1 Das hypoaktive Kind – was ist das für ein Kind?

Es ist viel zu langsam – es ist verträumt – es vergisst viel – ist zu empfindlich – weint leicht – ist leicht ablenkbar – kann sich nicht konzentrieren – es lernt fleißig – es vergisst das Gelernte schnell – es kann zu Hause alles, versagt aber in der Schule – es schreibt im Diktat zu Hause zwei Fehler, in der Schule aber zwanzig Fehler – es macht stundenlang Hausaufgaben – es verrechnet sich dauernd – es hat Probleme in der Rechtschreibung, beim Rechnen und im Aufsatz schreiben – es kann Textaufgaben nicht lösen – es schreibt den Aufsatz viel zu lang oder viel zu kurz – es ist von sich enttäuscht – es glaubt von keinem geliebt zu werden – es kann viel mehr, als es zu Papier bringt – es macht lauter Leichtsinnfehler – es hat eine schlechte Schrift – es kann nicht gut zeichnen – **es hat eine gute bis sehr gute Intelligenz und erhält trotzdem schlechte Noten** – es will nicht mehr in die Schule gehen – es lernt nicht aus Fehlern – es sagt gleich: »das kann ich nicht« – es gerät schnell in Panik – resigniert – es wünscht sich die Kindergartenzeit zurück – es verfällt in Babysprache – es spielt am liebsten allein oder mit jüngeren Kindern – es klagt oft über Bauch- oder Kopfschmerzen – es spricht nicht über sich und verschließt sich – es hat wenig Freunde – es kann sich nicht behaupten – manchmal möchte es am liebsten tot sein.

Dabei macht kein einzelnes Symptom die Diagnose, sondern eine Summe von mehreren wesentlichen Faktoren, vom Facharzt untersucht und ausgewertet, kann nach Ausschluss vieler anderer möglicher Ursachen auf die richtige Diagnose hinweisen.

Viele Erkrankungen wie Depressionen, Zwangskrankheiten, Angststörungen, psychosomatische Beschwerden, Persönlichkeitsstörungen und Essstörungen kommen erst im Jugend- und Erwachsenenalter zum Ausbruch, nach dem sie sich schon über viele Jahre innerlich aufgebaut haben.

In wissenschaftlichen Untersuchungen konnte der Zusammenhang zwischen Verhaltensauffälligkeiten im Kindesalter und späteren psychischen Erkrankungen mehrfach nachgewiesen werden. Durch intensives Beschäftigen mit dem hypoaktiven Kind und seiner Problematik wird immer häufiger ein **gemeinsames Auftreten von Lese-Rechtschreibschwäche und Rechenschwäche mit einem Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom** diagnostiziert. Leider ist dieser Zusammenhang noch viel zu wenig bekannt, so dass eine entsprechende wirksame Hilfe vielen Kindern vorenthalten bleibt.

Bei diesen hypoaktiven Kindern dominieren nicht so sehr die Verhaltensstörungen, sondern die Lern- und Leistungsstörungen, worunter sie seelisch leiden

© 2023 W. Kohlhammer, Stuttgart

(► Abb. 1), bis hin zu einem erheblichen Leidensdruck mit negativem Selbstbild, was sie krank macht.

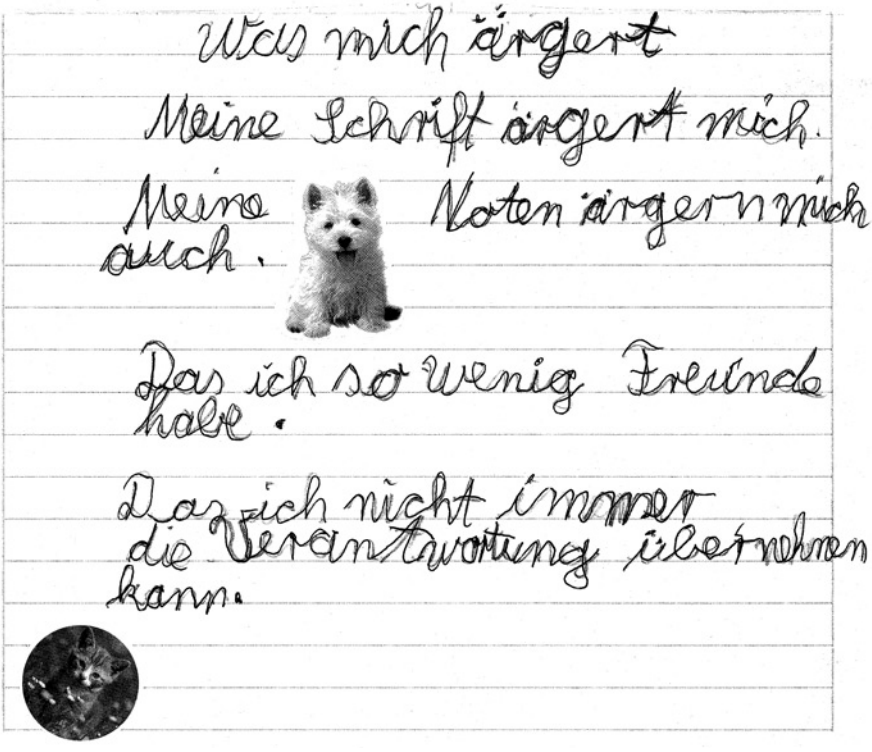

Abb. 1: Ein 10-jähriges hypoaktives Kind (4. Klasse) berichtet über seine Schwierigkeiten

Vorwiegend Mädchen, aber auch Jungen, sind davon betroffen. Neben der Therapie der Lernstörung ist es vor allem wichtig, die psychische Situation dieser Kinder zu verbessern, um bleibende Schäden für das weitere Leben zu verhindern. Diese seelischen Folgen sind später gar nicht mehr oder nur unvollständig mit viel Aufwand zu korrigieren. Vor allem muss man frühzeitig die Diagnose stellen, um diesen Kindern zu helfen, ein gutes Selbstbewusstsein aufzubauen, das sie in der heutigen Zeit mehr denn je brauchen. Denn sie sind oft gut bis sehr gut intellektuell befähigt und spüren das auch. Sie haben aber Probleme, mit ihrem Arbeitstempo in der Schule mitzuhalten und am Unterricht teilzunehmen. Sie »triefen vor sich hin«, sind langsam, träumen und sind in Gedanken abwesend. Dabei gehen ihnen so viel wichtige Informationen verloren.

Die Fähigkeit zur Daueraufmerksamkeit und zur Konzentration besitzen diese Kinder, aber nur, wenn sie sich auf etwas ganz besonders konzentrieren und fasziniert sind.

Was die Ursache dieser Problematik ist und wie man diesen Kindern wirksam helfen kann, versuche ich in den folgenden Kapiteln zu erklären. Denn diese Kinder

© 2023 W. Kohlhammer, Stuttgart

sind weder faul, dumm, fehlerzogen oder ungeliebt. Sie haben auch Eltern, die sich sehr um sie sorgen.

Es sind kluge Kinder, die fleißig lernen, aber trotzdem in der Schule versagen. Nicht selten droht ihnen eine Umschulung in die Lernbehindertenschule, wo sie – und das ist meine feste Überzeugung – nicht hingehören. Rechtzeitig behandelt sind sie lernmotiviert, glücklich und zufrieden über ihre neu erworbenen Fähigkeiten.

© 2023 W. Kohlhammer, Stuttgart

2 Das ADS ohne Hyperaktivität – Informationen auf einen Blick über Ursachen, Diagnose und Therapie

Zwischen dem Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom mit Hyperaktivität und dem ohne Hyperaktivität gibt es viele Varianten und Zwischenstufen im Erscheinungsbild. Diese haben jedoch die gleichen Ursachen und kommen nicht selten in ein und derselben Familie in verschiedenen Ausprägungen vor.

Der neueste Diagnoseschlüssel DSM-5 (Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen) der amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft teilt die Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen ein in:

- einen Mischtyp
- einen vorwiegend unaufmerksamen Typ
- einen vorwiegend hyperaktiv-impulsiven Typ

Symptome der Unaufmerksamkeit

Das betroffene Kind …

a) beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schulaufgaben, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten
b) hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten
c) scheint häufig nicht zuzuhören, wenn es von anderen angesprochen wird
d) führt oft Anweisungen anderer nicht vollständig aus und kann Schulaufgaben, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen
e) hat oft Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren
f) vermeidet häufig, hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig widerwillig mit Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengungen erfordern
g) verliert häufig Gegenstände, die für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt werden
h) lässt sich oft durch äußere Reize leicht ablenken
i) ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich

© 2023 W. Kohlhammer, Stuttgart

Ursachen des ADS

Neueste wissenschaftliche Erkenntnisse weisen darauf hin, dass es sich beim Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom um eine Funktionsstörung im Stirnhirnbereich und einiger Nervenzentren, mit denen das Stirnhirn in Verbindung steht, handelt. PET- und SPECT-Untersuchungen (PET = Positronenemissionstomografie, SPECT = Single Photonen-Emissions-Computertomografie) haben gezeigt, dass bei ADS-Kindern das Stirnhirn wenig oder kaum Glucose verbraucht. Beides sind hochmoderne diagnostische Verfahren, die wegen der Kosten und dem Einsatz radioaktiver Substanzen nur der Forschung vorbehalten sind.

Das Prinzip dieser modernen Bildgebungsverfahren ist die Untersuchung des Zuckerstoffwechsels im Gehirn. Wenn das Gehirn arbeitet, verbraucht es Zucker, arbeitet es nicht, ist der Zuckerverbrauch minimal und kaum zu registrieren. Bei ADS-Kindern sieht man, dass das Stirnhirn und einige wichtige Hirnzentren kaum Zucker verbrauchen, auch dann nicht, wenn sie »arbeiten«. Erst die Gabe von stoffwechselanregenden Mitteln (Stimulanzien) aktiviert diese Zentren, so dass sie wie bei einem »gesunden« bzw. einem nicht betroffenen Kind funktionieren können. Ein typischer Befund bei allen ADS-Kindern.

Diese Untersuchungen wurden erst Ende der 1980er Jahre in den USA durchgeführt, Anfang der 1990er Jahre auch bei uns bekannt und in einzelnen Hirnforschungszentren kontrolliert und bestätigt. Sie sind aber nicht für die allgemeine Anwendung geeignet.

Neuerdings dient auch die funktionelle Magnetresonanztomografie der Erforschung des ADS. Das Prinzip beruht auf der Untersuchung der lokalen Änderung des Sauerstoffgehalts im Blut während der Hirntätigkeit. Hierbei wird der Anteil des Sauerstoffs im Blut als Kontrastmittel verwendet und über einen Rechner die Intensität der Hirntätigkeit ermittelt. Das sauerstoffreiche Blut in den aktivierten Hirnbezirken führt zur Signalverstärkung im registrierten Magnetfeld.

In den letzten Jahren konnte bei ADS-Patienten eine Dopamin-Transporterstörung mittels bildgebender Verfahren nachgewiesen werden, so z. B. in Philadelphia und in München.

Leider sind diese Untersuchungen sehr teuer, recht aufwendig und durch die Verwendung radioaktiv markierter Substanzen nur begrenzt einsetzbar und somit der Wissenschaft vorbehalten. Sie können nicht zur Diagnostik in der Praxis dienen und schon gar nicht bei Kindern.

Aber mit diesen Untersuchungen konnte erstmalig nachgewiesen werden: Gibt man Patienten mit einem Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom ein Stimulans, so arbeitet ihr Stirnhirn wie bei Nichtbetroffenen. Damit wurde auch die Richtigkeit und Wirksamkeit der bislang durchgeführten Therapie mit Stimulanzien bestätigt.

Die Ursache der beeinträchtigten Funktion des Stirnhirns und einiger Nervenzentren beim ADS besteht auf Neurotransmitterebene. Neurotransmitter sind Botenstoffe (auch Überträgersubstanzen genannt), die eine Hirntätigkeit erst ermöglichen, wie z. B. Dopamin, Katecholamin, Acetylcholin, Noradrenalin, Serotonin und andere. Welche Substanz hierbei vorwiegend betroffen ist und das gestörte Gleichgewicht im Zusammenspiel der verschiedenen Botenstoffe bedingt, ent-

© 2023 W. Kohlhammer, Stuttgart

scheidet, ob das Kind hypo- oder hyperaktiv ist. Beides sind also zwei verschiedene Seiten ein und derselben Veranlagung (Disposition). Ganz einfach gesagt, führt möglicherweise eine Störung des Dopamin-Noradrenalin-Systems zur Hyperaktivität, eine Störung im Serotonin-Noradrenalinstoffwechsel zusätzlich dagegen zur Hypoaktivität. Über den genauen Zusammenhang besteht jedoch weiterhin noch großer Forschungsbedarf.

Serotoninmangel begünstigt die Entstehung von Angst- und Zwangskrankheiten, Depressionen sowie eine Störung der Impulskontrolle. Es kommt aber letztlich wie bei einem Orchester auf das harmonische Zusammenspiel aller Botenstoffe an und darauf, dass im Bedarfsfall auch sofort ausreichend von jeder Sorte vorhanden ist.

Durch ihre mangelhafte neuronale Steuerung (infolge Reizüberflutung und Botenstoffmangels) können diese Kinder ihre Aufmerksamkeit nicht lange aufrechterhalten. Sie müssen sich ständig durch motorische Bewegungen, ständiges Reden, alles anfassen, stetes »Wackeln« mit irgendeinem Körperteil immer wieder aktivieren. Andere nicht äußerlich unruhige Kinder verfallen in ein Träumen, sie dösen einfach nur vor sich hin und sind auffallend antriebsschwach. Sie verspüren aber auch eine innere Unruhe und müssen immer Finger oder Füße bewegen, an der Kleidung spielen oder Nägel knabbern.

Das Stirnhirn filtert alle von außen kommenden Informationen, es werden nur die aufgenommen, die im Moment wichtig sind. Bei einer Unterfunktion des Stirnhirns gelangen dagegen viel zu viele Informationen in das Gehirn, auch solche, die unwichtig sind. Infolge dieser Reizüberflutung wird ein weit verzweigtes, feinmaschiges neuronales Netz ausgebildet. Die Anlage dichter Lernbahnen wird beeinträchtigt. Diese besondere Art der neuronalen Vernetzung ist bei allen ADS-Formen eine der Hauptursachen für die bestehenden Probleme beim Lernen und in der Verhaltenssteuerung. Alle aufgenommenen Außenreize werden aufgenommen und im Arbeitsgedächtnis abrufbereit zwischen gespeichert. Das Stirnhirn ist auch verantwortlich für die Verhaltens- und Impulskontrolle und für die Wahrnehmungsverarbeitung. ADS-Kinder haben Schwierigkeiten, einmal abgerufene Antworten zu überprüfen und eventuell zu korrigieren. Deshalb sagen sie im Affekt oft unüberlegt böse Worte, die ihnen hinterher leid tun. Sie haben eine oberflächliche Wahrnehmung und eine ungebremste, unkontrollierte Reaktion. Sie können schlecht »automatisieren«, deshalb lernen sie nicht aus Fehlern. Sie haben kein funktionstüchtiges Arbeitsgedächtnis.

Diagnose des ADS

Wann sollte man an das Krankheitsbild eines hypoaktiven Kindes (ADS) denken?

© 2023 W. Kohlhammer, Stuttgart

Welche Symptome zeigt das hypoaktive Kind?

- Es ist unkonzentriert.
- Es hat Störungen in der Feinmotorik.
- Es ist leicht ablenkbar und verträumt.
- Es hört schlecht, d. h. es hört gut, aber denkt und reagiert oft langsam.
- Es vergisst viel, es hat eine Merk- und Filterschwäche.
- Es ist affektlabil und weint leicht.
- Es regt sich schnell auf und ist schnell gekränkt.
- Es fühlt sich ungeliebt und missverstanden.
- Es macht stundenlang Hausaufgaben und arbeitet in der Schulstunde zu langsam.
- Es zeigt oft Ängste und Schuldgefühle.

Das hypoaktive Kind ist eher ruhig, verträumt, es kann dem Unterricht nur schwer folgen und sitzt stundenlang an seinen Hausaufgaben. Trotz guter oder sehr guter Intelligenz erreicht das Kind oft das Klassenziel nicht. Spätestens im dritten Schuljahr, wenn sich Probleme in der Rechtschreibung, im Rechnen als Folge seiner Beeinträchtigung der Konzentration, seiner visuellen und auditiven Wahrnehmungsstörungen bemerkbar machen, neigt dieses Kind zu Versagensängsten, Alpträumen und Selbstwertkrisen. Häufig besteht eine Schulangst mit Bauch- und Kopfschmerzen; auch Trennungs- und Dunkelangst können auftreten. Manchmal beginnt das Kind wieder einzunässen oder einzukoten.

Sehr intelligente Kinder und Jugendliche können ihre psychische Beeinträchtigung oft über viele Jahre kompensieren. Die Umgebung registriert erst viel zu spät, wie diese Kinder und Jugendlichen eigentlich leiden und sich oft bis an die Grenze der Belastbarkeit anstrengen müssen, um die gleichen Leistungen zu erbringen wie ihre Klassenkameraden. Manchmal machen erst depressive Verstimmungen oder Blackout-Reaktionen darauf aufmerksam. Oft wird die Ursache dieser Beschwerden lange nicht erkannt und nicht ernst genommen.

Hypoaktive Kinder sind zugleich sehr therapiemotiviert. Sie arbeiten fleißig, resignieren aber schnell, wenn der Erfolg ausbleibt. Für jede Hilfe sind sie äußerst dankbar.

Differenzialdiagnose

Wichtig ist es, das ADS von anderen Krankheitsbildern mit teilweise ähnlicher Symptomatik abzugrenzen, wie z. B.:

- intellektuelle Minderbegabung
- Schädigungen in der Schwangerschaft und unter der Geburt
- chromosomale Schäden
- Funktionsstörungen der Schilddrüse
- verwöhnende Erziehung mit wenig Arbeitsmotivation

© 2023 W. Kohlhammer, Stuttgart

- depressive Erkrankungen
- posttraumatische Störungen (z. B. Schädelhirntrauma mit organischer Schädigung des Gehirns)
- Zustand nach schweren Gehirninfektionen
- epilepsiebedingte Anfallsformen
- Trennungsproblematik mit schweren familiären Konflikten
- Narkolepsie im Kindesalter

Die Diagnostik des ADS ohne Hyperaktivität setzt neurologische, entwicklungs- und psychodynamische sowie psychiatrische Kenntnisse voraus und sollte nur den Fachleuten vorbehalten bleiben.

Wesentlich ist immer eine deutliche Differenz zwischen dem vorhandenen individuellen Leistungspotenzial und der real in der Schule, im Kindergarten oder zu Hause erbrachten Leistung. Es muss eine deutliche Diskrepanz zwischen dem intellektuellen Leistungsvermögen des Kindes und dem bestehen, was es wirklich leistet und wie es sich verhält.

Eine ausführliche Anamnese erbringt fast immer Hinweise auf eine familiäre Veranlagung (Disposition). Wenn man diese Kinder genau beobachtet, zeigen sie schon in den ersten Lebensjahren Auffälligkeiten. Ihre Mütter sagen sehr häufig: »Das Kind war von Anfang an anders.«

Was zeigen viele hypoaktive Kinder bereits im Kleinkind- und Vorschulalter für Besonderheiten?

- motorische Auffälligkeiten im Säuglingsalter (krabbeln nicht, robben)
- Auffälligkeiten in der Mundmotorik (beim Trinken, sabbern viel und lange)
- Verzögerungen in der Sprachentwicklung
- verstärktes »Motzen« im 2. Lebensjahr
- wenig Kontaktaufnahme zu gleichaltrigen Kindern
- unmotiviertes Weinen
- Auffälligkeiten im Kindergarten: Rückzugs- und Regressionstendenzen, verbunden mit Problemen in der Fein- und Grobmotorik
- sie malen und basteln nicht gern
- sie ziehen sich aus dem Stuhlkreis zurück, weinen leicht, wirken ängstlich und unsicher
- sie spielen allein in der Puppenecke, haben nur wenige Kontakte zu anderen Kindern, weil die Eingliederung in die Gruppe für sie zu anstrengend ist
- sie haben oft über viele Jahre hinweg immer den gleichen Freund mit intensiver Beziehung
- sie klettern nicht gern und lernen nur schwer Rad fahren und schwimmen
- sie vergessen viel
- ihre emotionale Steuerungsfähigkeit, Daueraufmerksamkeit und verbales Reaktionsvermögen sind unter Belastung vermindert

© 2023 W. Kohlhammer, Stuttgart

Diese Symptome müssen nicht alle bei hypoaktiven Kindern vorkommen! Aber aus der Summe vieler einzelner Symptome ergibt sich oft schon zeitig ein Verdacht, man muss nur darauf achten.

Wie wird nun das ADS mit Hypoaktivität festgestellt?

Hier sollte man unbedingt den Fachmann zu Rate ziehen, der erfahren und ausgebildet ist. Denn die Diagnostik basiert auf dem Erkennen und Beschreiben einzelner beeinträchtigter Hirnfunktionen, die möglichst über einen längeren Zeitraum von Jahren vorhanden sein sollten.

Das manifeste Bild eines ADS beinhaltet drei Ebenen:

- die neuromotorischen Funktionen
- die kognitiven Fähigkeiten
- die Verhaltensproblematik

Dazu können die verschiedenen Formen von Teilleistungstörungen und sekundären Fehlentwicklungen kommen.

Die Säulen der Diagnostik sind:

- die körperliche Untersuchung
- die neurologische Untersuchung einschließlich EEG
- die Entwicklungsdiagnostik mit Suche nach Lernfähigkeits- und Teilleistungsstörungen
- das Überprüfen der Fein- und Grobmotorik
- die Leistungsdiagnostik mit Entwicklungs- und Intelligenztests
- die psychologische Diagnostik mit Suche nach Hinweisen auf eine beginnende Fehlentwicklung mit Hilfe psychometrischer Verfahren
- das Bewusstmachen und Erkennen von besonderen Fähigkeiten des Kindes
- das Kennenlernen der Familiendynamik und des sozialen Umfeldes

Die Diagnose eines ADS ohne Hyperaktivität kann weder mit Hilfe der sog. Conners-Skala noch mittels Fragebogen gestellt werden, sondern allein aus dem direkten Erleben des Kindes in verschiedenen Situationen, seiner Lebensgeschichte, der Familienanamnese, einer gründlichen neurologischen, psychiatrischen und psychologischen Untersuchung.

Informationen zur Conners-Skala und zum Conners-Fragebogen

Conners ist ein amerikanischer Arzt und ADS-Spezialist. Er hat verschiedene Tabellen mit typischen ADS-Symptomen zusammengestellt, die dann je nach Ausprägungsgrad bewertet werden können. Dadurch sind annähernd vergleichbare Angaben über die Schwere des Betroffenseins und den Behandlungsverlauf möglich. Dieser orientierende ADS-Check ist allerdings sehr subjektiv. Eine

© 2023 W. Kohlhammer, Stuttgart

fachärztliche Diagnostik kann damit nicht ersetzt werden. Der Conners-Fragebogen ist eine Punktwert-Tabelle mit einzelnen Eigenschaften, die bei ADS-Kindern vermehrt vorkommen und in der Summe typisch für ADS sind. Hypoaktive Kinder erreichen oft nicht die für ADS geforderte Punktzahl, weil sie ein ADS ohne »auffällige« Hyperaktivität haben.

Eine frühzeitige Diagnose erlaubt eine rechtzeitige Behandlung. Diese wiederum verhindert, dass Entwicklungsphasen ungenutzt verlaufen und es beim betroffenen Kind zu Defiziten kommt, die später nicht wieder oder nur ganz schwer aufgeholt werden können.

Therapie des ADS

Die Therapie umfasst die Behandlung des Kindes und seiner Familie. Alle ADS-Kinder verfügen über viele Fähigkeiten, derer sie sich nur bewusst werden müssen. Diesen Kindern und Jugendlichen zu helfen, aus ihrer »Hypoaktivität« herauszukommen, muss das Ziel jeder ärztlichen Therapie sein.

Wichtig: Das ADS ist keine Krankheit an sich, sondern die Kinder mit ADS sind eben anders, aber nicht schlechter, in manchem sogar besser. Unerkannt, in ausgeprägter Form und unter zu großer Belastung kann das ADS aber zur Krankheit werden mit schweren Folgen für die seelische und körperliche Gesundheit akut und für die Zukunft des betroffenen Kindes.

Nach eingehender Diagnostik wird mit den Kindern und deren Eltern ein individuelles Förder- und Therapieprogramm entworfen. Diese vielschichtige Therapie ist immer eine individuelle, systematisch organisierte Vorgehensweise, die das Verhalten, die Wahrnehmungsfähigkeit, die Empfindungen, die Reaktionen, die Aufmerksamkeit, die Sozialbeziehungen und die Eigenheiten des Kindes berücksichtigen muss.

Beispiel eines Behandlungskonzepts in der Praxis:

- Annahme des Kindes, so wie es ist – das Kind ist immer die »Hauptperson«
- Schaffung eines Vertrauensverhältnisses zwischen Kind, Eltern und Therapeut
- Formulierung der Probleme mit dem Kind und seinen Eltern
- Schließen eines Arbeitsbündnisses und Anbieten von Hilfen zur Lösung der Probleme des Kindes und seiner Eltern
- Aufklärung der Eltern und des Kindes über ADS, Aufzeigen seiner negativen und positiven Seiten und des Unterschiedes von Nicht-wollen und Nicht-können

© 2023 W. Kohlhammer, Stuttgart