



dgsgb

**Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit
bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V.**

**Knut Hoffmann
(Hrsg.)**

ADHS, motorische Unruhe und andere Verhaltensauffälligkeiten

**Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGb am
4.11.2011 in Kassel**

**Materialien der DGSGb
Band 27**

Berlin 2012

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

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

ISBN 978-3-938931-28-8

® 2012 Eigenverlag der DGSGb, Berlin

Internet: klaus.hennicke@gmx.de

1. Aufl. 2012

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 52a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne vorherige schriftliche Einwilligung des Verlages öffentlich zugänglich gemacht werden. Dies gilt auch bei einer entsprechenden Nutzung für Lehr- und Unterrichtszwecke.

Printed in Germany.

Druck und Bindung: sprintout Digitaldruck GmbH, Grunewaldstr. 18, 10823 Berlin

ADHS, motorische Unruhe und andere Verhaltensauffälligkeiten

Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGb am 4.11.2011 in Kassel

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Knut Hoffmann Vorbemerkung	4
Knut Hoffmann ADHS, motorische Unruhe und andere Auffälligkeiten – eine Einführung	5
Martin Holtmann ADHS - Etablierte Standards und neue Trends	8
Tanja Sappok ADHS bei Erwachsenen mit Intelligenzminderung	16
Ursula Henke & Michael Wendler „Wald statt Ritalin? - Ein Beitrag zum multimodalen Behandlungs- angebot für Kinder mit ADHS	33
Autoren	54

Vorbemerkung

Nun liegt, leider mit erheblicher Verzögerung, der Tagungsband der Arbeitstagung zum Thema „ADHS, motorische Unruhe und anderen Auffälligkeiten“ vom 4. November 2011 vor. Die Verzögerung des Erscheinens bitte ich zu entschuldigen, leider stehen viele Referenten unter einem so hohen Arbeitsdruck, dass eine frühzeitigere Fertigstellung aller Beiträge nicht möglich war. Leider konnte Herr Professor Warnke (Würzburg) seinen Beitrag zum Thema „Komorbiditäten bei ADHS am Beispiel von Tics und Zwängen“ gar nicht zur Verfügung stellen, wir bedauern dieses sehr, insbesondere da Herr Warnke an jenem Tag in Kassel einen ausgesprochen anregenden, informativen und diskursiven Vortrag gehalten hat. Nichts desto weniger möchte ich den verbliebenen Referenten für ihre Vorträge und die Fertigstellung ihrer Manuskripte noch einmal herzlich danken.

Das Thema der Arbeitstagung war zum damaligen Zeitpunkt bewusst nicht eng eingegrenzt worden, da es aufgrund der diagnostischen Besonderheiten in der Gruppe der Menschen mit Intelligenzstörungen nicht immer einfach ist, eine Diagnose zu finden, wie sie in den gängigen psychiatrischen Diagnosemanualen ICD-10 und DSM-IV verwendet wird. Viele „Verhaltensauffälligkeiten“ bewegen sich in einem Rahmen, der den dort geforderten Kriterienkatalogen nicht gerecht wird oder sich mit diesen überhaupt nicht beurteilen lässt. Nicht jede psychomotorische Auffälligkeit muss zwangsläufig durch ein ADHS verursacht sein, kann Ausdruck vielfältigster psychischer Erkrankungen und anderer Komorbiditäten sein, kann aber auch eine Verhaltensauffälligkeit im Rahmen der Behinderung darstellen.

Ich freue mich sehr, dass wir dieses komplexe Thema unter verschiedensten Gesichtspunkten und Professionalitäten breit darstellen konnten, was sich nicht zuletzt an der in einzelnen Beiträgen folgenden angeregten Diskussion zeigte. Es bleibt aber hervorzuheben, dass eine intensive, multiprofessionelle Diagnostik unerlässliche Basis für die Optimierung der Lebensumstände, des Gesundheitszustandes und vor allem der Teilhabefähigkeit von Menschen mit geistiger Behinderung darstellt. Wir hoffen, mit dieser Tagung einen kleinen Beitrag zur Verbesserung dieser Situation geleistet zu haben. Ganz besonders freue ich mich darüber, dass es wieder gelungen ist, das Referententeam multiprofessionell und interdisziplinär zu gestalten und somit einen der Grundprinzipien der DGSGRB Rechnung getragen zu haben.

Knut Hoffmann

ADHS, motorische Unruhe und andere Auffälligkeiten – eine Einführung

Knut Hoffmann

Psychomotorische Auffälligkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung stellen ein häufiges und zunächst unspezifisches Phänomen dar. Psychomotorische Auffälligkeiten finden sich im Rahmen vieler psychiatrischer Erkrankungen, sie können in jede Richtung gehen, können sich in einer vermehrten psychomotorischen Aktivität oder aber auch in einer Verarmung des psychomotorischen Ausdrucksvermögens darstellen. Insbesondere ein Zuviel an motorischer Aktivität kann oft zu einer Herausforderung für die Lebenswelt der Betroffenen werden, wobei an dieser Stelle angemerkt werden muss, dass ein Zuwenig von Antrieb und psychomotorischer Aktivität zwar deutlich seltener zur Inanspruchnahme von weiteren Hilfesystemen führt, aber auch durch ernsthafte psychische oder körperliche Erkrankungen bedingt sein kann.

Das Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom, so der volle Name des ADHS, ist eine Erkrankung, welche vor allem im Kontext der allgemeinen Diskussion in der Bevölkerung in den letzten 20 Jahren einen erheblichen Stellenwert erreicht hat; als klassische literarische Quelle muss aber immer noch „Der Struwwelpeter“ des Arztes Heinrich Hoffmann aus dem Jahre 1845 gelten. Schon dieser hat in verschiedenen Geschichten dieser Sammlung die unterschiedlichen Pole der Erkrankung dargestellt, so ist der „Hans-Guck-in-die Luft“ der Prototyp des Aufmerksamkeitsgestörten Pols, der „Struwwelpeter“ stellt den Hyperaktiven Teil dar; in der Praxis sieht man allerdings oft Mischformen. Ein Problem dieser Störung ist sicherlich das Problem der Überpathologisierung Bedeutung; nicht jede Form von psychomotorischer Unruhe oder auch Konzentrationsstörung führt zwangsläufig zur Diagnose eines ADHS und damit ggf. kurzfristig zu dem Schluss, dass hier eine medikamentöse Therapie unabdingbar ist. Oft sind völlig andere Ursachen hierfür verantwortlich, die sowohl kontextbezogen sein können (z. B. Über- oder Unterforderung, Probleme in der Beziehungsgestaltung u.v.m.) oder durch andere Gesundheitsfaktoren bedingt sein können. Erwähnt seien hier neben verschiedenen psychischen Störungen vor allem auch körperliche Erkrankungen wie Schmerzen, Verdauungsproblemen oder Störungen der Schilddrüsenfunktion. Die folgenden Referenzen werden zu diesen Punkten ausführlich und kritisch

Stellung nehmen, weshalb an dieser Stelle keine weiteren Ausführungen gemacht werden.

Neben den besonderen diagnostischen Schwierigkeiten bei der Gruppe von Menschen mit geistiger Behinderung stellt sich das zusätzliche Problem, dass es eine lange Tradition der ausschließlichen Diagnostik des ADHS in Kindes- und Jugendalter gibt. Bis vor gar nicht langer Zeit ist man davon ausgegangen, dass mit zunehmender Ausreifung des Gehirns die entsprechenden Symptome weniger werden oder gar vollkommen sistieren. Diese Hoffnung hat sich leider nicht erfüllt, bei ca. einem Drittel bis der Hälfte der Betroffenen Kinder und Jugendlichen persistieren die Symptome auch im Erwachsenenalter. Da die entsprechenden diagnostischen Verfahren und auch die Kapazitäten zur Durchführung einer solchen Diagnostik sich erst in den letzten Jahren regelhaft etabliert haben, finden sich auch in der Erwachsenenpopulation eine nicht unerhebliche Anzahl von Menschen mit ADHS, die in der Kindheit zwar entsprechende Probleme und Auffälligkeiten hatten, aber nie einer entsprechenden Diagnostik zugeführt wurden; dementsprechend wurde auch keine Diagnose gestellt.

Leider wurde die Möglichkeit, Menschen, bei denen erst im Erwachsenenalter ein ADHS diagnostiziert worden, bei entsprechender Indikation mit den notwendigen Medikamenten zu versorgen im Jahre 2007 durch Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA, ein von Gesetzgeber eingesetzter, paritätisch aus der Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen besetztes Gremium, welches untergesetzliche Richtlinien bzgl. der Modalität verschiedenster medizinischer Behandlungsmaßnahmen verfasst; www.g-ba.de) zumindest zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen aufgehoben. Es war zunächst nur noch die medikamentöse Behandlung des ADHS mit sog. Psychostimulanzien (methylphenidathaltige Arzneimittel) nur bei Kindern und Jugendlichen bzw. bei Erwachsenen, bei denen eine solche Behandlung nachweislich bereits im Kindes- oder Jugendalter erfolgreich war durch die Krankenkassen erstattungsfähig. Seit Juni 2011 ist eine Verordnung zu Lasten der Krankenkassen wieder möglich, dies jedoch ausschließlich dann, wenn nachweisbar ist, dass Symptome eines ADHS bereits in der Kindheit vorgelegen haben. Dies stellt sich bei der Personengruppe der Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlicher psychischer Störung oft als ausgesprochen schwierig dar, da sich die rationale Grundlage der Diagnostik einer solchen Störung im Kindesalter nach Maßgabe des G-BA auf bestimmte Selbstbewertungsfragebögen stützen muss (z. B. Wender-Utah-Rating-Scale-Kurzform, WURS-k), deren Anwendung jedoch bei Menschen mit eingeschränkter kognitiver Fähigkeit oder auch eingeschränkter verbaler Kommunikationsfähigkeit nur sehr eingeschränkt bis gar nicht möglich ist. So müssen hier möglicherweise Einzelfallabkommen mit den zuständigen

Krankenkassen geschlossen werden. Auch beschränkt sich diese Zulassung auf ein einziges Präparat (Medikinet®), was aus fachlicher Sicht nicht nachvollzogen werden kann.

Neben den medikamentösen Therapieoptionen werden in den folgenden Beiträgen auch breite Möglichkeiten der psychotherapeutischen und heilpädagogischen Intervention derartiger Störungen erläutert werden. Hier finden sich sicherlich immer noch erhebliche Probleme in der Versorgung, da insbesondere psychotherapeutische Angebote in der Breite für die Personengruppe der Menschen mit geistiger Behinderung nur sehr unzureichend vorhanden sind. Es sei hier auf die entsprechenden Arbeitstagungen der DGSGB verwiesen (Material der DGSGB, insbesondere Band 9, 15, 25¹).

In diesem Sinne wünsche ich dem Leser, dass die vorliegenden Beiträge für die praktische und tägliche Arbeit von großem Nutzen sind.

¹ Anmerkung der Redaktion: Gemeint sind die folgenden Dokumentationen:

HENNICKE, K. (Hrsg.) (2005): Ambulante Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung und einer psychischen Störung. Praktische Erfahrungen mit den sog. Richtlinienverfahren. Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 5.3.2004 in Kassel. Materialien der DGSGB, Bd. 9. Berlin 2005, 2. Aufl.

HENNICKE, K. (Hrsg.) (2007): Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit geistiger Behinderung – Möglichkeiten der Prävention. Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 10.11.06 in Kassel. Materialien der DGSGB Bd. 15,. Berlin

HENNICKE, K. (Hrsg.) (2011): Verhaltensauffälligkeiten, Problemverhalten, Psychische Störungen - Herausforderungen für die Praxis. Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 18.3.2011 in Kassel. Materialien der DGSGB, Bd. 25, Berlin

Alle Broschüren können kostenlos von der Website der DGSGB heruntergeladen werden. Die Bände 15 und 25 können auch noch im Printformat kostenpflichtig zugeschickt werden (Bestellformular: www.dgsgb.de).

ADHS - Etablierte Standards und neue Trends

Martin Holtmann

ADHS - Eine Modediagnose?

Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) bzw. die Hyperkinetische Störung (HKS) ist mit 3-5 % betroffener Kinder das häufigste psychiatrische Syndrom im Kindes- und Jugendalter. Etwa 25-30 % der Kinder mit ADHS befindet sich bei einem Allgemeinmediziner oder internistischen Hausarzt in Behandlung, etwa die Hälfte beim Kinderarzt und nur eine Minderheit beim Kinder- und Jugendpsychiater. Die Zunahme in der Häufigkeit der Diagnosestellung von ADHS und der starke Anstieg der Methylphenidat-Verordnungen haben zu einer z.T. kontroversen Diskussion über die vermeintliche „Modediagnose“ ADHS geführt. Die deutschen Häufigkeitsschätzungen und Verordnungszahlen liegen allerdings im internationalen Vergleich noch immer im unteren Bereich.

Die Symptomatik der ADHS umfasst drei Kernsymptome: die Aufmerksamkeitsstörung, Hypermotorik und Impulsivität. Diese Auffälligkeiten sollten in mindestens zwei Lebensbereichen (z.B. in der Schule, in der Familie, in der Untersuchungssituation) auftreten, zeitstabil sein und im Vorschulalter begonnen haben (DÖPFNER et al. 2000). Jungen erhalten die Diagnose ADHS etwa viermal häufiger als Mädchen. Mädchen sind häufiger vom unaufmerksamen Subtyp betroffen („Träumer“) und werden oft erst später klinisch vorgestellt.

ADHS wächst sich nicht einfach aus. Charakteristische Symptome der ADHS mit begleitenden Einschränkungen halten bei bis zu 70% der Betroffenen von der Kindheit ins Erwachsenenalter hinein an. Allerdings verändert sich die Symptomatik im Altersverlauf.

Eigenschaften und Merkmale der Patienten mit ADHS

Im *Säuglings- und Kleinkindalter* ist vermehrte Unruhe schwer gegen physiologische Aktivität abgrenzbar. „Schreikinder“ werden aber nicht häufiger zu „Zappelphilippen“ als andere Kinder. Im *Vorschulalter* zeigen betroffene Kinder neben motorischer Unruhe häufig eine geringe Spieldauer, oppositionelles Verhalten (mit ungünstiger Eltern-Kind-Interaktion), sowie Entwicklungsdefizite, insbesondere der Sprache und Motorik.

Im *Grundschulalter* führt die klassische ADHS-Symptomatik zu Unruhe und Ablenkbarkeit im Unterricht, Lernschwierigkeiten und oft in der Folge zu

Klassenwiederholungen und Umschulungen. Die Ablehnung durch Gleichaltrige, die einige der Kinder erfahren, ist meist dem oppositionell-aggressiven Verhalten geschuldet, von dem etwa die Hälfte betroffen ist. Im *Jugendalter* kommt es zu einer deutlichen Verminderung der motorischen Unruhe; Defizite in Konzentration, Organisation und Arbeitsverhalten und die Impulsivität persistieren aber häufig.

Bei weiterhin betroffenen Jugendlichen nimmt die Lücke zwischen Selbstanspruch und tatsächlichen Problembewältigungsfertigkeiten zu, was Vermeidungsverhalten und Motivationsminderung zur Folge haben kann. *Erwachsene mit ADHS* berichten fast regelhaft von mangelnder Alltagsorganisation, ineffizienter Arbeitsweise, schlechter Impulskontrolle und emotionaler Labilität.

Kasten 1: Charakteristische Symptome bei ADHS (nach ICD-10)

Symptome von Unaufmerksamkeit

1. beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler
2. hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit aufrechtzuerhalten
3. scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn/sie ansprechen
4. führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten nicht zu Ende bringen
5. hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren
6. vermeidet häufig Aufgaben, die länger dauernde geistige Anstrengungen erfordern
7. verliert häufig Gegenstände, die für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt werden
8. lässt sich oft durch äußere Reize leicht ablenken, ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich

Symptome von Hyperaktivität

1. zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum
2. steht in der Klasse oder in Situationen, in denen Sitzen bleiben erwartet wird, häufig auf
3. läuft herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist
4. hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen
5. ist häufig „auf Achse“ oder handelt oftmals, als wäre er/sie „getrieben“
6. redet häufig übermäßig viel

Symptome von Impulsivität

1. platzt häufig mit Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist
2. kann nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist
3. unterbricht und stört andere häufig

Ursachen

Hypothesen über die Ursachen haben sich von vereinfachten monokausalen Erklärungen hin zu einer Sichtweise entwickelt, die ADHS als eine komplexe Störung betrachtet, zu der Effekte genetischer, neurobiologischer, psychosozialer und Umweltfaktoren beitragen. Die Hälfte der Kinder mit ADHS hat einen selbst von ADHS betroffenen Elternteil. Zahlreiche Familien-, Zwillings- und Adoptionsstudien belegen zudem, dass eine genetische Prädisposition die entscheidende Rolle bei der Entstehung einer ADHS spielt.

Störungen der Neurotransmitter bei ADHS betreffen das dopaminerge und das noradrenerge System. Als belegt gilt, dass Rauchen während der Schwangerschaft ein deutlicher Risikofaktor ist. Die oft angeschuldigten „Geburtskomplikationen“ spielen eine untergeordnete Rolle; ein Zusammenhang besteht wohl nur zwischen extremer Frühgeburtlichkeit mit einem Geburtsgewicht unter 1000 g und ADHS.

Ein inkonsequenter oder zu harscher Erziehungsstil der Eltern kann eine ADHS nicht auslösen, wohl aber den Verlauf beeinflussen, so dass eine Hauptsäule der Therapie die Beratung der Eltern darstellt.

Jenseits der Kernsymptomatik

Über die Kernsymptomatik hinaus erstreckt sich die Problematik der Kinder mit ADHS auf neuropsychologische Defizite, Beeinträchtigungen der Lebensqualität und Störungen der sozialen und emotionalen Anpassungsfähigkeit. Oft stellen diese Auffälligkeiten die eigentliche Belastung dar. Für einen Siebenjährigen ist es schlimmer, nicht zum Kindergeburtstag eingeladen oder vom Fußballtraining ausgeschlossen zu werden, als „unaufmerksam“ zu sein.

Zwei Zahlen sollen die Beeinträchtigung jenseits der Kernsymptome verdeutlichen:

- Bei Kindern mit ADHS kommt es sechsmal häufiger zu schweren Verletzungen und Unfällen, wobei die Unfallrate bei Kindern ohne medikamentöse Therapie am höchsten ist.
- Jugendliche zu Kontrollen und haben eine bis zu 40fach (!) erhöhte Rate von Teenager-Schwangerschaften

Eltern von ADHS-Kindern zeigen im Vergleich zu Eltern gesunder Kinder mehr Partnerschaftsprobleme und weniger Zufriedenheit in der Ehe, einen erhöhten Alkoholkonsum und Substanzmissbrauch und, Mütter mehr als Väter, vermehrt Depression und Angsterkrankungen.

Komorbidität ist bei ADHS eher die Regel als die Ausnahme und geht einher mit einer schlechteren Prognose. Abhängig von der Stichprobe haben 50 - 80% eine weitere psychiatrische Störung. Häufige komorbide Störungen sind

oppositionell-aggressive Störungen (50%), Depression (~20%) und Angsterkrankungen (25-30%).

Differentialdiagnostisch ist zu denken an situationsabhängige Aufmerksamkeitsstörungen (reaktiv, nicht zeitstabil), Lernstörungen (mehr inhaltlich bestimmt), Störungen des Sozialverhaltens (trotz Impulsivität keine Aufmerksamkeitsstörung) und Depression und Angststörungen (Unruhe als Folge).

Diagnostik: Praktisches Vorgehen in der Praxis

Für die Diagnostik einer ADHS bei Kindern und Jugendlichen gilt das Vorgehen, das in den entsprechenden Leitlinien empfohlen wird (DGKJP 2007). Die Diagnose wird klinisch gestellt. Wegweisend sind oft Verhaltensbeobachtungen von Eltern und Lehrern, die typische ADHS-Symptome gut beschreiben können. Unterstützend können Fragebögen, wie der Fremdbeurteilungsbogen für Hyperkinetische Störungen (FBB-ADHS) oder die breiter angelegte Child Behaviour Checklist (CBCL; Subskala Aufmerksamkeitsprobleme) herangezogen werden. Gerne wird aus (zeit-) ökonomischen Gründen der Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ; Subskala Hyperaktivität) verwandt, der ein breites Spektrum von Psychopathologie erfasst und mitsamt einer Auswertanleitung kostenlos in vielen Sprachen im Internet zur Verfügung steht (www.sdqinfo.com).

ADHS ist testpsychologisch nicht diagnostizierbar. Neuropsychologische Untersuchungen dienen eher der kognitiven Charakterisierung des individuellen Falls. Die Intelligenzverteilung bei Kindern mit ADHS entspricht im Wesentlichen der nicht betroffener Gleichaltriger. Bei Hinweisen auf umschriebene Entwicklungsstörungen sollte eine entsprechende Testung der Lese-, Rechtschreib- und Rechenfertigkeiten erfolgen.

Im deutschsprachigen Raum hat die *Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung* (TAP) besondere Verbreitung in der Diagnostik von Aufmerksamkeitsstörungen gefunden. Die TAP, bzw. ihre speziell für Kinder adaptierte Fassung, die KITAP, hat zum Ziel, verschiedene Aufmerksamkeitsfunktionen zu erfassen.

Therapie

Die Behandlung der ADHS wird in der Regel als Behandlung mit mehreren Bausteinen durchgeführt. Die Behandlungsbedürftigkeit ergibt sich aus dem drohenden Schul- und Sozialversagen. Neben der medikamentösen Therapie als zentraler Behandlungsfaktor kommen dabei Elterntaining, verhaltenstherapeutische Interventionen und neuropsychologische Trainings zum Einsatz. Als erfolgreich erwiesen hat sich ein flexibles, individuell

konzipiertes Therapiekonzept, das in dem Lebensbereich ansetzt, in dem die Probleme dominieren.

Wichtig zu wissen ist, dass mehr als die Hälfte der Eltern von Kindern mit ADHS ihre Kinder mit „alternativen“ Präparaten therapieren, deren Wirksamkeit fraglich oder widerlegt ist (Ginko biloba, Echinacea, Johanniskraut, Vitamine, Diäten).

Medikamentöse Behandlung

Die Behandlung mit Psychostimulanzien, wie Methylphenidat und Amphetaminsalzen, und dem Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer Atomoxetin ist eines der am besten erforschten Gebiete der Pharmakologie bei Kindern überhaupt. Die sorgfältig individuell titrierte Medikation ist wirksam bei 70-80% der Kinder und verbessert anhaltend das soziale Funktionsniveau, das Verhalten während Hausaufgaben, schulische Leistungen, sowie Selbstwert und Stimmungslage (BANASCHEWSKI et al. 2008). Häufigste unerwünschte Wirkungen sind mit jeweils etwa 10% Appetitminderungen bzw. gastrointestinale Beschwerden und Schlafstörungen. Deutlich seltenere unerwünschte Wirkungen sind Stimmungsveränderungen, Reizbarkeit, Tic-Störungen und Tachykardie bzw. Hypertonie. Wegen seltenen Fällen von Wachstumsreduktion sind regelmäßige Längen- und Gewichtskontrollen ratsam. Die oft geäußerte Sorge, Psychostimulanzien könnten zu Substanzmissbrauch führen, kann als widerlegt gelten. Im Gegenteil kommen Kinder und Jugendliche mit ADHS, die mit Methylphenidat behandelt werden, seltener und später zu Tabak- und Alkoholkonsum.

Bei ausgeprägter Impulsivität und zusätzlicher Störung des Sozialverhaltens kann ergänzend eine niedrig dosierte Behandlung mit Neuroleptika der 2. Generation, insbesondere Risperidon, erwogen werden.

Tabelle 1: Medikamentöse Therapiemöglichkeiten bei ADHS

Substanz	Empfohlene Dosierung	Einsatzbereich	Unerwünschte Nebenwirkungen (Auswahl)
Methylphenidat	0,3 – 1 mg/kg Körpergewicht	Aufmerksamkeitsstörungen, Impulsivität, motorische Unruhe	Appetitminderung, Bauchschmerzen, Reizbarkeit, Dysphorie, Schlafstörungen, Hypertonie, Tachykardie
Atomoxetin	0,5 – 1,2 mg/kg Körpergewicht		
Risperidon	0,5 - 2 mg	Wutanfälle, Reizbarkeit, Aggression	Gewichtszunahme, Müdigkeit

Elternt raining

Schon im Vorschulalter ist in „ADHS-Familien“ ein ungünstiges Interaktionsverhalten zu beobachten, das sich bis in die Adoleszenz fortsetzt und bei komorbider oppositioneller Störung besonders ausgeprägt ist. Ein Therapiebaustein ist daher das verhaltenspädagogische Elternt raining. Neben der Psychoedukation über das Störungsbild dient es der Vermittlung allgemeiner Erziehungspraktiken, wie der Etablierung klarer Regeln und Grenzen. Die Eltern sollen angeleitet werden, dysfunktionale Verhaltensmuster in der Familie zu unterbrechen und positive Erlebnisse mit dem Kind in den Fokus zu nehmen. Belegt sind als Effekte eine Verbesserung der ADHS-Kernsymptomatik, die Reduktion von elterlichem Stress und eine Zunahme elterlichen Selbstvertrauens. Eine ausgeprägte ADHS-Symptomatik bei Eltern begrenzt die Verbesserung bei den Kindern, weshalb in diesen Fällen auch die Behandlung des betroffenen Elternteils erwogen werden sollte.

Neurofeedback

Für das Neurofeedback, ein verhaltenstherapeutisch fundiertes Verfahren, hat sich die Evidenzbasis in den vergangenen Jahren verbessert (HOLTMANN et al. 2004). Grundlage für den Einsatz von Neurofeedback ist das Wissen um Veränderungen der Hirnströme bei ADHS. ADHS-Patienten zeigen, vereinfacht gesagt, im Elektroenzephalogramm (EEG) im Vergleich zu gesunden Kindern vermehrt langsame Hirnaktivität. Beim Neurofeedback kann der Patient schrittweise lernen, seine Hirnaktivität wahrzunehmen und auf sie Einfluss zu nehmen. Die Produktion von schneller EEG-Aktivität bei gleichzeitiger Unterdrückung langsamerer Aktivität wird durch die Darbietung angenehmer, leicht wahrnehmbarer Rückmeldesignale verstärkt. Die durch das Feedback erreichten kurzfristigen Verbesserungen entsprachen in mehreren kontrollierten Studien denen einer Stimulanzien-Behandlung, sowohl hinsichtlich der Kern-Symptomatik als auch auf neuropsychologischer Ebene. Basierend auf dem heutigen Wissensstand kann davon ausgegangen werden, dass Neurofeedback künftig ein weiterer wichtiger Baustein in der ADHS-Behandlung werden wird.

Neuropsychologische und verhaltenstherapeutische Behandlungsprogramme

Mittlerweile sind verschiedene Trainingsprogramme für Kinder mit Aufmerksamkeitsproblemen verfügbar.

Das *Aufmerksamkeitstraining von LAUTH und SCHLOTTKE* zielt auf die direkte Vermittlung von Selbststeuerungsfertigkeiten und deren Voraussetzungen. Je nach dominierender Symptomatik werden primär die Entwicklung und

Differenzierung von Grundfertigkeiten und die Selbststeuerung gefördert oder Planungsfertigkeiten und Selbstanweisungen vermittelt. Für dieses Training konnten Langzeiteffekte nachgewiesen werden. Zudem fanden sich Verbesserungen im Alltagsverhalten und bei den Schulleistungen.

Das *Marburger Konzentrationstraining (MKT)* nach KROWATSCHEK ist eine Gruppenintervention für Schulkinder von 6 Trainingsstunden. Das Programm beruht auf der Methode der verbalen Selbstinstruktion, die die zunehmende Verinnerlichung zunächst durch den Trainer modellhaft demonstrierter Selbstanweisungen (Aufgabenanalyse, Zeitlassen, Formulierung von Teilzielen, Bewertung von Ergebnissen) vorsieht. Unterstützend wird ein Verstärker-System eingesetzt. In begleitenden Einheiten werden die Eltern über die Schwierigkeiten von Kindern mit Aufmerksamkeitsstörungen informiert und bekommen demonstriert, welche Übungen im Training durchgeführt werden. Evaluationsstudien konnten eine Wirkung auf die schulische Konzentrationsfähigkeit belegen. Das Training wirkt sich zudem positiv auf die Interaktion zwischen Kind und Eltern in der besonders konfliktreichen Hausaufgabensituation aus.

Für Kinder mit ADHS und begleitenden impulsiv-aggressiven Verhaltensproblemen haben GRASMANN und STADLER (2008) das *verhaltenstherapeutische Intensivtraining zur Reduktion von Aggression (VIA)* entwickelt, das in Arztpraxen, Kliniken, Jugendhilfeeinrichtungen und Schulen eingesetzt werden kann. Das Gruppentherapieprogramm für Kinder im Alter von 8-14 mit begleitendem Elterntaining zielt u.a. auf die Verbesserung unangemessener Wahrnehmungen sozialer Situationen durch die Kinder. Zudem steht die von aggressiven ADHS-Kindern häufig erlebte Ausgrenzung von Gleichaltrigen verbunden mit niedrigem Selbstwertgefühl im Fokus der Therapie.

Neben pharmako- und psychotherapeutischen Interventionen können bei entsprechender Indikation entwicklungspezifische Maßnahmen, wie eine sonderpädagogische Förderung, Angebote der Jugendhilfe und Arbeitsfördermaßnahmen zur beruflichen Integration zum Einsatz kommen.

Bei ausgeprägtem ADHS und komorbider Störung des Sozialverhaltens sind häufiger langfristige Hilfen und Kooperation mit der Jugendhilfe erforderlich und sollten rechtzeitig gebahnt werden.

Prognose

Die Prognose der Kinder mit ADHS ist vor allem bestimmt durch eventuelle komorbide Störungen. Eine schlechte Prognose besteht bei Kindern mit ADHS und komorbider Kombination aus Aggression und Angststörung; diese Kinder zeigen mehr Verhaltensstörungen und soziale Probleme in der Adoleszenz.

Wichtig ist es daher, früh die Ausprägung von Impulsivität und Störungen des Sozialverhaltens einzuschätzen, um therapeutische Strategien danach auszurichten.

Fazit für die Praxis

- ADHS-Diagnostik mit Fragebögen und Checklisten standardisieren
- An komorbide affektive Störungen denken: dies sind die vergessenen Probleme hyperkinetischer Kinder
- Mut zur Differentialdiagnose haben
- Evidenzbasierte Therapien, wie Medikation, Elternterapie, neuropsychologische Behandlungsprogramme und Neurofeedback einsetzen
- Früh begleitende Impulsivität und Störungen des Sozialverhaltens beachten

Literatur

- BANASCHEWSKI T, COGHILL D, SANTOSH P (2008): Langwirksame Medikamente zur Behandlung der hyperkinetischen Störungen. Eine systematische Übersicht und europäische Behandlungsleitlinien. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother.* 2008; 36:97-106.
- DGKJP (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a.) (Hrsg.) (2007): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage. Verfügbar unter: <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/028-019.htm>
- DÖPFNER M., FRÖLICH J., LEHMKUHL G. (2000): Hyperkinetische Störungen. Reihe: Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie - Band 1. Hogrefe, Göttingen.
- GRASMANN D., STADLER C. (2008): Verhaltenstherapeutisches Intensivtraining zur Reduktion von Aggression (VIA). Multimodales Programm für Kinder, Jugendliche und Eltern. Springer, Wien-New York.
- HOLTMANN M., STADLER C., LEINS U., STREHL U., BIRBAUMER N., POUSTKA F. (2004): Neurofeedback in der Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 32:187-200.

Hilfreiche Literatur für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher:

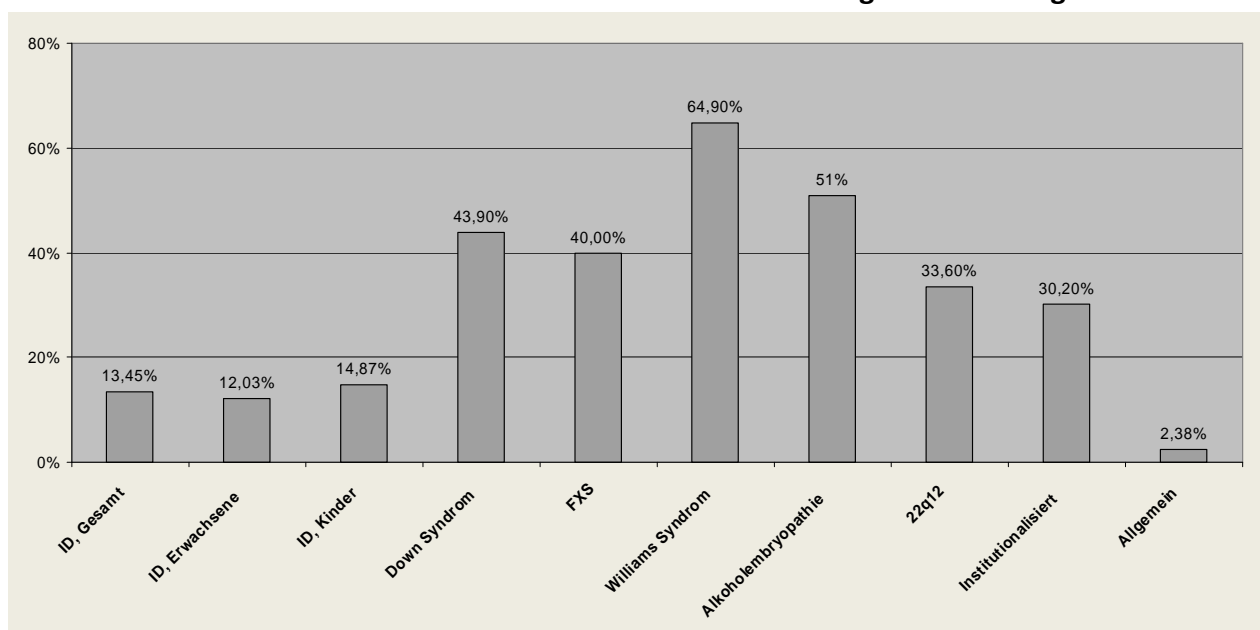
- DÖPFNER M., FRÖLICH J., LEHMKUHL G. (2000): Ratgeber Hyperkinetische Störungen. Hogrefe, Göttingen.
- Das zentrale ADHS-Netz: Das zentrale ADHS-Netz ist ein bundesweites Netzwerk zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). Das Netzwerk richtet sich sowohl an Experten als auch an Betroffene, ihre Angehörigen und Bezugspersonen (<http://www.zentrales-adhs-netz.de>).

ADHS bei Erwachsenen mit Intelligenzminderung

Tanja Sappok

Menschen mit Intelligenzminderung (IM) leiden deutlich häufiger als die Allgemeinbevölkerung an einem zusätzlichen Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS). In Abhängigkeit von der untersuchten Studienpopulation, der Genese der Intelligenzminderung, dem Schweregrad der Intelligenzminderung, der verwendeten Diagnosekriterien und Testinstrumente unterscheiden sich die erhobenen Prävalenzdaten z. T. massiv: S. A. Cooper beschrieb in ihrer Studie von 2007 eine Punktprävalenz von ADHS bei Menschen mit Intelligenzminderung von 1,5%, während Frazier in der 2001 publizierte Studie eine Prävalenz von 80% beschreibt. Im Mittel ergibt sich in Studien, die verschiedene Schweregrade und Ursachen von Intelligenzminderung einschließen, eine Punktprävalenz von ca. 13% (s. Abbildung 1). Dem gegenüber steht eine Prävalenz von ADHS in der Allgemeinbevölkerung von ca. 2% (s. Abb. 1). Bestimmte Syndrome sind besonders häufig im Vorkommen von ADHS verbunden, z.B. das Down-Syndrom, das fragile X-Syndrom, das Williams-Syndrom, die Alkoholembyopathie und das 22q12-Syndrom. Ein Überblick über das Vorkommen von ADHS bei den verschiedenen Syndromen bietet Abbildung 1. Dabei steigt die Prävalenz von ADHS mit dem Grad der Intelligenzminderung (O’Brain, 2000, Goodman 1997).

Abb. 1: Prävalenz von ADHS bei Menschen mit Intelligenzminderung

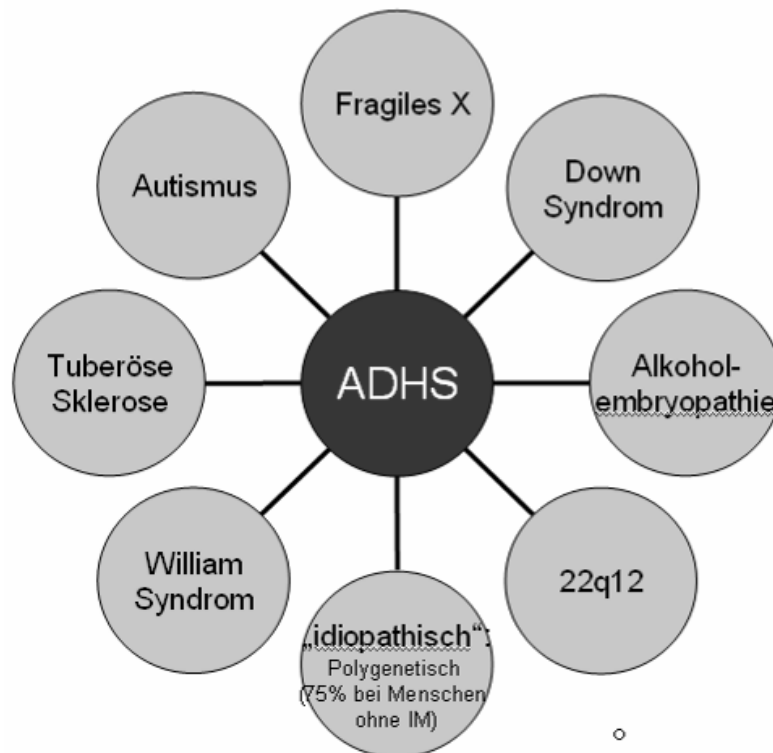


Während in der Allgemeinbevölkerung deutlich mehr Männer als Frauen an einem ADHS leiden, ist die Geschlechterverteilung bei Menschen mit Intelligenzminderung in etwa gleich (Pearson 1996).

Ursachen von ADHS und hirmorphologische Veränderungen

Bei Menschen ohne Intelligenzminderung wird ADHS überwiegend polygenetisch verursacht. Da Menschen mit Intelligenzminderung in der Regel bei Studien und systematischen Familienuntersuchungen ausgeschlossen werden, gibt es keine systematisierten Untersuchungen zum Vorliegen der Häufigkeit eines sog. „ideopathischen“, polygenetisch verursachten ADHS bei Menschen mit Intelligenzminderung. Deutlich häufiger als in der Allgemeinbevölkerung tritt jedoch bei Menschen mit Intelligenzminderung das ADHS im Rahmen spezifischer Syndrome wie z.B. der tuberösen Sklerose, dem fragilen X-Syndrom, dem Down-Syndrom, der Alkoholembryopathie, dem Williams-Syndrom oder 22-q-12 auf (siehe Abbildung 2).

Abb.2: Häufige Ursachen von ADHS bei Menschen mit Intelligenzminderung



Auch bei hirmorphologischen Untersuchungen werden Menschen mit Intelligenzminderung in der Regel ausgeschlossen. Antshel beschreibt in seiner

2005 veröffentlichten Untersuchung zum velokardiofacialen Syndrom Strukturveränderungen im posterioren Corpus callosum.

ADHS und Intelligenzminderung

Obwohl der IQ bei Kindern mit ADHS im Durchschnitt 5 Punkte unterhalb dem IQ von Kindern ohne ADHS ist, geht man trotzdem davon aus, dass ADHS keine Ursache für Intelligenzminderung darstellt (Frazier 2004). Die Abgrenzung von ADHS und der Intelligenzminderung an sich ist eine Debatte, die sich seit Jahrzehnten durch die Literatur zieht. Auf Grund einer Überlappung der Kernsymptome von ADHS und Intelligenzminderung wurde von verschiedenen Autoren auf das Problem des „*diagnostic overshadowing*“ hingewiesen (Reiss, Reiss & Szysko 1983, White et al. 1995, Jopp & Keys 2001, Mason & Scior 2004). In den 60er und 70er Jahren wurden Konzentrationsstörungen sogar als diagnostisches Kriterien für das Vorliegen einer Intelligenzminderung angesehen (House & Zeaman 1963, House 1979). Diese Einschätzung muss allerdings relativiert werden, wenn altersgemischte Vergleichsgruppen herangezogen werden. Nach dem *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) der American Psychiatric Association (APA) (Sass et al. 2003) kann Menschen mit Intelligenzminderung die zusätzliche Diagnose eines ADHS gegeben werden, wenn die *Symptome der Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität exzessiv über das mentale Alter* des Kindes hinausgehen, wobei kaum Angaben dazu gemacht werden, was exzessiv genau bedeutet und was bei Menschen mit Intelligenzminderung als normal angesehen werden kann. Im *Diagnostic Manual - Intellectual Disability* (DM-ID) (Fletcher et al. 2007) wird vorgeschlagen, dass die Aufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität eines Kindes im Vergleich zu Gleichrangigen mit vergleichbarem kognitiven und chronologischen Alter bestimmt werden soll (und nicht zu jüngeren normal entwickelten Kindern eines vergleichbaren Entwicklungsstadiums). Allerdings werden auch im DM-ID wenig spezifische Informationen dazu gegeben, was in welchem Grad der Intelligenzminderung und dem chronologischen Alter als normal angesehen werden kann.

Zusammenfassend kann auf folgende Probleme bei der Bestimmung altersangemessenen Verhaltens bei Menschen mit Intelligenzminderung hingewiesen werden:

- Chronologisches vs. Mentales Alter
- Heterogenität von IM
 - bestimmte Syndrome sind mit bestimmten VA verbunden: müssen Syndrom spezifische Werte ermittelt werden?

- Bestimmte Formen der IM sind mit spezifischen Stärken/Schwächen verbunden, die das Messen von Aufmerksamkeit beeinflussen (Bsp. Autismus und Wahrnehmungsfähigkeit komplexer visueller Muster)
- Wie und welche Aufmerksamkeit wird gemessen (Bsp. selective vs. sustained)?
- Welches Konstrukt von „mentalem Alter“ wird gewählt (kognitives Altersäquivalent oder auch Berücksichtigung sozioemotionaler Entwicklung)?

Symptomatik und Diagnosekriterien von ADHS bei Menschen mit IM

Die Symptomatik sowie emotionale und Verhaltensprobleme *gleichen denen von Menschen ohne Intelligenzminderung mit ADHS*. Die Diagnosekriterien für ein ADHS entsprechend dem DM-ID sind in Kasten 1 aufgeführt.

Kasten 1: ADHS Diagnosekriterien nach DM-ID

A1: Unaufmerksamkeit – mind. 6 Kriterien

- beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten
- hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten
- scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn/sie ansprechen
- führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund oppositionellen Verhaltens oder Verständigungsschwierigkeiten)
- hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren
- vermeidet häufig oder hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger dauernde geistige Anstrengungen erfordern (wie Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben)
- verliert häufig Gegenstände, die für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt werden (z. B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug)
- lässt sich oft durch äußere Reize leicht ablenken
- ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich

A2: Hyperaktivität und Impulsivität – mind. 6 Kriterien

- zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum
- steht in der Klasse oder in Situationen, in denen Sitzen bleiben erwartet wird, häufig auf
- läuft herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen es unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann das 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 oft, als wäre es „getrieben“
- redet häufig übermäßig viel
- platzt häufig mit Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist

- kann nur schwer warten, bis es an der Reihe ist
- unterbricht und stört andere häufig (platzt z. B. in Gespräche oder Spiele anderer hinein)

B: Beginn vor dem 7. Lebensjahr

C: Symptome in mindestens 2 verschiedenen Settings

D: Klinisch relevante Beeinträchtigung durch ADHS Symptomatik (über IM hinausgehend)

E: Ausschluss anderer Ursachen (ASS, Schizophrenie,...)

Während *bestimmte somatische Erkrankungen bei Menschen mit Intelligenzminderung und ADHS deutlich häufiger vorkommen* als bei Menschen ohne Intelligenzminderung mit ADHS (z.B. Epilepsien oder Enuresis, vgl. Coe & Matson 1993), sind z.B. in einer Studie von Simonoff 1997 das *ADHS-Profil (erhoben mit dem „Strength and Difficulties Questionnaire“)*, *Komorbiditäten sowie emotionale und Verhaltensprobleme im Wesentlichen unabhängig vom IQ*. Auch Johnson (1995), Ishii (2003) und Fee (1994) beschreiben ähnliche Verhaltens-Profile und Komorbiditäten bei Menschen mit und ohne Intelligenzminderung und ADHS-Syndrom. Xenitidis findet in seiner 2010 veröffentlichten Studie eine ähnlich, aber stärker ausgeprägte Symptomatik der ADHS-Symptome bei Menschen mit Intelligenzminderung im Vergleich zu Menschen ohne Intelligenzminderung. In einer 1993 von Coe & Matson beschriebenen Untersuchung zeigen sich mehr Stereotypen und auch eine etwas größere soziale Enthemmung und vermehrt Affektschwankungen bei Menschen mit Intelligenzminderung im Vergleich zu Menschen ohne Intelligenzminderung.

Interessanterweise zeigen sich ganz ausgeprägte Unterschiede, wenn man innerhalb der Gruppe von Menschen mit Intelligenzminderung solche mit einem zusätzlichen ADHS vergleicht zu Menschen mit demselben Schweregrad an Intelligenzminderung ohne ADHS. Fee beschreibt in ihrer Studie von 1994 eine *vermehrte Ängstlichkeit* (Conners Teachers Rating Scale). Pearson beschreibt in einer Untersuchung von 2000 eine *vermehrte Hyperaktivität, mehr delinquentes Verhalten, schlechtere Familienbeziehungen und verminderte soziale Kompetenzen* bei Menschen mit Intelligenzminderung mit ADHS im Vergleich zu Menschen mit einer Intelligenzminderung ohne ADHS. In einer Untersuchung von 2008 beschreibt Jones et al. eine deutliche *Zunahme von herausforderndem Verhalten* (80 vs. 18%). ADHS zeigt sich dort als unabhängiger Faktor, der mit Verhaltensauffälligkeiten assoziiert ist! Auch *psychiatrische Komorbiditäten*, insbesondere *Depressionen und Angst* treten bei Menschen mit Intelligenzminderung und zusätzlichem ADHS deutlich vermehrt auf.

Diagnostik

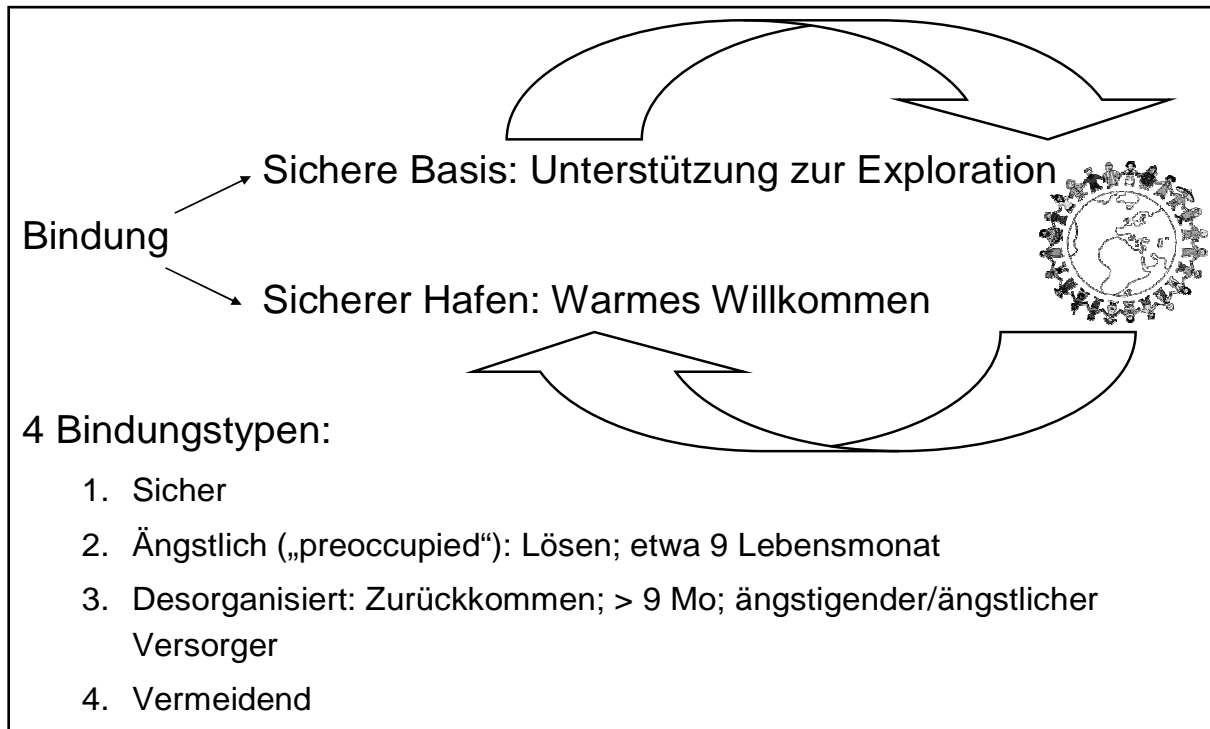
Für erwachsene Menschen mit Intelligenzminderung gibt es keine validen Assessment-Instrumente zur ADHS-Diagnostik. Die Diagnose eines ADHS basiert im Wesentlichen auf einer *klinischen Diagnose*, die sich zusammensetzt aus einer ausführlichen Anamnese, am besten mit den Eltern des Betroffenen und Sichtung alter Unterlagen, z.B. Schulzeugnissen oder Beschreibungen aus dem Kindergarten und einer aktuellen Verhaltensanalyse. An psychodiagnostischen Verfahren werden empfohlen die „Wender Utah Rating Scale“ (WURS), die Subskala „Hyperaktivität“ der „Aberrant Behavior Checklist“ (ABC) von Aman 1986. Bei Menschen mit geringer kognitiver Beeinträchtigung kann auch die „Brown ADD Scale“ genutzt werden, die eine Selbstbeurteilung darstellt. Darüber hinaus hat Deb in einer Untersuchung von 2008 die Anwendbarkeit der Conners' Adult ADHD Rating Scale (CAARS) bei Kindern mit Intelligenzminderung und Lernbehinderung untersucht. Sie empfiehlt dabei die Anwendung des Elternfragebogens, weniger der Lehrerfragebogens sowie eine Anpassung der cut-off-Werte. Zur Anwendung des Erwachsenen-Fragebogens gibt es keine systematisierten Untersuchungen bei Menschen mit Intelligenzminderung. Darüber hinaus sind systematisierte Videoanalysen, strukturierte Verhaltensanalysen und ein probatorischer Behandlungsversuch mit Methylphenidat zur Diagnosesicherung bei Erwachsenen mit Intelligenzminderung empfohlen worden.

Komorbiditäten von ADHS

Verhaltens-Profile und Komorbiditäten ähneln bei Menschen mit Intelligenzminderungen denen von Menschen mit ADHS ohne Intelligenzminderung (vgl. Symptomatik). Im Erwachsenenalter werden vor allen Dingen dissoziale Persönlichkeitsstörungen oder –akzentuierungen, Substanzmissbrauch, affektive Störungen, Angsterkrankungen, Schlaf- und Tic-Störungen beschrieben. Im Kindesalter kommen vor allem oppositionelle Verhaltensstörungen, Bindungsstörungen, Tic-, Angst- und affektive Störungen vor.

Exkurs: Bindungsstörungen

Abb. 3: Genese von Bindungsstörungen und verschiedene Bindungstypen

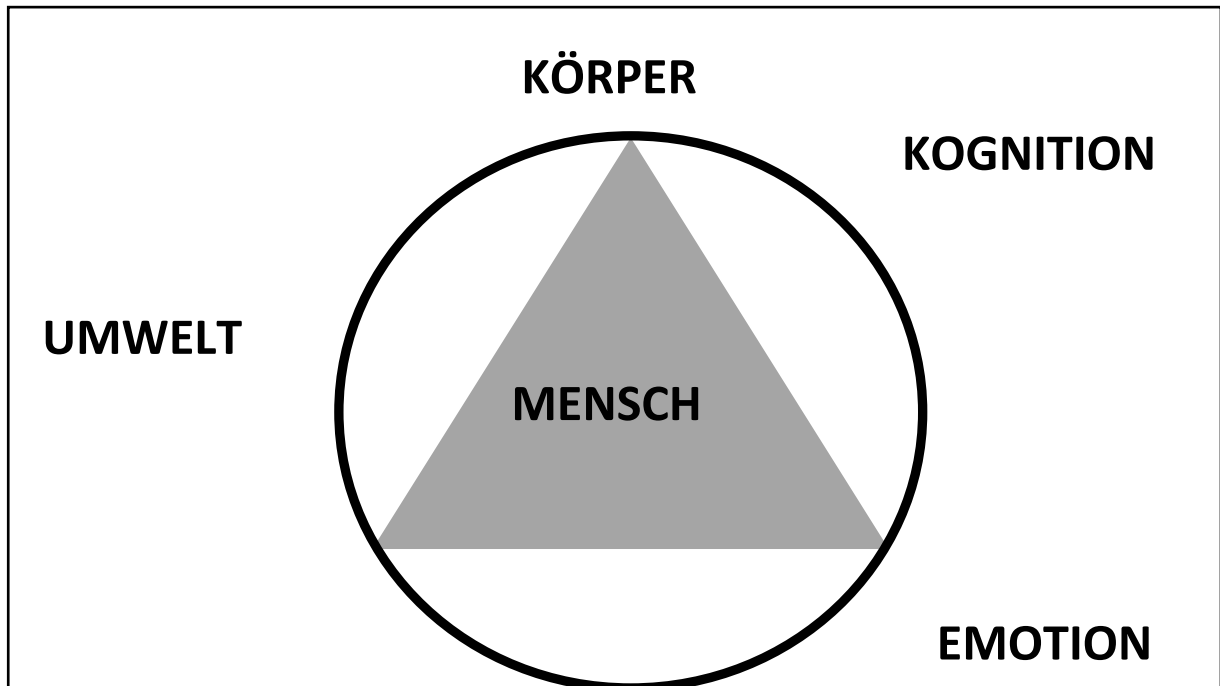


Differenzialdiagnosen

Bei Menschen mit Intelligenzminderung kommt für impulsives, hyperaktives und unkonzentriertes Verhalten eine ganze Fülle von Differenzialdiagnosen in Betracht. Neben *somatischen Erkrankungen* wie gastrointestinale Störungen, Verdauungsschwierigkeiten, chronische Schmerzsyndrome etc. müssen insbesondere auch *Frontallappenepilepsien*, *affektive Störungen*, *Zwangsstörungen* und *schizophrene Psychosen* oder ein *beginnendes demenzielles Syndrom* bzw. ein *hyperaktives Delir* ausgeschlossen werden. Etwas ausführlicher soll hier auf spezifisch bei Menschen mit Intelligenzminderung gehäuft vorkommende Entwicklungsstörungen (emotionale und tiefgreifende) eingegangen werden.

Zur Differenzialdiagnose „Emotionale Entwicklungsstörung“

Abb. 4: Erweiterung des biopsychosozialen Krankheitsmodells um die 4. Dimension Emotion²



Die emotionale Entwicklung kann mit Hilfe des Schemas der emotionalen Entwicklung (SEO) von A. Dosen festgestellt werden. Dabei handelt es sich um ein Fremdinterview durch eine ausgebildete Fachkraft (z.B. Psychologin), das mit vertrauten Bezugsperson (z.B. Eltern, Bezugsbetreuer) geführt wird. Es dauert ca. 1/2h, ist nicht validiert, allerdings sind auch keine vergleichbaren Untersuchungsinstrumente verfügbar. Das Schema stellt die Entwicklungsphase (vgl. Tab. 2) in 10 verschiedenen Entwicklungsbereichen (vgl. Tabelle 3) fest. Die insgesamt erreichte Phase der emotionalen Entwicklung orientiert sich anhand der 5 niedrigsten Entwicklungsphasen.

² Vgl. Gardner W-I, Dosen A, Griffiths D-M. Practice Guidelines For Diagnostic, Treatment And Related Support Services For People With Developmental Disabilities And Serious Behavioral Problems. 1. Aufl. NY: NADD Press; 2006

Tab. 2: Emotionale Entwicklungsphasen nach A. Dosen (2010)		
Entwicklungsphase	Alter (Jahre)	Entwicklungsschritte
1. erste Adaption	0 - 1/2	Integration von sensorischen Stimuli und Strukturen
2. erste Sozialisation	1/2 - 1,5	soziale Bindungen, Bildung einer Vertrauensbasis
3. erste Individuation	1,5 - 3	Ich-Du Differenzierung, Objektkonstanz
4. erste Identifikation	3 – 7	Ich-Bildung, Ich Zentriertheit, Lernen aus Erfahrung
5. Realitätsbewusstseinsphase	7 – 12	Ich-Differenzierung, moralisches Ich, Realitätsbewusstsein, logisches Denken

Tab. 3: Entwicklungsbereiche im Schema der emotionalen Entwicklung „SEO“ nach A. Dosen (2010)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Umgang mit dem eigenen Körper 2. Umgang mit anderen Personen 3. Selbst-Fremd-Differenzierung 4. Objektpermanenz und Trennungsangst 5. Ängste 6. Umgang mit Gleichaltrigen 7. Umgang mit Dingen 8. verbale Kommunikation 9. Affektdifferenzierung 10. Aggressionsregulation

Die negativ-destruktive Verhaltensstörung (Blockade der 3. Phase)

Eine Störung bzw. eine Blockade in einer bestimmten emotionalen Entwicklungsstufe ist mit spezifischen Verhaltensauffälligkeiten verbunden. Die Symptomatik bei Blockade in der 3. Entwicklungsphase (erste Individuation, 18-36 Monate) ist der von ADHS sehr ähnlich. Diese „negativ-destruktive Verhaltensstörung“ bei Blockade der sozioemotionalen Entwicklung in der Phase der 1. Individuation (18 – 36 Monate) ist verbunden mit:

1. Konstantes Bedürfnis nach Aufmerksamkeit, oft auf negative Weise
2. niedrige Frustrationstoleranz mit aggressiv-destruktivem Verhalten
3. Unruhe, Hypermobilität, chaotische Aktivität
4. Anhaltend quengeln oder fragen
5. Eigensinnigkeit, Trotz
6. Neugierde gegenüber der Umgebung
7. wenig Beschäftigung mit sich allein
8. bevorzugte Beschäftigung mit Bezugspersonen, weniger mit Gleichrangigen.

Im Gegensatz zu Menschen mit einem ADHS profitieren diese Menschen deutlich von einer Berücksichtigung und Befriedigung der emotionalen Grundbedürfnisse entsprechend der Entwicklungsstufe. Pädagogisch-therapeutische Interventionen bei sozioemotionaler Entwicklungsblockade in der Phase der 1. Individuation sind in der folgenden Liste zusammengefasst.

- Bedürfnis gerechter Umgang (Balance zwischen Grenzsetzung einerseits und nicht nachtragend-verzeihender Reaktion andererseits)
- positive Bestätigung der eigenen Person:
- Selbstvertrauen/Selbstwirksamkeitserwartung stärken
- Aufmerksamkeit geben (unabhängig vom Verhalten)
- deutliche Struktur
- einheitliches, konsequentes Handeln der Bezugspersonen
- fester Bezugsbetreuer
- soziale Verhaltensregeln einführen (nicht schlagen, etc.)
- Strukturierung von Aktivitäten (z.B. in Ergotherapie)
- Verantwortung für bestimmte Bereiche übertragen (z.B. Tierpflege, best. Hausarbeiten)
- Regelmäßige Zuwendungszeiten, unabhängig vom Verhalten
- positive Verstärkung erwünschten Verhaltens durch Tokenpläne
- Gelegenheiten schaffen, sich auf positive Weise zu beweisen
- chaotische Aktivität und unersättliches Bedürfnis nach Aufmerksamkeit eingrenzen
- einfache Skills zum Spannungsabbau erlernen
- regelmäßige körperliche Aktivitäten zum Stress-/Aggressionsabbau
- Krisenplan erarbeiten (Frühsymptome, Krisen auslösende Situationen, eskalierende Maßnahmen zur Bewältigung)
- Teamsupervision und Deeskalationstraining


Zur Differenzialdiagnose „Tiefgreifende Entwicklungsstörungen“ (Autismus)

Die zweite, spezifisch bei Menschen mit Intelligenzminderung häufiger vorkommende Entwicklungsstörung, die eine wichtige Komorbidität bzw. Differenzialdiagnose zum ADHS darstellt, ist die Autismusspektrumstörung. Lt. ICD-10 und DSM-IV, nicht aber im DM-ID handelt es sich dabei um Ausschlussdiagnosen.

Über das Verhältnis von ADHS und Autismus bestehen verschiedene theoretische Konstrukte:

1. Autismus als Komorbidität bei ADHS: Verschiedene Studien beschreiben eine *erhöhte Prävalenz von ADHS bei Menschen mit*

Autismusspektrumstörungen (zwischen 1/3 – 3/4 der Menschen mit Autismusspektrumstörung; vgl. Sinzig 2009).

2. ADHS als ein *Ende des Spektrums von Autismus*: ADHS  Autismus
3. Andere Autoren diskutieren, ob *Autismus als Teil von ADHS* aufzufassen ist.
4. Frazier (2001) weist auf die große Symptomüberlappung von ADHS und Autismusspektrumstörung hin und stellt die Erkrankungen als *wichtige Differenzialdiagnosen* dar.

In einer Untersuchung von Goldstein & Schwebach 2004 und in einer weiteren Untersuchung von Luteijn 2000 konnte gezeigt werden, dass Kinder mit Autismusspektrumstörungen und ADHS im Vergleich zu Kindern mit einer Autismusspektrumstörung allein, insbesondere an einer *Aufmerksamkeitsstörung* leiden, während sich *keine Unterschiede bezüglich der Hyperaktivität* und funktionellen Beeinträchtigung fanden. D.h. dass im Falle des Vorliegens einer Autismusspektrumstörung *nicht die Hyperaktivität, sondern die Aufmerksamkeitsstörung diagnostisch wegweisend* für das Vorliegen einer ADHS ist.

Behandlung von ADHS bei Menschen mit Intelligenzminderung

Menschen mit Intelligenzminderung sind bei Therapiestudien oft ausgeschlossen. Insgesamt bestehen *dieselben therapeutischen Grundsätze wie bei Menschen ohne Intelligenzminderung* - sowohl medikamentös als auch symptomorientiert psychotherapeutisch. Auch der Therapiegrundsatz, mit einer *niedrigen Anfangsdosis* zu starten und die *Dosis nur langsam zu steigern*, sollte eingehalten werden. Der *Wirkeffekt* der eingesetzten Psychopharmaka ist bei Menschen mit Intelligenzminderung im Vergleich zu Menschen ohne Intelligenzminderung *niedriger bei einer erhöhten Sensibilität für Nebenwirkungen*.

Psychopharmakotherapie bei ADHS bei Menschen mit Intelligenzminderung

- Methylphenidat – verbessert kognitive und Verhaltensprobleme bei Menschen mit Intelligenzminderung, heilt sie aber in der Regel nicht vollständig (Handen 1990,1992,1999; Aman 1991,1993; Pearson 2003). Bei insgesamt geringen Gruppengrößen (n=11 – n=30) finden sich Responseraten zwischen 37 und 75%, wobei im Mittel eine Responserate von etwa 50% (gegenüber 75% in der Allgemeinbevölkerung) gefunden wird. Es hat sich gezeigt, dass höhere Dosen Methylphenidat (0,6 -1,2 mg/kg Körpergewicht) besser wirksam sind als niedrigere Dosen (Handen 1999, Pearson 2003), aber auch mit mehr Nebenwirkungen (insbesondere

Schlafstörungen, Appetitverlust und sozialer Rückzug) verbunden sind. Jou hat in seiner Studie von 2004 zeigen können, dass Stimulantien bei Menschen mit leichter Intelligenzminderung besser wirken als bei Menschen mit schwerer Intelligenzminderung. In einer Studie von Gau 2008 konnte gezeigt werden, dass die Adherence besser bei Menschen mit Intelligenzminderung ist, wobei sie in einer Studie von Handen 1997 negativ mit dem Grad der Intelligenzminderung korreliert. Seit dem 15.4.2011 besteht eine Zulassung von Medikinet im Erwachsenenalter.

- Clonidin - dosisabhängiger Effekt auf Kernsymptome, aber auch mehr NW (Müdigkeit/Lethargie) (Agarwal, 2001); Effekt unabhängig vom Schweregrad der IM
- Risperidon - hilft besser gegen Hyperaktivität und oppositionelles Verhalten als MPH (Correia-Filho, 2005; Aman, 2002, 2004; Snyder 2002); cave: Gewicht!
- Einzelfallberichte liegen zum Einsatz von Ziprasidon und Donepezil vor.

Psychopharmakotherapie bei ADHS und Autismus

Auch bei Menschen mit Autismusspektrumstörungen liegen einige systematisierte Untersuchungen zum Einsatz verschiedener Psychopharmaka vor.

- MPH - In verschiedenen Studien konnten Responseraten um ca. 50% im Hinblick auf Hyperaktivität und Problemverhalten gezeigt werden (Quintana 1995; Handen 2000; RUPP 2005; Ghuman, 2009)
- Clonidin hat einen moderaten Effekt gegen die Hyperaktivität (Jaselskis, 1992)
- Atomoxetin - ein positiver Effekt auf den Clinical Global Impression of Change (CGI) und die ADHS-Kernsymptomatik zwischen 44% und 88% konnte in kleinen Samples von Posey 2006, Troost 2006, Arnold 2006 und Doyle 2006 nachgewiesen werden.

Psychotherapie bei ADHS und Intelligenzminderung

Zum Verhaltensmanagement bei ADHS und Intelligenzminderung gibt es kaum strukturierte Analysen. Häufig angesetzte Methoden bei Menschen mit Intelligenzminderung, die auch bei ADHS-Patienten empfohlen werden, sind Time out und Verhaltensverstärker nach dem Token-System.

Prognose

Insbesondere bei Männern nimmt die Prävalenz von ADHS über die Lebensspanne allmählich ab. Es werden 3 Subtypen vom klinischen Verlauf her unterschieden:

1. Remission
2. Besserung sowie
3. Persistenz und Entwicklung von Komorbiditäten.

Auch bei Kindern mit Intelligenzminderung zeigt sich eine *Abnahme der Hyperaktivität im Verlauf* (Yoshida 2004). Insgesamt konnte allerdings in verschiedenen Untersuchungen nachgewiesen werden, dass die *ADS-Symptomatik im Erwachsenenalter bei Menschen mit Intelligenzminderung häufiger persistiert als bei Menschen ohne Intelligenzminderung*. Peterson konnte beispielsweise in seinen Untersuchungen von 2001 zeigen, dass ADHS im Erwachsenenalter insbesondere bei Männern abhängig vom IQ auftritt. Der beste Prädiktor für die ADHS-Remission im Erwachsenenalter ist lt. einer Untersuchung von Lambert 1987 ein hoher IQ. Xenitidis konnte in seiner Langzeitstudie von 2010 nachweisen, dass eine deutliche Besserung der ADHS-Symptomatik bei Menschen mit ADHS ohne Intelligenzminderung auftritt, während bei Menschen mit ADHS und Intelligenzminderung deutlich weniger Besserung beschrieben werden kann.

Fazit

- Auch bei Menschen mit Intelligenzminderung kann *ADHS als eigenständige Erkrankung* zusätzlich vorliegen.
- Die *Prävalenz* von ADHS ist bei Menschen mit Intelligenzminderung *erhöht* (ca. 13%).
- Die *Symptomatik und Komorbiditäten von ADHS sind ähnlich wie bei Menschen ohne Intelligenzminderung*.
- Die *Diagnostik* ist auf Grund fehlender Referenzgrößen und standardisierter Verfahren sowie der größeren Heterogenität erheblich *erschwert*.
- Differentialdiagnostisch sollten bei Menschen mit Intelligenzminderung zusätzlich insbesondere auch *Entwicklungsstörungen* (Autismus-spektrumstörung bzw. eine emotionale Entwicklungsstörung) erwogen werden.
- Die Behandlung von ADHS erfolgt bei Menschen mit Intelligenzminderung nach *denselben Grundprinzipien* wie in der Allgemeinbevölkerung.
- Die *Prognose ist allerdings bei Menschen mit Intelligenzminderung deutlich schlechter* als in der Allgemeinbevölkerung, da es häufiger zu einer Persistenz der Symptomatik im Erwachsenenalter kommt.

Literatur

- ALANAY, Y. , UNAL, F., TURANLI, G., ALIKASIFOGLU, M., ALEHAN, D., AKYOL, D. et al.(2007): A multidisciplinary approach to the management of individuals with fragile X syndrome. *Journal of Intellectual Disabilities Research* 51, 151-161
- AGARWAL, V., SITHOLEY, P., KUMAR, S., PRASAD, M. (2001): Double-blind, placebo-controlled trial of clonidine in hyperactive children with mental retardation. *Mental Retardation* 39, 259-167
- AMAN, M.-G., MARKS, R.-E., TURBOTT, S.-H., WILSHER, C.-P., MERRY, S.-N. (1991): Clinical effects of methylphenidate and thioridazine in intellectually subaverage children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 30, 246-256
- AMAN, M.-G., KERN, R.-A., MCGHEE, D.-E., ARNOLD, L.-E. (1993): Fenfluramine and methylphenidate in children with mental retardation and attention deficit hyperactivity disorder: laboratory effects. *Journal of Autism Development Disorder* 23, 491-505
- AMAN, M.G., DE SMEDT, G., DERIVAN, A., LYONS, B., FINDLING, R.-L. (2002): Double-blind, placebo-controlled study of risperidone for the treatment of disruptive behaviours in children with subaverage intelligence. *American Journal of Psychiatry* 159, 1337-1346
- AMAN, M.-G., BINDER, C., TURGAY, A.(2004): Risperidone effects in the presence/absence of psychostimulant medicine in children with ADHD, other disruptive behavior disorders, and subaverage IQ. *Journal of Child and Adolescents Psychopharmacology* 14, 243-254
- ANTSHEL, K.M., CONCELOS, J., LANZETTA, G, FREMONT, W., KATES, W.R. (2005): Behavior and corpus callosum morphology relationships in velocardiofacial syndrome (22q11.2 deletion syndrome). *Psychiatry Research* 138, 235-45
- ARNOLD, L.-E., AMAN, M.-G., COOK, A.-M., WITWER, A.-N., HALL, K.-L., THOMSON, S., RAMADAN, Y. (2006): Atomoxetine for hyperactivity in autism spectrum disorder: placebo-controlled crossover pilot trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 10, 1196-1205
- COE, D.-A., MATSON, J.-L. (1993): Hyperactivity and disorders of impulse control. In: MATSON, J.L., BARRET, R.-P.(Eds.): *Psychopathology in the mentally retarded*(2nd Ed.). Allyn and Bacon, Boston
- COOPER, S.-A., SMILEY, E., MORRISON, J., WILLIAMSON, A., ALLEN, L.(2007): Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *The British Journal of Psychiatry* 190, 27-35
- CORREIA-FILHO, A.-G., BODANESE, R., SILVA, T.-L., ALVARES, J.-P, AMAN, M., Rohde, L.-A.(2005): Comparison of risperidone and methylphenidate for reducing ADHD symptoms in children and adolescents with moderate mental retardation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 44, 748-755
- CHRISTIANSEN, H., KIS, B., HIRSCH, O., MATTHIES, S., HEBEBRAND, J., UEKERMANN, J. et al. (2011): German validation of the Conners Adult ADHD Rating Scales (CAARS) 2: Reliability, validity, diagnostic sensitivity and specificity. *European Psychiatry*. Epub ahead of print 2011 March 8
- DEB, S., DHALIWAL, A.-J., ROY, M. (2008): The usefulness of Conners' Rating Scales-Revised in screening for attention deficit hyperactivity disorder in children with intellectual disabilities and borderline intelligence. *Journal of Intellectual Disability Research* 52, 950-965.
- DOŠEN, A. (1997): *Psychische Störungen bei geistig behinderten Menschen*. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag
- DOŠEN, A (2010): *Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung. Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene*. Herausgeber und Bearbeiter der deutschsprachigen Ausgabe Klaus Hennicke & Michael Seidel. Hogrefe, Göttingen
- EKSTEIN, S., GLICK, B., WEILL, M., KAY, B., BERGER, I.(2011): Down Syndrome and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Journal of Child Neurology*. Epub ahead of print 2011 May 31

- FEE, V.-E., MATSON, J.-L., BENAVIDEZ, D.-A. (1994): Attention deficit-hyperactivity disorder among mentally retarded children. *Research in Developmental Disability* 15, 67-79
- FLETCHER, R., LOSCHEN, E., STAVRAKAKI, C., & FIRST, M. (Eds.). (2007). *Diagnostic Manual -- Intellectual Disability (DM-ID): A Textbook of Diagnosis of Mental Disorders in Persons with Intellectual Disability*. Kingston, NY: NADD Press.
- FLETCHER, R., LOSCHEN, E., STAVRAKAKI, C., & FIRST, M. (Eds.). (2007). *Diagnostic Manual -- Intellectual Disability (DM-ID): A Clinical Guide for Diagnosis of Mental Disorders in Persons with Intellectual Disability*. Kingston, NY: NADD Press.
- FOX, R.-A., WADE, E.-J.(1998): Attention deficit hyperactivity disorder among adults with sever and profound mental retardation. *Research of developmental Disabilities* 19, 175-280
- FRAZIER, J.-A., Biedermann, C.-A.(2001): Should the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder be considered in children with pervasive developmental disorder ? *Journal of Attention Disorder* 4, 203-211
- FRAZIER, T.-W., DEMAREE, H., YOUNGSTROM, E.-A.(2004): Meta-analysis of intellectual and neuropsychological test performance in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychology* 18, 543-555
- GARDNER, W.-I., DOSEN, A., GRIFFITHS, D.-M (2006): *Practice guidelines for diagnostic, treatment and related support services for people with developmental disabilities and serious behavioral problems*. 1. Auflage. NADD Press, New York
- GAU, S.-S.-F., CHEN, S.-J., CHOU, W.-J., CHENG, H., TANG, C.-S, CHANG, H.-L. et al. (2008): National survey of adherence, efficacy and side effects of methylphenidate in children with attention-deficit/hyperactivity disorder in Taiwan. *Journal of Clinical Psychiatry* 69, 131-140
- GHUMAN, J.-K., AMAN, M.-G., LECAVALIER, L., RIDDLE, M.-A., GELENBERG, A., WRIGHT, R., et al.(2009): Randomized , placebo-controlled, crossover study of methylphenidate for attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in preschoolers with developmental disorders. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 19, 329-339
- GOLDSTEIN, S., SCHWEBACK, A.(2004): The comorbidity of pervasive developmental disorder and attention deficit hyperactivity disorder: Results of retrospective chart review. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 30, 279-293
- GOTHELF, D., PRESBURGER, G., LEVY, D., BURG, M., NAHMANI, A., BERANT, M. et al. (2004): Genetic, developmental, and physical factors associated with attention deficit hyperactivity disorder in patients with velocardiofacial syndrome. *American Journal of medical genetics. Part B, Neuropsychiatric genetics* 126, 116-121
- HANDEN, B.-L., JANOSKY, J., MCAULIFFE, S.(1997): Long-term follow-up of children with mental retardation/borderline intellectual functioning and ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology* 25, 287-295
- HANDEN, B.-L., FELDMANN, H.-M., LURIER, A., MURRAY, P.-J.-H.(1999): Efficacy of methylphenidate among preschool children with developmental disabilities and ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38, 805-182
- HANDEN, B.L., JOHNSON, C.R., LUBETSKY, M. (2000): Efficacy of methylphenidate among children with autism and symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Autism Developmental Disorder*. 30, 245-55
- HOUSE, B.J., ZEAMAN, D. (1963): Learning sets from minimum stimuli in retardates. *Journal Comp Physiology Psychology* 56:735-9
- ISHII, T., TAKAHASHI, O., KAWAMURA, Y., OHTA, T. (2003): Comorbidity in attention deficit-hyperactivity disorder. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 57, 457-463
- JASELSKIS, C.-A., COOK, E.-H. JR, FLETCHER, K.-E., LEVENTHAL, B.-L. (1992): Clonidine treatment of hyperactive and impulsive children with autistic disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 12, 322-327

- JOHNSON, D.R., HANDEN, B.L., LUBETSKY, M., SACCO, K.A. (1995): Affective disorders in hospitalized children and adolescents with mental retardation: A retrospective study. *Research in Developmental Disabilities* 16, 221-231
- JONES, S., COOPER, S.-A., SMILEY, E., ALLAN, L., WILLIAMSON, A., MORRISON, J. (2008): Prevalence of, and factors associated with, problem behaviours in adults with intellectual disabilities. *Journal Nerv Ment Dis* 196:678-686
- JOPP, D.A., KEYS, C. B. (2001): Diagnostic overshadowing reviewed and reconsidered. *American Journal of Mental Retardation* 106, 416-433
- JOU, R., HANDAN, B., HARDAN, A. (2004): Psychostimulant treatment of adults with mental retardation and attention-deficit hyperactivity disorder. *Australas Psychiatry*.12, 376-9
- LA MALFA, G., LASSI, S., BERTELLI, M., ALBERTINI, G., DOSEN, A.(2009): Emotional development and adaptive abilities in adults with intellectual disability. A correlation study between the Scheme of Appraisal of Emotional Development (SAED) and Vineland Adaptive Behavior Scale (VABS). *Research Developmental Disability* 30: 1406-1412
- LAMBERT, N.-M., HARTSOUGHT, C.-S., SASSONE, D., SANDOVAL, J. (1987): Persistence of hyperactivity symptoms from childhood to adolescence and associated outcomes. *American Journal of Orthopsychiatry* 57: 22-32
- LANDGREN, M., SVENSSON, L., STRÖMLAND, K., ANDERSSON-GRÖNLUND, M. (2010): Prenatal alcohol exposure and neurodevelopmental disorders in children adopted from eastern Europe. *Pediatrics* 125, 1178-1185
- LEYFER, O.-T., WOODRUFF-BORDEN, J., KLEIN-TASMAN, B.-P., FRICKS, J.-S., MERVIS, C.-B. (2006): Prevalence of psychiatric disorders in 4 to 16-years-olds with Williams syndrome. *American Journal of Medical Genetics Part B Neuropsychiatric genetics* 141, 615-622
- LUTEIJN, E.-F., SERRA, M., JACKSON, S., STEENHUIS, M.-P., ALTHAUS, M., VOLKMAR, F. et al (2000): How unspecified are disorders of children with a pervasive developmental disorder not otherwise specified? A study of social problems in children with PDD-NOS and ADHD. *European Child and Adolescent Psychiatry* 9: 168-179
- MASON, J., SCIOR, K. (2004): 'Diagnostic overshadowing' amongst clinicians working with people with intellectual disabilities in the UK. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 17, 85-71
- OESEBURG, B., GROOTHOFF, J.-W., DIJKSTRA, G.-J., REIJNEVEKD, S.-A., JANSEN, D.-E. (2010): Pervasive development disorder behavior in adolescents with intellectual disability and co-occurring somatic chronic diseases. *Research Developmental Disability* 31, 496-501
- O'BRIAN, G. (2000): Learning disabilities. In: GILBERG, C., O'BRIAN, G.(Eds.): *Developmental disability and behaviour clinics in developmental medicine*. MacKeith Press, London, S. 12-26
- NIKLISSON, L., RASMUSSEN, P., OSKARSDOTTIR, S., GILLBERG, C. (2009): Autism , ADHD, mental retardation and behavior problems in 100 individuals with 22q11 deletion syndrome. *Research Developmental Disability* 30, 763-773
- PEARSON, D.-A., YAFFEE, L.-S., LOVELAND, K.-A., LEWIS, K.-R. (1996): Comparison of sustained and selective attention in children who have mental retardation with and without attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Mental Retardation* 100, 592-607
- PEARSON, D.-A., LACHAR, D., LOVELAND, K.-A., SANTOS, C.W., FARIA, L.-P., AZZAM, P.N., HENTGES, B.-A., CLEVELAND, L.-A. (2000): Patterns of behavioural adjustment and maladjustment in mental retardation: comparison of children with and without ADHD. *American Journal of Mental Retardation* 105(4):236-51
- PEARSON, D.-A., SANTOS, C.-W., CASAT, C.-D., LOVELAND, K.-A., LACHAR, D. (2003): Treatment effects of methylphenidate behavioral adjustment in children with mental retardation and ADHD. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 42, 209-216

- PETERSON, B.S., PINE, D.S., COHEN, P., BROOK, J.S. (2001): Prospective, longitudinal study of tic, obsessive-compulsive, and attention-deficit/hyperactivity disorders in an epidemiological sample. *Journal of American Acad Child Adolescent Psychiatry* 40, 685-95
- POSEY, D.-J., WIEGAND, R.-E., WILKERSON, J., MAYNARD, M., STIGLER, K.-A., MCDOUGLE, C.-J. (2006): Open-label atomoxetine for attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms associated with high-functioning pervasive developmental disorders. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 14, 233-241
- QUINTANA, H., BIRMAHER, B., STEDGE, D., LENNON, S., FREED, J., BRIDGE, J., GREENHILL, L. (1995): Use of methylphenidate in the treatment of children with autistic disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 25, 283-294
- REISS, S., SZYSZKO, J. (1983): Diagnostic overshadowing and professional experience with mentally retarded persons. *American Journal of Mental Deficiency* 87, 396-402
- RESEARCH UNITS ON PEDIATRIC PSYCHOPHARMACOLOGY(RUPP) AUTISM NETWORK (2005): Randomized, controlled, crossover trial of Methylphenidate in pervasive developmental disorders with hyperactivity. *Archives of General Psychiatry* 62, 1266-1274
- SASS, H., WITTCHEN, H.-U., ZAUDIG, M. (Hrsg.) (2003): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision DSM IV-TR. Göttingen: Hogrefe
- SIMONOFF, E., PICKLES, A., MEYER, J.-M, SILBERG, J.-L, MAES, H.-H., LOEBER, R. et al. (1997): The Virginia Twin Study of adolescent behavioral development. Influences of age, sex, and impairment on rates of disorders. *Archives of General Psychiatry* 54, 801-808
- SINZIG, J., WALTER, D., DOEPFNER, M. (2009): Attention deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents with autism spectrum disorder: symptom or syndrome? *Journal of Attentional Disorder* 13, 117-126
- SNYDER, R., TURGAY, A., AMAN, M.-G., BINDER, C., FISMAN, S., CARROLL, A., et al. (2002): Effects of risperidone on conduct and disruptive behaviour disorders in children with subaverage IQs. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 41, 1026-1036
- SULLIVAN, K., HATTON, D., HAMMER, J., SIDERIS, J., HOOPER, S., ORNSTEIN, P., BAILEY, D. Jr (2006): ADHD symptoms in children with FXS. *American Journal of Medicine Genetics* 140, 2275-2288
- TROOST, P.-W., STEENHUIS, M.-P., TUYNMAN-QUA, H.-G., KALVERDIJK, L.-J., BUITELAAR, J.-K., MINDERAA, R.-B., HOEKSTRA, P.-J. (2006): Atomoxetine for attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in children with pervasive developmental disorder: a pilot study. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 16, 611-619
- XENITIDIS, K., PALIOKOSTA, E., ROSE, E., MALTEZOS, S., BRAMHAM, J. (2010): ADHD symptom presentation and trajectory in adults with borderline and mild intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* 54, 668-677
- YOSHIDA, Y., UCHIYAMA, T. (2004): The clinical necessity for assessing attention-deficit/hyperactivity disorder (AD/HD) symptoms in children with high-functioning pervasive developmental disorder (PDD). *European Child and Adolescent Psychiatry* 13, 307-314
- WHITE, M.-J., NICHOLS, C.-N., COOKS, R.-S., SPENGLER, P.-M., WALKER, B.-S., LOOK, K.-K.(1995): Diagnostic overshadowing and mental retardation: a meta-analysis. *American Journal of Mental Retardation* 100, 293-298

„Wald statt Ritalin?“ - Ein Beitrag zum multimodalen Behandlungsangebot für Kinder mit ADHS

Ursula Henke und Michael Wendler

„... the “greener” a child’s play area, the less severe are his or her attention deficit symptoms“ (TAYLOR et al. 2001, 54).

ADHS – eine Einführung

Schätzungen gehen davon aus, dass z. Z. 4,9% aller Kinder und Jugendlichen in der Bundesrepublik Deutschland ein diagnostiziertes Hyperaktivitätsproblem haben (SCHLACK et al. 2007). Die Prävalenzrate ist insbesondere bei Kindern mit einem niedrigen sozioökonomischen Status und dann wiederum bei Jungen erhöht (SCHLACK et al. 2007, 788; DÖPFNER et al. 2008). Nur selten erreicht ein Kind mit ADHS den gleichen schulischen Abschluss wie ein vergleichbar intelligentes gesundes Kind und häufig wird gar kein Schulabschluss erreicht (HARPIN 2005). Insbesondere mit Eintritt in die Schule fallen die Unfähigkeit zur selektiven und kontinuierlichen Aufmerksamkeit und eine große Ablenkbarkeit auf (BARKLEY 1998). Circa 60% der betroffenen Kinder weisen eine Lese-Rechtschreibschwäche und/oder isolierte Dyskalkulie auf (THAPAR et al. 2005). Bei 30% der erkrankten Kinder liegen aggressive oder dissoziale Störungen vor (DÖPFNER et al. 2008).

Kinder mit der Diagnose ADHS haben demnach ein hohes Exklusionsrisiko, das sich aufgrund:

- einer gesundheitliche Benachteiligung durch Begleiterscheinungen der Erkrankung,
- geringerer Ausdauerleistungen und Konzentrationsschwierigkeiten und den dadurch entstehenden negativen Auswirkungen auf die Bildungsbiographie und -karriere,
- impulsiven sowie hyperaktiven Verhaltens in Ausgrenzungen von Kindern mit ADHS durch andere Kinder verfestigen kann.

Dies wirkt sich wiederum negativ auf ihre Motivation und ihr Sozialverhalten aus. Ein Teufelskreis, den sie selbst nicht durchbrechen können und der von vielen Übertragungseffekten (Spill-Over-Effekte) gekennzeichnet sein kann. Diese können zur Folge haben, dass sich die Gesamtsituation der Familie weiter verschlechtert und sich auch auf die psychische Gesundheit aller Mitglieder auswirken kann (EIKELMANN et al. 2005, 668).

Die Ursachen von ADHS sind mehrdimensional und können ihren Ursprung in biologisch-physiologischen, genetischen und psychosozialen Faktoren haben. Psychosoziale Faktoren spielen nach GLAESKE (2008) bei der Entstehung von ADHS zunächst keine zentrale Rolle, sie sind aber mitentscheidend für die Ausprägung und Aufrechterhaltung der Erkrankung. Spezifische familiäre Situationen, insbesondere Ein-Eltern-Familien bzw. Stieffamilien (GLAESKE 2008), psychische Störungen der Mutter und Störungen in der Eltern-Kind-Beziehung (GERDES et al. 2003) verstärken die Erkrankung. Die Familieninteraktion, d.h. bestimmte lernpsychologisch relevante Prozesse, können die Erkrankung über Generationen aufrechterhalten bzw. verstärken. Es scheint, dass das Umfeld und familiäre Belastungsfaktoren einen großen Einfluss auf den Krankheitsverlauf haben. Hieraus lässt sich umgekehrt jedoch die Schlussfolgerung ziehen, dass ein günstiges soziales Umfeld und veränderte weniger belastende familiäre Strukturen und konsequente Erziehungsstrategien den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen können (vgl. u.a. TAYLOR et al. 2001; HÜTHER 2010; WARNKE 2011).

Die Suche nach geeigneten Therapieformen

ADHS bei Kindern und Jugendlichen wird z.Zt. überwiegend medikamentös behandelt. Wurden im Jahr 1993 „(...) nur“ 34 kg Methylphenidat verschrieben, so waren es im Jahr 2007 schon 1.429 kg (Focus 41/2009: 97), oder - um es mit betroffenen Kindern zu benennen - 1991 hatten 15.000 Kinder eine ADHS (GLAESKE 2008), 2007 waren es über 600.000 Kinder (SCHLACK et al. 2007) – das ist eine Steigerung um das 40fache. Die Multimodale-Treatment-Study of Children with ADHD (MTA 1999), in die insgesamt 579 Kinder im Alter von sieben bis neun Jahren mit der Diagnose ADHS einbezogen wurden, zeigt, dass die alleinige medikamentöse Behandlung jedoch weniger effektiv ist als eine kombinierte medikamentöse und verhaltenstherapeutische Behandlung. Zudem sprachen 30% der untersuchten Kinder gar nicht auf die Psychostimulantien an. In einer Zeitreihenanalyse nach drei Jahren konnte nachgewiesen werden, dass die Wirkung des Medikaments immer weiter nachließ. Am Ende des dritten Jahres war das Ergebnis nicht mehr signifikant besser als bei den nichtbehandelten Kindern (JENSEN 2008). Somit müssen unbedingt neben der medikamentösen Therapie andere Therapieformen gesucht werden. Nach HENNICKE (2008) stellt die Vergabe von Psychopharmaka selten eine primäre, alleinige Therapieform dar, so dass die Bemühungen in ein multimodales Therapiekonzept eingebettet sein müssen. Daher seien (...) bessere, funktionierende, effektive interdisziplinäre Kooperationsformen ´in Augenhöhe` zu entwickeln (...)“ (HENNICKE 2007, 8).

Zur Notwendigkeit Interdisziplinärer Förderkonzepte in der Schule

Insbesondere bei Fragen der Bildungsgerechtigkeit ist vor dem Hintergrund der Bereitstellung von Ressourcen und Hilfestellungen nunmehr die Diskussion aufgekommen, wie pädagogische Prozesse ausgerichtet sein müssen, um den Bedürfnissen des Kindes gerecht zu werden (REICH 2012, 35f). Welche konkreten Schritte sind daher für Schüler einzuleiten, deren Leistungen und Verhaltensweisen häufig im Kontext serialer Wahrnehmungsstörungen wie folgt beschrieben werden:

- die Kinder können nicht warten,
- wollen immer zu viel auf einmal,
- konzentrieren sich scheinbar schlecht,
- geraten bei Schwierigkeiten leicht in Panik,
- reagieren ungeduldig oder auch aggressiv,
- versagen bei Nachahmungsleistungen oder diese erscheinen mit Verzögerungen,
- können Handlungsketten oft nur unvollständig aufrechterhalten,
- haben Einschränkungen bei auditiven Gedächtnisspannen,
- zeigen ein gestörtes Sprachverständnis (PFLUGER-JAKOB 2007, 43).

Das Eckpunktepapier zu ADHS und Schule (ADHS-Netzwerk 2009) sieht deshalb zwingend eine fachliche Flankierung bei ADHS im schulischen Kontext vor. Neben sonderpädagogischer Begleitung kann auch eine Eingliederungshilfe beansprucht werden. Zudem wird die Forderung aufgestellt, dass sich Schule in das Behandlungs-, Förder- und Hilfeplanangebot des Kindes einbringt bzw. sich an interdisziplinären regionalen ADHS-Netzen (Punkt 10 im Eckpunktepapier zu ADHS) beteiligt. Und gerade im Offenen Ganztage müssen spezifische Angebote für Kinder mit ADHS entwickelt werden (Punkt 12 im Eckpunktepapier zu ADHS). All diese Forderungen können nur bedingt umgesetzt werden, weil die strukturellen Voraussetzungen (z.B. interdisziplinäre regionale ADHS-Netze) noch gar nicht ausreichend geschaffen worden sind. Sowohl der o.g. Schulversuch als auch das noch zu beschreibende Waldpädagogische Angebot sind in diesem Sinn zu verstehen: Sie können helfen, Eckpunkte für die Zielgruppe umzusetzen.

Naturpädagogische Angebote zur Förderung der Aufmerksamkeit

JAMES (1862/1992) und KAPLAN (1995/2008) haben in ihrer ‚Attention Restoration Theory‘ darauf hingewiesen, dass es zwei unterschiedliche Formen der Aufmerksamkeit gibt: die freiwillige und die unfreiwillige Aufmerksamkeit.

Die freiwillige Aufmerksamkeit entwickeln wir in bestimmten Situationen, z.B. wenn wir ein Problem lösen wollen oder wenn wir uns im dichten Straßenverkehr orientieren müssen. Diese Art der Aufmerksamkeit ist anstrengend, und wir geben sie sofort auf, wenn z.B. das Problem gelöst ist. Im Gegensatz dazu ist die unfreiwillige Aufmerksamkeit ohne Anstrengung leicht zu erreichen und über einen längeren Zeitraum aufrecht zu erhalten, z.B. durch Fremdes, Tiere, sich bewegende Bilder etc.. Es scheint, dass Naturerlebnisse diese Aufmerksamkeitsform fördern (TAYLOR et al. 2001). Die Natur hilft Konzentrationsfähigkeiten zu regenerieren (vgl. BERMAN et al. 2008). Auch neuere Ergebnisse der Hirnforschung befürworten die „ordnende“ Kraft der Natur, weil ADHS als Folge veränderter Sozialerfahrungen angesehen wird (HÜTHER 2010). „Die innere Struktur des kindlichen Gehirns, also die Art, wie die verschiedenen Zentren miteinander vernetzt werden, entsteht nicht von allein. Es hängt davon ab, welche Erfahrungen ein Kind macht. Das heißt: Wenn in der äußeren Welt Struktur gebende Elemente fehlen, kann auch im Gehirn keine Struktur aufgebaut werden. Das ist heute ein riesiges Problem, denn unsere Welt hat viel an Struktur verloren“ (HÜTHER – 30.10.11.).

HÜTHER ist Initiator des Almprojektes ‚via nova‘. 12 Jungen, alle mit der Diagnose ADHS, waren auf einer Südtiroler Alm acht Wochen ohne TV, Computer und Zucker mit drei Betreuern untergebracht. Sie wurden alle im Alltag mit Ritalin behandelt. Nach HÜTHER (2010) sind vor allem Kinder betroffen, die viel fernsehen, wenig ausprobieren dürfen, oder denen Schwierigkeiten stets aus dem Weg geräumt werden. In den acht Wochen auf der Alm kamen sie ohne Medikamente aus. „Mit dem Almprojekt ‚via nova‘ sollte nur gezeigt werden, dass es geht, dass es möglich ist, diesen Kindern eine Lebenswelt zu bieten, in der diese ADS-Symptomatik verschwindet – ohne Pillen. Wenn viele Eltern erst einmal wissen, dass es überhaupt möglich ist, dass es prinzipiell funktioniert, werden sie vielleicht ermutigt, selbst zu versuchen, auch zu Hause eine Lebenswirklichkeit und Erfahrungsräume zu schaffen, die auch ihrem Kind helfen, aus diesen ungünstigen Verhaltensmustern herauszufinden“ (HÜTHER 2009).

Das Projekt „Wald statt Ritalin?“

Als Vorlage für das Projekt „Wald statt Ritalin?“ fungierte das Experiment von TAYLOR et al. (TAYLOR et.al. 2001) zur Steigerung der Aufmerksamkeit. Insgesamt wurden 450 Probanden (17 Kinder mit diagnostiziertem ADHS) im Alter zwischen 7 und 12 Jahren hinsichtlich der Wirkung von drei dargebotenen Settings: Stadtpark, Innenstadt und Wohngebiet untersucht. Anhand des „Digital Span Backwards Test“ schnitten die Kinder, die im Stadtpark spazieren gingen, in der danach folgenden Aufmerksamkeitsuntersuchung am besten ab.

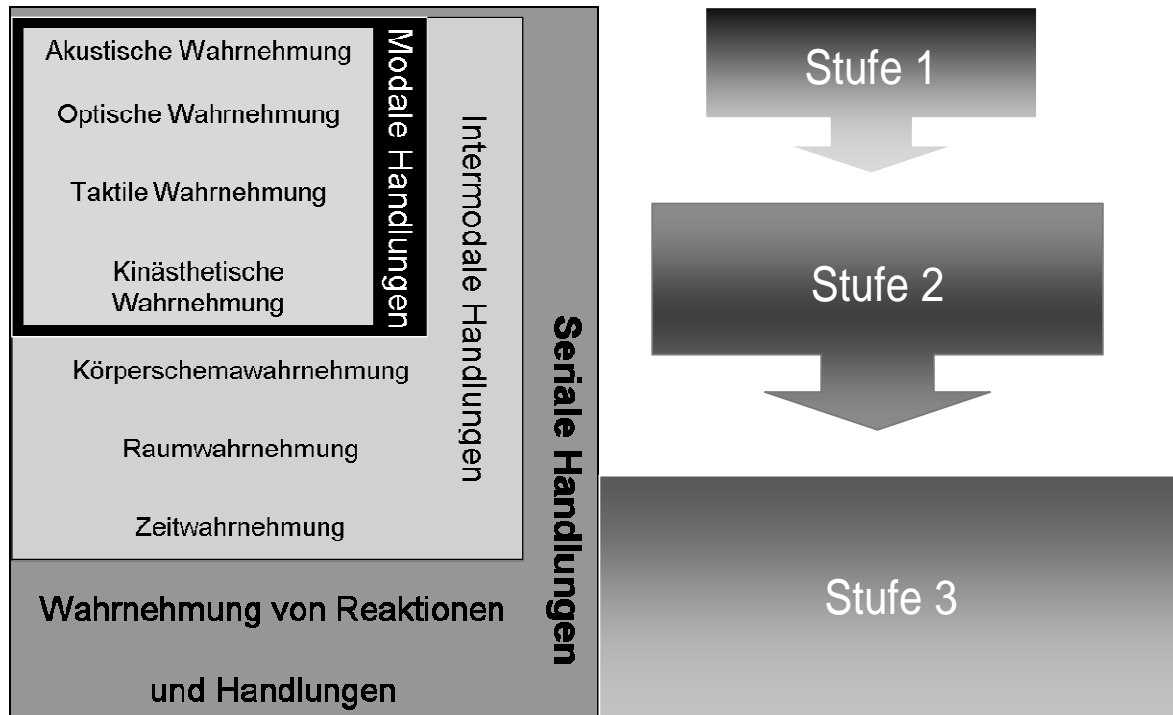
Das Projekt „Wald statt Ritalin?“ ist seit ca. zwei Jahren Gegenstand eines Forschungsschwerpunktes des Fachbereichs Heilpädagogik und Pflege. Ausgangspunkt war die Einrichtung eines Projektes der Walderlebnisschule³ und Cruismannschule Bochum⁴, für Kinder, die von der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung betroffen sind und Verhaltensauffälligen aufweisen, um einen zusätzlichen Lernort zu schaffen, der eine Alternative zu den Rahmenbedingungen im Klassenzimmer zugunsten einer für die Zielgruppe entwicklungsförderlichen Umgebung darstellt. Als metatheoretische Orientierung dienen einerseits natur-pädagogische und -soziologische Ansätze, die den Aufenthalt im Grünen hinsichtlich einer Steigerung der geistigen Leistungsfähigkeit auch als heilendes Potential im Sinne einer entlastenden Funktion untersuchen und ähnliche Effekte wie beim Standardmedikament Methylphenidat bei Kindern mit ADHS nachweisen können (BRÄMER 2009). Andererseits werden raumpsychologische und feldtheoretische Ansätze (LEWIN 1982 in SCHULZE 2008, 173ff.) einbezogen, die den Lebensraum und die darin vorhandenen Wirkungsräume einer Person aufzeigen sowie Wirkungskräfte (Feldkräfte) in ihrer Gesamtheit analysieren. Als Grundauffassung wird angenommen, dass das Verhalten eines Individuums durch die Bedingungen des Lebensraumes, in dem es sich aufhält, bestimmt wird (BÄR 2008, 11). In dem Projekt der Walderlebnisschule ergänzen sich die Auffassungen idealtypisch, so dass jede Projekteinheit an einem anderen Schwerpunkt der Wahrnehmung ansetzt, bei dem die Kinder mit 'allen Sinnen' (u.a. auf kognitiver, taktiler, visueller Ebene) den Wald erleben können.

Die Strukturierung des Angebots richtet sich u.a. in seiner theoretischen Grundlegung nach den Erkenntnissen von AFFOLTER (1975), die veranschaulichte, wie es über den stufenweisen Aufbau von zunächst elementaren Wahrnehmungsfunktionen intramodaler und intermodaler Art über die Stufe der serialen Integration zur Entwicklung komplexer Leistungen kommt (s. Abb. 1). *„Vergleicht man die Entwicklung eines Kindes mit der eines Baumes, so müssen bei einem wahrnehmungsgestörten Kindes die Wurzeln der gestörten Entwicklung angegangen werden und nicht die Auswirkungen.“* Die Wurzeln der sensomotorischen und motorischen und darauf aufbauend der kognitiven Entwicklung sieht sie in der Fähigkeit, Sinnesreize zur Information zu verarbeiten (MILZ 1996, 265f).

³ Walderlebnisschule Bochum: Sitz des Vereins – Limbeckstr. 83, 44894 Bochum, <http://www.walderlebnisschule-bochum.de/>

⁴ Cruismannschule Bochum: Cruismannstraße 2, 44807 Bochum, <http://www.cruismann.bobi.net/Cruismannschule/Willkommen.html>

Abb.: 1: Das Entwicklungsmodell nach Affolter (1987)



Dem entsprechend beginnt die inhaltliche Auseinandersetzung mit Naturphänomenen mit Erfahrungen mit dem eigenen Körper in Raum und Zeit und verschiedenen Wahrnehmungsaspekten im Umgang mit der Natur oder Naturmaterialien, wie z.B.:

- Hören – mit verbundenen Augen (mit gegenseitiger Hilfe) durch den Wald gehen/Ameisenspiel
- Sehen – Bilder aus Blättern und Stöcken erstellen
- Schmecken – Essbare Pflanzen essen
- Riechen – mit verbundenen Augen z.B. Bärlauch riechen
- Tasten – mit verbundenen Augen an Bäumen und Seilen entlang gehen u.a.

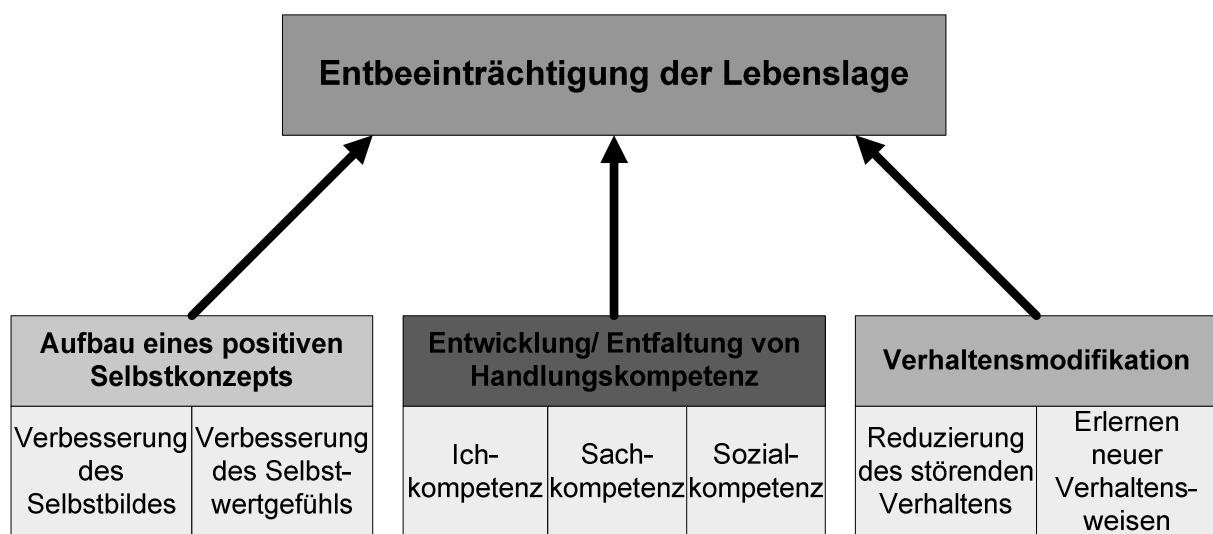
Oberste Zielsetzung ist die Fähigkeit des Kindes, die Abfolge von Reizen bzw. Handlungen als zusammengehörig zu erkennen, also eine Serie wahrzunehmen, zu verarbeiten und sich den Anforderungen entsprechend verhalten zu können.

Inhaltliche Ausrichtung des Projekts

Neben naturpädagogischen Leitlinien stützt sich die inhaltliche Vorgehensweise auf das Konzept der psychomotorischen Entwicklungsförderung. Es basiert auf der Annahme, dass sich Bewegung, Wahrnehmung, Verhalten und Selbsterleben wechselseitig beeinflussen. Bewegung gilt daher in der Psychomotorik als ein wesentliches Medium der Unterstützung und Anbahnung

von Entwicklungsprozessen. Dies führt zum Anspruch einer ganzheitlichen Vorgehensweise, die die Eigenaktivität des Kindes fördert, zum selbständigen Handeln anregt und über Erfahrungen innerhalb einer Gruppe zur Erweiterung der Handlungskompetenz und Kommunikationsfähigkeit beiträgt. Diese entwicklungs- und kindgemäße Art ist weder leistungs- noch defektorientiert, sondern erlebnis- und persönlichkeitsorientiert. Sie ermöglicht es den Kindern, sich spielerisch, frei und ungezwungen handelnd äußern und entwickeln zu können (ZIMMER 1999, 15f, 22; ZIMMER 2004, 185).

Abb. 2: Zielsetzungen psychomotorischer Entwicklungsförderung



Durch die Schaffung von sozialkommunikativen Erlebnis- und Erfahrungsräumen können Verhaltensmodifikationen entstehen, die zur Entbeeinträchtigung der Lebenslage des Kindes beitragen können, da ein reduziertes störendes Verhalten und neue weniger problematische Verhaltensweisen die Akzeptanz der sozialen Umwelt, den Aufbau von Beziehungen und die Zugehörigkeit zur Gemeinschaft erleichtern.

Der hier dargestellte Bezug auf den Ansatz psychomotorischer Förderung verfolgt demnach also sowohl pädagogische als auch therapeutische Ziele. Aus dieser Dichotomie heraus ergibt sich der Anspruch einer pädagogisch-therapeutischen Förderung. Dabei geht es nicht um die Suche nach Möglichkeiten, das Kind an die gesellschaftliche Norm anzupassen, sondern um die Bereitstellung einer dem beeinträchtigten Kind angemessenen Bewegungsumwelt sowie gezielter Bewegungsangebote, damit es seine Fähigkeiten/Handlungskompetenzen erweitern und verbessern sowie ein positives Selbstkonzept entwickeln kann. Dies soll zu weit reichenden positiven Konsequenzen für den Alltag des Kindes führen, da es sich seiner Fähigkeiten und seiner besonderen Persönlichkeit bewusst wird und besser mit seinen

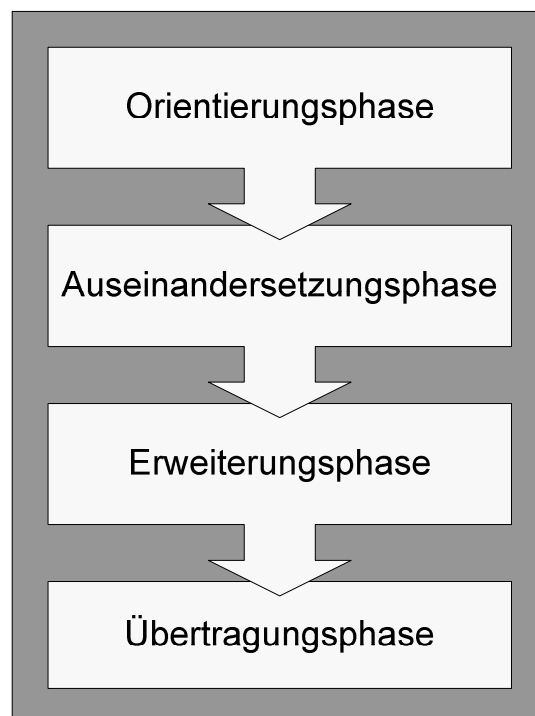
störungsspezifischen Problemen und daraus resultierenden negativ geprägten sozialen Kontakten umgehen kann.

Die Phasen psychomotorischer Entwicklungsförderung

Die Phasen der Psychomotorischen Entwicklungsförderung gehen auf Arbeiten von KRUS (2004) zurück, die ursprünglich für eine psychomotorische Therapie konzeptionell entwickelt worden sind. Im Umgang mit Klienten, die eine spezifische Problemstellung, z.B. ADHS mitbringen, repräsentieren diese Phasen die inhärenten Methodenregeln, die Handlungsanweisungen darüber enthalten, was der GruppenleiterIn bei Vorliegen eines Problems tun soll, um einen Veränderungsprozess einzuleiten. Die zwei Hauptziele der psychomotorischen Entwicklungsförderung sind *die Bildung von Bewältigungsstrategien bei Problemverhalten* und *die Förderung der allgemeinen Entwicklung des Kindes* (KRUS 2004, 88f)

Nach diesem Modell durchlaufen Klienten innerhalb des Förderungsprozesses vier Phasen, die sich in ihren Übergängen teilweise überschneiden können (s. Abb. 2).

Abb. 2: Phasen der Förderung



Die Dauer dieser Phasen ist individuell unterschiedlich und hängt u. a. von der Ausprägung der Problematik, der Beziehung zwischen Kind und Pädagogen sowie dem Einfluss weiterer begleitender Maßnahmen und Umstände ab. Das konkrete Verhalten des Pädagogen gegenüber dem einzelnen Kind richtet sich nach der jeweiligen Phase, in der sich das Kind befindet (KRUS 2004, 130). Während das Kind in den ersten beiden Phasen verstärkt Aufmerksamkeit des

Pädagogen erhält, reduziert sich diese in der dritten Phase, um zu erreichen, dass sich das Kind sukzessive den anderen Kindern der Gruppe zuwendet.

1. Die Orientierungsphase:

Diese Eingangsphase der Förderung dient schwerpunktmäßig dem Beziehungsaufbau und der psychisch-emotionalen Stabilisierung des Kindes. Der Pädagoge, welcher für das neue Kind verantwortlich ist, hat die Aufgabe, ein Klima zu schaffen, in dem das Kind Spaß an den Bewegungsangeboten bzw. an der Förderung finden kann. Durch eigene Erfahrungen und die positiven Rückmeldungen des Pädagogen soll das Kind die eigenen Kompetenzen bewusst wahrnehmen und Vertrauen in seine Fähigkeiten gewinnen. Außerdem soll es sich in dieser Phase an die Pädagogen und die anderen Kinder gewöhnen sowie eine tragfähige Beziehung zu mindestens einem der Pädagogen aufbauen. Oft erkunden die Kinder erst die räumlichen und materiellen Gegebenheiten, sie schaffen sich Rückzugsmöglichkeiten, um die Häufigkeit und Intensität des Kontakts mit anderen regulieren zu können. Im Verlauf der Orientierungsphase erlebt das Kind, dass ihm Freiheit und Eigenverantwortlichkeit bei der Wahl der Materialien, der Spieldauer und der Teilnahme an den Angeboten zugestanden wird, dass es seine Bedürfnisse befriedigen darf und dass es so akzeptiert wird, wie es ist. Das Kind lernt, dass es bestimmte Fähigkeiten hat und dass es durch Hilfestellungen weitere Kompetenzen erwerben kann, die eine zielgerichtete Handlungsorientierung ermöglichen (KRUS 2004, 130ff.).

Die grundsätzliche inhaltliche Ausrichtung dieses Fördergeschehens umfasst:

- Gelegenheit bieten, die eigenen Bedürfnisse zu leben
- Keine „sprachlastigen“ Anweisungen bzw. Spielangebote,
- Erfolgserlebnisse ermöglichen,
- Bewegungsintensive Angebote als Ausgleich zur konzentrativen Anstrengung.

Die zentralen Aufgaben des Pädagogen in dieser Phase sind die Rückmeldungen an das Kindes, in denen er ihm signalisiert, dass es in seinem Verhalten, mit seinen Sorgen und Bedürfnissen verstanden wird, das Anbieten von Handlungsalternativen, die Förderung der Eigenständigkeit des Kindes und die Bewusstmachung von Kompetenzen und Grenzen (KRUS 2004, 131f).

Das Ende der Phase zeichnet sich dadurch ab, dass das Kind die räumlichen Gegebenheiten, die Rituale und den Ablauf der Förderstunde kennt und annimmt, die Regeln der Förderung akzeptiert und bereit ist, mit Hilfe der Pädagogen und der anderen Kinder in strukturierten Angeboten neue Erfahrungen zu machen (KRUS 2004, 132).

2. Die Auseinandersetzungsphase:

Die Auseinandersetzungsphase und die darauf folgende Erweiterungsphase bilden den Kern der Förderung, da in ihnen die meisten Veränderungen erzielt werden. In der Auseinandersetzungsphase wendet sich das Kind verstärkt neuen Materialien und Aufgabenstellungen zu, es variiert sein Handeln, um den Prozess der Problembewältigung selbständig oder ggf. mit Unterstützung anderer zu bewältigen. Signalisiert das Kind, dass es bereit ist, sich neuen Anforderungen zu stellen und verharnt trotzdem in stereotypen Handlungen, kann der Pädagoge Anregungen und Angebote initiieren, welche eine mittlere Abweichung zu den dem Kind vertrauten Handlungsplänen aufweisen, da sie dann für das Kind akzeptabel und zu bewältigen sind (z.B. durch neue Materialien oder Erweiterung der Rahmenhandlung). Im Verlauf der Auseinandersetzungsphase erweitert das Kind seine Handlungsgrenzen und -kompetenzen, indem es sich auf neue Situationen einlässt, Probleme riskiert und Erfolg oder Misserfolg erlebt. Vor allem durch die so erlebte Selbstwirksamkeit in Verbindung mit positiven Rückmeldungen des Pädagogen kann sich sein Selbstkonzept weiter verbessern (KRUS 2004, 132f). Durch das positivere Selbstkonzept ist das Kind bereit, sich neuen Anforderungen/Aufgaben zu stellen und sie zu bewältigen.

Aspekte dieses Abschnittes sind:

- Verschiedene Wahrnehmungsbereiche spezifisch kennen lernen (visuell, taktil, olfaktorisch, usw.),
- Individuelle Stärken und Favoriten sollen vom Kind entdeckt werden.

Die Aufgabe des Pädagogen besteht neben der Initiierung von Angeboten darin, dass er den Veränderungen des Kindes mit Aufmerksamkeit, Akzeptanz und Einfühlungsvermögen begegnet und mögliche Rückschritte und Ängste des Kindes ernst nimmt und behutsam rückmeldet. Durch verbale Verstärkung und Bekräftigung der neu erworbenen Kompetenzen und die Bereitstellung von Situationen, in denen das Kind wiederholt Kontrolle erfährt, kann er das Vertrauen des Kindes in die eigenen Fähigkeiten stabilisieren (KRUS 2004, 133f).

Das Ende dieser Phase ist dadurch gekennzeichnet, dass das Kind in seiner Beziehung zum Pädagogen genügend Stabilität und Sicherheit erlangt hat, um ohne Angst und Selbstzweifel sich neuen Anforderungen, strukturierten Angeboten und Leistungsanforderungen zu stellen und sie auch zu bewältigen. Dies verdeutlicht, dass sein Selbstkonzept ausreichend stabil und positiv besetzt ist (KRUS 2004, 134).

3. Die Erweiterungsphase:

Der Schwerpunkt dieser Phase liegt auf der Erweiterung der bisher erworbenen Fähigkeiten in der Auseinandersetzung mit den anderen Kindern der Gruppe. In diesem geschützten Rahmen kann das Kind seine Verhaltens- und

Handlungsweisen ausprobieren und die Reaktionen bzw. die sich daraus ergebenden sozialen Konsequenzen erleben und verarbeiten. Im Verlauf der Erweiterungsphase stabilisieren sich die Handlungsweisen des Kindes in einer veränderten Umweltsituation. Außerdem erwirbt es soziale Kompetenzen, z.B. das Aushandeln gemeinsamer Spielstrukturen, die Berücksichtigung der Bedürfnisse anderer, die Formulierung und Durchsetzung eigener Belange. Des Weiteren steigt die Frustrationstoleranz des Kindes, da nicht mehr seine eigenen Bedürfnisse bzw. es selbst im Vordergrund stehen und es nicht mehr die ungeteilte Aufmerksamkeit des Pädagogen erhält. Es ist nun ein gleichwertiges Mitglied der Gruppe geworden, das sich in dieser behaupten kann und muss (KRUS 2004, 134f).

- Dem Thema Aufmerksamkeit auf spielerische Weise annähern,
- Bereitschaft wecken, z.B. hören zu wollen – hören kann Spaß machen,
- Verschiedene Aspekte (Teilfunktionen) des Hörens kennen lernen,
- Hörstrategien entwickeln helfen,
- Hören im intermodalen und serialen Zusammenhang erfahren,
- sich im überschaubaren Maß konzentrieren.

Der Pädagoge hat zu Beginn dieser Phase die Aufgabe, dem Kind Rückzugsmöglichkeiten und Schutzräume offen zu lassen. Während des gemeinsamen Handelns in der Gruppe hat er Hilfestellungen zu geben, damit das Kind adäquat handeln und sich in die Gruppe integrieren kann. Je besser es dem Kind gelingt, sich in der Gruppe als selbstbewusstes, kompetentes Mitglied zu behaupten und an gemeinsamen Aktivitäten teilzunehmen, desto mehr zieht sich der Pädagoge zurück (KRUS 2004, 134f).

Das Ende dieser Phase zeichnet sich dadurch ab, dass das Kind seine Fähigkeiten und sein Selbstvertrauen festigen und seine soziale Kompetenz entwickeln und erweitern konnte. Neben der nun situationsübergreifenden stabilen Handlungskompetenz und einem gefestigten positiven Selbstkonzept kann es in einem sozialen Gefüge Herausforderungen annehmen und bewältigen sowie Probleme und Konflikte lösen (KRUS 2004, 136).

4. Die Übertragungsphase:

Die Übertragungsphase leitet die Ablösung des Kindes von der Förderung ein, da es nun bereit ist, sich in neuen Handlungsfeldern zu behaupten. Ideal wäre es, wenn das Kind außerhalb der Förderung ein Freizeitangebot beginnen würde, in dem es sein Bewegungsbedürfnis befriedigen und weitere soziale Erfahrungen machen kann. Es kann sich so ein neues Betätigungsfeld erschließen, in welchem es seine erworbenen Kompetenzen anwenden kann. Die Förderung würde zunächst parallel zu diesem Freizeitangebot laufen und dann mit immer geringer werdender Frequenz auslaufen. So bietet die Förderung dem Kind einen Schutzraum, in dem es in einem vertrauten Rahmen

die Erfahrungen des Alltags und des Freizeitangebots verarbeiten kann und in dem es in seinen erworbenen Fähigkeiten bestätigt wird und Rückhalt erhält (KRUS 2004, 136).

- In „konzentrationsanspruchsvollen“ Situationen dabei bleiben,
- Rückzugs- oder aggressive Tendenzen in der Gruppe vermeiden lernen,
- Kompensationsmöglichkeiten entdecken,
- Spezifische Handlungspläne anwenden.

Das Ende der Übertragungsphase und damit der Förderung ist erreicht, wenn das Kind die individuell festgelegten Ziele erreicht hat und mit seiner Störung im Alltag handlungsfähig ist. Die Lebenslage des Kindes ist dann als „entbeeinträchtigt anzusehen“ (Krus 2004, 136f).

Der Pädagoge hat die Aufgabe, das Kind bei der Ablösung aus der Förderung zu unterstützen. Diese Ablösung bedeutet für das Kind, einen Schutzraum zu verlassen, der Geborgenheit und Sicherheit bietet und in dem es viel Spaß erlebt hat. Der Pädagoge zeigt dem Kind seinen Entwicklungsverlauf auf und erklärt, dass es nun diese Unterstützung nicht mehr benötigt. Diese verbale positive Rückmeldung fließt in das Selbstkonzept des Kindes ein und stärkt sein Selbstbewusstsein. In der letzten Förderstunde wird das Kind feierlich von den Pädagogen und den anderen Kindern verabschiedet (KRUS 2004, 136ff.).

Neben der generellen Zielsetzung des Initiierens und Unterstützens von Lern- und Entwicklungsprozessen mittels unmittelbaren Naturerlebens in den Bereichen Körpersinne und -wahrnehmung (Selbstkonzept), Aufgabenverständnis, Konzentration, Selbstwirksamkeit, Soziabilität, Kreativität, Wissensvermittlung werden in diesem Prozess für Kinder mit ADHS folgende Ziele angestrebt:

1. Ziele im kognitiven und sozialen Bereich

- die Konzentrationsfähigkeit der Kindern soll gehalten/gesteigert werden,
- das Gruppengefühl soll neu erfahren und entdeckt werden,
- Werte und Normen werden vermittelt,
- die Kinder lernen Regeln einzuhalten und Rücksicht zu nehmen,
- sie haben Spaß in der Gruppe und lernen spielend Regeln einzuhalten und sich anzupassen/Rücksichtnahme.

2. Ziele im motorischen und sozial-emotionellen Bereich:

- Erfahrung und Erleben des eigenen Körpers sowie Selbstwertgefühl sollen gesteigert/gefördert werden,
- Motorik/Wahrnehmung, insbesondere die Impulskontrolle sollen verbessert und gefördert werden,
- die Kinder lernen sich auf andere Lebewesen einzustellen und Verantwortung zu übernehmen,

- Vertrauen gegenüber anderen Lebewesen kann gewonnen werden.

Kinder mit ADHS können durch die oben beispielhaft beschriebenen Erfahrungsräume und Interaktionen lernen, Vertrauen zu fassen, Bindungen zuzulassen und sich auf den eigenen Körper einzulassen. Durch die ressourcenorientierte Vorgehensweise und die aufeinander aufbauenden Anforderungen wird dem Kind ermöglicht, Selbstwirksamkeit zu erfahren, seine Ausdrucksfähigkeit zu verbessern und somit selbstsicherer im Umgang mit dem sozialen Umfeld zu agieren. Erfährt das Kind beispielsweise zum ersten Mal, dass es seine Aufmerksamkeit bündeln kann und seine innere Unruhe für einige Zeit ablegen kann, so wird es versuchen, diesen Zustand erneut und wiederholt zu erreichen (Verbesserung der Kontrollmeinung).

Zur Frage der Wirksamkeit des Projekts „Wald statt Ritalin!?“

In einer Vergleichsuntersuchung sollten 14 Kinder mit diagnostiziertem ADHS in unterschiedlichen Settings hinsichtlich der Förderung ihrer Aufmerksamkeit untersucht werden. Sieben Kinder wurden im Rahmen einer waldpädagogischen Arbeit in der Walderlebnisschule Bochum und in der Nachmittagsbetreuung hinsichtlich ihrer getestet. Eine zweite Gruppe wurde reittherapeutisch begleitet und hinsichtlich ihrer Aufmerksamkeit zusätzlich auch in der Nachmittagsbetreuung getestet. Im Unterschied zu der Untersuchung von TAYLOR und KUO sind die hier getesteten Kinder alle Schüler einer Förderschule mit Förderschwerpunkt Lernen in Bochum. Die Kinder wurden jeweils über sechs Wochen immer montags zwischen 13.30 und 15.00 Uhr in der Walderlebnisschule bzw. in der Nachmittagsbetreuung der Schule begleitet und getestet. Die Tests wurden sowohl zu Beginn der Sitzungen als auch am Ende durchgeführt. Zusätzlich zu den Zahlentests wurden Kinder mittels des Döpfner-Beobachtungsbogens beurteilt.

Die Kinder aus der reittherapeutischen Gruppe konnten aufgrund unregelmäßiger Teilnahme nicht in die Studie einbezogen werden.

Ergebnisse

Abb. 3: Ergebnisse 3. Waldtag

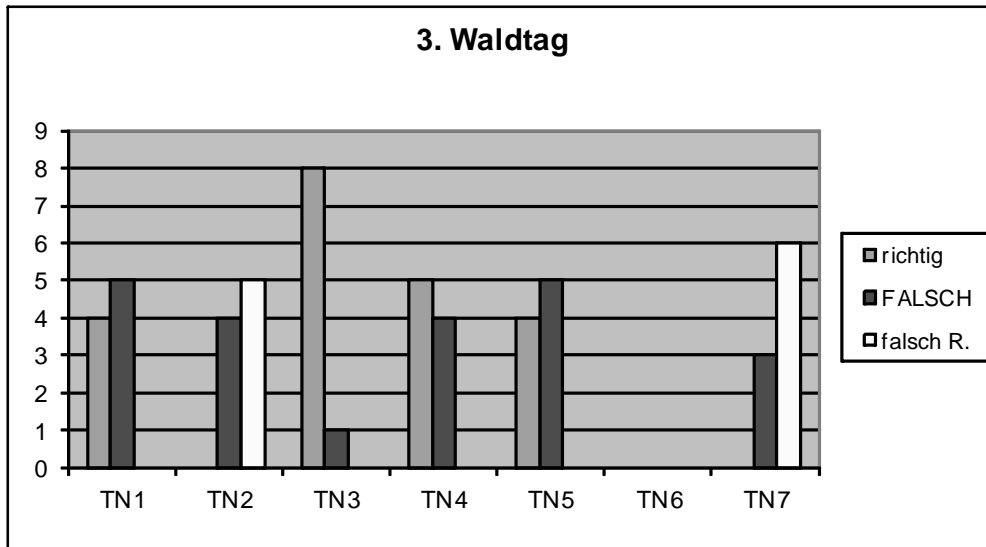


Abb. 4: Ergebnisse 4. Waldtag

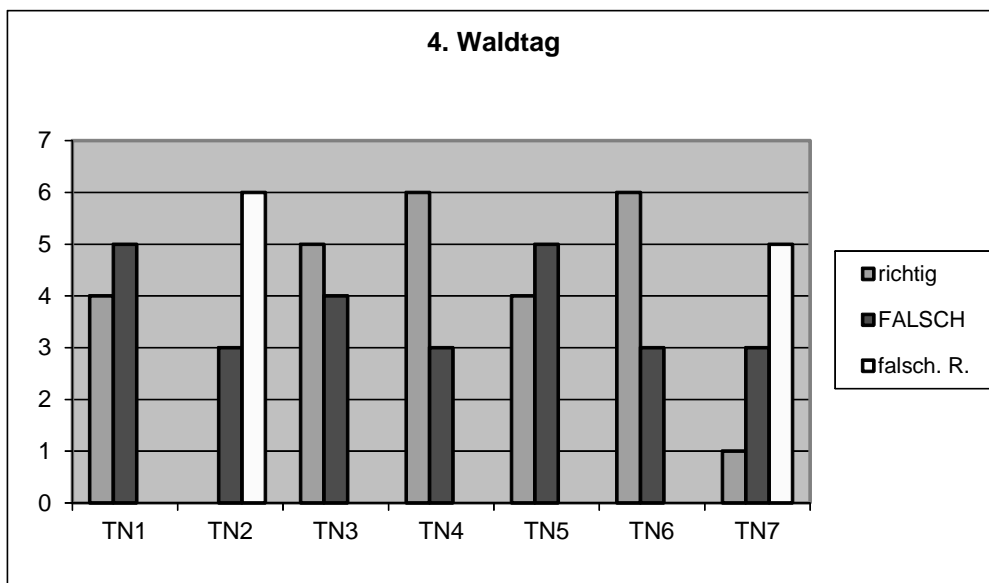


Abb. 5: Ergebnisse 2. Schultag

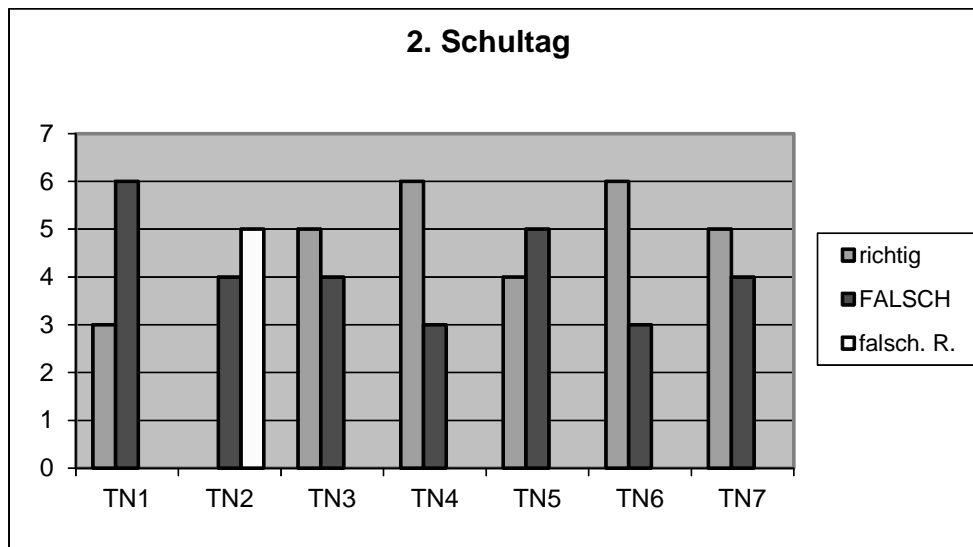
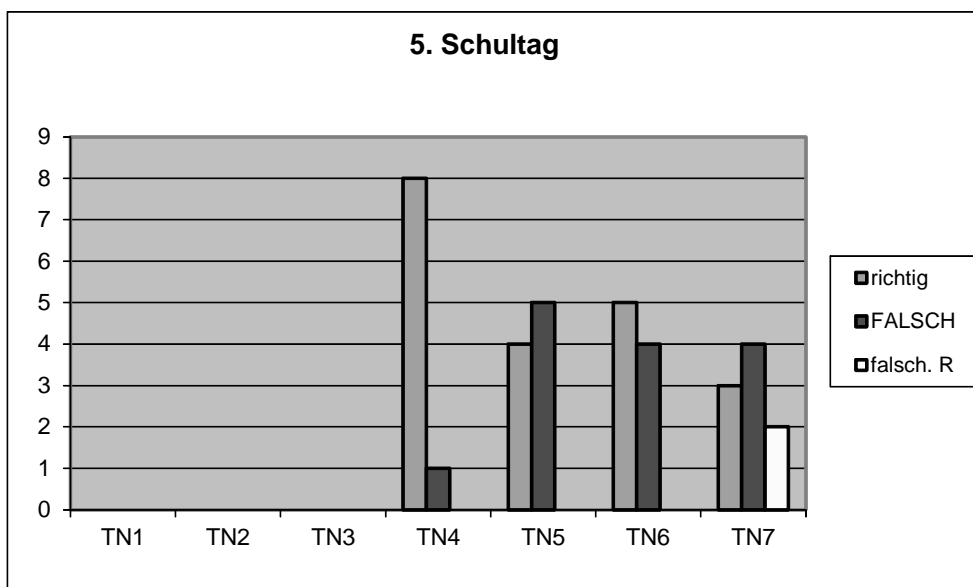


Abb. 6: Ergebnisse 5. Waldtag



Über alle Testungen hinweg wurden insgesamt 94 richtig in der Walderlebnisschule und 87 richtig in der Nachmittagsbetreuung in der Schule aufgeschrieben. Die Tester beobachteten insgesamt eine erhöhte Motivation und Aufmerksamkeit der Kinder in der Walderlebnisschule.

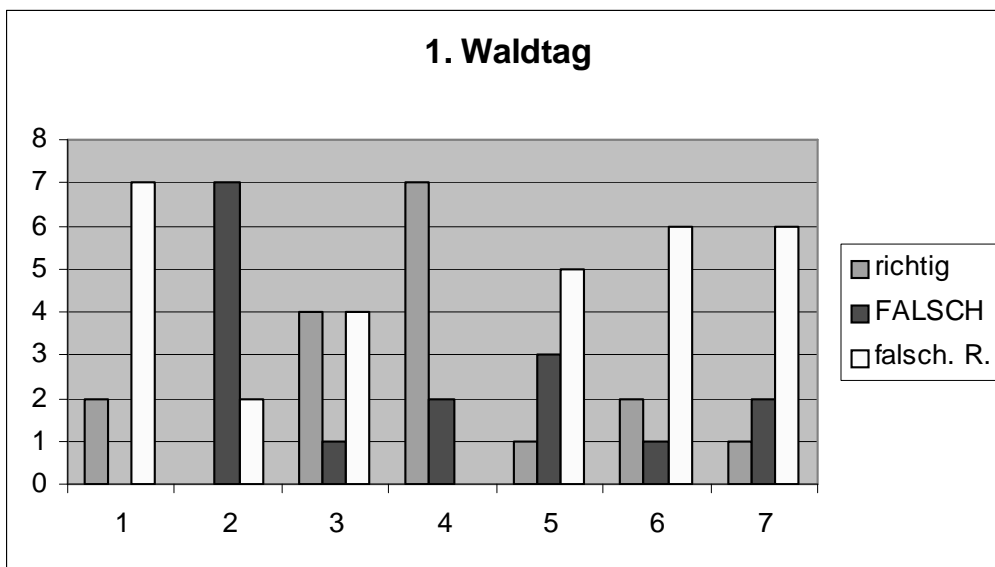
Hieraus kann jedoch nur eine Tendenz abgeleitet werden. Aber für die Lehrkräfte war es erstaunlich, dass die Kinder überhaupt bereit waren, sich der Testsituation auszusetzen und dann auch noch eine erhöhte Konzentration zeigten. Am Beispiel von Dennis wird deutlich, wie die Testungen durchgeführt worden sind.

Fallanalyse Dennis N. (TN4)

Dennis N. ist 11 Jahre alt. Er kommt aus relativ belasteten Familienverhältnissen, weil die Mutter an Depressionen leidet und der Vater chronisch erkrankt ist. Dennis hat zwei ältere Geschwister, von denen eines eine starke Auffälligkeiten im Bereich der emotionalen-sozialen Entwicklung zeigt. Während des ersten Schuljahres werden auch bei Dennis Schwierigkeiten im Sozialverhalten, insbesondere im Aufbau positiver Beziehungen, und der Emotionalität festgestellt. Dennis Verhalten wird als von einem sehr geringen Selbstwertgefühl geprägt bezeichnet. Häufig sind aggressive Handlungen für ihn der einzige Weg, um mit seinen Mitschülern in Kontakt zu treten. Darüber hinaus ist sein Hör- und Sehvermögen geringfügig beeinträchtigt. Dennis weigert sich jedoch, eine Brille zu tragen. Nach einem zweimaligen Schulwechsel besucht er nun eine Förderschule Lernen. Qualitative Testverfahren ergaben für Dennis einen IQ von 63 (CFT 1) (Klassennorm) bzw. 79 (SON-R).

Während der Testungen für das Waldprojekt verhielt sich Dennis kooperativ. Gleich bei der ersten Testung am Anfang des Projektes hat er die Aufgabenstellung, die gehörten sowie gesehenen Zahlen in umgekehrter Reihenfolge aufzuschreiben (grün), richtig verstanden und auch umgesetzt. So schneidet er z.B. bei der ersten Testung als Bester unter den sechs Kindern ab.

Abb.: 7: Ergebnisse 1. Waldtag



Nur dreimal während der insgesamt zwölf Testungen schreibt Dennis die komplette Zahlenfolge in der vorgelesenen Reihenfolge auf (gelb). Daraus kann man schließen, dass er in der Lage war, die Aufgabenstellung zu begreifen und umzusetzen. Fehler im Bereich des Nichtverdrehens der Zahlenfolge werden dementsprechend auf einen kurzzeitigen Mangel an Aufmerksamkeit und Konzentration zurückgeführt. Darüber hinaus können einige Fehler, bei einem

inkompletten oder falschen Aufschreiben der Zahlenfolge (rot), auf Dennis Sehschwäche zurückgeführt werden. Er verwechselt beispielsweise beim ersten, zweiten und dritten Waldtag jeweils bei der ersten Testung in der letzten Zahlenfolge die zwei mit der sieben und die sieben mit der eins. Auch beim Auseinanderhalten der Zahlen acht und drei tauchen bei Dennis Schwierigkeiten auf, da sich auch diese Zahlen optisch sehr ähnlich sind.

Ergebnisse Schultestung Dennis/TN 4 im Vergleich zu anderen Kindern

Tab. 1: Gesamtübersicht der Testungen von Dennis

Datum	1.Waldtag	2.Waldtag	3.Waldtag	4.Waldtag	5.Waldtag	6.Waldtag
1.Test						
82						
21						
35						
574						
7296	6	6				6973
41357			7			
165298			98		64	892518
8592346			6432	64329	892561	6432915
69173258	852327	852327	852327	85237	85231	8523456
2.Test						
56						
13						
64						
259						
8493						3949
97852			2586	97382		
367194			4917	3671		
4579281	182	182	1829	1859	189754	182974
31795482	28459	28459	5482	28456	2859718	2845976

		falsche Reihenfolge oder fehlend
		Zahlen komplett, aber nicht umgedreht
		richtig

Hinsichtlich der aufgestellten These, „Der Wald wirkt beruhigend und konzentrationsfördernd auf Kinder mit Verhaltensproblemen“ können bei Dennis keine Aussagen getroffen werden, welche diese Annahme bestätigen würde. Es mangelt hierbei an eindeutigen Ergebnissen. Darüber hinaus war

Dennis oft nicht anwesend, wenn die Testungen an der Schule durchgeführt wurden, so dass insgesamt nur drei Schultests zu einem Vergleich herangezogen werden können. Fest steht jedoch, dass der erste der vorhandenen Testungen in der Schule in etwa mit dem ersten Testdurchgang des ersten und zweiten Waldtages, hinsichtlich der Fehlerquote, übereinstimmt. Ob diese Ergebnisse auf eine gute Tagesform zurückzuführen sind oder ob es daran liegt, dass Dennis neuen und ungewohnten Situationen mit erhöhter Aufmerksamkeit begegnet, kann nicht eindeutig belegt werden.

Tab. 2: Gesamtübersicht „Schultage“ von Dennis

	1.Schultest	2.Schultest	3.Schultest	4.Schultest	5.Schultest	6.Schultest
56						
13			fehlt		fehlt	fehlt
64						
259						
8493						
97852		97352				
367194	491					
4579281		4719281				
31795482	284	31795489		28578913		

Fazit über die gegenwärtige Wirksamkeitsstudie

Das vorliegende Ergebnis kann nur als Grundlage für weitere Forschungen gesehen werden. Es ist nicht repräsentativ und auch nicht evidenzbasiert. Aber es zeigt die Notwendigkeit auf, nicht nur im Offenen Ganzttag über spezielle Förderungen von Kindern mit ADHS nachzudenken. Auch im Umfeld von Schule sind neben der medikamentösen Therapie unterschiedliche Therapieformen ein- und umsetzbar. Neben naturpädagogischen Angeboten können social skill Trainings und Neurofeedbackmethoden ebenso Bestandteil des multimodalen Therapieansatzes sein wie verhaltenstherapeutische Vorgehensweisen.

Kritischer Rück- und Ausblick

Es ist nicht das vorrangige Ziel des Projektes „Wald statt Ritalin?“, die Unterschiede in der Lernentwicklung möglichst gering zu halten, sondern das Bemühen geht dahin, jedes Kind mit naturnahen Thematiken in seiner aktuellen Entwicklung, insbesondere seiner ADHS-Problematik möglichst gut zu unterstützen. In der sich vom „klassischen“ Unterricht unterscheidenden Lernumgebung ergeben sich viele Themen, die die Interessen der Schüler und

Schülerinnen auf unterschiedlichen Ebenen wecken und die sie auf verschiedenen Zugangswegen verinnerlichen können. Wichtig ist jedoch die Analyse, was jeder Schüler durch die Arbeit an den verschiedenen Thematiken erreichen oder vertiefen soll, d.h. welche Kompetenzen und Verhaltensweisen soll er/sie erwerben, welches Wissen soll er/sie sich aneignen? Darüber hinaus ist bedeutsam, welche Entfaltungsräume und Experimentiermöglichkeiten die Themen dem einzelnen Schüler/der einzelnen Schülerin und der Gruppe bieten, um ein gemeinsames Lernen zu ermöglichen (Steinert 2012, 61).

In Anlehnung an die Studien von TAYLOR et al. (2001) wurden die Kinder nach jeder Sitzung getestet. Die ersten Testergebnisse zeigen eine erhöhte Konzentration aller Kinder in der Walderlebnisschule über den gesamten Testzeitraum hin. Im schulischen Kontext war vielfach die Testung nicht möglich, weil die Kinder sich noch nicht einmal hinsetzten. Es scheint, dass das waldpädagogische Arbeiten den Kindern gefallen hat und sie dadurch zu z.T. erstaunlichen Leistungen fähig waren. Der Digital Span Backwards Test verlangte von den Kindern, sich eine neunstellige Zahl zu merken und rückwärts aufzuschreiben. Es ist davon auszugehen, dass Lernen in diesem Setting besser möglich scheint als in der Nachmittagsbetreuung in der Schule.

Ziel ist es daher, gemeinsam mit den Kooperationspartnern ein Betreuungsprogramm für Kinder mit ADHS im Offenen Ganztage zu entwickeln, um ihnen ein spezifisches Förder- und Hilfeplanangebot machen zu können (Zentrales ADHS-Netz, Eckpunkte zu ADHS und Schule). Zudem ist es dringend notwendig, Möglichkeiten von ergänzenden nicht-medikamentösen Therapien zu eruieren und auf ihre Wirksamkeit hin zu überprüfen, wie es die Konsensuskonferenz des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherheit 2002 gefordert hat: „Die Therapie der ADHS ist als multimodales Behandlungsangebot definiert“ (Konsensuskonferenz ADHS, Bonn 2002). In diesem interdisziplinären Geschehen leistet Naturpädagogik einen wertvollen Beitrag zur (Neu-)Orientierung von Entwicklungs- und Bildungschancen für Kinder mit ADHS.

Literatur

- AFFOLTER, F. (1975): Wahrnehmungsprozesse, deren Störungen und Auswirkungen auf die Schulleistung. Zft. F. Kinder- und Jugendpsychiatrie, 2, 223 – 234.
- AFFOLTER, F. (1987): Wahrnehmung, Wirklichkeit und Sprache. Villingen-Schwenningen: Neckar Verlag.
- ADHS-Netzwerk (2009): Eckpunktepapier. In: <http://www.lwl.org/psychiatrie-marsberg-download/PDF/Eckpunkte%20zu%20ADHS%20und%20Schule.pdf>.
- BÄR, P. k-D. (2008). Architekturpsychologie. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Barkley, R.A. (1998): The Attention Deficit Disorder. A handbook for diagnosis and treatment. New York: Guilford Press.

- BERMAN, MG./JONIDES, J./KAPLAN, S. (2008): The cognitive benefits of interacting with nature, *Psychol Sci.* 19 (12), 1207 - 1212.
- BRÄMER, R. (2009): Gesunde Natur ist schöne Natur – Wandern erschließt die heilenden Potenziale der natürlichen Umwelt. In: Bundesamt für Naturschutz (Hrsg.): Tagungsdokumentation Naturschutz & Gesundheit -Allianzen für mehr Lebensqualität in Bonn vom 26.- 27.05.2009, 55 – 58.
- DIMITROU, M., Sport zwischen Inklusion und Exklusion, „S:Z:D Arbeitspapiere Praxis“ der Robert-Jungk-Stiftung, 2011 <http://www.jungk-bibliothek.at/ap2.pdf>.
- DÖPFNER, M./BANASCHEWSKI, T./SONUGA-BARKE, E.(2008): Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörungen, In: PETERMANN, F. (Hrsg.): Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie. 6. Aufl., Hogrefe, Göttingen, 257 - 276.
- EIKELMANN, B./RHEKER, T./RICHTER, D. (2005): Zur sozialen Exklusion psychisch kranker – Kritische Bilanz und Ausblick der Gemeindepsychiatrie des 21.Jahrhunderts. In: *fortschr neurol psychiatr*, 73, 664 – 673.
- Fokus (2009): Generation Nervensäge 41, 91 – 94.
- GERDES, A.C/HOZA, B./PELHAM, W.E. (2003): Attention deficit/hyperactivity disorder boys relationships with their mothers and fathers: child, mother and father perception, In: *Dev. Psychopathol*, 15 (2), 363 – 382.
- GLAESKE, G. (2008), (Analyse von Routinedaten der GEK von Kindern und Jugendlichen mit ADHS-Diagnose und Stimulanzienverordnungen Hinweise zur Versorgungsqualität, In: http://www.bptk.de/uploads/media/20081015_analyse_von__routinedaten_der_gek_von_kindern_und_jugendlichen_mit_adhs-diagnose_und_stimulanzienverordnung_gek-report.pdf.
- HARPIN, VA. (2005): The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. In: *Arch Dis Child*.90 Suppl 1, 2 – 7.
- HENNICKE, K. (2007): Ist die Behandlung mit Psychopharmaka wirklich eine Therapie?. Zusammenfassung des Symposiums „Geistige Behinderung und psychische Störung“ der LWL-Klinik Bochum. <http://www.dgsgeb.de/downloads/band%2017.pdf>.
- HENNICKE, K. (2008): Trauma und geistige Behinderung. Zusammenfassung der Fachtagung „Geistige Behinderung und Trauma“ des Konsul-Hackfeld-Haus Bremen. http://www.izsr.de/downloads/Klaus_Hennicke.pdf.
- HÜTHER, G.. (2009), Die Stimme unserer Kinder, <http://www.diestimmenunsererKinder.de/experteninterviews/prof-dr-gerald-huether-neurobiologe>
- HÜTHER, G. (2010): "ADHS ist die Folge veränderter Sozialerfahrungen". In: http://www.winfuture.de/downloads/psychologie-heute_interview-huether_gerald_pro.pdf.
- (HÜTHER O.J.): „Schon das Kind anzuschauen und anzufassen, wirkt oft Wunder“. In: <http://www.winfuture.de/downloads/istdazappelphilippsyndromeinekrankheit.pdf>.
- IRLE, K. (2011): Die letzte Chance. In: <http://www.fr-online.de/schule/die-letzte-chance,5024182,8281340.html>.
- JAMES, W. (1962). *Psychology: The briefer course*. New York: Collier Books. (Original work published 1892).
- JENSEN, P. et.al. (2008) Evidence, interpretation, and qualification from multiple reports of long-term outcomes in the Multimodal Treatment study of Children With ADHD (MTA): part I: executive summary., In: *J Atten Disord.*, 12 (1), 4 – 14.
- KAPLAN, R. (1983). The role of nature in the urban context. In I. Altman & J. Wohlwill (Eds.), *Behavior and The natural environment*. New York: Plenum (127 - 161).
- KAPLAN, R. (1973). Some psychological benefits of gardening. *Environment & Behavior* 5 (2), 145 -161.
- KAPLAN, S. (1995). The restorative benefits of nature: Toward an integrative framework. *Journal of Environmental Psychology*, 15, 169 - 182.

- KAPLAN, S., & TALBOT, J. F. (1983) Psychological benefits of a wilderness experience. *Human Behavior & Environment: Advances in Theory & Research*, 6, 163 – 203.
- Kommunaler Index für Inklusion (22.03.2012) In: <http://www.montag-stiftungen.de/jugend-und-gesellschaft/projekte-jugend-gesellschaft/projektbereich-inklusion/kommunaler-index-fuer-inklusion/kommunenundinklusion-konzept.html>
- Luhmann, N. (1997): *Die Gesellschaft der Gesellschaft*, Frankfurt/M
- KRUS, A. (2004): *Mut zur Entwicklung*. Schorndorf: Hofmann.
- MTA Cooperative Group (1999): A 14-month Randomized Clinical Trial of Treatment Strategies for Attention-Deficit/Hyperactivity-Disorder, *Arch Gen Psychiatry*.56, 1073 - 1086.
- MILZ, I. (1996): *Neuropsychologie für Pädagogen*. Dortmund: borgmann.
- PFAHL, L. (2005): Die Exklusion von Schüler/innen mit sonderpädagogischem Förderbedarf, In: *Gemeinsam leben - Zeitschrift für integrative Erziehung* Nr.10/05, 68 - 78.
- PFLUGER-JAKOB, M. (2007): *Kinder mit Wahrnehmungsstörungen*. Erkennen - Verstehen - Fördern. Freiburg, Basel, Wien: Herder.
- RADTKE, S. (2011): Inklusion von Menschen mit Behinderung im Sport. In: *Politik und Zeitgeschichte*, *ApuZ*, 16 - 19.
- REICH, K. (2012): *Inklusion und Bildungsgerechtigkeit*. Weinheim: Beltz.
- SCHLACK, R./HÖLLING, H./ KURTH, BM./HUSS, M. (2007): Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS), In: *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 50 (5 - 6), 827 – 835.
- SCHULZE, G. (2008): Der feldtheoretische Ansatz nach Kurt Lewin. In: Vernooij, M./Wittrock, M. (Hrsg.): *Verhaltensgestört!?*. 173 – 198.
- STEINERT, W. (2012): Exkurs Lernlandschaften. In: Mittendrin e.V. (Hrsg.): *Eine Schule für alle*. Mühlheim: Verlag an der Ruhr, 60 – 63.
- TAYLOR, A.F., KUO, F.E., SULLIVAN, W.C. (2001): Coping with ADD. The Surprising Connection to Green Play Settings. In: *Environment and Behavior*, 33, 54 – 57.
- THAPAR et al. (2005), The genetics of attention deficit hyperactivity disorder., In: *Hum Mol Genet*. 2005 Oct 15;14 Spec No. 2, 275 - 282.
- WARNKE, A. (2011): *Psychotherapiestudie zur Behandlung der ADHS bei Kindern und betroffenen Müttern: Wirksamkeit eines Elterntrainings zur Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern in Abhängigkeit von der Behandlung ihrer ebenfalls von ADHS betroffenen Mütter* (<http://kjp.uk-wuerzburg.de/de/forschung/adhd/forschungsverbund-psychotherapie-adhs/psychotherapiestudie-zur-behandlung-der-adhs-bei-kindern-und-betroffenen-muettern.html>)
- ZIMMER, R. (1999; 2002): *Handbuch der Bewegungserziehung*. Freiburg: Herder.
- ZIMMER, R. (2004): *Handbuch der Psychomotorik. Theorie und Praxis der psychomotorischen Entwicklungsförderung von Kindern*. Freiburg: Herder.

Autoren

Prof. Ursula Henke

Prof. Michael Wendler

Evangelische Fachhochschule Bochum

Immanuel-Kant-Straße 18-20

44803 Bochum

Tel. 0234-36901167; Fax 0234-3690130

E-Mail: henke@efh-bochum.de

Dr. med. Knut Hoffmann

Stellvertr. Ärztlicher Direktor

LWL-Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventionsmedizin

Alexandrinestraße 1-3, 44791 Bochum

Tel. 0234-50771105; Fax: 0234-50771119

E-Mail: knut.hoffmann@wkp-lwl.org

Prof. Dr. med. Martin Holtmann

LWL-Universitätsklinik Hamm der Ruhr-Universität Bochum

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters

Heithofer Allee 64, 59071 Hamm

Dr. med. Tanja Sappok

Fachärztin für Neurologie und Nervenheilkunde, Psychotherapie

Oberärztin am Berliner Behandlungszentrum für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung

Abteilung Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH

Herzbergstraße 79, 10365 Berlin

Tel: 030/5472 4950; Fax: 030/5472-4959

E-Mail: t.sappok@keh-berlin.de

Impressum

Die „*Materialien der DGSGB*“ sind eine Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB) und erscheinen in unregelmäßiger Folge. Anfragen und Anforderungen an die Redaktion erbeten.

Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit
bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB)
Maraweg 9
33617 Bielefeld
Tel. 49 + 521 144-2613
Fax 49 + 521 144-3467
www.dgsgb.de

Redaktion

Prof. em. Dr. Klaus Hennicke
Nelkenstr. 3
12203 Berlin
Tel.: 0174/989 31 34
E-Mail klaus.hennicke@gmx.de

Zweck

Die Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB) verfolgt das Ziel, bundesweit die Zusammenarbeit, den Austausch von Wissen und Erfahrungen auf dem Gebiet der seelischen Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung zu fördern sowie Anschluss an die auf internationaler Ebene geführte Diskussion zu diesem Thema zu finden.

Hintergrund

Menschen mit geistiger Behinderung haben besondere Risiken für ihre seelische Gesundheit in Form von Verhaltensauffälligkeiten und zusätzlichen psychischen bzw. psychosomatischen Störungen. Dadurch wird ihre individuelle Teilhabe an den Entwicklungen der Behindertenhilfe im Hinblick auf Normalisierung und Integration beeinträchtigt. Zugleich sind damit besondere Anforderungen an ihre Begleitung, Betreuung und Behandlung im umfassenden Sinne gestellt. In Deutschland sind die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen für eine angemessene Förderung von seelischer Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung noch erheblich entwicklungsbedürftig. Das System der Regelversorgung auf diesem Gebiet insbesondere niedergelassene Nervenärzte und Psychotherapeuten sowie Krankenhauspsychiatrie, genügt den fachlichen Anforderungen oft nur teilweise und unzulänglich. Ein differenziertes Angebot pädagogischer und sozialer Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung bedarf der Ergänzung und Unterstützung durch fachliche und organisatorische Strukturen, um seelische Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung zu fördern. Dazu will die DGSGB theoretische und praktische Beiträge leisten und mit entsprechenden Gremien, Verbänden und Gesellschaften auf nationaler und internationaler Ebene zusammenarbeiten.

Aktivitäten

Die DGSGB zielt auf die Verbesserung

- der Lebensbedingungen von Menschen mit geistiger Behinderung als Beitrag zur Prävention psychischer bzw. psychosomatischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten
- der Standards ihrer psychosozialen Versorgung
- der Diagnostik und Behandlung in interdisziplinärer Kooperation von Forschung, Aus-, Fort- und Weiterbildung
- des fachlichen Austausches von Wissen und Erfahrung auf nationaler und internationaler Ebene.

Um diese Ziele zu erreichen, werden regelmäßig überregionale wissenschaftliche Arbeitstagungen abgehalten, durch Öffentlichkeitsarbeit informiert und mit der Kompetenz der Mitglieder fachliche Empfehlungen abgegeben sowie betreuende Organisationen, wissenschaftliche und politische Gremien auf Wunsch beraten.

Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft steht jeder Einzelperson und als korporatives Mitglied jeder Organisation offen, die an der Thematik seelische Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung interessiert sind und die Ziele der DGSGB fördern und unterstützen wollen.

Die DGSGB versteht sich im Hinblick auf ihre Mitgliedschaft ausdrücklich als interdisziplinäre Vereinigung der auf dem Gebiet tätigen Fachkräfte.

Organisation

Die DGSGB ist ein eingetragener gemeinnütziger Verein. Die Aktivitäten der DGSGB werden durch den Vorstand verantwortet. Er vertritt die Gesellschaft nach außen. Die Gesellschaft finanziert sich durch Mitgliedsbeiträge und Spenden.

Vorstand:

Prof. Dr. Michael Seidel, Bielefeld (Vorsitzender)
 Prof. Dr. Klaus Hennicke, Berlin (Stellv. Vorsitzender)
 Prof. Dr. Theo Klauß, Heidelberg (Stellv. Vorsitzender)
 Prof. Dr. Gudrun Dobsław, Bielefeld (Schatzmeisterin)
 Dr. Knut Hoffmann, Bochum
 Dipl.-Psych. Stefan Meir, Meckenbeuren
 Juniorprof. Dr. Pia Bienstein, Köln

Postanschrift

Prof. Dr. Michael Seidel
 v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel
 Bethel.regional
 Maraweg 9
 D-33617 Bielefeld
 Tel.: 0521 144-2613
 Fax: 0521 144-3467
 www.dgsgb.de

