

# Das sprachauffällige ADHS-Kind

Cordula Neuhaus

**V**or gut einem Jahr brachte Forum Logopädie einen Beitrag zum Thema ADHS (Franke, 2001). Inzwischen hat die Debatte u.a. durch die PISA-Studie neue Nahrung erhalten. Cordula Neuhaus greift das Thema erneut auf und gibt aus der Praxis für die Praxis Empfehlungen zur Diagnostik und zum Umgang mit sprachauffälligen ADHS-Kindern.

## Begrifflichkeit

Die Begrifflichkeit geht derzeit etwas durcheinander: Hyperkinetische Störung oder Hyperkinetisches Syndrom, Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens oder ADS mit und ohne Hyperaktivität, etc.. Im Begriff ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) oder ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) ist die Kardinalsymptomatik der Impulskontrollstörung, der Aufmerksamkeitsstörung, fakultativ der Hyperaktivität enthalten. Motorische Unruhe kann die Störung der Daueraufmerksamkeit und der Impulsivität begleiten, vor allem Mädchen haben aber dieses Symptom nicht, sie sind die „Träumerchen“ oder „Chaosprinzessinnen“.

Kinder mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung müssen dabei keinesfalls ein durchgehendes Verhaltensmuster von innerer Getriebenheit, Abgelenktheit und Zappeligkeit zeigen. Sie können bei Interesse (aber nur dann!) sogar extrem aufmerksam und ruhig sein, so sehr, dass alles um sie herum versinkt.

Im deutschen Sprachraum wird vor allen Dingen die „Hyperkinetische Störung“ und die „Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens“ beschrieben und akzeptiert, während die Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (im ICD-10 zu finden unter der Diagnosenummer F 98.8) noch viel zu wenig Beachtung findet.

Der Kriterienkatalog DSM-IV der Amerikaner beschreibt drei Subtypen bei ADHS, wobei der vorwiegend impulsiv hyperaktive Typus wohl den „Kleinkindertypus“ des häufigsten Erscheinungsbilds bei Jungen darstellt: der unaufmerksam-impulsiv hyperaktive Typus.

## Symptomatik

Der vorwiegend unaufmerksame (emotional impulsive) Typus fällt allerdings in der Kinderzeit oft noch nicht so auf, erfüllt die Kriterienkataloge mit der Forderung nicht, dass die Symptomatik über sechs Monate vor dem 7. Lebensjahr in mehr als einem Umfeld beobachtbar sein muss.

Mit extrem hoher Wahrscheinlichkeit genetisch bedingt, reift auf Grund einer Dysregulation des Hirnstoffwechsels die „automatische“ Verhaltenskontrolle im Stirnhirn nicht richtig aus. Entsprechend bleibt die nonverbale Kurzzeitspeicherkapazität zu klein, wodurch ein unbewusstes ständiges Vergleichen aktueller Situationen mit Alterfahrungen nicht möglich wird. Dadurch entsteht kein ausreichendes Gefühl für Zeit, eine „innere Uhr“ läuft nicht mit. Lernen aus Erfahrung ist leider sehr erschwert. Die Verinnerlichung von Sprache mit entsprechender sprachlicher Arbeitsspeicherkapazitätsausdehnung findet nicht in ausreichendem Maße statt,



**Cordula Neuhaus**

Diplom-Heilpädagogin und Diplom-Psychologin sowie Kinderpsychologin, ist als Verhaltenstherapeutin sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeutin tätig. Sie hat sich in den letzten 14 Jahren auf Kinder und Jugendliche mit dem Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom spezialisiert, aktiv an zahlreichen inter-

nationalen Kongressen zu diesem Thema teilgenommen, das Buch „Das hyperaktive Kind und seine Probleme“ und viele Artikel publiziert. Hinzu kommt ausgedehnte Fortbildungsarbeit für Mitarbeiter von Jugendämtern und sozialpädiatrischen Zentren.

wodurch „inneres Sprechen“ handlungsbegleitend nicht richtig und „automatisch“ etwa ab dem 5. - 7. Lebensjahr erfolgt. Der erste spontane Gedanke wird meist ohne ausreichenden Realitätsabgleich sofort ausgesprochen, was leider im sozialen Miteinander konfliktträchtig ist.

Die Neubildungsfähigkeit, d. h. die Möglichkeit, nach Analyse eines Gedankens mit Zugriff auf Wissen aus dem Altspeicher den Gedanken wieder „zusammenzubauen“ und dabei am Thema zu bleiben, ist eingeschränkt. Spontaner Abruf von Gelerntem und Übergänge von einer Situation in die nächste sind schwierig.

Die tief im Stammhirn entstehenden Emotionen werden nicht ausreichend vom Frontalhirn gedämpft. Das Kind/der Jugendliche/der Erwachsene mit ADHS lebt und erlebt immer extreme Gefühle, ist zum Beispiel überaus begeistert, „stinksauer“, heftigst wütend etc.

In die Aufmerksamkeitsstörung hinein spielt das in den Kriterienkatalogen leider

nicht beschriebene Problem der heftigen Stimmungsschwankungen. Aus einem minimalen Anlass heraus kann die Stimmung bei einem Kind mit ADHS „umkippen“, es kommt zu regelrechten „Gefühlsabstürzen“.

Ebenso wesentlich ist das Symptom der Vigilanzdysregulation: Ist etwas neu, interessant und spannend, wird das Kind sofort blitzwach, kann sehr wohl die Aufmerksamkeit richten und bei der Sache bleiben – allerdings wenn nicht, dann nicht. Schlagartiges „psychisches Ermüden“ mit Augenreiben und Gähnen, Wegdriften und auch allen möglichen Selbststimulationsstereotypen, wie sich Räkeln, Fingerkneten, an etwas herumkauen, in der Nase bohren, etc. sind zu beobachten.

Auch ein in den Kriterienkatalogen nicht vorhandenes, aber eindeutig zu beobachtendes kardinales Symptom ist das mangelhafte Dosieren-Können grober Kraft mit verzögerter feinmotorischer Entwicklung und in aller Regel deutlich eingeschränkter grafomotorischer Umsetzungs-Geschicklichkeit sowie häufig auch eingeschränkter „Artikulationsgeschicklichkeit“. Kinder mit ADHS sprechen oft schnell, aber „nuschelig“ in der Spontansprache, auch wenn sie keinen eigentlichen Sprachbefund in der genauen Abklärung aufweisen, außer unter Umständen eine etwas hypotone Mundmotorik.

Ein wesentliches Symptom stellt die syndromtypische Hypersensibilität bei Reizoffenheit und Reizfilterschwäche dar. Kinder mit ADHS sind sehr sensibel hinsichtlich Stimmungen und Schwingungen. Sie checken im ersten Moment der Kontaktaufnahme bereits ab, ob ihnen jemand gewachsen ist und ob sie jemand mag, mit entsprechender Auswirkung ...

Sie sind häufig sehr empfindlich für Gerüche, Farben oder Töne sowie Licht. Sowohl Hyperakusis sowie auch Lichtüberempfindlichkeit sind häufige Begleiterscheinungen bei dieser Art, die Welt zu sehen und auf sie zu reagieren. Auch eine gewisse taktilekinästhetische Überempfindlichkeit kann bestehen. Viele Kinder mit ADHS sind „Non-Cuddler“, d. h. sie schmusen nicht besonders gern als Babies, wobei dies aber nicht gleich fehlinterpretiert werden darf als eine „taktile Abwehr“. (Viele sitzen mit zwölf Jahren dann noch gern bei der Mama, um sich ausgiebig den Rücken kralen zu lassen ...)

Auch im Mundbereich kann es Hyper-

sensibilitäten geben mit heftiger Abwehr beispielsweise des Löffels im ersten Lebensjahr – wobei das gleiche Kind verblüffend plötzlich dann durchaus beginnen kann, an Ungewöhnlichem herumzukauen.

Das „Syndrom der Extreme“ kennzeichnet sich durch eine heftige Schwarz-Weiß-Symptomatik – und dies nicht nur im negativen Sinn. Hochinteressierte Offenheit, für Kleinigkeiten aus der Vergangenheit ein oft verblüffend gutes Gedächtnis, extreme Hilfsbereitschaft bei Erkennen der Hilfsbedürftigkeit von jemandem, ein ausgeprägter Gerechtigkeitsinn, nicht nur für sich, sondern auch für andere, auffällige Liebe für Tiere und Natur, Bereitschaft, so richtig „zuzupacken“, ein oft verblüffend guter Orientierungssinn und ebenso hohe Kreativität und Improvisationsfähigkeit bilden die „Sonnenseite“ der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (auch beim „Träumerchen“).

## Differentialdiagnostik

Ein markantes Kriterium für die differentialdiagnostische Abklärung, z. B. in Abgrenzung zur reaktiven Verursachung von Unruhe und Ablenkbarkeit, ist die deutliche seelische Entwicklungsverzögerung im Umfang von etwa 30% (Barkley, 1997; Goldstein, 1998; Neuhaus, 2000).

Das Kind/der Jugendliche/der Erwachsene wirkt deutlich jünger in seiner ganzen Art und seinem Verhalten, als es seinem Lebensalter entspricht, verglichen mit der Gruppe der Gleichaltrigen (unabhängig von der Intelligenzentwicklung und dem Längenwachstum). Viele wirken immer wieder trotz zum Teil sehr treffenden Kommentaren wie ein „langgezogenes Baby“. Genauso markant ist, dass Kinder/Jugendliche mit ADHS direkt nach einer Situation nur schlecht oder wenig berichten können, wenn sie abgefragt werden.

Auch über ihre Gefühle, die sie ja deutlich ausleben, können sie lange in ihrem Kinder-/Jugendleben recht wenig berichten. Über das eigene Empfinden reflektierend zu berichten, gelingt erst jenseits des 16. bis 18. Lebensjahres allmählich immer besser. „Dumpfe Äußerungen“ wie: „Am liebsten wäre ich tot...“ oder: „Mich mag ja eh keiner...“ kommen dabei aber durchaus plötzlich und erschreckend für das Umfeld aus einer misslichen Situation heraus.

Bei dem Versuch einer verbalen Beschwichtigung bei einem „Gefühlsabsturz“ erfolgt in aller Regel eine völlig konträre Reaktion in

Form von regelrechtem Sich-Hineinsteigern. Markant ist eine ausgeprägt niedrige Frustrationstoleranz. Etwas, was in den Sinn gekommen zu sein scheint, muss sofort umgesetzt werden. Daher wird auch dazwischengeplappert. Daneben erscheinen die Kinder oft ausgesprochen eigenwillig und stur, schwer erreichbar.

## Sprachentwicklungsstörungen

Zur Hypothese, warum Kinder mit ADHS häufig Sprachentwicklungsstörungen haben, greift die Überzeugung, dass ein Kind Sprache nicht erwerben kann, weil es so unruhig ist, zu kurz. Ebenso erscheint es bei profunder Kenntnis des Störungsbilds wenig ergiebig zu denken, dass das Kind nicht auf Menschen reagieren kann, weil es so getrieben und unruhig ist. Etwa 40% der Kinder mit ADHS – so die 19-jährige eigene schwerpunktmäßige Arbeit mit diesen Kindern – haben eine Sprachentwicklungsauffälligkeit.

Der Rest allerdings der zum Teil auch oft sehr unruhigen Kinder entwickelt Sprache oft sogar auffallend früh mit einem beeindruckend großen Wortschatz mit sehr guter Artikulation und einer frühen, perfekten Tonfallimitation. Viele dieser Kinder „zerfallen“ regelrecht in sehr kindliches Verhalten und in richtig „reif“ wirkenden sprachlichen Ausdruck.

Diese Kinder verblüffen durch ihre Auffassungsgabe zum Teil auch komplexer und schwieriger Wörter. Eloquenz zeigen sie nicht zuletzt auch dahingehend, dass sie immer noch etwas wissen, noch einen Kommentar abgeben „müssen“ – in ihrer Reizoffenheit und ihrer Impulssteuerungsschwäche immer noch etwas Neues und Anderes dazu assoziierend. Und dies wird auch dann sofort benannt.

So haben sie leider immer das letzte Wort, kommen vom Hundertsten ins Abertausendste, merken sich schnell sexistische oder fäkalsprachliche Ausdrücke, die sie dann leider auch produzieren. Für die Umgebung oft nicht recht nachzuvollziehen ist, wieso plötzlich von etwas gesprochen wird, das eigentlich gar nicht zum Thema gehört oder warum bei Interesse immer wieder mit demselben Thema begonnen wird. Ein solches Kind kann einem regelrecht „das Ohr abkauen“ und scheint phasenweise regelrecht unter „Sprechdurchfall“ zu leiden, (bedingt durch die mangelhaft

heranreifenden Ausführungsfunktionen im Stirnhirn).

Das sprachauffällige Kind mit ADHS zeichnet sich zum Teil aus durch Artikulationsstörungen, vor allen Dingen bei Konsonantenverbindungen, oder auch einen Sigmatismus (meist interdentalis, seltener lateralis). Daneben gibt es Kinder, die weniger mit der Artikulation zu kämpfen haben als vor allem mit der Satzstellung in Form leichter oder auch schwerer Dysgrammatismen (bei hintergründig oft unzutreffender serieller Verarbeitungsstörung).

Ein Teil der Kinder fällt durch „schriftsprachgerechtes“ Sprechen dahingehend auf, dass sie weitgehend hochdeutsch sprechen, obwohl in einer stark dialektprechenden Umgebung aufwachsend, offensichtlich die Klangfärbung nicht annehmend. Poltern ist die Auffälligkeit vieler älterer Kinder, Jugendlicher und Erwachsener mit ADHS, stark erregungsniveauabhängig.

Ein geringer Teil produziert eine ebenfalls erregungsabhängige Stottersymptomatik, tonisch, klonisch oder beides, meist aus einer Familie kommend mit ebenfalls stotternden Familienmitgliedern. Ein kleiner Teil der Kinder mit ADHS hingegen produziert andere imitierend eine Dyslalie oder ein Stottern – später im Leben oft fähig, Dialekte perfekt imitieren zu können (d. h. es besteht eine „Pseudosprachauffälligkeit“).

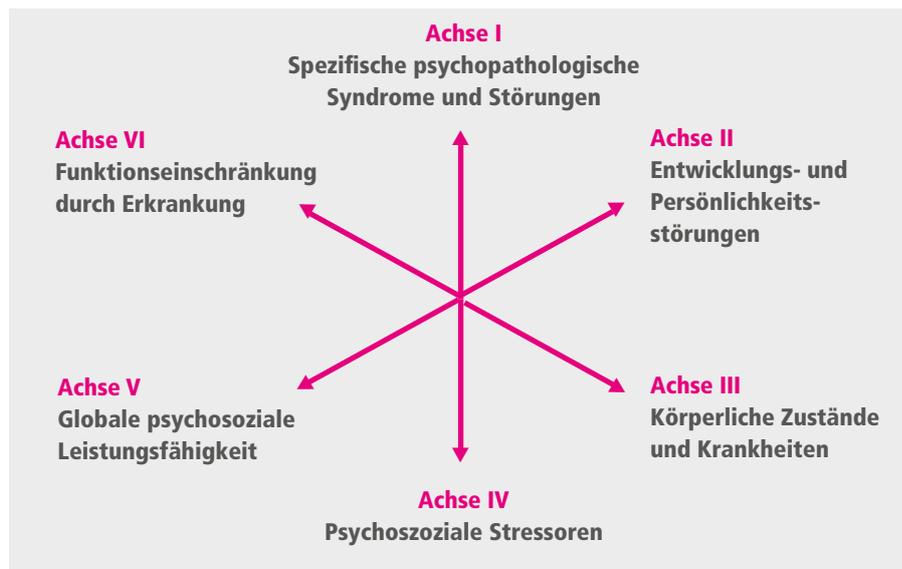
Ein weiterer Teil der Kinder produziert psychoreaktiv eine Sprachauffälligkeit, wie vor allen Dingen nasales Sprechen bei „ängstlicher Unsicherheit“. So kann auch ein Rückfall in die „Babysprache“ erfolgen, mit auffallend hoher Intonation, „piepsig“ wirkend.

## Psychologische Abklärung

Die Basisdiagnose ADHS sollte unbedingt durch einen mit diesem Störungsbild wirklich vertrauten Fachmann aus der ärztlichen oder klinisch psychologischen Fachgruppe gestellt werden (erfasst Achse 1).

Unumgänglich erscheint hierbei die Heranziehung des multiaxialen Klassifikationssystems psychischer Störungen mit allen sechs Achsen zur eingehenden diagnostischen Abklärung (auch differentialdiagnostisch und Comorbiditäten sowie Folgezustände erfassend).

Eine ausführliche Anamneseerhebung vor dem Hintergrund profunder Störungsbild-



kenntnis in seiner ganzen Entität erscheint unverzichtbar. Weder mit dem „Aktometer“ noch mit einem 40-minütigen Videoclip als einzigem „Test“ kann die Diagnose eindeutig gestellt werden. Hilfreich ist, auch familienanamnestisch zu explorieren, da in einer Herkunftsfamilie nicht selten ein selbstbetroffener Elternteil auch seine eigenen Probleme hat (was dann in den Beratungsansatz mit einzubeziehen ist).

Auf Achse 2 müssen umschriebene Entwicklungsstörungen abgeklärt werden. Auch hier erscheint es oft sinnvoll nachzufragen, ob in der Familie jemand ähnliche Probleme hat, beispielsweise eine Leserechtschreibschwäche oder eine Sprachauffälligkeit. Auf Achse 3 muss die Intelligenzentwicklung eingeschätzt werden, auf Achse 4 körperliche Grund- oder Begleiterkrankungen, auf Achse 5 die psychosoziale Belastung mit allen Facetten abnormer Bindungs- und Beziehungsstrukturen und Erziehungsbedingungen (allerdings ohne vorschnelle Bewertung und Hypothesengenerierung!). Akute und chronisch belastende Lebensinflüsse sind zu eruieren (die z. B. überzufällig häufig in der Schule entstehen!). Auf Achse 6 muss dann der Grad der Funktionseinschränkung bestimmt werden.

Bei der hohen Wahrscheinlichkeit der genetischen Verursachung erscheint es mittlerweile obsolet, Kinder mit ADHS abgrenzen zu wollen von geistiger Behinderung, wenn eine geistige Behinderung nicht besser erklärt werden kann durch ein anderes Syndrom. Hochbegabung gibt es natürlich auch bei ADHS (diese „Mischung“ ist eine

ganz besondere Herausforderung!).

ADHS-Kinder können Entwicklungsstörungen der visuellen und der auditiven Wahrnehmungsdifferenzierung und -verarbeitung haben, natürlich auch taktilkinästhetische oder vestibuläre Wahrnehmungsstörungen. Sie können ein Schädel-Hirn-Trauma erlitten haben, eine Meningitis oder Enzephalitis. Sie können ein Anfallsleiden haben, Diabetes Typ 1, eine allergische Erkrankung und/oder auch kerngesund sein (bei vielen besteht eine verblüffende Zähigkeit).

Sie können in einer Multi-Problemfamilie aufwachsen, genauso wie in einer sehr harmonischen – die Einschätzung der Lebensumstände muss mit äußerster Sorgfalt und ohne Schuldzuweisung erfolgen. In der Therapie hat die stützende Beratung der Bezugspersonen einen entscheidenden Stellenwert.

Hill forderte 1997 auf dem ersten europäischen Kongress zu ADHS in Oxford eindeutig, dass bei Angst, Depression und dissozialer Störung im Kindes- und Jugendalter grundsätzlich als erstes nach einer ADHS-Problematik gefahndet werden muss.

## Gesundheitsanamnese

Bei Sprachentwicklungsauffälligkeiten sollte ein besonderes Augenmerk der Gesundheitsanamnese gelten: Bei vielen Kindern mit ADHS und Sprachauffälligkeiten, vor allen Dingen der Enkodierung und der Artikulation sowie in der grammatikalischen Struktur kann man erfahren, dass das Kind

im frühen Kindesalter, speziell zwischen anderthalb und etwa vier Jahren, rezidivierende Infekte der oberen Luftwege hatte. Schnupfen, eitrige oder seröse Otitiden werden berichtet. Oft erfolgte schon früh eine Adenotomie und/oder Paracenthesen mit Legen eines Paukenröhrchens zur Sanierung des Mittelohres.

Viele Kinder erleiden während der Infekt-Phase eine Schalleitungsschwerhörigkeit mit einer Dämpfung von geschätzt 30 bis 40 Dezibel und entwickeln eine „Fehlhörigkeit“. Fragt man ein solches Kind im Vorschulalter dann z. B. „Was ist ein Pelz?“, dann bekommt man zur Antwort „das kann man essen“, da das Kind nicht „Pelz“, sondern „Pilz“ hört. Die „Birne“ wird zur „Böhne“ oder „Bühne“; d. h. das Kind spricht dann später das Wort auch spontan falsch aus - und schreibt vielleicht dann auch so. Manche Kinder sind „langsam“ in der Lautdifferenzierung – können entsprechend Dehnung und Schärfung schlecht „hören“.

Bei Kindern mit einer entsprechenden Hintergrundgeschichte sollte gegebenenfalls eine profunde pädaudiologische Abklärung erfolgen.

Aus der modernen Hirnforschung ist bekannt, dass ein Gehirn bei visueller Wahrnehmung sofort das entsprechende Netzwerk von Neuronen (die „Landkarte“) aktiviert, wenn etwas „wiedererkannt“ wird. Bei unbekannt erscheinenden Wahrnehmungen reagiert, wie die funktionelle Kernspintomographie darlegt, erst mal der primäre visuelle oder akustische Kortex und das Gehirn geht dann suchen, wo wohl das entsprechende Netzwerk ist – ein echtes Problem für das ADHS-Kind, das zur Etablierung von Netzwerken für nicht so sehr Interessantes aus neuro-physiologischen Gründen die 8-18-fache Zeit benötigt, der Spontanabruf aus dem Altspeicher erschwert ist. Im auditiven Bereich scheint es ähnlich zu sein. Leider werden heute viel zu schnell alle Verhaltensauffälligkeiten bei einem fehlhörigen Kind auf eine „zentrale Hörverarbeitungsstörung“ zurückgeführt und ADHS dabei „übersehen“.

## Sprachentwicklungstest

Unverzichtbar erscheint bei entsprechender anamnestischer Datenerhebung oder Beobachtung ein Sprachentwicklungstest, z. B.

der Psycholinguistische Entwicklungstest oder der Heidelberger Sprachentwicklungstest, um Sprache sowohl auf der Ebene der akustisch sprachlichen Automatik sowie auch auf der Repräsentationsstufe von Sprache abzuklären.

Verständnisschwierigkeiten aufgrund mangelnder akustischer Diskrimination sind für ADHS-Kinder um so dramatischer, als die Kurzzeitspeicherkapazität ja ohnehin gering ist, die Neubildungsfähigkeit eingeschränkt. Spontan erfasst das ADHS-Kind auch im sprachgesunden Zustand in aller Regel nur die Hälfte oder ein Drittel der Information, kann deswegen z. B. mit einem „Vielleicht“ in der Kommunikation nicht umgehen: Wenn die Mutter morgens sagt: „Wenn ich heute mittag Papas Auto kriege und die Hausaufgaben gut klappen, fahren wir in die Stadt und kaufen Dir Jeans“ muss sie noch nicht einmal die Idee bekommen, die nun zur Verfügung stehende Zeit mit Diktat üben zu nutzen, wenn eben das Auto vom Vater nicht zur Verfügung steht, um beim Kind einen massiven Gefühlsabsturz zu provozieren. Das Kind hat nämlich nur „Jeans kaufen“ gehört, verstanden und gespeichert und empfindet die Mutter sofort

als sehr gemein, weil sie ihr Versprechen nicht einhält.

Kann ein Kind nun Gehörtes dazu nicht richtig dechiffrieren, wird die für die fokussierte Aufmerksamkeit erforderliche Vigilanz schnell sinken, ebenso die Stimmung, und das Kind „schaltet ab“. Die erzieherischen Reaktionen verbessern in aller Regel die Stimmung nicht, so dass die Motivation zur Instruktionaufnahme über Gesagtes immer mehr sinkt. Es wird vor allem auch nicht besser, wenn dem Kind ständig vorgehalten wird, „jetzt putz Dir mal die Ohren“ oder „Kannst Du nicht einmal richtig zuhören!“

Misserfolg in der Kommunikation sowohl beim „Nichtverstehen“ als auch beim „Nichtverstandenwerden“ führt bei ADHS-Kindern schnell zu unzähligen, schwierigen erzieherischen Reaktionen mit Etikettierungen, Schuldzuweisungen, appellierendem Moralisieren und Verhaltensverschreibungen, auf die automatisch mit emotionaler Abwehr hochimpulsiv reagiert wird, bei gleichzeitig rasch und rapid sinkender Motivation, sich „anzustrengen“. Konsensfähig ist, dass Misserfolg programmiert ist, wenn das Kind keine Lust hat, sich nichts zutraut oder erwartungsängstlich ist. Relevant ist dabei, was für eine Hypothese das Kind über sich selbst entwickelt bei dem hintergründigen Gedanken, ständig irgendwie „falsch“ zu sein.

## Befindlichkeitsdiagnostik

Ein wesentlicher Bestandteil der tiefen diagnostischen Abklärung muss die Befindlichkeitsdiagnostik sein. Kinder mit ADHS sind schwer zu explorieren, da sie nicht gut über sich selbst berichten können. Fragen, in denen sie sich wiedererkennen, beim älteren Kind auch über Fragebögen, einen Satzergänzungstest oder kleine Geschichten, zu denen etwas assoziiert werden kann, geben dem erfahrenen Diagnostiker Aufschluss über die Sekundärproblematik auf emotionaler Ebene.

Die Erfahrung zeigt, dass gerade besonders häufig freundliche und kooperative, charmante Kinder, die in der 1:1-Situation völlig unauffällig erscheinen, heftige Dysthymien (Mischung zwischen Angst und Depression) haben.

Beim Kind ab 6 Jahren mit ADHS sollte es völlig selbstverständlich sein, dass ihm auf seiner Entwicklungsebene ebenso wie den

Eltern erklärt wird, was bei der Diagnostik herausgefunden wurde. Muss Therapie im Sprachbereich erfolgen, sollte immer unter verhaltenstherapeutischen Prämissen gearbeitet werden mit häufiger, ausreichend wirksamer Verstärkung.

Geübt werden muss ausreichend lang, da Kinder mit ADHS die 8-18-fache Zeit für die Verautomatisierung von „langweiligen“ Regeln brauchen im Vergleich zu gleichaltrigen normgesteuerten Kindern.

## Therapie

In der logopädischen, ebenso wie in der heilpädagogischen, verhaltenstherapeutischen, ergotherapeutischen oder psychomotorischen Behandlung ist die „Therapeutenvariable“ entscheidend wichtig (vgl. u. a. hier Neuhaus 1996). Kinder mit ADHS brauchen ein Gegenüber, das absolut einschätzbar ist, freundlich, gelassen und direktiv, selbst sehr strukturiert, doch hochflexibel reagieren könnend.

Das Gegenüber muss das Setting festlegen können, muss wissen, dass die Kinder kein „automatisches Motivationssystem“ haben und immer wieder Verstärkung der Anstrengungsbereitschaft und nicht nur des Handlungsergebnisses brauchen. Das Kind profitiert sehr davon, in kleinen Schritten immer etwas mehr abverlangt zu bekommen, als es von sich aus zu geben bereit ist, mit sofortiger sichtbarer Belohnung in Form von einem Muggelstein, einem Punkt, einem Gummibären, einem Smiley, etc.

Beim hör- und/oder sprachbeeinträchtigten Kind erscheint das Erüben differenzierten Lauschens wesentlich zum vollständigen Instruktionsverständnis. Kinder mit ADHS können eine Aufgabe nur erledigen, wenn sie auch vollständig verstanden und aufgenommen haben. Sinnvoll erscheint auch, im Umfeld einzuüben, dass das Kind immer erst mit seinen eigenen Worten gesagt haben muss, was es tun soll, bevor es loslegt. Dies gilt für den häuslichen Alltag, wie für die Schule, als auch die unterschiedlichsten therapeutischen Ansätze.

Wesentlich erscheint in der therapeutischen Kommunikation mit dem Kind, in der Formulierung einfach zu bleiben. Die Wiederholung einer Aufforderung sollte mit annähernd denselben Worten erfolgen, nicht sprachredundant.

Satzanfänge, wie „Du müsstest ...“ oder „Du solltest ...“ sind zu vermeiden. Solches hören die Kinder im erzieherischen Alltag

ständig und reagieren sofort „allergisch“ blockierend. Besser ist „Ich kenne einen Trick...“ oder „Du könntest mal probieren...“ ADHS-Kinder profitieren sehr von visuellen Vorstellungshilfen, da sie überwiegend visuell lernen. Ein solches prägnantes Vorstellungsbild, v. a. etwas humorig angelegt, hilft sehr, die in der Therapie erlernte Strategie in den Alltag zu übertragen.

In der Sprachbehandlung muss auch das Anüben der Kurzzeitspeicherkapazität Thema sein. Dies geht sicher auch nur erfolgreich mit Anreiz und Kontrolle, auch zuhause. Leider gilt, dass nur ausreichend intensives Üben zum Erfolg führt! Eltern von Kindern mit ADHS sind übrigens oft verunsichert darüber, dass ihr Kind besonders im Vorschulalter immer wieder dieselbe Kasette hören möchte oder dieselbe Geschichte vorgelesen bekommen will – das Kind hilft sich schon selbst, weil es eben vorbewusst spürt, dass es etwas immer wieder hören muss, bis es „sitzt“. Hier sollte nicht gegengesteuert werden! Bei erregungsniveauabhängigen Sprechflussstörungen ist vordringlich im erzieherischen Umfeld Beratung angesagt zur Stressreduktion.

## Medikation

Zum Schluss ein klares Wort zur Medikation. Leider wird hierüber immer wieder heftig kontrovers diskutiert. Die Untersuchungen der jüngsten Zeit machen dabei aber immer deutlicher, dass ADHS auf einer sehr ernstzunehmenden Dysregulation der Neurotransmitter Dopamin und Noradrenalin im Hirnstoffwechsel beruht, der Glukosemetabolismus verringert, die Durchblutung des Stirnhirns schwächer ist. Die seit 64 Jahren bekannte Stimulantien-Therapie normalisiert den Hirnstoffwechsel und gibt dem Kind während der Wirkdauer die Möglichkeit, „eingeschaltet“ zu funktionieren. Es erscheint mittlerweile obsolet zu postulieren, Ritalin® oder Medikinet® mit dem Wirkstoff Methylphenidat seien gefährliche Medikamente, da sie betäubungsmittelverschreibungspflichtig sind. Die Nebenwirkungen sind, wenn die Medikation sorgfältig überwacht und vernünftig dosiert eingesetzt wird, vergleichsweise sehr gering. ADHS-Kinder sind in ihrer Abwärtsspirale des chronischen Misserfolgs und der chronischen Polytraumatisierung oft suchtgefährdet. In der Forschung ist jedoch nicht ein einziger Fall bekannt, in dem die Medikation süchtig machte. Eine

derzeit noch laufende Untersuchung in Berlin bestätigte bereits Erkenntnisse aus den USA, dass sich sogar die Suchtgefahr um ein Beträchtliches reduziert, wenn Kinder und Jugendliche frühzeitig erkannt, diagnostiziert und auch behandelt wurden. Seit nun Untersuchungen aus den USA und aus München ausweisen, dass im Striatum Erwachsene mit ADHS eine hohe Dopamin-

transporter-Protein-Dichte haben und dies wirkungsvoll mit der Substanz Methylphenidat gebremst werden kann – somit also mehr bremsende und filternde Neurotransmitteraktivität am synaptischen Spalt wirken kann –, erscheint ADHS immer mehr als „Diabetes des Gehirns“. Entsprechend erscheint Medikation sinnvoll, oft ist effektive funktionelle Behandlung so erst möglich.

spezielle Hilfe anfordern, desto eher wird hoffentlich ein entsprechendes Angebot langsam etabliert werden können.

## Selbsthilfe-Vereine

**AÜK**, Bundesverband Arbeitskreis Überaktives Kind  
Postfach 41 07 24  
12117 Berlin  
Tel. 030.85 60 59 02  
Fax 030.85 60 59 70  
[info@auek.de](mailto:info@auek.de)  
[www.auek.de](http://www.auek.de)

**Juvenus**, Vereinigung zur Förderung von Kindern und Erwachsenen mit Teilleistungschwächen (MCD) e.V.  
Emser Str. 6  
56076 Koblenz  
Tel. 02 61.9 73 01 78  
Fax 02 61.9 73 01 77  
[info@juvenus.de](mailto:info@juvenus.de)  
[www.juvenus.de](http://www.juvenus.de)

**ADS e.V.**, Elterninitiative zur Förderung von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom  
PF 11 65, 73055 Ebersbach  
Tel./Fax 0 71 63.28 55  
[ads-ev@z.zgs.de](mailto:ads-ev@z.zgs.de)  
[www.s-line.de/homepages/ads](http://www.s-line.de/homepages/ads)

**BV-AH**, Bundesverband Aufmerksamkeitsstörung/Hyperaktivität e.V.  
Geschäftsstelle  
Irene und Hans Gerhard Braun  
Postfach 60, 91291 Forchheim  
Tel./Fax 0 91 91.3 48 74  
[BV-AH@t-online.de](mailto:BV-AH@t-online.de)  
[www.osn.de/user/hunter/badd-vd.htm](http://www.osn.de/user/hunter/badd-vd.htm)

## Selbsthilfe

Natürlich gab es ADHS schon immer und natürlich sind diese Kinder auch schon immer groß geworden mit ihren ganzen Schwierigkeiten - aber leider eher minder als mehr glücklich.

In unserer heutigen, immer schwierigeren Zeit mit massiver Zunahme an Bereizung und Diffusität, ständig Veränderungen, bekommt diese Art, die Welt zu sehen und auf sie zu reagieren, zunehmend den Aspekt einer Anpassungsbehinderung. Entsprechend sollte nichts unversucht gelassen werden, den Kindern mit einem multimodalen, ressourcenorientierten Behandlungsansatz frühest möglich zu helfen.

Leider ist das Hilfeangebot noch viel zu gering, Kosteneinschränkungen an allen Ecken und Enden verhindern die oft unerlässlich notwendige, intensive Arbeit nicht nur mit dem Kind, sondern auch mit dem gesamten erzieherischen Umfeld. Daher ist es wesentlich, immer wieder darauf hinzuweisen, dass Eltern eine erste Anlaufstelle finden können in den Elterninitiativen BV-AH, ADS, JUVEMUS oder AÜK. Je mehr Eltern sich engagieren und dann auch

Barkley, R.A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York

Franke (2001). ADHD-Kinder in der Logopädie. Diagnose und Umgang. *Forum Logopädie* 2 (15), 7-14

Goldstein, S.; Goldstein, M. (1998). *Managing Attention Deficit Disorders*. New York

Hill, P. (1997). *Diagnostic Issues in ADHD*. Talk on the first European Conference for Health and Education Professionals on ADHD, Oxford

Neuhaus, C. (1996). *Das hyperaktive Kind und seine Probleme*. Ravensburg

Neuhaus, C. (2000). *Der hyperaktive Jugendliche und seine Probleme*. Berlin: Urania

### Autorin

Cordula Neuhaus  
Diplom-Psychologin, Diplom-Heilpädagogin,  
Kinderpsychologin  
Alleenstraße 29  
73730 Esslingen