechs Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß vorhanden gewesen sein.

Unaufmerksamkeit:

- beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten,
- hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten,
- scheint oft nicht zuzuhören, wenn andere ihn/ sie ansprechen,
- führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Spiele, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund oppositionellen Verhaltens oder von Verständnisschwierigkeiten),
- hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren,
- 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),
- verliert häufig Gegenstände, die er/sie für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z. B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug),

- lässt sich öfter durch äußere Reize leicht ablenken,
- ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich.

(2) Sechs (oder mehr) der folgenden Symptome von Hyperaktivität und Impulsivität müssen während der letzten sechs Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß vorhanden gewesen sein.

Hyperaktivität

- zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum,
- steht in der Klasse oder in anderen Situationen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird, häufig auf,
- läuft häufig umher oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben),
- hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen,
- ist häufig „auf Achse“ oder handelt oftmals, als wäre er/sie „getrieben“,
- redet häufig übermäßig viel.

Impulsivität

- platzt häufig mit den Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist,
- kann nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist, unterbricht und stört andere häufig (platzt z. B. in Gespräche oder Spiele anderer hinein).

Einige Symptome der Hyperaktivität-Impulsivität oder Unaufmerksamkeit, die Beeinträchtigungen verursachen, treten bereits vor dem Alter von sieben Jahren auf. Die Beeinträchtigungen durch diese Symptome zeigen sich in zwei oder mehreren Bereichen (z. B. in der Schule bzw. am Arbeitsplatz und zu Hause).

Anmerkung: Das DSM bezieht sich vor allem auf Schulkinder und lässt jüngere Kinder außer Acht.

Die Symptomatik ist nicht eine vorübergehende Reaktion auf verschiedene Stressoren, sondern besteht fortwährend und situationsübergreifend. Das erscheint wichtig, da vorübergehende Unruhe (im Zusammenhang mit psy-

chosozialen Stressoren, z. B. Scheidung der Eltern, Übersiedelung oder Geburt eines kleinen Geschwisters) keineswegs „Hyperaktivität“ darstellen, sondern im schlimmsten Fall Anpassungsprobleme sind.

Warum ist dies wichtig? ADHS kann nur dann von Seiten professioneller Helfer zielgerichtet „behandelt“ werden, wenn die Diagnose als solche auch abgesichert ist. In zwei Drittel der Verdachtsdiagnosen handelt es sich jedoch nicht um ADHS, sondern um vorübergehende Anpassungsprobleme, persönliche Verhaltensmuster in speziellen Umgebungen (z. B. immer wenn die Großmutter anwesend ist) oder einfach das Temperament des Kindes.

Die diagnostischen Kriterien werden immer wieder dem neuen Stand der Forschung angepasst und verändert. Es gab für ADHS im Laufe dieses Jahrhunderts schon viele Bezeichnungen, die zum Teil in der Diskussion der Begriffe angeführt werden. So wird im zweiten großen internationalen Klassifikationssystem der „World Health Organisation“, dem ICD-10, die Bezeichnung „Hyperkinetische Störungen“ für dasselbe Störungsbild gewählt. Der Hyperaktivität und Impulsivität werden jedoch in beiden Manualen unterschiedliche Bedeutung zugemessen. Hyperkinetische Störungen im ICD-10 (WHO 1992, 276f) werden folgendermaßen definiert:

»Die Kardinalsymptome sind beeinträchtigte Aufmerksamkeit und Überaktivität. Die beeinträchtigte Aufmerksamkeit zeigt sich darin, dass Aufgaben vorzeitig abgebrochen und Tätigkeiten nicht beendet werden. Die Kinder wechseln häufig von einer Aktivität zur anderen, wobei sie anscheinend das Interesse an einer Aufgabe verlieren, wie sie zu einer anderen hingelenkt werden. (...) Diese Aspekte mangelnder Aufmerksamkeit und Ausdauer sollten nur dann diagnostiziert werden, wenn sie im Verhältnis zum Alter und Intelligenzniveau des Kindes sehr stark ausgeprägt sind. Überaktivität bedeutet exzessive Ruhelosigkeit, besonders in Situationen, die relative Ruhe verlangen. Situationsabhängig kann sie sich im Herumlaufen oder Herumspringen äußern, im Aufstehen, wenn dazu aufgefordert wurde, sitzen zu bleiben, in ausgeprägter Redseligkeit und Lärmen; oder im Wackeln und Zappeln bei Ruhe. Beurteilungsmaßstab sollte sein, dass die Aktivitäten im Verhältnis zu dem, was in der gleichen Situation von gleichaltrigen Kindern mit gleicher Intelligenz zu erwarten wäre, extrem ausgeprägt ist. Dieses Verhaltensmerkmal zeigt sich am deutlichsten in strukturierten und organisierten Situationen, die ein hohes Maß an eigener Verhaltenskontrolle fordern.

Die folgenden Begleitsymptome sind für die Diagnose nicht notwendig, stützen sie jedoch: Distanzlosigkeit in sozialen Beziehungen, Unbekümmertheit in gefährlichen Situationen und impulsive Missachtung sozialer Regeln (...).

Die charakteristischen Verhaltensprobleme sollen früh (vor dem sechsten Lebensjahr) begonnen haben und von längerer Dauer sein. Wegen der breiten Variation der Norm ist Hyperaktivität vor dem Schulalter schwierig zu erkennen. Bei Vorschulkindern soll nur ein extremes Maß zu dieser Diagnose führen.«

Zur Vertiefung: Subtypen

Das DSM-IV weist Hyperaktivität-Impulsivität als unabhängiges Hauptmerkmal aus, während im ICD-10 die Aktivitätsstörung als unabdingbar gilt. Deshalb kann ein stark aufmerksamkeitsbeeinträchtigtes Kind, das nicht gleichzeitig hyperaktiv ist, nach dem ICD-10-System nicht diagnostiziert werden. Im DSM-IV können jedoch drei unterschiedliche Subtypen unterschieden werden: ein dominant aufmerksamkeitschwacher Typ, ein dominant hyperaktiv-impulsiver Typ und der Mischtypus mit klinisch bedeutsamen Defiziten in Aufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität.

Hinsichtlich der Klassifikation von Subtypen konnte international noch keine Einigkeit gefunden werden, was auch mit unterschiedlichen theoretischen Vorstellungen zwischen den Forschern in USA und Europa zusammenhängt.

Die fünfjährige Anna vergisst ständig ihre Sachen und lässt im Kindergarten Handschuhe, Hauben und ihre Kindertasche liegen. Die KindergartenpädagogInnen beschreiben sie manchmal als abwesend, weil sie erst nach zwei- bis dreimaliger Aufforderung zu reagieren scheint. Absenzen wurden medizinischerseits durch eine Untersuchung ausgeschlossen, andererseits lässt sie sich oft durch kleine Geräusche, die vom Fenster hereinkommen, sofort ablenken. Anna kann dem unaufmerksamen Typus zugerechnet werden, der bei Mädchen relativ häufiger auftritt (Biederman et al. 2002).

Der dreijährige Marc kann keine Minute still sitzen, klettert auf das Sofa, um zum Telefon zu kommen, beschäftigt sich dann einige Momente mit Bausteinen, die er kurzfristig in Richtung FrühförderIn wirft, und beginnt gleich darauf mit einem neuen Spiel. Marc kann mit hoher Wahrscheinlichkeit dem vorwiegend hyperaktiv-impulsiven Typus zugeordnet werden.

Obwohl nach gegenwärtigem Forschungsstand ADHS am ehesten als eine neurobiologisch und stark genetisch bedingte Störung angenommen wird, gibt es bis heute keine eindeutigen biologischen oder psychologischen Kriterien und Ursachen zur Diagnose der Störung. Manche Forscher behaupten (Lüpke 2004, Yelich/Salamone 1994), ADHS wäre als „Krankheitsbild“ ein Konstrukt, wobei sie die beeinträchtigenden Verhaltensschwierigkeiten der Kinder in ihrer Auswirkung auf die sozialen Umwelten durchaus ernst nehmen.

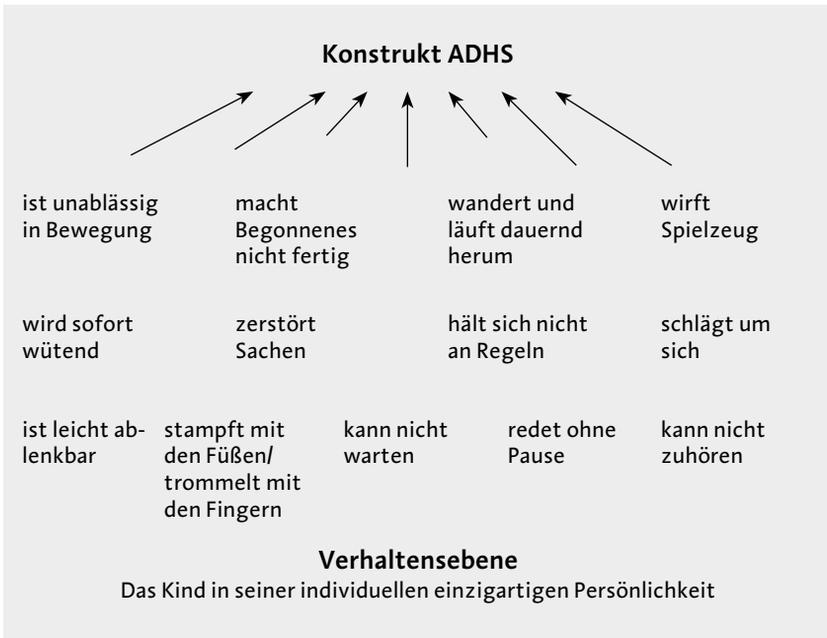


Abbildung 1: Konstruktebene – Verhaltensebene

ADHS ist ein nicht beobachtbarer theoretischer Begriff, der durch das Auftreten bestimmter entwicklungsabweichender Verhaltensweisen definiert wird. Jedes Kind mit Verdacht auf ADHS ist dennoch einmalig und einzigartig.

Die PädagogInnen im Frühbereich befinden sich jedoch in einem scheinbar unauflösbaren Dilemma: Sie erleben Kinder in ihrem Bewegungsdrang, ihrer Schwierigkeit, zu warten, Handlungsbögen abzuschließen oder kurz ruhig zu sitzen. Gleichzeitig sind die gängigen Diagnoseschemata für den Altersbereich der Vorschulkinder und Kleinkinder kaum anwendbar:

- 1) Viele „Symptome“ sind in diesem Altersbereich noch völlig normal und als lebendig, temperamentvoll und aktiv anzusehen.
- 2) Etliche Verhaltensweisen beziehen sich ausdrücklich auf das Schulalter (z. B. „macht in der Schule oder bei anderen Aktivitäten Schlampigkeitsfehler“).

Wenn Eltern über „schwieriges“ Verhalten ihrer Kleinkinder berichten, ist es schwer, zu entscheiden, ob sie gerade in einer schwierigen Entwicklungs-

oder Übergangsphase sind, oder ob diese Verhaltensweisen bedeutsame Anzeichen von ADHS sind. Epidemiologische Studien berichten, dass 10 % und mehr der Eltern ihre Kinder im Vorschulalter als überaktiv und unruhig, unaufmerksam, mit niedriger Frustrationstoleranz und schwierig zu erziehen einschätzen (Thompson et al. 1996).

Da man jedoch laut repräsentativen internationalen Studien mit einer Auftretensrate von 3 bis 5 % aller Kinder rechnet, scheinen die Angaben der Eltern für die entwicklungspsychologische „Normalität“ der genannten Charakteristika zu sprechen. Die Beschäftigung mit ADHS hat in den letzten Jahren dazu geführt, dass jegliche Ablenkbarkeit, Unruhe oder Frustrationsintoleranz sofort mit Hyperaktivität in Zusammenhang gebracht wurde. Das Etikett Hyperaktivität wird bisweilen verwendet als:

- Entschuldigung für wenig angepasstes Verhalten mit der versteckten Botschaft: „Nehmen Sie als PädagogIn Rücksicht!“
- Erklärung, dass das Kind nicht gern feinmotorische Aktivitäten durchführt, mit der versteckten Botschaft an Betreuerinnen: „So tu doch etwas!“
- Anklage für den „fehlenden“ Vater, mit einem versteckten Vorwurf an alle „abwesenden“ Väter, sich mehr um ihre Kinder zu kümmern u. v. m.

Vorsicht vor zu schneller Etikettierung ist geboten. Andererseits kann wiederum der Fehler passieren, entnervte und von ihren vergeblichen Erziehungsbemühungen verzweifelte Eltern mit dem Hinweis zu trösten, dass sich „das alles schon auswachsen“ werde, wenn das Kind eben „reifer“ werde – eine Aussage, die man häufig von Hausärzten hört. Die Studien von Campbell und Ewing (1990, Campbell 1997) zeigen, dass ca. 50 % der Vorschulkinder, die als problematisch eingestuft wurden, im Alter von sechs Jahren keine klinisch bedeutsamen Symptome mehr hatten. Für diese 50 % wäre eine Diagnose mit ihren teils weit reichenden Folgen falsch gewesen: Es ist z. B. in Österreich die vermehrte Tendenz zu beobachten, für Kinder mit ADHS den Status „von Behinderung bedroht“ auszusprechen, was zwar die Aufnahme in Förderprogramme (Frühförderung, Unterstützung im Kindergarten...) ermöglicht, gleichzeitig aber auch eine große Gefahr der Stigmatisierung in sich birgt. Die Hälfte der als „problematisch“ eingeschätzten Kinder zeigte jedoch Symptome von Unaufmerksamkeit, erhöhter Ablenkbarkeit, Impulsivität und Hyperaktivität.

Das diagnostische Dilemma liegt in der Unterscheidung von Kindern, die als extreme Gruppe eine heftige Entwicklung im Normalbereich zeigen, von solchen, die Signale der Früherkennung von ADHS zu erkennen geben.

Gibt es trotz der wissenschaftlichen Diskussionen Hoffnung auf Klarheit? Um diese Unterscheidung besser treffen zu können, werden wir typische Verhaltenscharakteristika zur Früherkennung anführen und einen strukturierten Leitfaden für ein diagnostisches Elterngespräch anbieten, in dem auch auf die Rolle der genetischen Temperamentsfaktoren, vorgeburtlicher, geburtlicher und nachgeburtlicher Faktoren eingegangen wird, wobei erst eine ärztliche Diagnose diesbezüglich und letztendlich Klarheit schaffen kann. Dennoch können KindergärtnerInnen und FrühförderInnen aus ihrem engen Kontakt zu Eltern und Kind differenziertere Beobachtungsmöglichkeiten haben und wertvolle Hilfe bei der Vermittlung zur Klinik leisten.

Eine weitere Schwierigkeit der Diagnose von ADHS besteht darin, dass diese Störung mit vielen anderen Begleitstörungen verbunden ist: Aggressivität, motorische Schwierigkeiten, mangelnde soziale Fähigkeiten, exzessive Neugier und Risikobereitschaft, Lern- und Gedächtnisprobleme. Weiterhin gibt es etliche andere Störungen, die ebenfalls impulsives und unachtsames Verhalten als Begleitsymptome haben, und auch etliche Krankheiten, die vorher ausgeschlossen werden müssen, um die Diagnose ADHS mit einiger Sicherheit stellen zu können. Diese sind in Tabelle 2 aufgeführt:

Die einzelnen Symptome von ADHS können in über 30 anderen Störungsbildern auftreten.

Eine sichere Diagnose von ADHS oder einer hyperkinetischen Störung kann nur von einem ärztlichen Fachexperten aufgrund einer eingehenden Anamnese und neurologischen Untersuchung gestellt werden.

Es wäre jedoch ein verkürzter Blickwinkel, würden wir nur auf die Schwierigkeiten und Defizite dieser Kinder fokussieren. Viele berühmte Menschen hatten Züge und Charakteristika, die heute unter diese Diagnose fallen würden (siehe 5.4). Gemeinsame Merkmale aller sind:

- ständiges Suchen nach neuen Möglichkeiten
- hohe Kreativität
- Sichhinwegsetzen über Regeln der Normalität
- sehr gute und schnelle Auffassung von ganzheitlichen Gestalten

Weiterhin zeigen hochbegabte Kinder häufig einzelne Merkmale, die auch hyperaktive Kinder aufweisen, z. B. herausfordernde Verhaltensweisen oder „störendes“ Verhalten in Gruppensituationen. Entscheidend ist jedoch die

Tabelle 2: Andere mögliche Ursachen für hyperaktive Symptomatik

Differentialdiagnose	Symptomatik	Strategie
Hörprobleme	Schwerhörigkeit, Fernseher lautstark aufgedreht, Kind reagiert nicht auf Aufforderungen	Hörtest, Audiogramm
Sehprobleme	Geringe Differenzierungsfähigkeit bei Aufgaben, die exaktes Sehen erfordern, kein Interesse an Puzzles, sprunghaft bei visuellen Aufgaben (Ausmalen)	Sehtest, Abklärung eines möglichen Astigmatismus
Entwicklungsverzögerung	Bei Kindern kann bei sozial-emotionalen Entwicklungsverzögerungen häufig die Frustrationstoleranz deutlich verringert sein.	Entwicklungstest
Überbegabung	Kind stört bei altersgemäßen Aufgaben, ist immer sofort mit Aufgaben fertig, langweilt sich	Durchführung eines Entwicklungs- oder Intelligenztests
Intelligenzminderung	Kind vermeidet Aufgaben (plötzliche Müdigkeit, Durst . . .), bagatellisiert, versteht komplexe Aufforderungen nicht	Durchführung eines Entwicklungs- oder Intelligenztests
Depression	Bei Erwachsenen: agitiert, motorisch unruhig, kann nicht ruhig sitzen, Konzentrationsprobleme	Fachärztliche Untersuchung in Bezug auf das Vorliegen einer „agitierten“ Depression
Psychosen	Bei Erwachsenen Konzentrationsstörungen und hohe Ablenkbarkeit	Fachärztliche Untersuchung