

Zappelphilipp und Störenfrieda, Trotzkopf oder Träumsuse“

Das Aufmerksamkeits-Defizit- (Hyperaktivitäts-) Syndrom – ein Phänomen mit unterschiedlichen Gesichtern

von Dr. Martina Loos

1. „Das Zappelphilipp-Syndrom“

Kinder wie der Zappelphilipp, ein kleiner Held aus dem bekannten Kinderbuch „Der Struwwelpeter“, das der Nervenarzt Dr. Heinrich Hoffman 1845 schrieb, scheinen einen unbegrenzten Vorrat an Energie zu haben. „Ob der Philipp heute still wohl bei Tische sitzen will?“ Der Zappelphilipp aus dem Bilderbuch "Struwwelpeter" will nicht. Oder kann er nicht?



Über diese Frage streitet sich seit Jahren die Wissenschaft. Für die einen ist die Zappelerei ein vererbter Defekt des Gehirns, den sie als Aufmerksamkeitsdefizit- und (Hyperaktivitäts)-Syndrom oder auch AD(H)S bezeichnen und der dringend mit Psychopharmaka behandelt werden sollte. Andere bewerten AD(H)S als Zivilisationskrankheit, die weniger mit Medikamenten als mit Psychotherapie und veränderter Erziehung und Bildung kuriert werden muss. Die medikamentöse Behandlung von Verhaltensstörungen hat in den letzten zehn Jahren enorm zugenommen. Ein Bereich, der früher der Verantwortung von Erziehungsberechtigten und Lehrenden unterlag, scheint vom medizinischen Establishment übernommen worden zu sein. Im Jahr 1993 wurden in Deutschland nur 400 ADHS-Fälle medikamentös behandelt. Diese Zahl stieg bis 2006 bedenklich hoch auf 20.00 bis 50.00 AD(H)S-Fälle. Es sollen in Deutschland 3-10% aller Kinder zwischen 5 und 17 Jahren betroffen sein (in GB 0,09%, in den USA 45%).

Bis vor einigen Jahren galt das Interesse von ForscherInnen, ÄrztInnen, PsychiaterInnen und PädagogInnen vor allem dem Zappelphilipp, der kaum eine Minute still sitzen kann. Inzwischen erstreckt sich das Spektrum auf fast alle „Struwwelpeter“-Figuren: Auf den sozial gestörten Wüterich in Person des wilden Friederichs, das unbedachte Paulinchen, das impulsiv mit Zündhölzern spielt, und den verträumten Hans-Guck-in-die-Luft. Ihnen allen ist gemeinsam, dass es ihnen schwer fällt Schulaufgaben zu lösen und zuzuhören, was nicht heißt, dass sie weniger intelligent sind als andere Kinder. Häufig zeichnen Sie sich durch einen hohen Grad an Kreativität aus; einige Ausnahmen zählen zu den begabten Kindern.

Bisher wurde angenommen, dass die Zahl der Jungen, die unter dieser Störung leiden, signifikant höher sei als die der Mädchen. Doch da das Problem heute auch immer häufiger bei Mädchen entdeckt wird, basiert die bisherige Annahme, ADHS trete bei Mädchen seltener auf, wohl teilweise darauf, dass das Problem bei ihnen nicht entdeckt wurde. Die Kinderbuchautorin Astrid Lindgren hat in ihren Büchern häufiger Kinder beschrieben, deren Verhalten wir leicht als ADHS-verdächtig einstufen könnten, wie z.B. die unangepasste Heldin Pippi Langstrumpf (1945).



Diese Schulverweigerin könnte man als den absoluten ADHS-Fall bezeichnen: Wild, auflehnend gegen jegliche Autorität, einfallsreich, kreativ, sprunghaft, konzentriert nur bei Dingen die sie wirklich interessieren, kommunikativ und kontaktfreudig, hilfsbereit. Die Autorin hatte sicherlich kein Krankheitsbild im Kopf, als sie dieses originelle, rothaarige Mädchen ersann. Doch auch vor 1945 gab es Mädchen mit ungestümen, unangepassten Verhaltensweisen. Darauf weisen Kinderbücher für Mädchen hin, wie z.B. die Struwwelliese (1849).

In den USA gibt es inzwischen eine Coming-Out-Welle berühmter sog. ADHS-Fälle. Nachdem Da Vinci, Mozart und Einstein posthum diese Diagnose erhielten, bekannten sich z.B. auch Dustin Hoffman,

Jennifer Lopez, Robin Williams und Liz Taylor dazu. Da kann man nur sagen: Willkommen im Club von Struwwelpeter und Struwwelliese!

2. Eine Krankheit oder keine Krankheit.

Seit 1930 wird Hyperaktivität intensiv erforscht, nachdem nach einer Enzephalitis-Epidemie (Gehirnentzündung) viele Kinder an hyperaktiven Symptomen litten. Inzwischen werden sehr viele verschiedene mögliche Ursachen erwähnt, die sich in physiologische und psychologische Ursachen unterscheiden lassen. Als mögliche physiologische Ursachen werden z.B. Enzephalitis, Allergien und Nahrungsmittelunverträglichkeiten, erbliche Faktoren und die Verminderung des Botenstoffes Dopamin genannt. Als psychologisch, soziologisch oder pädagogisch begründete Ursachen werden u.a. aufgeführt:

- Angst, Misserfolg (Dopamin vermindert)
- Bewegungsmangel
- Beschleunigung des Lebens allgemein
- Einfluss Massenmedien, PC, Gameboy (Reizüberflutung)
- familiäre Konflikte (z.B. Scheidung)
- soziale und erzieherische Einflüsse
- Traumata (Gewalt, Krieg, Tod)
- unzeitgemäße Lehr- u. Lernmethoden (Frontalunterricht, zu wenig SchülerInnenaktivität)

Bei einer solchen Vielfalt von Erklärungen für eine sog. eindeutig definierte Krankheit kommen doch Zweifel auf, ob es sich überhaupt um eine Krankheit handelt. Denn eine konkrete Ursache konnte bisher nicht nachgewiesen werden. Außerdem sind AD(H)S-Kinder extrem unterschiedlich in ihrem Verhalten und Unterschiede zwischen AD(H)S-Kindern und sog. normalen Kindern bei längerer Beobachtung kaum zu erkennen. Aus diesem Grund lässt sich die Grenze zwischen behandlungsbedürftig und nicht behandlungsbedürftig nur schwer ziehen. Inzwischen ist AD(H)S jedoch auch in Deutschland offiziell als psychische Erkrankung anerkannt. Hier ein Vergleich der beiden Subtypen, die auch als Mischtyp vorkommen können:

ADHS

Hyperaktivität
Unaufmerksamkeit
Impulsivität

stört den Unterricht
leicht ablenkbar
hört nicht zu
verweigert Aufgaben
vergesslich

ADS

Hypoaktivität
Unaufmerksamkeit

träumt im Unterricht
leicht ablenkbar
hört nicht zu
verweigert Aufgaben
vergesslich

3. Therapie

Man spricht von einer multimodalen Behandlung, d.h. dass versucht wird, auf verschiedene Weise gleichzeitig auf das Verhalten des Kindes einzuwirken. Medikamente sollten erst gegeben werden, wenn alle anderen Therapien, auch nach längeren Versuchen, nichts bewirken konnten und das Kind (nicht die Eltern oder die Lehrenden!) extreme Probleme hat. Doch auch bei der medikamentösen Therapie sollten gleichzeitig Begleitmaßnahmen und Hilfestellungen ergriffen werden wie z.B. kognitive, edukative, sozial- und verhaltenstherapeutische Ansätze. Medikamente sollten in ein Gesamtkonzept eingebettet sein, denn sie sind nicht die Lösung, sondern nur eine Unterstützung. Dies geschieht leider viel zu selten. Sehr häufig werden andere Möglichkeiten erst gar nicht ausprobiert und das Kind bekommt sofort ein Medikament verschrieben, oft sogar ohne das notwendige Diagnoseverfahren. Da AD(H)S nicht leicht zu diagnostizieren ist, kann von einem Diagnosezeitraum von bis zu 2 Jahren ausgegangen werden. Das Medikament Methylphenidat (Ritalin) wird beim hyperkinetischen Syndrom und Atomoxetin (Strattera) insbesondere beim unaufmerksamen Typ eingesetzt. Zusätzlich erhalten viele Kinder und Jugendliche blutdrucksenkende Mittel, Schlafmittel und Antidepressiva, um die Nebenwirkungen der AD(H)S-Medikamente zu vermindern.

Es bestehen sehr widersprüchliche Meinungen zur medikamentösen Therapie. Einerseits gehen ExpertInnen davon aus, dass mit einer guten Pharmakotherapie AD(H)S-KlientInnen in der Lage seien, ihre Probleme selbst zu lösen. Andererseits wird diskutiert, dass durch die Einnahme von Psychostimulantien keine Weiterentwicklung von Fähigkeiten stattfindet, sondern nur eine verbesserte Leistungsfähigkeit im Hinblick auf repetitive und langweilige Aufgaben initiiert wird. Ein positiver Einfluss auf den zukünftigen Studienerfolg und die berufliche Karriere werden bezweifelt, da keine Entwicklung von Fähigkeiten stattfindet, über die das Kind noch nicht verfügt.

4. Zappelphilipp und Träumsuse im Unterricht

Im Unterricht haben Lehrende mit den folgenden Problemen zu kämpfen:

- Unterrichtsstörungen
- Problem Hausaufgaben
- Mangelndes Sozialverhalten
- Teilleistungsstörungen: Legasthenie und Dyskalkulie
- Mangelnde Konzentration und geistige Abwesenheit

Viele der Tipps für Lehrende zählen zur Methodik und Didaktik eines modernen (Sprach-) Unterrichtes. Sie entsprechen den aktivierenden und motivierenden sowie den alle Sinne einbeziehenden Methoden eines guten Unterrichts, der die Wirklichkeit der Kinder widerspiegelt und ihre Bedürfnisse einbezieht. Hier eine kleine Auswahl an Vorschlägen, von denen alle Kinder im Unterricht profitieren werden:

Tipps für den Unterricht

- Zeittakt für Aufmerksamkeit: 3-5 Minuten!
- aktivierende Unterrichtsmethoden
- komplexe Aufgaben unterteilen, Teillösungen schriftlich festhalten
- Struktur geben (z.B. Arbeitspläne, Hausaufgabenhefte)
- Regeln aufstellen, gemeinsame Regelfindung
- Anweisungen wiederholen
- plötzliche Veränderungen vermeiden
- Lob, Ermutigung, häufiges Feedback
- kein Wettkampfcharakter im Unterricht
- jedes Kind in die Klasse integrieren
- Kinder helfen sich gegenseitig
- Bewegung im Unterricht (z.B. Brain Gym)
- körperliche Entspannung im Unterricht

5. „Jede Zivilisation definiert ihre Krankheiten selbst.“

Dieses Zitat des Sozialtheoretikers Ivan Illich (1981) erscheint mir sehr geeignet, um die gegenwärtige Diskussion um AD(H)S zu beschreiben. Kinder wie der Zappelphilipp und die Träumsuse werden immer schneller als psychisch kranke Kinder abgestempelt, die dringend einer medikamentösen Therapie bedürfen. Pädagogische Interventionen sowohl in der Schule als auch im Elternhaus können jedoch sehr viel Veränderung bewirken. Hier sind die Lehrenden gefragt hinsichtlich der Wahl der Unterrichtsmethoden und der realitätsnahen Unterrichtsinhalte sowie auch der Zeiteinheiten, in denen Sie Bewegung und Entspannung in den Unterricht einfließen lassen. Unterstützung können Lehrende und Eltern von den zahlreichen Verbänden und Arbeitskreisen zum Thema ADHS erhalten. Eine unglaubliche Menge von Informationsmaterial lässt sich über das Internet einsehen. Außerdem bestehen sehr viele Publikationen zu diesem Thema.

Dr. Martina Loos arbeitet freiberuflich als Pädagogin, Wissenschaftlerin, Deutsch- und Aikidolehrerin in Athen.

Literatur (eine Auswahl)

Armstrong, Thomas (1995/2007)

Das Märchen vom ADHS-Kind.

50 sanfte Möglichkeiten, das Verhalten Ihres Kindes zu verbessern – ohne Zwang und ohne Pharmaka

Jungfermann Verlag, Paderborn, 22,50 Euro

ISBN 978-3-87387-494-7

Arbeitsgruppe Erziehungshilfe der Beratungs- und Förderzentren in Rommerode und Rotenburg (2003)

Handreichung zum Handlungs- und Stufenmodell. Nicht aufgeben!

<http://www.schulamt-hrwm.de/download/lehrer/Handreichung.pdf>

von Aufschnaiter, Claudia (2006)

Zeit zum Denken, Zeit zum Lernen. Aufmerksamkeit und Zeittakte im Unterricht.

In: Schüler. Wissen für Lehrer. 2006

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (2006)

ADHS. Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung. Was bedeutet das?

Broschüre, www.bzga.de, Bestell-Nr. 11090100, kostenlos bis 30 Exemplare

Dennison, Gail E. & Dennison, Paul E. (1990/2007)
Brain-Gym für Kinder
VAK Verlag, Kirchzarten bei Freiburg, 10,90 Euro
ISBN 978-3-924077-75-4

Juvenus (2008) 50 Tipps für den klugen Umgang mit ADS im Klassenzimmer
www.juvenus.de Download, Koblenz, kostenlos, retrieved: 20.03.08

Simchen, Helga (2001)
ADS Unkonzentriert, verträumt, zu langsam und viele Fehler im Diktat.
Hilfen für das hypoaktive Kind
W. Kohlhammer Verlag