

Teil I

1.Theoretische Hintergründe

1.1. Normalität und Verhaltensstörung

Verhaltensabweichung als Verhaltensstörung zu betrachten, heißt, dass man das Kriterium zur Bestimmung beobachteter Differenzen des Verhaltens in sozialen Normen und Regeln sucht. Zur näheren Bestimmung von Verhaltensstörungen ist es deshalb erforderlich, zu klären, was unter Norm gemeint ist, und nach welchen Normen die Bestimmung vorgenommen wird. Normen können entweder als Verhaltensregeln oder als Einstellungsmuster begriffen werden. Der erstere Aspekt kommt z. B. in der Definition von McDavid und Harari (1969) zum Ausdruck: "Der Begriff Norm bezieht sich auf standardisierte Regeln des Verhaltens", oder bei Thibaut und Kelly (1967): "Eine Norm ist eine Verhaltensregel". Im Gegensatz dazu gebraucht Newcomb (1959) den Begriff im Sinne "eines mehr oder minder festgefügtten Bezugssystems" und meint damit Motive und Einstellungen, die jemand mit anderen gemeinsam hat. Ebenso Homans (1965), der Normen als "Ideen in den Köpfen von Gruppenmitgliedern" sieht. Der Unterschied in den beiden Auffassungen besteht darin, dass Normen als Verhaltensregeln etwas sind, was nachweisbar, objektivierbar ist anhand von Bestimmungen, Sanktionen, Gesetzen. Sie können offiziellen Charakter haben oder auch informeller Natur sein, in Form von Sitten und Gebräuchen.

Normalität wird am Gruppenstandard gemessen, das heißt, normal ist, was den jeweils gültigen Verhaltensregeln, Einstellungen und Erwartungen entspricht. Dies ist je nach Bezugsgruppe verschieden und häufig auch innerhalb einer Gruppe von aktuellen Bedürfnissen und anderen Gruppenbedingungen abhängig. Aber das Regelsystem solcher Gruppen (Familie, Gesellschaft) verändert sich ständig, so dass ein Verhalten einmal akzeptiert wird und zu einem anderen Zeitpunkt nicht. Viele Verhaltensprobleme weisen einen transitorischen Charakter auf und erfahren wechselnde Beurteilung, deshalb hat Lemert (1951) schon frühzeitig vorgeschlagen, zwischen primärer und sekundärer Abweichung zu unterscheiden. Primäre Abweichung wird als ein solches Verhalten verstanden, das den Erwartungen nicht entspricht und dadurch zumindest vorübergehend zum Problem wird. Ob es einen dauerhaften Status bekommt, hängt nun von den Reaktionsweisen auf dieses Verhalten ab. Entweder es verschwindet nach einiger Zeit wieder von selbst, oder es wird sozial-kognitiv neu eingeordnet und nicht mehr als

abweichend empfunden, sondern akzeptiert. Geschieht dies nicht, entstehen zunehmend Reaktionen auf dieses Verhalten, welche das abweichende Verhalten zunehmend stabilisiert und damit zur sekundären Abweichung machen. Nach Lemert geschieht dies erst durch gesellschaftliche Reaktion auf die primäre Abweichung.

Mit dieser Differenzierung wird die Bedeutung der Dimension Zeit aufgezeigt: Eine Abweichung muss über längere Zeit erfolgen, bevor sie als eigentliche Verhaltensstörung bezeichnet werden darf. Weiter wird die Reaktion und Auseinandersetzung der Gesellschaft mit dem gezeigten Verhalten bedeutsam. Erst durch die Zuordnung von Sanktionen, Maßnahmen zur Behebung des abweichenden Verhaltens, kommt es zur eigentlichen Zuordnung als Verhaltensstörung; womit besonders auf die Rolle sogenannter professioneller Zuordner wie die Klinischen Psychologen und Psychiater, Lehrer und Erzieher hingewiesen wird. Diese nehmen ja z. B. durch das Medium der Diagnostik die eigentliche Einordnung von normal und anormal auf der Grundlage vorgegebener sozialer Normen vor (Feinbier, 1982).

Kloehn (1977) definierte Verhaltensstörung als die äußerlich sichtbare Reaktion des Körpers (vegetative Symptome) oder des Verhaltens (motorische, affektive soziale Symptome) auf belastende, krank machende Erziehungseinflüsse, Umweltsituationen oder auch auf Fehleinstellungen der Umwelt gegenüber versteckten Hirnschädigungen und betonte damit den Ursache-Folge-Zusammenhang. Solches wird auch aus einer Definition des Deutschen Bildungsrates erkennbar, der als verhaltensgestört bezeichnete, wer aufgrund organischer, vor allem hirnorganischer Schädigungen oder eines negativen Erziehungsmilieus in seinem psychosozialen Verhalten gestört ist. Vielfach wurde gestörtes Verhalten als Abweichung von einer bestimmten Norm bezeichnet. Als Kriterien hierfür galten schulische oder altersgemäße Normen, spezifische soziale Leistungen, statistische, funktionale oder Idealnormen. Bald stellte sich die Frage: Welche Normen können als Richtschnur dafür genommen werden, ob ein Verhalten als normal oder gestört einzustufen ist? Die Übergänge erweisen sich immer noch als fließend. So ist zum Beispiel die Beurteilung des Schülerverhaltens durch den Lehrer oftmals keineswegs objektiv, sondern zeigt sich von subjektiven Einstellungen mitbestimmt. Außerdem lässt sich dasselbe Verhalten je nach individueller Lebenssituation und Handlungserfordernis von der Warte des betroffenen Kindes aus, aber auch aus der Sicht des beurteilenden Pädagogen, als normal oder der

Normalität nicht mehr angemessen bezeichnen (Situationspezifität). Hier zeigten sich ungelöste Probleme bei der Definition.

Lange Zeit verwendete man in der Pädagogik den seit dem ersten Weltkongress für Psychiatrie (1950) von Psychologie und Psychiatrie eingeführten Begriff Verhaltensstörung. Um den in der Umgangssprache negativ anmutenden und zugleich stigmatisierenden Begriff Verhaltensstörung zu vermeiden, wurde später die Bezeichnung Verhaltensauffälligkeit eingeführt, so unter anderem bei Schlee (1975), Husslein (1976), Fatke (1977) und Barkey (1986). Letzterer begründet dies zum Beispiel damit, dass nicht in jedem Fall die verhaltensauffällige Person bestimmte Merkmale aufweist, sondern der Beobachter Verhalten als auffällig wahrnimmt und damit eben diese Wahrnehmung als ausschlaggebend einbezieht. Dahinter steht die Einsicht, dass eine Vielzahl subjektiver Momente im Interaktionsprozess die Beurteilung von Verhalten beeinflusst. Bittner, Ertle und Schmid (1979) plädierten für eine mehr pädagogische Orientierung und sprachen von Problemkindern oder von Kindern in besonderen Lebenslagen, die sich in belastenden pädagogischen Situationen befinden (Ortner, Ortner, 2000).

In vielen Fachliteraturen findet man viele Hinweise darauf, dass Kinder und Jugendliche mit Verhaltensauffälligkeit häufig gravierende Lernschwierigkeiten haben (Grossmann et al. 1984; Husslein, 1983; Kauffman, 1989; Schumacher, 1971; Shepherd et al., 1973; Speck, 1979). Bei Gruppenvergleichsuntersuchungen zeigt die Schülergruppe mit Verhaltensstörungen signifikant schlechtere Schulleistungen als unbeeinträchtigte Schülerinnen und Schüler. Zudem weisen Langzeitstudien auf einen Schereneffekt hin: Die Kluft zwischen der Schulleistung von verhaltensgestörten und unauffälligen Kindern und Jugendlichen vergrößert sich im Verlauf mehrerer Schuljahre zunehmend.

Speck (1979) spricht von einem "kumulativen Wechselwirkungsprozess" zwischen Lernstörungen und den damit einhergehenden Misserfolgserfahrungen und Verhaltensstörungen. Die Genese dieser einander beeinflussenden Störungsbilder bleibt dabei häufig ungeklärt. Modelltheoretisch könnte jede der beiden Störungen als erste aufgetreten sein und in ihrer Folge die andere Störung ausgelöst haben. Ebenso wäre es möglich, eine oder mehrere Faktoren anzunehmen, die auslösend für beide Arten der Beeinträchtigung sind. In der schulischen Praxis findet man in der Regel ein gemeinsames Auftreten von Lern- und Verhaltensstörungen vor. Dabei können Verhaltensstörungen zum einen eine auslösende Bedingung von Lernstörungen sein. So ist es plausibel anzunehmen,

dass ein Kind, das sich in einer seelisch belastenden Situation befindet, wenig Motivation für die Auseinandersetzung mit schulischen Anforderungen hat. Zum anderen können Verhaltensstörungen auch eine Folge von Lernstörungen sein. Die von Erziehern oder Lehrern wahrgenommenen Verhaltensstörungen wären in diesem Fall möglicherweise eine für das Kind sinnvolle Strategie, um Leistungsanforderungen auszuweichen. Dabei erscheint es schwierig zu klären, inwieweit solche Verhaltensweisen (wie Verweigerung, Provozieren eines Time-outs oder das zeitlich passende Inszenieren eines Konflikts etc.) bewusst eingesetzt werden.

Verhaltensstörungen können aber auch eine Folge wiederholt erlebter schulischer Frustrationen sein. Die häufige Erfahrung von schulischem Misserfolg stellt für manchen Schüler einen größeren Leidensdruck dar, als er auf Dauer verkraften kann. Emotionale Überreaktionen vor, während oder nach Leistungssituationen oder eine Kompensation der Frustrationserfahrungen durch den Versuch der Aufwertung der eigenen Person durch auffälliges Verhalten (Kaspiern, überzogene Lässigkeit, Renitenz etc.) erscheinen vor dem Hintergrund schulischen Versagens auf diese Weise erklärbar. Dies soll jedoch nicht gleichbedeutend damit sein, dass jede Verhaltensstörung auf diese Weise vollständig erklärt werden könnte. Situativ kann jedoch ein solcher Interpretationsansatz angemessen erscheinen.

In der Literatur lassen sich verschiedene Erklärungsmodelle auffinden, die den Zusammenhang zwischen Lern- und Verhaltensstörungen aus systemischer Sicht beschreiben. Diese Erklärungsmodelle vermögen eine Beschreibung der Situation des betroffenen Kindes in seiner Umwelt zu leisten, indem sie die systemerhaltende Bedeutung von sich aufbauenden Wechselwirkungsprozessen zwischen den Erwartungen des Kindes einerseits und denen seiner Bezugspersonen andererseits deutlich hervorstellen. Aus systemischer Sicht interessieren nicht die Störungen an sich, sondern ihr Auftreten in spezifischen Situationen, ihre Auswirkungen auf verschiedene Personen innerhalb des Familien- und Schulsystems und die Rückwirkungen auf das betroffene Kind. Damit ist die Überwindung einer einseitigen, ausschließlich auf das Kind orientierten Sichtweise gegeben. Stellt man jedoch Überlegungen über die Gestaltung von schulischer Förderung von Schülerinnen und Schülern mit Lern- und Verhaltensstörungen an, so ist es dennoch notwendig, eine personenzentrierte Sichtweise einzunehmen (Schröder, Wittrock, 2002.)

Bei Kindern und Jugendlichen mit Sprachbehinderungen kann es leicht im Sinne eines Teufelskreis-Prozesses zu Verhaltensstörungen dadurch kommen, dass über die Sprachbeeinträchtigung, inadäquate Umweltreaktionen, Unsicherheit und Misserfolgserwartung sich Fehlverhaltensweisen generieren, die wiederum sowohl die personale Situation des betroffenen Kindes oder Jugendlichen störend beeinflussen als auch die Interaktion mit der Umwelt, wodurch sich die psychosozialen Störungen weiter verstärken können. Diese Problematik ist besonders in der Schule relevant, in der Sprache nicht nur Bildungsmittel, sondern auch Bildungsinhalt ist. In allen Unterrichtsfächern spielt sie eine große Rolle, so dass durch die Sprachbehinderung der gesamte Lernleistungsbereich in einer Weise emotional negativ besetzt werden kann, dass es zu Lernstörungen mit Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, Interessenverlust, reduzierter Leistungsfähigkeit und Ausdauer sowie zu so belastenden Symptomen der Verhaltensstörung wie "Gewalttätigkeit, Daumenlutschen, Nägel beißen, Erethismus, Torpidität, Triebhaftigkeit, Verführbarkeit, Affektlabilität, Gefühlsarmut, Passivität, Geltungssucht, Verlogenheit" kommen kann. Es ist schwierig dahingehend zu differenzieren, welche Erscheinungen ursächlichen und konsekutiven Charakter haben. Auch für das Stottern, das verbreitet als psychoneurotische Störung gilt, ist es schwer auszumachen, ob originäre und spezifische interpersonale oder interpersonale Bedingungen die Sprachbehinderung erbrachten. Für ein Kind, dessen Eltern ein ängstlich-besorgtes, strengforderndes oder zwiespältiges Erziehungsverhalten realisieren und das einerseits ständig zu korrektem Sprechen aufgefordert, andererseits für sein Sprechverhalten durchweg kritisiert wird, entsteht ein "situativer Erlebnisnotstand", aus dem Stottern als "Notlösungsverhalten" resultiert.

Bei einer Untersuchung, die Baumgartner in elf Sprachbehindertenschulen und 21 schulvorbereitenden Einrichtungen machte, stellte sich heraus, dass 47 % der Schüler als eindeutig und 11 % als zweifelhaft verhaltensgestört zu bezeichnen waren und im Vergleich zu Regelschulpopulationen ein instabileres Leistungsverhalten, größeres Angstverhalten, größere Unsicherheit sich selbst und anderen gegenüber sowie Auffälligkeit im Sozialkontakt mit Erwachsenen und Gleichaltrigen zeigten. Im Arbeitsverhalten waren Jungen und Mädchen gleich auffällig, die Jungen unterschieden sich jedoch von den Mädchen durch größere Aggressivität und motorische Unruhe und die Mädchen von den Jungen durch größere Gehemmtheit und Ängstlichkeit. In den schulvorbereitenden Einrichtungen fielen

die Kinder durch Isolationstendenzen, geringe Initiativen, Passivität, Abhängigkeit von Erwachsenen, aggressive Verhaltensweisen, insbesondere auch körperliche Auseinandersetzungen auf (Myschker, 2002).

Hyperkinetische Verhaltensauffälligkeiten sind die häufigsten psychischen Auffälligkeiten im Kindesalter. Deswegen stellen diese Störungen am häufigsten den Anlass für die Vorstellung eines Kindes bei Psychotherapeuten, in Erziehungsberatungsstellen, schulpsychologischen Diensten und in kinderpsychiatrischen Einrichtungen dar. Das Hauptmerkmal einer hyperkinetischen Störung ist ein durchgehendes Muster von Aufmerksamkeitsstörungen, Impulsivität und Hyperaktivität, das häufiger auftritt und stärker ausgeprägt ist, als es bei Kindern auf vergleichbarer Entwicklungsstufe typischerweise beobachtet wird (vgl. Döpfner, 1996). 3-5 % aller Schulkinder sind von der Störung in ausgeprägter Form betroffen. Diese Auffälligkeiten treten bereits vor dem Alter von sechs Jahren auf und sind in mehreren Situationen und Lebensbereichen nachweisbar in der Familie, im Kindergarten, in der Schule oder in der Untersuchungssituation. Typischerweise treten die Symptome stärker in solchen Situation auf, in denen von den Kindern oder Jugendlichen eine längere Aufmerksamkeitsspanne vorausgesetzt wird, beispielsweise im Unterricht, bei den Hausaufgaben oder beim Essen (Steinhausen, 2006).

1.2. Kommunikations- und Sprachproblematik bei ausländischen Kindern

Jede Form des Kontakts zwischen Menschen verschiedener Nationalität stößt irgendwann auf Schwierigkeiten, auf Kommunikationsprobleme, für die sich viele Gründe finden lassen. Unterschiedliche historische, soziale und soziokulturelle Einflüsse tragen zu verschiedenartigen Verhaltensweisen von Individuen genauso bei wie landschaftliche und klimatische Bedingungen. Andersgeartete Mimik und Gestik, laxere Umgangsformen genügen, um Kommunikationsbarrieren entstehen zu lassen. Das führt dann leicht zu Missdeutungen bis hin zur Diffamierung ganzer Nationen, und in einer gewissen Selbstgerechtigkeit wird dann die vermeintlich stärkere eigene Nation absolut positiv bewertet.

Diese Problematik kann in allen Lebensbereichen wirksam werden, in denen Deutsche und Ausländer miteinander kommunizieren müssen: sie zeigt sich am Arbeitsplatz, bei Behörden, auf der Straße oder in der Schule. Sie wird ebenfalls wirksam, wenn Ausländer verschiedener Nationalität miteinander konfrontiert werden, denn auch dabei treffen die

unterschiedlichsten kulturellen und sozialen Verhaltensweisen aufeinander. Gewiss wäre es falsch, daraus den Schluss zu ziehen, die Aufhebung von Sprachdefiziten bei Ausländern würde auch alle anderen Kommunikationsbarrieren zwischen Deutschen und Ausländern oder zwischen Ausländern verschiedener Nationalität - hier über die gemeinsame Zweitsprache Deutsch - soweit reduzieren, dass sich alle sozialen Probleme überwinden ließen.

1.2.1. Sozialisationsbedingungen und Sprachentwicklung bei ausländischen Kindern

1.2.1.1. Situation des Kindes in der ausländischen Familie

Im Allgemeinen machen Kinder ihre ersten sprachlichen Erfahrungen innerhalb der Familie. Die Familienmitglieder, insbesondere Mutter und Vater, erklären dem Kind Gegenstände und Sachverhalte und vermitteln dabei nicht nur objektive Tatbestände, sie geben auch Normen und Wertvorstellungen einer von der Familie verinnerlichten Kultur weiter, die vom Kind als absolute moralische Maxime angenommen werden und in die Entwicklung seines verbalen und nonverbalen Kommunikationsvermögens einfließen. Sprachliche Sozialisationsprozesse finden in den ausländischen Familien - unabhängig von der Zeit ihres Aufenthaltes in einem anderen Land - vorwiegend in der Muttersprache statt, d.h., die Familie ist Lernort der Muttersprache und somit auch Vermittlungsinstanz bestimmter Wertvorstellungen, kultureller Normen und Rituale bestimmter gesellschaftlicher Schichten der jeweiligen Herkunftsländer. Familie ist aber oft nicht Lernort, um die deutsche Sprache zu erlernen, und sie ist auch nicht der Ort, an dem Kindern Strategien des Verhaltens in der deutschen Umwelt vermittelt werden können. Diese Situation bleibt bei Kindern und Jugendlichen, die in einer zweisprachigen Welt aufwachsen müssen, aber auch für die Familien insgesamt, nicht ohne Folgen.

Innerhalb der ausländischen Familien können zum Beispiel tiefgreifende Konflikte entstehen, wenn sich Eltern und Kinder - nicht zuletzt aufgrund des durch die Schule bedingten unterschiedlichen Sprachvermögens - in ihren Wertvorstellungen, Gewohnheiten und Verhaltensweisen immer weiter voneinander entfernen. Mehr noch: Für viele ausländische Eltern ist Schule eine Bedrohung ihrer familiären Zukunft. Die Eltern stellen sich häufig die Frage, ob ihre Kinder in der Muttersprache erzogen werden sollen, um bei möglicher Rückkehr in die Heimat nicht den Anschluss zu verlieren, oder ob man diese 'Gefahr' hinnimmt und der Einschulung in eine deutsche Regelklasse zustimmt, die den Kindern eine

bessere Ausbildung zu garantieren scheint. Oder: Was geschieht, wenn der Aufenthalt der gesamten Familie in Deutschland nicht gesichert ist, oder wenn selbst ein gutes Abschlusszeugnis der Schule dem ausländischen Jugendlichen keine berufliche Ausbildung und vielleicht noch nicht einmal einen Arbeitsplatz sichert? Vielen Eltern wird eine rationale Entscheidung für eine dieser Alternativen kaum möglich sein, weil sie sich ihrer eigenen Zukunft nicht einmal sicher sind.

Für Kinder entstehen aus dieser Ungewissheit und Ungesicherheit Probleme, die sie kaum bewältigen, von denen aber ihre Zukunft durchgängig bestimmt werden dürfte. Beispielsweise schicken viele Eltern ihre Kinder, zumeist ohne Kenntnis der Folgen, in muttersprachlich orientierte Klassen oder Schulen, die durchaus den langfristigen Bildungsinteressen dieser Kinder mehr schaden als nützen können. Andere wiederum, die ihre Kinder in normalen Jahrgangsklassen unterrichten lassen, leiden selber an so erheblichen Sprach- und Bildungsdefiziten, dass sie weder in der Lage sind, ihnen Sprachhilfen zu geben noch bei den Hausaufgaben zu helfen.

Für Kinder, deren kulturelle Eingliederungsprozesse noch nicht abgeschlossen sind, kann mangelndes sprachliches Kommunikationsvermögen zu Konflikten führen, deren schwerwiegendste Folgen soziale und kulturelle Desorientierung und Identitätsverlust sein können. Fast immer ergibt sich daraus eine unkontrollierte Zweisprachigkeit mit starken Behinderungen in beiden Sprachen. Die Konsequenzen, die aus dieser Situation im Unterricht und im Beruf entstehen, liegen auf der Hand.

1.2.1.2. Zweisprachigkeit oder der Erwerb einer zweiten Sprache in der bilingualen Umwelt

Die psycho- und soziolinguistische Literatur verwendet den Begriff "zweisprachig" für Menschen, die zwei Sprachen so fließend beherrschen, wie dies üblicherweise nur bei der Muttersprache der Fall ist. Osgood unterscheidet dabei zwischen 'echter' und 'nicht echter' Zweisprachigkeit. Erstere basiert auf der Existenz eines 'koordinierten Sprachsystems': Sprache A wird in einer anderen Situation verwendet als Sprache B (z.B. ein Kind spricht Sprache A mit seinen Eltern und Sprache B in der Schule). Dagegen basiert die 'unechte' Zweisprachigkeit auf einem 'kombinierten Sprachensystem', wenn beispielsweise ein Kind in der Schule ein bedeutendes Zeichen in Sprache A einem Zeichen in Sprache B zuordnet. Unechte Zweisprachigkeit entwickelt sich aber auch bei einem Kind, in dessen Elternhaus

zwei Sprachen vermischt, d.h. ohne Trennung nach Person und Situation gesprochen werden.

Diese von Osgood entwickelte Definition der Zweisprachigkeit kann aber auf die Kinder und Jugendlichen ausländischer Arbeitnehmer insofern nur beschränkt angewendet werden, als die meisten von ihnen weder die Muttersprache noch die deutsche ausreichend beherrschen. Nach Stolting, der den Bilinguismus bei Ausländern in Essen untersucht hat (Stolting u.a. ,1976.), gibt es zwischen Erwachsenen und Kindern unterschiedliche Formen und Ausprägungen von Zweisprachigkeit. Bei ausländischen Erwachsenen lässt sich überwiegend ein Kommunikationsprozess nachweisen, in dem die eine Sprache (Deutsch) nur als Vermittler zwischen den verschiedenen nationalen Sprachgruppen Verwendung findet, während innerhalb der eigenen Sprachgruppe weiterhin die Muttersprache als Kommunikationsmittel beibehalten wird ('Inter-Gruppen Bilinguismus'). Ausländische Kinder zeigen dagegen eine andere Form der Zweisprachigkeit, die Stolting als 'Intra-Gruppen-Bilinguismus' bezeichnet. Demnach sprechen ausländische Kinder selbst innerhalb der eigenen Gruppe untereinander nur noch in Deutsch; bei einigen Gruppen lassen sich sogar Durchgangsstadien hin zum vollständigen Sprachwechsel nachweisen.

Differenzierend unterscheiden Stolting u.a. zwischen einer stabilen und einer instabilen Form des 'Intra-Gruppen-Bilinguismus'. Mit der ersteren bezeichnen sie eine Situation, in der jeweils ausschließlich nur eine der beiden Sprachen innerhalb eines bestimmten Lebensbereichs benutzt wird. Diese Form wird überwiegend von Erwachsenen angewendet. Mit der zweiten, der instabilen Form, wird dagegen eine Situation charakterisiert, in der beiden Sprachen undifferenziert und, je nach Lust und Sprachvermögen, vermischt gesprochen werden. Instabile Intra-Gruppen-Bilinguistik ist in der Tendenz bei ausländischen Kindern und Jugendlichen anzutreffen und führt allmählich zu einer neuen Einsprachigkeit, hier also Deutsch.

Aus dieser Analyse ergeben sich Folgerungen, die für die Charakterisierung der Sprachproblematik bei ausländischen Kindern bedeutsam sind. Anders als Erwachsene, die muttersprachlich erzogen und ausgebildet wurden und von denen die deutsche Sprache hauptsächlich für Kontakte innerhalb der Gruppe benutzt wird, hat für ausländische Kinder Deutsch eine mehrdimensionale Funktion:

- eine kommunikative zur Befriedigung des Bedürfnisses, deutschen und ausländischen Kindern anderer Nationalität etwas mitteilen zu können und sie zu verstehen;

- eine kognitive, weil die meisten Erlebniserfahrungen nicht in der Muttersprache, sondern zuerst und vor allem in Deutsch gemacht werden;
- eine affektive und soziale durch den Wunsch, von deutschen und Kindern anderer Nationalität aufgenommen und akzeptiert zu werden.

Die Analyse hat weiterhin gezeigt, dass Sprachschwierigkeiten nicht allein durch die mangelhafte Kenntnis spezifischer grammatikalischer Eigenheiten der deutschen Sprache und auch der Muttersprache entstehen. Vielmehr sind diese Schwierigkeiten das Ergebnis eng beschränkter Kommunikationsmöglichkeiten in einer sozialen Umwelt, in der die ausländischen Kinder es schwer haben, sich als Mitglied einer Sprachgemeinschaft einzuordnen, um letztlich ihre persönliche und soziale Identität erkennen zu können: Wer bin ich? Wo gehöre ich hin?

Akzeptiert man die Argumente von Sprachwissenschaftlern, Psychophysiologen und Psycholinguisten, dass das Erlernen einer zweiten Sprache im Alter zwischen dem dritten und sechsten, spätestens jedoch bis zum zehnten Lebensjahr am natürlichsten und ohne große Konflikte stattfindet und berücksichtigt man die reale Situation der Zweisprachigkeit, in der die ausländischen Kinder leben müssen, dann sollte zum einen eine frühe zweisprachige Förderung nicht ausgeschlossen bleiben, und zum anderen die Auseinandersetzung mit den jeweiligen Kulturen, deren Ausdruck die zu vermittelnden Sprachen sind, zum Ausgangspunkt einer didaktischen Reflexion des Vorgehens im Unterricht gemacht werden.

1.2.1.3. Ausländische Schüler im interkulturellen Konflikt

Ausländische Kinder und ihre Familienangehörigen unterliegen einem ständigen Konflikt, der durch den Gegensatz zwischen der soziokulturellen Situation bzw. den Lebensgewohnheiten in ihren Heimatregionen und denen des hochindustrialisierten Landes hervorgerufen wird, in dem sie jetzt leben. Während die Mitglieder dieser Gruppen schon im Heimatland zu den abhängigen und unterprivilegierten Schichten der Gesellschaft gehörten, bedeutet ihr neuer Status 'Gastarbeiter' oder 'Gastarbeiterkind' eine weitere Manifestation des Unterprivilegiert- und Abhängigseins, die das gesamte soziale Verhalten dieser Gruppe prägt. Eine Übertragung dieses allgemeinen Interpretationsmodells auf die Schulsituation ausländischer Kinder und auf die bestimmenden Faktoren ihrer sprachlichen Kompetenz ermöglicht folgende Thesen:

1. Im Rahmen von interkulturellen Situationen führt der schulische Erziehungsprozess ausländischer Kinder - sowohl in kulturell gemischten Klassen (Regelklassen) als auch in 'Modellklassen' (Vorbereitungs- oder muttersprachliche Klassen) - mittel- oder unmittelbar in kontinuierlicher Weise zur Konfrontation zwischen zwei oder mehr Kulturen.
2. Die Lernenden, das ausländische Kind, aber auch das mit ihm lernende deutsche Kind, sind in dieser Situation gezwungen, ein 'Lerngleichgewicht' und einen Progressionsrhythmus während des Zusammenfließens von zwei oder mehr Kulturen zu finden. Dabei scheitert zumeist das ausländische Kind, insbesondere wenn seine Deutschkenntnisse gering sind.
3. Die Konfrontation von zwei oder mehr Kulturen wirkt sich auf die gesamte Persönlichkeit des Lernenden aus, insbesondere auf den kognitiven, affektiven und sozialen Bereich. Da der interkulturelle Konflikt auch die Sozialisationsvermittler der Kinder, also Eltern, Lehrer und andere Personen miteinbezieht, sollte deren Verhalten in die interkulturelle Lernsituation bewusst und pädagogisch ebenso miteinbezogen und interpretiert werden. Dies geschieht aber zumeist nicht, was zur Folge hat, dass die Sozialisationsvermittler die konkreten und sichtbaren Pole des Spannungsfeldes, in dem das ausländische Kind aufwächst, verfestigen. Repräsentiert dabei das Elternhaus die Kultur und Sprache des Herkunftslandes bzw. die Lebensgewohnheiten in der Herkunftsregion, manifestieren Schule und Lehrer die Kultur und Sprache des Aufnahmelandes, d.h. Lebensweise und Sprache der Mittelschichten, die als offizielle und formalisierte Kultur durch Schule vermittelt werden. Dieser interkulturelle Konflikt lässt sich unter anderem auch durch Sprachförderung aufgreifen, wenn diese die ständig auftretenden kulturellen Vergleiche bewusst in den Unterricht einbezieht und verarbeitet. Innerhalb eines derartigen Unterrichts werden dann erstmals die emotionalen Konflikte und Identitätsschwierigkeiten des Kindes sichtbar gemacht, indem über sie gesprochen wird. Danach sollten angemessene Handlungsalternativen erschlossen werden, die eine Überwindung der Konflikte ermöglichen.

Interkulturelle Konflikte lassen sich jedoch nicht in eine kulturelle Begegnung verwandeln, wenn die im Unterricht verwendete Sprache sie stets aufs Neue reproduziert. Denn die schulischen Lernschwierigkeiten ausländischer Kinder sind nicht allein auf mangelnde Deutschkenntnisse zurückzuführen, sondern sie sind auch, und dies viel mehr, aus der

sozialen und kulturellen Diskrepanz zu interpretieren, die zwischen Schülern und Lehrern besteht und die im sprachlichen Bereich nur ihren konkreten Ausdruck findet. (Langenohl-Weyer, Wennekes, Akpınar, 1979).

1.3. Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung

1.3.1. Symptomatik und klinisches Bild für ADHS

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (kurz: ADHS) gehört mittlerweile zu den häufigsten Verhaltensauffälligkeiten, die im Kindes- und Jugendalter diagnostiziert werden (Döpfner, Schürmann, Lehmkuhl, 1999).

Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung ist durch die Kernmerkmale der Aufmerksamkeitsstörung, der Impulsivität und der Hyperkinese charakterisiert.

Die beeinträchtigte Aufmerksamkeit zeigt sich darin, dass Aufgaben vorzeitig abgebrochen und Tätigkeiten nicht beendet werden. Die Kinder wechseln häufig von einer Aktivität zur anderen, wobei sie anscheinend das Interesse an einer Aufgabe verlieren, weil sie zu einer anderen hin abgelenkt werden (wenn auch Laboruntersuchungen nicht regelmäßig ein ungewöhnliches Ausmaß an sensorischer oder perzeptiver Ablenkbarkeit zeigen). Diese Aspekte mangelnder Aufmerksamkeit und Ausdauer sollten nur dann diagnostiziert werden, wenn sie im Verhältnis zum Alter und Intelligenzniveau des Kindes sehr stark ausgeprägt sind.

Die Impulsivität manifestiert sich als Ungeduld und als Unfähigkeit, abwarten zu können. Betroffene platzen häufig mit Antworten heraus, bevor sie gefragt werden, oder sie mischen sich ungefragt in ein Gespräch ein und stören andere damit. Beim Spielen können die Kinder nicht abwarten, bis sie an der Reihe sind.

Die Störung der Impulskontrolle äußert sich auch in überstürztem, leichtsinnigem und unüberlegtem Handeln. Dieses unbedachte, vorschnelle Handeln spiegelt sich auch in den, bei hyperkinetischen Kindern gehäuft vorkommenden, Bagatellverletzungen sowie der erhöhten Unfallgefährdung wieder.

Überaktivität bedeutet exzessive Ruhelosigkeit, besonders in Situationen, die relative Ruhe verlangen. Situationsabhängig kann sie sich im Herumlaufen oder Herumspringen äußern, im Aufstehen, wenn dazu aufgefordert wurde, sitzenzubleiben, in ausgeprägter Redseligkeit und Lärmen; oder im Wackeln und Zappeln, bei Ruhe. Beurteilungsmaßstab sollte sein, dass die Aktivität im Verhältnis zu dem, was in der gleichen Situation von gleichaltrigen Kindern mit gleicher Intelligenz zu erwarten wäre, extrem ausgeprägt ist. Dieses Verhaltensmerkmal zeigt sich am deutlichsten in strukturierten und organisierten Situationen, die ein hohes Maß an eigener Verhaltenskontrolle fordern (Steinhausen, 2000).

Diese Auffälligkeiten treten bereits vor dem Alter von sechs Jahren auf und sind in mehreren Situationen und Lebensbereichen nachweisbar in der Familie, im Kindergarten, in der Schule oder auch in der Untersuchungssituation (vgl. Barkley, 1998; Döpfner et al., 1998), da sich die betroffenen Kinder nur schlecht Anordnungen fügen können und sich häufig über Regeln hinwegsetzen. Im sozialen Verhalten zeigen sie sich oft sehr herrschsüchtig gegenüber Gleichaltrigen, was die Integration auch in einen Freundeskreis erschwert und sie schnell in eine Außenseiterposition gelangen lässt.

Mit der Einschulung werden die Probleme des Kindes mit ADHS dann besonders auffällig, da sie hier mit besonderen Anforderungen an Ruhe, Ausdauer und Konzentrationsfähigkeit konfrontiert werden, die sie zumeist nicht erfüllen können. Die Kinder können sich im Arbeitsstil schlecht strukturieren und bleiben in ihren Leistungen meist unter ihren intellektuellen Möglichkeiten. Oft bestehen zusätzliche umschriebene Entwicklungsstörungen, vor allem im sprachlichen und schriftlichen Bereich (Döpfner et al., 2000; Knölker, 2003). Auch in der Familie sind diese Kinder schwer zu führen und ihr Verhalten stellt oft eine große Belastung für die Eltern dar. Die Eltern sind häufig hilflos, zweifeln an ihren erzieherischen Fähigkeiten und entwickeln ihrerseits Versagens- und Schuldgefühle. Sie sind nervlich belastet und so erfährt das Kind nicht nur in der Schule, sondern häufig auch in der Familie Restriktion (Knölker, 2001).

1.3.1.1. Diagnostik

Die Diagnose ADHS zu stellen ist nicht einfach, da sich die Definition dieser Störung während der letzten zwanzig Jahre ständig verändert hat und die Symptome ein sehr breites Feld an Faktoren umfassen. Neueste Kriterien findet man im DSM-IV und in der Internationalen Klassifikation psychischer Erkrankungen (ICD-10). Diese zwei Manuale werden heute zur Erstellung einer Diagnose psychischer Krankheiten herangezogen (Rowland, Lesesne, Abramowitz, 2002).

Um die Diagnose einer hyperkinetischen Störung (HKS) nach ICD-10 (Remschmidt, Schmidt, 1996) bzw. einer ADHS nach DSM-IV (Saß, Wittchen, Zaudig, Houben, 2003) zu stellen, müssen verschiedene Verhaltensweisen aus den Bereichen Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität vorhanden sein. Im ICD-10 müssen diese drei Dimensionen als gemeinsames Störungsbild auftreten, während im DSM-IV hingegen entweder die Symptome der Unaufmerksamkeit oder der Hyperaktivität/Impulsivität zur Diagnosestellung

genügen. Die Diagnose ADHS wird nach DSM-IV gestellt, wenn eine festgelegte Anzahl von Symptomen erfüllt ist.

Das DSM-IV beschreibt eine Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung mit den Hauptsymptomen Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität und ermöglichen die Definition sogenannter Subtypen je nach dominierender Symptomatik. Dabei werden auftretende Symptome ins Verhältnis zur Ausprägung bei normaler Entwicklung gebracht, müssen schon vor dem 7. Lebensjahr aufgetreten sein und Beeinträchtigungen in zwei oder mehr Settings verursachen. Andere zugrunde liegende mögliche Störungsbilder müssen ausgeschlossen werden (Barkley, 1990).

DSM-IV unterscheidet einen vorwiegend unaufmerksamen Typ (314.00), einen vorwiegend hyperaktiven-impulsiven Typ (314.01) und einen Mischtyp (314.02) (Knölker, 2001)

- Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Mischtypus: Die meisten betroffenen Kinder entsprechen diesem Typ, bei dem mindestens sechs Symptome sowohl von Unaufmerksamkeit als auch von Hyperaktivität und Impulsivität über einen Zeitraum von sechs Monaten oder länger aufgetreten sind.
- Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, vorwiegend unaufmerksamer Typus: Bei diesem Subtyp stehen die Symptome der Unaufmerksamkeit im Vordergrund, sechs oder mehr dieser Symptome müssen mindestens sechs Monate lang aufgetreten sein. Dabei wurden weniger als sechs Symptome der Hyperaktivität und Impulsivität beobachtet.
- Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typus: Wenn mehr als sechs Symptome der Hyperaktivität und der Impulsivität, aber weniger als sechs Symptome der Unaufmerksamkeit in den letzten sechs Monaten vorlagen, trifft die Bezeichnung „vorwiegend hyperaktiv-impulsiv“ zu.

Kinder des vorwiegend unaufmerksamen Typus zeigen in einer Untersuchung von Barkley et al. (1990) weniger aggressives und impulsives Verhalten und deutlich weniger Konflikte mit Gleichaltrigen. Sie werden eher als Tagträumer bezeichnet und sind häufig lethargisch oder apathisch (Barkley, Du Paul & Murray, 1990). Aufgrund dieser Ergebnisse gehen Barkley und Kollegen (1990) davon aus, dass es sich hier nicht um zwei Subtypen einer Störung, sondern um zwei getrennte psychiatrische Störungen mit unterschiedlichen Aufmerksamkeitsdefiziten, unterschiedlichen Verhaltensmerkmalen und unterschiedlichen

genetischen Grundlagen handelt. Diese Debatte um die Klassifikation der ADHS-Symptome ist nach wie vor lebendig (Barkley, 1997).

Die ICD-10 unterscheidet die „einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung“ (F90.0) von der „hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens“ (F90.1), bei der zusätzlich Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllt sein müssen. (Knölker et al., 2003).

Abbildung (1): die Kriterien für die Diagnose einer hyperkinetischen Störung nach ICD-10 und einer Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung nach DSM-IV.

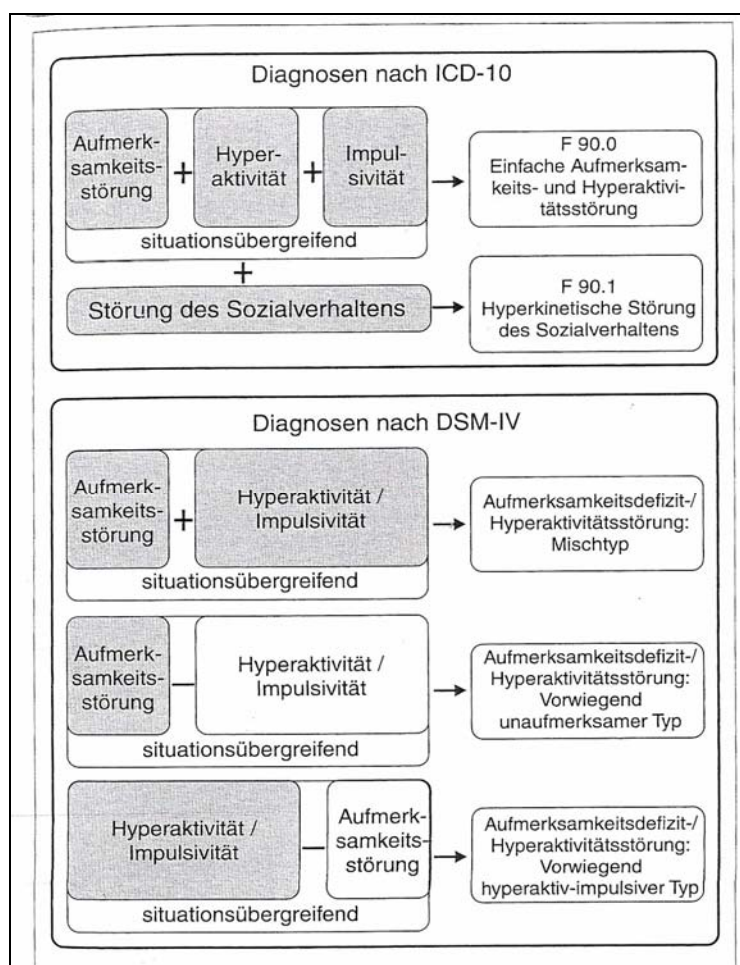


Abbildung (1) zeigt die Kriterien für die Diagnose dieser Störung, wie sie in den beiden derzeit gültigen internationalen Klassifikationssystemen, dem ICD-10 und dem DSM-IV definiert werden. (Döpfner, Lehmkuhl, 2000).

In der ICD-10 werden die beeinträchtigte Aufmerksamkeit und Überaktivität als die für die Diagnose notwendigen Kardinalsymptome herausgestellt. Das Störungsbild soll mindestens sechs Monate in verschiedenen Lebensbereichen bestehen und vor dem sechsten Lebensjahr auftreten.

Tabelle(2): die Diagnostischen Leitlinien der hyperkinetischen Störungen gemäß ICD-10.

Diagnostische Leitlinien der hyperkinetischen Störungen gemäß ICD-10

A. In Bezug auf Alter und Entwicklungsstand nachweisbare Abnormität von Aufmerksamkeit und Aktivität zu Hause, die durch mindestens drei der nachstehenden Aufmerksamkeitschwierigkeiten gekennzeichnet sind:

- a. kurze Dauer der spontanen Aktivitäten
- b. mangelnde Ausdauer beim Spielen
- c. überhäuftes Wechseln zwischen verschiedenen Aktivitäten
- d. stark beeinträchtigte Ausdauer bei der Bewältigung von Aufgaben, die von Erwachsenen gestellt werden
- e. ungewöhnliche hohe Ablenkbarkeit während schulischer Arbeiten wie
- f. Hausaufgaben oder Lesen
- g. ständige motorische Unruhe (Rennen, Hüpfen etc.)
- h. bemerkenswert ausgeprägte Aktivität in Situationen, die relative Ruhe verlangen (wie z.B. Mahlzeiten, Reisen, Besuche, Gottesdienst)
- i. Schwierigkeiten sitzenzubleiben, wenn es verlangt wird

B. In Bezug auf Alter und Entwicklungsstand nachweisbare Abnormität von Aufmerksamkeit und Aktivität in Schule oder Kindergarten (falls zutreffend), die durch mindestens drei der nachstehenden Aufmerksamkeitschwierigkeiten gekennzeichnet sind:

- a. außergewöhnlich geringe Ausdauer bei der Bewältigung von Aufgaben
- b. außergewöhnlich hohe Ablenkbarkeit, d.h. häufiges Zuwenden zu externen Stimuli
- c. überhäufiger Wechsel zwischen verschiedenen Aktivitäten, wenn mehrere zur Auswahl stehen
- d. extrem kurze Dauer von spielerischen Beschäftigungen
- e. beständige und exzessive motorische Unruhe (Rennen, Hüpfen etc.) in Situationen, in denen freie Aktivität erlaubt ist
- f. bemerkenswert ausgeprägte Zappeligkeit und motorische Unruhe in strukturierten Situationen
- g. extrem viele Nebenaktivitäten bei der Erledigung von Aufgaben
- h. fehlende Fähigkeit auf dem Stuhl sitzen bleiben zu können, wenn es verlangt wird

C. Direkt beobachtete Abnormität von Aufmerksamkeit oder Aktivität. Diese muss in Anbetracht des Alters und des Entwicklungsstandes des Kindes sehr ausgeprägt sein.

Anzeichen können dafür sein:

a. direkte Beobachtung der Kriterien wie in A und B geschildert, nicht nur berichtet durch Eltern oder Lehrer

b. Beobachtung abnormer motorischer Aktivität, unstrukturierten Arbeitsverhaltens oder mangelnder Ausdauer bei Beschäftigungen in einer Situation außerhalb von zu Hause oder der Schule (wie z.B. Klinik)

c. signifikante Beeinträchtigung in psychomotorischen Tests, die die Aufmerksamkeit prüfen

D. Die Kriterien für eine tiefgreifende Entwicklungsstörung (F84), Manie (F30), Depression (F32) oder Angststörung (F41) werden nicht erfüllt

E. Beginn der Symptomatik vor dem 6. Lebensjahr

F. Dauer der Symptomatik mindestens 6 Monate

G. IQ über 50.

Tabelle (3): Symptomenkriterien der hyperkinetischen Störung nach ICD-10 und der Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung nach DSM-IV.

A. Unaufmerksamkeit
1. Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten.
2. Hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder Spielen aufrechtzuerhalten.
3. Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn ansprechen.
4. Führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund von oppositionellem Verhalten oder Verständnisschwierigkeiten).
5. Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren.
6. Vermeidet häufig, hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengungen erfordern (wie Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben).
7. Verliert häufig Gegenstände, die er/sie für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z. B.

Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug).
8. Lässt sich oft durch äußere Reize leicht ablenken.
9. Ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich.
B. Hyperaktivität
1. Zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum.
2. Steht {häufig} in der Klasse oder in anderen Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird.
3. Läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben).
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 "getrieben".} (Zeigt ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivität, das durch die soziale Umgebung oder durch Aufforderungen nicht durchgreifend beeinflussbar ist.)
C. Impulsivität
1. Platzt häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist.
2. Kann häufig nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist (bei Spielen oder in Gruppensituationen).
3. Unterbricht und stört andere häufig (platzt z. B. in Gespräche oder in Spiele anderer hinein).
4. Redet häufig übermäßig viel (ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren). {im DSM-IV unter Hyperaktivität subsumiert}.

{ } = nur DSM-IV; () = nur ICD-10 (Döpfner, Lehmkuhl, 2000).

Obwohl beide Klassifikationssysteme voraussetzen, dass die hyperkinetischen Symptome in mehreren Lebensbereichen auftreten, können die Auffälligkeiten in den verschiedenen Lebensbereichen unterschiedlich stark ausgeprägt sein. Typischerweise treten die Symptome stärker in solchen Situationen auf, in denen von den Kindern oder Jugendlichen eine längere Aufmerksamkeitsspanne vorausgesetzt wird, beispielsweise im Unterricht, bei den Hausaufgaben oder beim Essen. Anzeichen der Störung können in sehr geringem Maße oder

gar nicht auftreten, wenn sich das Kind in einer neuen Umgebung befindet, wenn es nur mit einem Gegenüber konfrontiert ist oder wenn es sich einer Lieblingsaktivität widmet, selbst wenn diese in vermehrtem Maße Aufmerksamkeit "erfordert" (z. B. beim Computerspiel). Das Fehlen von Symptomen in der Untersuchungssituation ist daher auch kein eindeutiger Hinweis darauf, dass die Störung nicht vorliegt.

Beide Diagnosesysteme unterscheiden sich zwar nur unwesentlich in der Definition der einzelnen Kriterien, wohl aber in der Bestimmung der Anzahl und der Kombination dieser Kriterien, die für die Diagnose einer hyperkinetischen Störung vorliegen müssen. Wie Abbildung 1 zeigt, fordert das ICD, dass sowohl Störungen der Aufmerksamkeit als auch Störungen der Impulskontrolle und Störungen der Aktivität für Diagnose einer Störung von Aktivität und Aufmerksamkeit (F90.0) vorhanden sein müssen. Sind zusätzlich die Kriterien einer Störung des Sozialverhaltens erfüllt, dann wird eine Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (90.1) diagnostiziert. (Döpfner, Lehmkuhl, 2000).

1.3.1.2. Systematische allgemeine und ergänzende Diagnostik

Eine systematische allgemeine Diagnostik psychischer Störungen sowie eine ergänzende Diagnostik anderer spezifischer Auffälligkeiten ist bei Kindern und Jugendlichen mit Hinweisen auf ADHS deshalb meist notwendig, weil einerseits eine differenzialdiagnostische Abgrenzung zu anderen psychischen Störungen indiziert ist und andererseits die Mehrzahl der Kinder mit gesicherter ADHS zusätzlich komorbide Störungen aufweisen, vor allem oppositionell-aggressive Störungen des Sozialverhaltens, Entwicklungs- und Lernstörungen, emotionale Störungen sowie Tic-Störungen. Differenzialdiagnostische Entscheidungsbäume können bei der Abgrenzung zu anderen Störungen hilfreich sein, insbesondere sind folgende Differenzialdiagnosen zu beachten (vgl. Döpfner et al., 2000):

- **Altersgemäße Verhaltensweisen bei aktiven Kindern:** Vor allem bei jüngeren Kindern sind die Grenzen zwischen einem noch altersgemäßem Bewegungsdrang und hyperaktivem Verhalten oder leichten Konzentrationsproblemen und Aufmerksamkeitsstörungen oft nur schwer zu ziehen. In zunehmendem Maße wird jedoch akzeptiert, dass ADHS keine diskrete, gut von der Normvariation abgrenzbare diagnostische Einheit darstellt, sondern dass eine dimensionale Betrachtung eher angemessen ist.

- **Durch Medikamente oder durch neurologische Störungen bedingte ADHS-Symptomatik:** ADHS Symptome können durch Medikamente (z. B. Antikonvulsiva) oder auch durch eindeutige neurologische Erkrankungen (z. B. Schädel-Hirn-Trauma) ausgelöst werden.
- **ADHS-Symptome bei Intelligenzminderung:** Vor allem Symptome der Aufmerksamkeitsschwäche, aber auch erhöhte Unruhe und Impulsivität treten bei Kindern mit Intelligenzminderung üblicherweise auf. Dennoch kann auch bei lernbehinderten Kindern eine ADHS diagnostiziert werden. Die Symptome müssen in diesen Fällen jedoch deutlich stärker ausgeprägt sein als bei Kindern gleicher Intelligenz.
- **ADHS-Symptome bei schulischer Überforderung:** Kinder, die schulisch überfordert sind, können im Unterricht als leicht ablenkbar, konzentrationschwach und unruhig imponieren. Deshalb ist eine Intelligenzdiagnostik bei hyperkinetisch wirkenden Kindern mit Schulleistungsschwächen unabdingbar. Schulleistungsschwächen können aber auch als komorbide Störungen auftreten.
- **ADHS-Symptome bei schulischer Unterforderung:** Bei weit überdurchschnittlich begabten Schülern, die schulisch unterfordert sind, können Symptome einer ADHS auftreten. Bei Steigerung der schulischen Anforderungen verschwinden diese Symptome jedoch rasch.
- **ADHS-Symptome als Folge chaotischer psychosozialer Bedingungen:** In extrem desorganisierten Familien können Kinder hyperkinetische Symptome entwickeln. Sie zeigen diese Symptomatik jedoch nicht, wenn sie sich in strukturierten Umgebungen aufhalten.
- **Oppositionelle Verhaltensweisen:** Kinder mit oppositionellen Verhaltensauffälligkeiten können gegen Arbeiten oder schulische Aufgaben Widerstand leisten, die Anstrengung und Aufmerksamkeit verlangen, da sie nicht gewillt sind, sich den Forderungen anderer anzupassen. Oppositionelle Verhaltensweisen treten aber bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen häufig auch als komorbide Störung auf.
- **Psychomotorische Erregung und Konzentrationsstörungen bei affektiven Störungen und Angststörungen:** Diese Symptome lassen sich manchmal nur schwer von der

Hyperaktivität und den Aufmerksamkeitsstörungen einer hyperkinetischen Störung unterscheiden. Ein Unterscheidungsmerkmal kann der Verlauf sein: Die ADHS hat einen kontinuierlichen Verlauf mit Beginn im Vorschulalter, affektive Störungen und Angststörungen treten meist später auf und verlaufen üblicherweise weniger kontinuierlich. Bei Angststörungen treten die Symptome in der Regel ausschließlich in den ängstigenden Situationen (z. B. bei Klassenarbeiten) auf.

- **Autismus, Schizophrenie und Manie:** Bei autistischen Störungen sind im Kindesalter häufig auch hyperkinetische Symptome zu beobachten. Schizophrene Störungen und Manie treten fast ausschließlich im Jugendalter auf und gehen häufig auch mit Symptomen von Unruhe und Antriebssteigerung sowie Impulsivität und Aufmerksamkeitsstörungen einher. Werden diese Störungen diagnostiziert, die durch andere charakteristische Symptome gekennzeichnet sind, dann entfällt die Diagnose einer ADHS.

Sowohl die hohe Komorbidität von ADHS als auch die differenzialdiagnostischen Abgrenzungen lassen den Einsatz von störungsübergreifenden diagnostischen Instrumenten für sehr sinnvoll erscheinen. Im Leitfaden zur Diagnostik psychischer Störungen (Döpfner et al., 2000b) werden diese Verfahren ausführlich beschrieben und in dem sich in Vorbereitung befindlichen Band des Kinder-Diagnostik-Systems zu Breitbandverfahren der Verhaltens- und Psychodiagnostik werden diese Verfahren zusammengestellt (**Döpfner, Lehmkuhl, Steinhausen, 2006**).

1.3.2. Begriffe im Wandel

Der Wandel geschah aufgrund der Erkenntnis, dass es bei Kindern mit ADHS zwar Anzeichen von neurologischen Auffälligkeiten gibt, eine Gleichsetzung der Begriffe „hyperkinetische Störung“ und „Minimale Cerebrale Dysfunktionen“ jedoch zu undifferenziert und zu ungenau ist. Dies gilt sowohl hinsichtlich der systematischen Einordnung von Krankheiten als auch in phänomenologischer Hinsicht. Der Wandel der diagnostischen Terminologie vollzog sich weg von offensichtlichen Schlussfolgerungen, dass solche Symptome auf Hirnschädigungen oder Hirndysfunktionen hinweisen und hin zu einer eher beschreibenden Sicht der Störung. Diese Veränderungen führten zum diagnostischen Begriff des „hyperaktiven Kind-Syndroms“.

Das US-amerikanische Klassifikationssystem Diagnostik and Statistical Manual (DSM) der American Psychiatric Association hat seit seiner dritten Revision (DSM-III) das Aufmerksamkeitsdefizit in den Vordergrund gerückt und daher die Bezeichnung »attention deficit disorder« (ADD) - bzw. "Aufmerksamkeits- Defizit-Störung" (ADS) - kreiert, die schon mit der bald folgenden Revision (DSM-III-R) erneut in »attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)« umbenannt wurde.

Die ICD-10 hat diesen Begriff der ADD zu Recht nicht übernommen, weil er die Kenntnis psychologischer Prozesse impliziert, die noch nicht verfügbar ist, und den Einschluss verängstigter oder verträumter, unbeteiligter Kinder nahe gelegt, die wahrscheinlich andere Schwierigkeiten aufweisen.

Tatsächlich hat die unter dem Einfluss des DSM-III-R realisierte Forschung Belege für die Schlussfolgerung ermittelt, dass ein reines Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom ohne Hyperaktivität (ADD/-H) wahrscheinlich eine qualitativ verschiedene Störung und nicht einen Untertyp des ADHD, also der hyperkinetischen Störungen, darstellt (vgl. Barkley, 1998). Im Widerspruch zu diesen Erkenntnissen hat das DSM-IV jedoch eine Aufteilung in Sub-Typen mit einem vorwiegend unaufmerksamen, einem vorwiegend hyperaktiv-impulsiven und einem Mischtyp vorgenommen. Aus dem Vergleich der Forschungskriterien der ICD-10 und des DSM-IV wird die weitgehende Konvergenz der diagnostischen Kriterien der beiden Klassifikationssysteme deutlich. Somit entspricht die ICD-10-Diagnose der einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung dem Misch-Typ der Aufmerksamkeitsdefizit /Hyperaktivitätsstörung des DSM-IV. Hingegen ist die Validität der Subtypen des DSM-IV ungenügend gesichert. Dies gilt ganz besonders für das popularisierte ADS, dem die erforderliche neurologische Differenzierung völlig fehlt.

Die Klassifizierung nach dem zusätzlichen Vorliegen einer Störung des Sozialverhaltens, welche in der ICD-10 Berücksichtigung findet, ist empirisch breit abgesichert. Analoge Hinweise auf eine spezielle Untergruppe hyperkinetischer Störungen mit gleichzeitig bestehenden internalisierten Störungen (Angst und Depression) sind empirisch bisher weniger intensiv erbracht worden. Der unter dem Einfluss englischer Wissenschaftler vorgenommenen Betonung der Pervasivität, d.h. der Situationsunabhängigkeit als Diagnose-Kriterium in der ICD-10 wird in der nordamerikanischen Diskussion weniger gefolgt. Hier ist vielmehr vorgeschlagen worden, die pervasive Störung im Vergleich zur situativen Störung als eine schwere Ausprägung der ADHD zu betrachten (Steinhausen, 2000).

1.3.3. Verlauf des Hyperkinetischen Syndroms

Hyperkinetische Auffälligkeiten beginnen vor dem Schulalter, meist sind sie spätestens im Alter von fünf bis sechs Jahren gut erkennbar. Häufig fallen diese Kinder aber schon im Kleinkindalter als Schreibabies auf.

Säuglings- und Kleinkindalter: Ab dem Alter von drei Jahren ist eine Abgrenzung hyperkinetischer Symptome von Normvarianten des Verhaltens kleiner Kinder prinzipiell möglich, wenn auch in Einzelfällen schwierig. Die Anamnese bezüglich des Störungsbildes weist jedoch bis in das Säuglingsalter zurück. Die Kinder werden bezüglich ihres Temperamentes oft als unausgeglichen und wenig adaptiv beschrieben. Sie fallen durch Ess- und Schlafprobleme auf und zeigen ein allgemein erhöhtes, instabiles psychophysiologisches Aktivitätsniveau. Generell scheinen schwierige Temperamentsmerkmale, Schlafprobleme, Essschwierigkeiten und gereizte Stimmungslage im Kleinkind- und Vorschulalter zwar ein Risikofaktor zur Entwicklung psychischer Auffälligkeiten im späteren Kindesalter zu sein, doch steigt das Risiko noch einmal erheblich. Neben diesen Temperamentsmerkmalen müssen auch psychische Störungen der Eltern, Eheprobleme, feindselige Einstellung zum Kind sowie negative und überwiegend kritisierende Interaktionen der Mutter mit dem Kind berücksichtigt werden. Wenn es der Hauptbezugsperson nicht gelingt, die Belastungen zu bewältigen, die durch ungünstige Temperamentsmerkmale auftreten und sich eine dauerhafte, angespannte, negative Eltern-Kind-Interaktion entwickelt, dann ist die Wahrscheinlichkeit zur Entwicklung psychischer Störungen im späteren Kindesalter und die Persistenz hyperkinetischer Symptomatik deutlich erhöht. (Döpfner, Frölich, Lehmkuhl, 2000).

Im **Kindergartenalter** ist meistens die motorische Unruhe und extreme Umtriebigkeit besonders stark ausgeprägt. Den Kindern fällt es schwer, zu einem ruhigen und ausdauernden Spiel zu kommen. Manchmal treten die Auffälligkeiten im Kindergarten stärker auf als in der Familie, weil dort wesentlich mehr Reize auf das Kind einströmen. Viele Kinder fallen außerdem durch extreme Wutausbrüche und das Nichtbeachten von Grenzen und Anweisungen auf. Die Eltern sind häufig sehr stark durch das ungesteuerte Verhalten ihres Kindes belastet, das von den Eltern ein hohes Maß an Aufsicht aber auch Geduld erfordert, die aber nicht immer aufzubringen sind. Aufgrund der hohen Impulsivität der Kinder ist das Unfallrisiko zu Hause wie im Straßenverkehr deutlich erhöht (Döpfner, Frölich, Lehmkuhl, 2000).

Mit der Einschulung geht meist eine deutliche Zunahme der Schwierigkeiten einher, weil die Kinder plötzlich mit Anforderungen an Ruhe, Ausdauer und Konzentrationsfähigkeit konfrontiert sind, denen sie nicht gewachsen sind. In der Familie wird die Bewältigung der Hausaufgaben häufig zum Kernproblem. Schlechte Leistungen in der Schule, vor allem Probleme beim Lesen- und Schreiblernen, treten häufig, aber nicht immer auf. Aufgrund dieser Schwierigkeiten verlieren viele Kinder sehr schnell die Lust am Lernen. Aggressive Verhaltensweisen und Selbstwertprobleme können zunehmen. Die Schulschwierigkeiten können so stark sein, dass Klassenwiederholungen und Umschulungen notwendig werden. Insgesamt verläuft die Schullaufbahn bei hyperkinetischen Kindern trotz der in der Regel normalen Intelligenz zum Teil noch weniger erfolgreich als bei lerngestörten Kindern. Die Langzeitprognose der Schulleistung ist dabei umso schlechter, je stärker die Aufmerksamkeitsstörung ausgeprägt ist (Döpfner, Frölich, Lehmkuhl, 2000).

Im Jugendalter beträgt die Stabilität der Störung immer noch zwischen 30 und 70 % (Gittelman et al., 1985; Lambert et al., 1987). Die Symptomatik unterliegt nun bis zu einem gewissen Grade einem Symptomenwandel, da die motorische Hyperaktivität nachlässt. Die Impulsivität und Aufmerksamkeitsstörung persistieren dagegen. Im Vordergrund der Problematik stehen neben der Schulleistungsproblematik in zunehmenden Maße Störungen des Sozialverhaltens und delinquente Handlungen, die bei 25 bis 50 % der hyperkinetischen Jugendlichen auftreten. Der Anteil der Jugendlichen, die dissoziale Störungen des Sozialverhaltens entwickeln, liegt auch in Deutschland bei etwa 40 % (Schmidt et al., 1991). Ein großes Problem stellt in diesem Alter auch ein vermehrter Alkohol- und Drogenmissbrauch dar. Gerade in dieser Teilgruppe hyperkinetischer Jugendlicher ist zudem das Risiko, weitere psychische Störungen zu entwickeln, signifikant erhöht. Das Störungsspektrum beinhaltet vor allem affektive Störungen und interpersonelle Beziehungsstörungen (Barkley, 1990; Steinhausen, 1995).

Erwachsenenalter: Entgegen früherer Annahmen persistieren einzelne hyperkinetische Symptome in etwa 50 bis 80 % der Fälle bis in das Erwachsenenalter hinein (Wender, 1995; Weiss, Hechtman, 1993). Fast ein Drittel der Betroffenen zeigt als Erwachsener nach wie vor das Vollbild der Störung, bei den übrigen liegt zumindest noch eine Residualproblematik vor (vgl. Lehmkuhl et al., 1998b). Zur Prävalenz hyperkinetischer Störungen im Erwachsenenalter liegen bislang keine ausreichenden epidemiologischen Daten vor. Wender (1995) schätzt die Prävalenz zwischen 2 und 7 % ein, während Shaffer (1994) nur von 0,3 % ausgeht.

Möglicherweise bleibt die Störung bei Erwachsenen oft unerkannt, da die Symptomatik sich nicht so charakteristisch äußert wie im Kindesalter.

Insgesamt ist also die hyperkinetische Störung als ein chronisches, von der frühkindlichen Entwicklung bis in das Erwachsenenalter hineinreichendes persistierendes Störungsbild zu betrachten. Entsprechend besteht die Notwendigkeit, bereits früh erkennbare Risikofaktoren zu identifizieren, die mit einem erhöhten Risiko zu einer Chronifizierung der Störung einhergehen(Döpfner, Frölich, Lehmkuhl, 2000).

1.3.4. Häufigkeit des Hyperkinetischen Syndroms

Der amerikanische ADHS- Experte Paul Wender bezeichnet nach 25 Jahren praktischer Erfahrung die ADHS als "häufigste chronische (d.h. bleibende) psychiatrische Störung des Kindesalters". Auch in Deutschland wird dies von den ADHS-erfahrenen Psychiatern so gesehen. Döpfner, Frölich und Lehmkuhl (2000) berichten zur Häufigkeit internationale Zahlen zwischen 1,7 % und 17,8 % je nach den Diagnosekriterien. Das Vorkommen der ADHS scheint hier sehr vorsichtig geschätzt zu werden. Michael Huss zeigt in seinem Abschlussbericht an das Bundesgesundheitsministerium die Schwierigkeiten der Erhebung zutreffender Ergebnisse auf und nennt zum Vorkommen der ADHS in Deutschland einen oberen Schätzwert von 3,9 %, während er von Ergebnissen internationaler Publikationen mit Größen zwischen 4 % und 26 % berichtet und vor transkulturellen Verallgemeinerungen warnt. Krause und Krause (2005) nennen Studienergebnisse mit Raten zwischen 2,4 % und 19,8 %. Die Bundesärztekammer beziffert 2005 etwa 3-5 Prozent (300000 - 500000) der Kinder und Jugendlichen in Deutschland als ADHS-betroffen. Die Arbeit des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer unter Federführung von Helmut Remschmidt führte auch zu der Einschätzung, dass Jungen gegenüber Mädchen zwei- bis viermal häufiger betroffen seien. (Bundesärztekammer 2005) Es kursieren vielfach Zahlen zwischen 3 % und 6 %, wobei das Verhältnis zwischen den Geschlechtern mal als ausgewogen, mal als drei- bis neunfach zu Lasten der Jungen angegeben wird. (Drüe, 2007). Die Häufigkeit der ADHS betrug 2,0 % in den USA, 4,3 % in Kanada, 6,7 % in Neuseeland sowie 5,2 % in der Schweiz. In Saudi-Arabien hat Gamal Alhamed eine Studie in Alscharkia Stadt über ADHS von Kindern im Grundschulalter durchgeführt. Die Häufigkeit von ADHS betrug hier 16,5%. Frau Dr. Suad Alyamany berichtet, dass die Häufigkeit der ADHS in

Alreyad (Hauptstadt von Saudi-Arabien) 12,5% betrug und 18% in den Vereinigten Arabischen Emiraten nach einer Studie bei 31000 Kindern im Grundschulalter.

Die Symptomatik des HKS ist ein kulturunabhängiges Phänomen. Dies kann nur aus der Schilderung des Zappel- Philipp vor mehr als 100 Jahre, sondern auch aus transkulturellen Studien geschlossen werden. Die Häufigkeitsangaben variieren jedoch beträchtlich. Selbst neuere epidemiologische Studien mit vergleichsweise differenzierter Forschungsmethodologie weisen divergierende Prävalenzraten auf. Die Gründe für diese Divergenzen dürften in der Variation hinsichtlich begleitender Störungen, den Entwicklungsregeln für die Diagnose, der Symptombewertung, der eingesetzten diagnostischen Instrumente sowie der Verhaltensausrprägung liegen. Unabhängig von diesen Faktoren bildet sich jedoch in allen Studien eine deutlich stärkere Belastung des männlichen Geschlechts ab, die von einer drei- bis zu neunfach höheren Belastung als beim weiblichen Geschlecht reicht. (Steinhausen, 2000).

1.3.5. Geschlechterunterschiede

Von ADHS scheinen weitaus mehr Jungen betroffen zu sein als Mädchen. In repräsentativen Stichproben wird bei Jungen doppelt so häufig ADHS als bei Mädchen diagnostiziert, in psychiatrischen Stichproben wird die Diagnose ADHS bei Jungen sogar drei bis neun Mal häufiger gestellt. Mädchen sind deutlich häufiger als Jungen von dem rein aufmerksamkeitsgestörten Typ ADS betroffen, welcher von der Umwelt eher toleriert wird als die Mischform ADHS oder als der hyperaktive Typ HS. Letztere treten bei Jungen häufiger als bei Mädchen auf und rufen sehr viel schneller als ADS eine klinisch bedeutsame Problembelastung und Problemhäufigkeit in der Umwelt hervor. Robison et al. (2002) konnten zeigen, dass sich die Häufigkeit von ADHS-Diagnosen bei Mädchen im Zeitraum von 1991 bis 1992 und 1997 bis 1998 verdreifachte, wohingegen sich die Häufigkeit von ADHS-Diagnosen bei Jungen im gleichen Zeitraum nur verdoppelte. Auch innerhalb der Gruppe der ADHS-Kinder liegen Geschlechterunterschiede vor: Nach Angaben von Lehrern und Eltern ist das motorische Verhalten von ADHS-Mädchen weniger auffällig als das von ADHS-Jungen (Robison et al., 2002). Hingegen wird die Intensität und Häufigkeit von internalisierten Problemen und die intellektuelle Beeinträchtigung bei ADHS Mädchen als stärker eingestuft. Es gibt aber auch warnende Stimmen, die davon ausgehen, dass bei Jungen deshalb öfter ADHS diagnostiziert wird, weil sie von Natur aus - aufgrund ihres genetischen Programms

temperamentvoller und lebhafter als Mädchen sind. In früheren Zeiten, als Eltern davon ausgingen, dass ihre Stammhalter im Mannesalter die Ernährer ihrer Familie sein würden, galt das typische Jungenverhalten sogar als erwünscht. Zeigten Jungen zum Beispiel eine gewisse Aggressivität, galt dies als Zeichen für Durchsetzungsvermögen, hatten sie einen starken Bewegungsdrang, waren sie eben besonders aktiv.

Heute hingegen ist eher das typische Mädchenverhalten gefragt: Kinder sollen sich (zum Beispiel in der Schule) möglichst ruhig verhalten, kooperativ, teamfähig und wenig aggressiv oder impulsiv sein. Auch viele Eltern möchten lieber ein eher unauffälliges Kind als eines, das ihre ganze Aufmerksamkeit fordert. Aber vor allem Jungen entsprechen in vielen Fällen diesem Wunschbild nun mal nicht. Sie wollen ihre Kräfte erproben, sich mit anderen messen und raufen. Noch dazu sind sie oft wagemutiger und lauter als Mädchen und müssen ihren Bewegungsdrang ausleben. Kein Wunder, dass Eltern, Erzieher, Lehrer, Ärzte und Psychologen bei ihnen eher den Verdacht auf ADHS äußern als bei Mädchen (Harland, 2003).

1.3.6. Komorbidität

Bei vielen ADHS-Kindern werden zusätzlich zur Aufmerksamkeitsstörung andere psychische Störungen diagnostiziert. In Überblicksarbeiten wird der Anteil der Achs-Kinder, die an einer komorbiden Störung leiden, auf 30-90 % geschätzt (Hinshaw, 1987), das heißt, mehrere psychiatrische Störungen treten gemeinsam auf.

Kinder des vorwiegend hyperaktiv-impulsiven Typus neigen im Vergleich zu solchen des vorwiegend unaufmerksamen Typus eher zu schweren komorbiden Verhaltensstörungen (Barkley, Murray, 1990). Die hohe Komorbiditätsrate bei Patienten mit ADHS ist zum einen für die Praxis von großer Bedeutung, da Prognose, Behandlung und Behandlungserfolg stark von einer detaillierten und genauen Diagnose abhängen. Zum anderen ist eine detaillierte Diagnose ebenso wichtig für valide Forschungsergebnisse, da komorbid auftretende Störungen Einfluss auf das Erleben und Verhalten der untersuchten Personen haben.

Häufig ist es schwer zu entscheiden, ob Unaufmerksamkeit und/oder Hyperaktivität-Impulsivität die Folge von ADHS oder die Folge einer anderen psychischen Störung im Kindesalter sind. Die Tatsache, dass ADHS-Symptome häufig auch Begleitsymptome anderer Störungen sein können, kann zu deutlich erhöhten Prävalenzraten führen (Rowland et al., 2002; Zametkin, 1999)

Im Folgenden sollen einige im Vorschulalter häufig auftretende Begleitsymptome kurz dargestellt werden:

1.3.6.1. Oppositionelle und dissoziale Verhaltensstörungen

Die häufigsten komorbiden Störungen bei ADHS sind Störungen des Sozialverhaltens und Störungen mit oppositionellem Trotzverhalten (Eisert, 1993; Döpfner, Frölich, Lehmkuhl, 2000). Etwa 50 % aller Kinder mit ADHS weisen begleitend eine oppositionelle Verhaltensstörung auf, indem sie leicht reizbar, häufig zornig, häufig boshaft und rachsüchtig sind. Sie ärgern andere häufig mit Absicht, schieben die Schuld für einige Fehler auf andere, streiten sich häufig, widersetzen sich aktiv den Anweisungen und Regeln von Erwachsenen (Brandau, Pretis, Kaschnitz, 2003). Neben den oppositionellen Verhaltensstörungen treten in weiteren 30 bis 50 % der ADHS Fälle dissoziale Verhaltensstörungen auf, (Döpfner, Frölich, Lehmkuhl, 2000). Jungen weisen häufiger komorbide Störungen des Sozialverhaltens auf als Mädchen. Studien, die die familiären Umstände untersuchten, zeigen, dass Störungen des Sozialverhaltens in der Kindheit häufig mit mangelnder elterlicher Kontrolle und Erziehungsinkompetenz, mit elterlicher Psychopathologie, Depressionen der Mutter und Alkoholismus des Vaters sowie chronischen Familienstreitigkeiten einhergeht. In einer Studie nach Pliszka (2000) fand man heraus, dass Kinder mit hyperkinetischen Störungen und zusätzlicher Störung des Sozialverhaltens im Vergleich zu hyperkinetischen Kindern ohne eine komorbide Störung des Sozialverhaltens gehäuft aus niedrigeren sozialen Schichten kommen. Die Eltern der Kinder mit komorbider Störung des Sozialverhaltens verhalten sich vermehrt dissozial. Die Rate an psychiatrischen Erkrankungen ist in diesen Familien ebenfalls erhöht. Die Kinder aus solchen Familien sind somit größeren psychosozialen Stressen ausgesetzt als die Vergleichsgruppe, worin die Ursache der Störung des Sozialverhaltens liegen kann.

1.3.6.2. Die Aggressivität

Die Aggressivität ist die ungünstigste Form des mangelhaften Sozialverhaltens. Wie erwähnt, sind rund zwei Drittel der hyperkinetischen Kinder aggressiv. In speziellen Untersuchungen Aggressiver hat man überdies festgestellt, dass drei Viertel der aggressiven Kinder und Jugendlichen auch hyperkinetisch sind.

Das aggressive Verhalten ist bei den hyperkinetisch-aggressiven Kindern ein primär vorhandener Zug und schon im Kindergarten exakt nachweisbar. Dieses Verhalten ist nicht bedingt durch andere. Es ist keine Reaktion auf das ablehnende Verhalten anderer, sondern - wie das mangelhafte Sozialverhalten auch - ein primäres Fehlverhalten des HKS-Kindes. Naturgemäß verstärkt die Aggressivität des HKS- Kindes die Ablehnung und den sozialen Ausschluss durch andere.

Es zeigt sich, dass die Aufmerksamkeitsstörung und als Folge davon die mangelhafte Verarbeitung von Informationen aus dem Umfeld eine Voraussetzung für die Aggressivität bilden.

In einer Untersuchung gingen Robert Milich und Kenneth Dodge der Frage nach, wie hyperkinetische, aggressive Kinder im Vergleich zu unauffälligen Kindern Informationen aus dem sozialen Umfeld verarbeiten. Die bisherigen Ergebnisse hatten gezeigt, dass sich aggressive von nichtaggressiven Jungen auf folgende Weise unterscheiden:

1. Aggressive Kinder neigen dazu, auf eine gedachte Problemsituation, besonders auf eine vieldeutige Provokation durch Gleichaltrige, aggressiv und unangemessen zu reagieren.
2. Diese aggressiven Kinder unterstellen nämlich in möglicherweise provokativen Situationen dem Gleichaltrigen böse Absichten.
3. Die Ursache dafür sieht man darin, dass aggressive Kinder nachgewiesenermaßen weniger informative Details aufnehmen. Wenn man sie nach den Anhaltspunkten für die anderen unterstellten bösen Absichten fragt, können sie viel weniger Punkte angeben als die normalen Kinder. Stattdessen zitieren sie Verhaltensweisen der anderen im Allgemeinen. Überdies vergessen sie Hinweise, die zu Beginn einer Sequenz von Signalen geboten wurden. Sie fassen einen Entschluss mehr aufgrund des zuletzt Gehörten.

Die Aggressivität beeinträchtigt auch das schulische Fortkommen. Es liegt eine Studie vor, in der die Aussagekraft einer einmal von Gleichaltrigen festgestellten Aggressivität für das spätere schulische Fortkommen geprüft wurde. In einer größeren Langzeitstudie an Schulkindern in Montreal war von Jane E. Ledingham unter 753 normalen und verhaltensgestörten Kindern das unterschiedliche Fortkommen der aggressiven und der unauffälligen Kinder erforscht worden. Es handelte sich um Gruppen von Kindern, die drei Jahre zuvor von ihren Kameraden als aggressiv bzw. unauffällig eingestuft worden waren. Sie

waren zum Zeitpunkt der Einstufung in der ersten, vierten bzw. siebten Klasse, zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung in der vierten, siebten bzw. zehnten Klasse. Das Ergebnis: Rund die Hälfte der als aggressiv eingestuften Kinder hatten in der Schule versagt; von den unauffälligen waren es nur zwischen acht und zweiundzwanzig Prozent, die eine Klasse wiederholen mussten bzw. in die Sonderschule gekommen waren. Jane E. Ledingham sieht in ihrer Studie eine Bestätigung der aus anderen Untersuchungen schon bekannten Tatsache, dass aggressives Verhalten einen hohen Voraussagewert hinsichtlich des schulischen Misserfolges hat. (Eichlseder, 1997).

1.3.6.3. Depressive Störungen: In Abhängigkeit von der untersuchten Stichprobe und den verwendeten Diagnostischen Instrumenten liegt die Komorbidität einer depressive Störung mit einer hyperakinetischen Störung im Kindesalter bei 9 bis 38 %.

Unter Depressionen werden Stimmungs- und Antriebsstörungen verstanden, die mit verminderter Lust, herabgesetztem Interesse und Freudlosigkeit, Schuldgefühlen, fehlendem Pepp und Schwung einhergehen. Zusätzlich kann Depression zu Schlaf- und Appetitsstörungen führen (Schäfer, Rüter, 2005).

1.3.6.4. Tic-Störungen: Bis zu 30% der Kinder mit ADHS weisen begleitend eine Tic-Störung auf. Patienten mit Tourette- Syndrom haben umgekehrt in bis zu 70% der Fälle eine ADHS, wobei sich die hyperkinetische Störung vor der Tic-Störung entwickelt (Rothenberger, 1991; Lavenstein, 1995). Pathogenetisch könnte es sich hierbei um Parallelitäten in der Störung des Dopaminstoffwechsels im Neostriatum im Sinne einer Hypersensitivität handeln (Döpfner, Frölich, Lehmkuhl, 2000).

1.3.6.5. Angststörungen: Etwa 25 % der Kinder mit ADHS haben begleitend eine Angststörung verglichen mit 5 bis 15 % in der kindlichen Normalbevölkerung. Die Diagnose komorbider Angststörungen bereitet allerdings einige Schwierigkeiten, da Eltern ihre Aufmerksamkeit vor allem auf die externalen Auffälligkeiten ihres Kindes lenken und diese folglich im Vordergrund der Symptomschilderungen stehen (Döpfner, Frölich, Lehmkuhl, 2000). Kinder, die neben einer hyperkinetischen Störung Angststörungen haben, berichten öfter als Kinder ohne diese komorbide Störung von Schulproblemen.

Ebenso berichteten sie häufiger von sozialen Problemen, Trennung und Scheidung ihrer Eltern sowie von einschneidenden Lebensereignissen.

Bezüglich komorbider Angststörungen im Erwachsenenalter ist die Studienlage erneut nicht eindeutig. Shekim et al. (1990) zeigten in einer retrospektiven Studie, dass 53 % der Erwachsenen mit ADHS die Kriterien für eine Angststörung, 15 % für eine Panikstörung, 13 % für eine Zwangsstörung und 8 % die diagnostischen Kriterien für eine Phobie erfüllten. (Döpfner, Frölich, Lehmkuhl, 2000).

1.3.6.6. Umschriebene Entwicklungsstörungen, Lernstörungen und Teilleistungsschwächen:

Ein weiteres häufig mit ADHS komorbid auftretendes Störungsbild ist das der Lernstörung, die bei 10 bis 25 % der hyperaktiven Kinder diagnostiziert wird. In zahlreichen Studien konnte gezeigt werden, dass Kinder mit ADHS schlechtere schulische Leistungen zeigen als Kontrollkinder. Sie müssen öfter Klassen wiederholen, ihre Noten sind schlechter und sie erhalten häufiger Nachhilfe und leiden an Lese-Rechtschreibschwäche oder Rechenschwäche. Unter gewissen Voraussetzungen haben Kinder mit Lese-Rechtschreibschwäche oder Rechenschwäche als Grundkrankheit ein Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom.

Wichtig ist, dass das ADS nicht Folge, sondern Ursache der Rechtschreib- oder Rechenschwäche sein kann. Besteht ein ausgeprägtes Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom in Kombination mit schweren Wahrnehmungsstörungen, so tritt die Symptomatik der Lese-Rechtschreibschwäche und Rechenschwäche gravierend in den Vordergrund. Bei hyperaktiven Kindern entwickelt sich die Rechtschreibschwäche oft zum führenden Symptom.

Beeinträchtigungen, die beim hyperaktiven Kind zur Lese- Rechtschreib- oder zur Rechenschwäche führen:

- es hat eine verminderte Konzentration und Daueraufmerksamkeit.
- es denkt langsam und gleitet dabei oft in Gedankenlosigkeit ab.
- hat eine gestörte Feinmotorik: Das ADS-Kind schreibt verkrampft und schwerfällig. Es hat Mühe, die Linien einzuhalten. Oft muss es sich so stark auf den gerade zu schreibenden Buchstaben konzentrieren, dass es dabei vergisst den nächsten Buchstaben zu schreiben. Hyperaktive Kinder schreiben auch deshalb leicht

fehlerhaft, weil sie sich die Wortbilder nur schwer einprägen können und weil bei ihnen noch keine Automatisierung der Schrift vorhanden ist.

- es hat eine gestörte Merkfähigkeit: hyperaktive Kinder schreiben z. B. anstelle der Vorsilbe "ver" nur "v" oder statt "wir" nur "i".
- es hat eine gestörte visuomotorische Wahrnehmungsfähigkeit: Das Gesehene kann oft nicht mit der Hand wieder auf das Papier gebracht werden.
- es hat emotionale Steuerungsschwäche: Hyperaktive Kinder sind nicht ausreichend fähig, Stimmungsschwankungen abzufangen, sie weinen rasch und neigen bei Aufregung zu "Blackout-Reaktionen".
- es besitzt eine schlechte Kapazität des Arbeitsgedächtnisses: Das vorhandene Wissen ist nur langsam und schwerfällig abzurufen, obgleich ADS-Kinder sehr gut auswendig lernen können.

Die Lese-Rechtschreibschwäche und die Rechenschwäche bei ADS-Kindern sind also Teilleistungsstörungen mit Krankheitswert, die durch Beeinträchtigung der Daueraufmerksamkeit, der Feinmotorik, der visuellen und auditiven Wahrnehmung, des Arbeitsgedächtnisses, der emotionalen Steuerung, verursacht werden. Eine fachgerechte Behandlung des ADS und seiner Teilleistungsstörungen eröffnet dem Kind gute Möglichkeiten der Besserung seiner Probleme. Das Kind kann jetzt ein völlig neues Gefühl vom erfolgreichen Lernen verspüren. (Simchen, 2002)

1.3.7. Ätiologie der ADHS

1.3.7.1. Neurochemische Faktoren

Zahlreiche Studien weisen darauf hin, dass ein Ungleichgewicht und eine Fehlsteuerung der Neurotransmitter Dopamin, Serotonin und Noradrenalin mit ADHS in enger Verbindung stehen. Da Medikamente aus der Gruppe der Stimulantien wie Ritalin® die Ausschüttung von Dopamin und Noradrenalin erhöhen, folgerten einige Forscher, dass ADHS durch eine Unterproduktion und schlechte Verwertung jener Neurotransmitter in bestimmten Hirnregionen wie dem Frontallappenbereich verursacht sein könnte. Anscheinend funktionieren neurochemische Funktionssysteme bei Menschen mit ADHS anders als bei Kontrollpersonen. Dennoch konnte bisher bei Betroffenen mit ADHS keine eindeutig pathologische Funktionsstörung gefunden werden.

Dopaminerge Nervenfasern spielen bei der Regulierung von motorischer Aktivität und der Aufmerksamkeits- und Impulskontrollsteuerung eine wichtige Rolle. Noch steht jedoch der exakte Beweis aus, dass ADHS auf eine mangelhafte Verwertung von Neurotransmittern in der Stirnregion zurückzuführen ist, da exakte Messungen der spezifischen Unausgewogenheit der Signalübertragung zwischen den Nervenzellen technisch noch nicht durchführbar sind. Es wird jedoch angenommen, dass bei ADHS im Zusammenwirken verschiedener Hirnabschnitte im Bereich der Schaltstellen von Hirnzellen, den Synapsen, die verantwortlichen Überträgerstoffe nicht optimal wirken.

Ein Ungleichgewicht der Neurotransmittersysteme und mangelhafte Verwertung von Dopamin besonders im Bereich der Stirnregion deuten darauf hin, dass ADHS als stoffwechselbedingte Störung im intrazellulären Bereich verstanden werden könnte. Offen bleibt, wie sehr diese Befunde eine Ursache, Folge oder Begleiterscheinung der Symptomatik sind. (Brandau, Pretis, 2003).

Amphetamin: Die Freisetzung von Noradrenalin und möglicherweise auch dessen Umsatz stimuliert. Man müsste erwarten, dass ein Anstieg des Noradrenalins hyperkinetisches Verhalten verursachen könnte. Stimulantien binden sich kompetitiv an die Rezeptoren und hemmen so die Übertragung.

Die Noradrenalin-Hypothese des hyperkinetischen Syndroms ist nicht schlüssig, da man nicht von einer kortikalen Übererregung, sondern vielleicht sogar vom Gegenteil ausgehen muss und im Tierversuch ein Noradrenalinmangel Aufmerksamkeitsschwächen hervorrufen kann. Zudem sind die meisten Noradrenergenwirksame Medikamenten zum Einsatz beim hyperkinetischen Syndrom nicht geeignet.

Die **Serotonin**-Hypothese stützt sich auf die Beobachtung, dass die Zerstörungserotonerger Neurone im Tierversuch zu gesteigerter Aktivität und Aggression führt. Untersuchungen mit L- Tryptophan haben bei hyperkinetischen Kindern ebenso wenig Effekte gezeigt wie die Therapie mit Fenfluramin.

Die **Monoaminoxidase**-Hypothese des hyperkinetischen Syndroms scheint interessant zu sein. Die MAO-Aktivität zeigt normalerweise einen deutlichen Abfall zwischen Kindheit und Adoleszenz, der bei hyperkinetischen Kindern nicht zu finden ist. Bei erwachsenen Patienten ist die MAO-Aktivität in den Thrombozyten bei bestimmten Persönlichkeitsstörungen ("sensation seeking"), hinter denen sich auch ein hyperkinetisches Syndrom verbergen kann,

erhöht. Dieser Befund wurde auch bei Kindern mit erhöhter Impulsivität gefunden. In Tierversuchen zeigte selektive MAO- A- Hemmer einen guten Erfolg (vgl. Trott, 1993).

Nach dem derzeitigen Wissensstand ist davon auszugehen, dass dem hyperkinetischen Syndrom eine komplexe Dysregulation von Neurotransmittern zugrunde liegt, die besonders limbisches System und Frontallappen betreffen und eine inadäquate Reizverarbeitung bedingen (Skrodzki, Mertens, 2000).

1.3.7.2. Genetische Faktoren

Die neurobiologische Forschung der letzten Jahre (Barkley, 1997) konzentrierte sich stark auf familiäre Vererbung und genetische Übertragung von ADHS.

Ein Elternteil von hyperaktiven Kindern zeigt häufig ebenfalls Symptome und / oder hatte solche als Kind. Kinder von Eltern mit ADHS erkranken laut einer Studie von Biedermann (1995) mit über 50 % Wahrscheinlichkeit auch daran. Zwillingsstudien sowie Untersuchungen an adoptierten Kindern zeigen, dass bei etwa 50 % von Kindern mit ADHS genetische Faktoren eine bedeutsame Rolle spielen (Hechtman, 1996; Tannock, 1998; Thapar et al., 1999). Bei eineiigen Zwillingen haben zwischen 80 bis 90 % beide die Störung, bei zweieiigen etwa 30 %. In einer anderen Untersuchung ergab sich lediglich eine ca. 60 % Übereinstimmung bei eineiigen Zwillingspaaren, was für einen erheblichen Umweltanteil an dieser Störung spricht. (Brandau, Pretis, Kaschnitz, 2003). Adoptionsstudien zeigten, dass genetische Ursachen überwiegen und der Einfluss von Erziehung und Umwelt wohl nur als gering zu veranschlagen ist.

Eine mögliche Verbindung wurde zwischen dem Dopamin-Transporter-Gen und dem Vorliegen eines hyperkinetischen Syndroms gefunden. Weiter wurde eine Veränderung am Thyroid- Gen als Ursache postuliert. Hierbei kann es sich aber nur um eine kleine genetische Subpopulation handeln. Andere Ergebnisse scheinen auf eine Anomalie am kurzen Arm des Chromosoms 6 sowohl bei der mit dem hyperkinetischen Syndrom häufig vergesellschafteten Lesestörung als auch beim hyperkinetischen Syndrom selbst hinzudeuten (vgl. Warren et al., 1995; Skrodzki, Mertens, 2000).

1.3.7.3. Neuroanatomische Faktoren

Untersuchungen zeigten, dass Nervenbündelmasse in der rechten Hirnhemisphäre bei Kindern mit ADHS größer als in der linken ist und kleiner als bei Kontrollgruppenkindern.

Weiterhin wurde eine verminderte Durchblutung sowohl im "Striatum" als auch im präfrontalen Cortex festgestellt. Der präfrontale Cortex gilt als Zentrum der Handlungsplanung und der kognitiven Steuerung emotionaler Signale aus dem limbischen System. Bei bildgebenden Verfahren wie der Positronen- Emissionstomographie (PET) zeigen sich Unterschiede im Blutfluss und Glukosestoffwechsel im Bereich des Frontallappens. Nachfolgeuntersuchungen konnten das Ergebnis nicht bestätigen. Das "Striatum" ist wesentlich an der Verhaltenshemmung und Steuerung von Aufmerksamkeit beteiligt. Der Frontallappen spielt in der Handlungssteuerung und -planung eine entscheidende Rolle. Hynd und seine Kollegen (1991) zeigten, dass der Bereich der Brücke, des Corpus callosum, bei Kindern mit ADHS etwas kleiner scheint als bei Kontrollgruppen. Auch Ergebnisse mit Magnetresonanztomographie zeigten unterschiedliche Muster im Bereich der Frontallappenregion. Während bei "gesunden Kindern" eine Asymmetrie zwischen den beiden Hirnhemisphären zu beobachten ist, und zwar zugunsten der rechten gegenüber der linken Hirnhemisphäre hinsichtlich der Größe, fehlt diese Asymmetrie bei Kindern mit ADHS. Dies gilt für die Bereiche der Frontalregion und die Basalganglien. (Brandau, Pretis, Kaschnitz, 2003)

1.3.7.4. Prä- und perinatale Einflüsse

Zahlreiche genetische Studien zeigen nicht nur den Anteil der Gene an ADHS, sondern auch einen starken Einfluss der Umwelt. Das Wissen um prä-, peri- und postnatale Risikofaktoren, die im Zusammenhang mit ADHS stehen, birgt die Gefahr der vorschnellen Schuldzuschreibung, z. B. an die während der Schwangerschaft "rauchende Mutter". Statistische Zusammenhänge dürfen nicht mit kausalen Zusammenhängen verwechselt werden. Dazu kommt, dass bei vielen Entwicklungsproblemen Symptome von ADHS auftreten können und dass pränatale Risikofaktoren (wie z. B. Nikotinkonsum) wenig spezifisch sind. Häufig sind multiple Risikofaktoren zu beobachten. Externe Ursachenzuschreibungen an den Suchmittelkonsum vor allem der Mütter können zu veränderten Zuschreibungen führen: Aus dem "schlimmen Kind" wird das "arme" Kind, aus der "überforderten Mutter" wird die Mutter, die "selbst schuld" ist. Milberger und Mitarbeiter (1996) fanden, dass bei 22 % der Kinder mit ADHS die Mütter in der Schwangerschaft eine Packung Zigaretten pro Tag für mindestens drei Monate geraucht hatten. In weiteren Studien (Milberger et al. 1998) konnte dieser Zusammenhang noch etwas deutlicher festgestellt werden. Auch Alkoholmissbrauch

während der Schwangerschaft, Frühgeburt und niedriges Geburtsgewicht sowie Sauerstoffmangel während der Geburt stehen im Zusammenhang mit hyperaktivem Verhalten. (Brandau, Pretis, Kaschnitz, 2003)

1.3.7.5. Schadstoffe und Nahrungsmittelallergien

Zwischen dem Immunsystem und dem zentralen Nervensystem gibt es bidirektionale Interaktionen, das heißt, dass offensichtlich lösliche Mediatoren immunologischer Reaktionen auch auf zentralnervöse Prozesse Einfluss nehmen können. Basierend auf der Vermutung, dass allergische Mechanismen aufgrund von Nahrungsmittelintoleranzen zu psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen führen können, wurden schon in den siebziger Jahren Untersuchungen mit verschiedenen so genannten Diäten angestellt. Feingold (1975) propagierte damals die Hypothese, dass künstliche Nahrungsmittelzusätze hyperaktives Verhalten auslösen können. Diese Theorie konnte jedoch nur in unkontrollierten Studien gestützt werden. Crook (1975) beobachtete bei seinen Patienten, dass diese auf Nahrungsmittel wie Weizen, Milch und Eier empfindlich reagierten, während Levin (1975) diese Reaktionen nur bei Zucker sah. Auch künstliche Farbzusätze wurden beschuldigt, hyperkinetisches Verhalten auslösen zu können. Egger et al. (1985) griffen Mitte der 80er Jahre auf der Basis einer Diättherapie von Kindern mit Migräne die Crookschen Hypothesen wieder auf. Bei einer oligoantigenen Diät bei Kindern mit hyperkinetischem Syndrom wurden auf der subjektiven Verhaltensebene bei den weniger schweren Fällen Verbesserungen gesehen, während die testpsychologischen Befunde unverändert blieben. Diese Untersuchungsergebnisse konnten von anderen Studiengruppen so nicht bestätigt werden.

Herta Hafer (1978) propagierte aufgrund von Beobachtungen bei ihrem eigenen Kind, Phosphate als vermeintlichen Verursacher hyperaktiven Verhaltens zu vermeiden. Nach ihrer Meinung sollen bereits 30 mg Phosphat bei Kindern hyperkinetisches Verhalten auslösen können. In keiner einzigen, den allgemeinen wissenschaftlichen Gütekriterien entsprechenden Studie konnte unter phosphatreduzierter Diät ein positiver Effekt gesehen werden (vgl. Steinhausen, 1990; Skrodzki, Mertens, 2000).

David/ Voeller (1972) veröffentlichten eine Untersuchung zum Bleigehalt im Blut hyperkinetischer Kinder. Das Ergebnis war, dass alle Kinder mit extremer motorischer Unruhe erhöhte Bleiwerte aufwiesen. Die Autoren fanden weiterhin heraus, dass eine

Bleivergiftung, also ein extrem erhöhter Bleigehalt im Blut, den Gehirnstoffwechsel beeinträchtigt (Vernooij, 1992).

1.3.7.6. Psycho-soziale Faktoren

Im Vergleich zu den deutlichen Hinweisen auf biologische Ursachen als ausschlaggebend für die Entstehung von ADHS spielen psychosoziale Faktoren eher eine untergeordnete Rolle. Obwohl sich Zusammenhänge zwischen elterlichem Erziehungsverhalten, negativen Mutter-Kind-Interaktionen, Eheproblemen der Eltern, etc. und einer kindlichen ADHS-Symptomatik zeigen lassen, ist die Richtung von Ursache und Wirkung sehr umstritten (Barkley, 1997b; Döpfner, Frölich & Lehmkuhl, 2000).

Die psycho-sozialen Faktoren können formal in drei Faktorengruppen untergliedert werden:

- die ökonomisch-kulturellen Bedingungen,
- die Bedingungen des sozialen Umfeldes,
- die psycho-emotionalen Bedingungen.

Hier wird deutlich, dass die vorgenommene Differenzierung der psycho-sozialen Faktoren in drei Faktorengruppen eine formale ist, zur besseren Erfassung und Beschreibung der Einzelfaktoren im Sinne eines multifaktoriellen Verursachungszusammenhangs. Sie bedingen sich teilweise gegenseitig, und sie beeinflussen sich wechselseitig.

1.3.7.6.1. Ökonomisch-kulturelle Bedingungen

Über die Auswirkungen eines niedrigen Sozialstatus auf die Entwicklung, das Lernen und das Verhalten von Kindern, gibt es seit den 70er Jahren eine Fülle von Literatur. Bereits Begemann(1970) zeigte die negativen Auswirkungen, insbesondere auf die Lernfähigkeit bzw. die Schulkarriere der Kinder, überzeugend auf.

Auch im Zusammenhang mit hyperkinetischem Verhalten werden ökonomisch-kulturelle Faktoren immer wieder genannt. Nach Steinhausen zeigt sich hyperkinetisches Verhalten bei Kindern der Unterschicht tendenziell häufiger als bei Kindern aus anderen Sozialschichten. Er führt dies u. a. auf ungenügende psychiatrische und pädagogische Beratung zurück, wobei zweifelhaft bleibt, ob die Eltern aus diesen Schichten bei besserer Beratung ihre ökonomische Situation verändern könnten. Auch zeigt die Zusammensetzung der Schülerpopulation in Sonderschulen für Kinder mit Verhaltensstörungen, dass die Schüler aus den unteren Schichten dort nicht in jedem Falle überrepräsentiert sind.

Eine durch die Arbeitslosigkeit eines oder beider Elternteile entstandene materielle Armut wirkt häufig auch psycho-emotional deprivierend auf das Kind, sei es infolge der psychischen Probleme des betroffenen Elternteils, oder infolge der mit der Armut entstehenden gespannten Atmosphäre in der Familie.

1.3.7.6. 2. Bedingungen des sozialen Umfeldes

Neben ökonomischen Beeinträchtigungen ist das Kind in der Familie oft psycho-sozialen Situationen ausgesetzt, in denen es psychisch überfordert ist. Dazu gehören insbesondere das Beziehungsgefüge, die Position des einzelnen innerhalb der Kleingruppe Familie sowie die Art der Kommunikationsmuster zwischen den Familienmitgliedern. Die Bevorzugung oder Benachteiligung eines der Kinder wirkt sich ebenso beeinträchtigend auf kindliches Verhalten aus, wie Gleichgültigkeit und Desinteresse bzw. Unverständnis.

Eheprobleme der Eltern belasten die Kinder selbst dann, wenn die Eltern bemüht sind, diese von den Kindern fernzuhalten. Die Situation in der unvollständigen Familie, der sog. Ein-Eltern-Familie, kann für ein Kind sehr belastend sein.

Nach Lindner (1988) lebten 55 % der in einer Beratungsstelle vorgestellten Kinder nicht in sogenannten normalen Familiensituationen (Ein-Eltern-Familien; Stief-, Pflege-, Adaptivfamilien; Nicht-eheliche Lebensgemeinschaften; Heime – (vgl. Lindner, 1990).

Unter dem Aspekt der Zusammenwirkung zahlreicher Faktoren stellt die Sonder-Familien-Situation alleine jedoch keinen prädisponierenden Faktor für Entwicklungsstörungen bzw. für die Entstehung des HKS dar. Psychische Störungen eines Elternteils, z. B. extreme Stimmungsschwankungen, Ängste, depressive Verstimmungen, Alkohol- und Drogenmissbrauch, wirken auf Kinder immer verunsichernd oder sogar bedrohlich, je nach dem Ausmaß der Störung und dem daraus resultierenden Verhalten des Erwachsenen. Kindliches Fehlverhalten in solchen Situationen hat häufig Signal- und/oder Schutzcharakter, z. B. ein Signal des Überfordert-Seins, oder Selbstschutz vor einer pathologischen Entwicklung.

Im zweiten Umfeldbereich Schule wird das Kind nicht nur konfrontiert mit einschränkenden und häufig unkindgemässen Regeln, z. B. Bewegungseinschränkungen über längere Zeit; oder Forderung nach langfristiger Aufmerksamkeit und Konzentration, häufig bezogen auf Unterrichtsgegenstände, die für das Kind uninteressant sind oder so dargeboten werden.

Im Hinblick auf die Quantität und Qualität schulischen Lernens gerät das Kind leicht unter Leistungs- und Konkurrenzdruck. Alle genannten Faktoren können eine hyperkinetische Symptomatik hervorrufen. Dafür scheint nicht nur zu sprechen, dass fast alle Studien sich mit Kindern im Schulalter befassen, sondern auch, dass häufig das HKS erst bei Schuleintritt diagnostiziert wird. Das Beziehungsgefüge in der Klasse, der Kontakt zwischen Schüler und Lehrer und zwischen Schüler und Mitschüler stellt, wie bereits im Hinblick auf die Familiensituation ausgeführt, einen wichtigen Beeinflussungsfaktor für kindliches Verhalten dar.

Mit Blick auf die Periphersymptome des HKS erscheint die Möglichkeit einer schulisch induzierten Verhaltensstörung im schulischen System einer Leistungsgesellschaft durchaus plausibel. Ebenso ergibt sich unschwer ein Zusammenhang zwischen den bisher dargestellten psycho-sozialen Faktoren und den Zentralsymptomen - Hyperaktivität und - Aufmerksamkeitsstörung.

1.3.7.6.3. Psycho-emotionale Bedingungen

Die dritte Faktorengruppe ist die bedeutsamste im Hinblick auf die Entwicklung von hyperkinetischer Symptomatik, von Verhaltensstörungen allgemein. Die psycho-emotionalen Bedingungen bilden für das Kind quasi den emotionalen Grund, auf dem es steht. Ist dieser Grund zuverlässig, sicher und fest, so kann die kindliche Entwicklung relativ störungsfrei verlaufen. Ist dieser Grund schwankend, unsicher und weich, gestaltet sich die kindliche Entwicklung schwierig und störungsanfällig. Erikson prägte 1959 die Begriffe Urvertrauen - Urmisstrauen, ein Lebensgrundgefühl, welches sich bereits in den ersten Lebensmonaten ausbildet. Die psycho-emotionalen Bedingungen spielen dabei eine wesentliche Rolle. Sie werden geprägt - durch die Art der Beziehung zwischen Eltern (Mutter) und Kind, - durch die Art der Erziehung, - durch das emotionale Gefüge in der Familie (einschließlich Großeltern und ggf. Verwandten).

Die Basis jeder psychischen Entwicklung ist der positive Sozialkontakt des Kindes zu einer Bezugsperson. Im liebevollen Angenommen sein kann das Kind seinen Eigenwert entdecken. Das Sich-Geliebt-Fühlen schließt immer das Sich-Wert-Fühlen mit ein. Im Vertrauen auf sich und auf die Menschen in seinem Umfeld kann ein solches Kind in seiner Persönlichkeitsentwicklung voranschreiten, sich in der Welt orientieren und adaptieren und mit zunehmender Selbständigkeit sein Leben (mit-)gestalten.

Kinder, die sich gewollt, geliebt und in ihrem So-Sein akzeptiert fühlen, können mit beeinträchtigenden Rahmenbedingungen, z. B. ökonomischer Art, besser umgehen, als das sich ungeliebt führende Kind. Bei letzterem summieren sich Emotionales Mangelereben, ökonomische und andere Mängel zu einem Gefühl des Mangeldaseins.

Für die Erziehung lassen sich vier Formen unterscheiden, die einer relativ störungsfreien Entwicklung entgegenwirken:

- Verwöhnung - Härte, Lieblosigkeit - Vernachlässigung, Gleichgültigkeit - Wechselklima.

Wesentliches Kennzeichen einer **Verwöhnenden Erziehung** ist die fast grenzenlose Nachsicht und Überfürsorge dem Kind gegenüber. Es wird mit positiv scheinenden Emotionen überhäuft, fast erdrückt. Schwierige Situationen werden ihm abgenommen. Altersangemessene Aufgaben und Tätigkeiten können, müssen aber nicht ausgeführt werden. Das Kind untersteht der ständigen Aufsicht von oft überbesorgten Erziehenden, die immer bereit sind, ihm zu helfen und ihm alle Wünsche zu erfüllen.

In dieser Situation wird das Kind in seiner Entwicklung zu einem eigenständigen Menschen behindert. Es wird quasi künstlich klein gehalten. Natürlich kommt es oft zu heftigsten Gegenreaktionen des Kindes. Vom tyrannischen, hyperaktiven und aggressiven Verhalten, über Lern-/Leistungsstörungen und Kontaktproblemen bis hin zu völliger Resignation und Rückzug kann das Verhaltensspektrum reichen, wobei jedes Kind seine individuellen Verhaltensschwerpunkte entwickelt.

Das verwöhnte Kind kann sich und seine Fähigkeiten und damit seinen Wert nicht kennenlernen, da es selten oder nie Gelegenheit bekommt, seine Möglichkeiten und Grenzen zu erproben. Es befindet sich einerseits in einer permanenten Unterforderungssituation, andererseits zeigt ihm die Überfürsorge, dass die Erwachsenen ihm offenbar wenig zutrauen.

Es lernt weder selbständiges Denken noch eigenständiges Handeln; es entwickelt sich - im Gegenteil - zu einem anspruchsvollen, primadonnenhaften Egoisten, der weder Regeln einhalten noch Kritik ertragen kann. Er ist kaum gemeinschaftsfähig, kann bestehende Kontakte selten halten, neue Freundschaften, wenn überhaupt, nur mit Mühe knüpfen.

Sowohl bezogen auf frühe Beschreibungen des hyperaktiven Kindes als auch im Hinblick auf die Symptomatik des HKS finden sich hier viele Entsprechungen, was allerdings nicht ausreicht, eindeutige Kausalzusammenhänge zwischen verwöhnender Erziehung und Hyperkinese herzustellen.

Harte und Lieblose Erziehung setzt - im Gegensatz zur weichen, fast untertänigen Erzieherpersönlichkeit bei der verwöhnenden Erziehungsform eine autoritär-dominante Erzieherpersönlichkeit voraus, den Herrschenden, der seine persönliche Macht am Schwächeren, dem Kind, erprobt und missbraucht. Zwang, Druck, Kritik sind wesentliche Erziehungsmittel bei dieser Form von - eher Dressur als - Erziehung. Bei Nichterfüllen von Forderungen und Erwartungen, bei Fehlern und Versäumnissen drohen nicht selten harte Sanktionen. Persönliche Untadeligkeit (gemessen an den Vorstellungen der Erziehenden) und hohe schulische Leistungsfähigkeit werden als selbstverständlich anzustrebende Ziele vorausgesetzt. Das Kind reagiert mit Angst, Ohnmachts- und Misstrauensgefühlen einerseits, mit Gefühlen von Ablehnung, Hass und Rache andererseits. Sein Verhalten zeigt entweder Trotz, Aggression, Machtkampf um jeden Preis; oder Resignation, Angst, psychosomatische Reaktionen, Tics usw. Da das Kind nur fremdbestimmt und unter Druck aufwächst, lernt es sich selbst - unter den übermächtig scheinenden Erwachsenen - als Versager kennen, als nicht akzeptabel im Hinblick auf die Maßstäbe der Erziehenden. Im Zusammenhang mit Gleichaltrigen fühlt es sich rasch unterbewertet und schlecht behandelt. Da es nur bedingt oder gar nicht gelernt hat, eigene Bedürfnisse und Vorstellungen zu haben und zu äußern, wird es in der Auseinandersetzung mit anderen unangemessene Kampf- oder Rückzugsformen entwickeln. Die sozialen Kontakte gestalten sich - wenn sie zustande kommen schwierig, denn weder übertriebene Herrschsucht noch übertriebene Untertänigkeit sind für die Erhaltung von Freundschaft sehr förderlich. Beides jedoch sind Zeichen von Unreife, von Stagnation oder Retardation in der Persönlichkeitsentwicklung.

Die Erziehungsform der **Vernachlässigung** verlangt vom Kind sehr viel Eigeninitiative und Eigenverantwortung bezogen auf die Lebensbewältigung, selbst dann, wenn es weniger eine materielle, sondern wesentlich eine emotionale Vernachlässigung ist. Vernachlässigung und emotionale Gleichgültigkeit lassen beim Kind ein Grundgefühl von persönlichem Unwert entstehen. Infolge frühzeitiger Überforderung, insbesondere in allen lebenspraktischen Bereichen, erscheint ihm das Leben übermäßig schwer, die Welt sehr bedrohlich. Geborgenheit, Liebe und konstruktive Kooperation lernt das (emotionale) vernachlässigte Kind nicht kennen; ebenso wenig die Möglichkeit, durch eigenes Handeln wirkliche Zuwendung zu erwerben. Auf diese Weise erhält es den Eindruck, Gleichgültigkeit und/oder Interessenlosigkeit bildeten die (emotionale) Basis für zwischenmenschliche Beziehungen. Insofern wird es weder lernt, sich anderen Menschen interessiert freundlich oder gar

liebevoll zuzuwenden, noch wird es sein Misstrauen im Hinblick auf ihm entgegengebrachte Sympathie oder Zuneigung reduzieren oder überwinden können. Neben einer Überschätzung der Lebensprobleme wird es unter einer dauerhaften Unterschätzung der eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten leiden. Die Gegenreaktionen des Kindes auf der Verhaltensebene sind hier ebenfalls vielfältig. Neben Aggressivität, Verbissenheit im Leistungs- und Beziehungsbereich, Aktionismus und Hektik, demonstriert es u. U. eine innere (emotionale) Unabhängigkeit, die es fast resistent gegenüber Erziehungseinflüssen wirken lässt.

Das erzieherische **Wechselklima** ist für ein Kind das am stärksten verunsichernde. Infolge der Nicht-Vorhersagbarkeit der Reaktionen von Bezugspersonen erlebt sich das Kind einer willkürlich eingesetzten Übermacht ausgeliefert. In den bisher geschilderten Erziehungsformen wird das Kind zwar in seiner Entwicklung beeinträchtigt, es kann sich aber auf bestimmte zu erwartende Grundhaltungen in der zwischenmenschlichen Interaktion, auf Nachgiebigkeit, Strenge, Härte und auf Desinteresse sowohl emotional als auch pragmatisch einstellen. Damit erlangt es ein - wenn auch geringes Maß an Situationskontrolle.

Ist die Lebenssituation geprägt durch emotionales Wechselklima, ergeben sich für das Kind keinerlei Möglichkeiten der Situationsbeeinflussung und -kontrolle.

Es befindet sich in einer Dauerspannung, in unabwendbarem emotionalem Dauerstress, gepaart mit Gefühlen von Angst, Bedrohtsein seiner Hilflosigkeit. Im Gegensatz zur Erziehungsform der Härte, in der die Ohnmachtshaltung gegenüber Autoritäten konsequent erlebt und erlernt wird, ergeben sich bei erzieherischem Wechselklima für das Kind in unsystematischer Abfolge Macht- oder Ohnmachtssituationen, je nach der Reaktion der Bezugsperson. Dadurch wird das Kind ständigem Bangen und Hoffen ausgesetzt. Es entwickelt in erhöhtem Maße Wachsamkeit und Misstrauen. Es erlebt sich als Spielball anderer Mächte, was zur Überzeugung des eigenen Unwertes führt. Weder die Stimmungen noch die Handlungen dieser Erziehungs-Mächte sind berechenbar. Im Lebensgefüge des Kindes gibt es im Hinblick auf zwischenmenschliche Interaktionen keine verlässlichen Fixpunkte.

Neben Ängstlichkeit, Resignation und Rückzug könnten mögliche Reaktionen des Kindes sein:

- Hektik, Aktionismus, Hyperaktivität, um die Situation doch unter Kontrolle zu bringen;

- Aggressivität, Herrschsucht, Unberechenbarkeit gegenüber Gleichaltrigen;
- Misstrauen einerseits, Unzuverlässigkeit andererseits in sozialen Beziehungen;
- Konzentrationsstörungen, leichte Ablenkbarkeit bei bestimmten Aufgaben, aufgrund beständiger Wachsamkeit in Bezug auf die Gesamtsituation;
- häufig gedämpfte, resignative bis negativistische Lebensgrundstimmung.

Nach der Beschreibung dieser psycho-emotionalen Bedingungen sollte deutlich geworden sein, dass die Art der praktizierten Erziehung einen wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung von hyperkinetischen Symptomen hat. Obwohl unter tiefenpsychologischen Gesichtspunkten Einigkeit darüber besteht, dass die ersten sechs Jahre für die psychische Entwicklung des Menschen die wesentlich prägenden sind und dass Kinder, die aufgrund psychischer Störungen norm abweichendes Verhalten, eine hyperkinetische Symptomatik zeigen, zu einem nicht unwesentlichen Teil durch Fehlformen von Erziehung in diese Lage gekommen sind, wird diesem Verursachungskomplex bei der Entstehung des HKS sehr wenig Beachtung geschenkt. Sicher ist es für Erziehende eher akzeptabel, genetische, organische oder ökologische Faktoren für die Entwicklung hyperkinetischer Symptome verantwortlich zu machen. Es enthebt sie scheinbar der Notwendigkeit, sich und ihre Erziehungshaltung, sowie ihre Beziehung zum Kind kritisch zu betrachten. Erziehungsfehler sind zu allen Zeiten von allen Eltern gemacht worden, aus Unsicherheit und Unwissenheit, aus Schuldgefühlen oder aus Angst vor der Verantwortung vor der Umwelt, oder davor, das Kind, bzw. seine Liebe, zu verlieren. Auch eigene Probleme der Erziehenden führen häufig zu erzieherischen Fehlhaltungen. Sie können korrigiert werden, wenn die Signale des Kindes frühzeitige Beachtung finden.

Abweichendes, störendes, unangemessenes Verhalten bei Kindern ist immer eine Reaktion des Individuums auf psychisches Ungleichgewicht. Das Verhalten basiert also auf der Fähigkeit des Menschen, mittels frühzeitig gesetzter Signale, psychische Gegebenheiten für die Umwelt sichtbar zu machen. Dass diese Signale von der Umwelt als mehr oder weniger gestört oder gar pathologisch angesehen werden, spielt für das Individuum selbst eine vergleichsweise geringe Rolle, wenn es seine Funktion, die Menschen seiner Umgebung aufmerksam zu machen, sie zum Denken bzw. zur Verhaltensänderung - im Sinne von Hilfe für das Kind - zu bringen, erfüllt.

In vielen Untersuchungen wird der Einfluss von Sozialisations- und Erziehungsbedingungen auf die Entwicklung von Kindern deutlich gemacht. Der eindeutige empirische Nachweis

eines Kausalzusammenhanges zwischen den Symptomen des HKS und psycho-sozialen Faktoren lässt sich allerdings nicht erbringen. Die Komplexität des Faktorengefüges lässt Studien, in denen alle nur denkbaren Variablen berücksichtigt und kontrolliert werden, insbesondere die nicht beobachtbaren, interpersonalen Variablen, als nicht durchführbar erscheinen.

Dennoch wäre eine Verlagerung des Schwerpunktes in der Behandlung hyperkinetischer Kinder, von einem medizinisch-therapeutischen zu einem mehr psychologisch-pädagogischer sinnvoll und wünschenswert. (Vernooij,1992)

1.3.7.7. Kulturelle Faktoren

Kulturtheoretische Zeitdiagnosen sind grobflächig anlegt und auf die soziale Realität bezogen. Sie beschreiben allgemeine gesellschaftliche Entwicklungen und akzentuieren die Besonderheiten ihrer Zeit. Darin liegt ihre Stärke: Im Zuspitzen und Hervorkehren von Neuern, dessen längerfristige Bedeutung sich allerdings oft schwer abschätzen lässt. Im Hinblick auf die Wirkung auf den Einzelnen bleibt ihre Beschreibung unbestimmt.

Die Kulturtheorie kann angeben, welchen neuartigen Bedingungen Kinder in ihrem Leben ausgesetzt sind, in ganz frühen ebenso wie in späteren Entwicklungsstadien. Sie vermag auch zu beschreiben, welche entwicklungsstärkenden oder regressionsfördernden Einflüsse im Allgemeinen gegeben sind. Bei Aussagen über die Innenwelt, die seelische Verfasstheit der Individuen, bleibt sie jedoch ein Zaungast, der nur annäherungsweise umreißen kann, was vor sich geht.

Die (klinische) psychoanalytische Forschung ermöglicht hingegen in einzigartiger Weise Aufschluss über individuelle Besonderheiten und Pathologien. Sie geht insofern über die Kulturtheorie hinaus, als sie sich mit der psychischen Verarbeitung der inneren und der äußeren Lebensrealität beschäftigt. Den Hintergrund dafür bieten, das sollte nicht übersehen werden, sowohl besondere Lebensereignisse als auch anthropologische Konstanten. Die psychische Lebensbewältigung erstreckt sich also in zwei Richtungen:

Sie besteht zum einen in der Auseinandersetzung des Einzelnen mit einer Vergesellschaftung, die "auf einem unhistorischen, immer gleichen Geschehen aufruft, welches sich innerhalb der Triade Vater, Mutter und Kind abspielt: Die väterliche Instanz muss in jeder Gesellschaft erneut die überschüssigen Triebe des Kleinkindes, die sich an das andersgeschlechtliche Elternteil heften, mit Disziplin und Autorität auf ein konformes Maß

zurechtstutzen. Dieses ödipale Prinzip ist ein Grundprinzip des Lebens, das historisch und kulturell nicht aufgelöst werden kann (Haesler, 2000; Reiche, 2000).

Andererseits ist das Kind über die anthropologische Grundlegung hinaus in eine spezifische Lebensgeschichte eingebunden, die ihrerseits mit einigem kulturellen Gewicht überlagert wird. Das Kind hat eine konkrete Mutter und einen konkreten Vater. Diese mögen anwesend oder abwesend sein, dem Kind reale Erfahrungen ermöglichen oder es auf die Phantasie verweisen, sich psychisch präsent zeigen oder unnahbar bleiben, sich um das Wohl des Kindes bemühen oder es auch vernachlässigen - in jedem dieser Fälle entsteht für das Kind eine einmalige Umwelt. Alle diese Bedingungen werden in der seelischen Entwicklung des Kindes auf eine höchst individuelle und oft sehr kreative Art und Weise verarbeitet. Dieser Prozess ist unabdingbar von der historischen und kulturellen Situation durchzogen, in der die Familie und das Kind leben. Insofern wird er in einem erheblichen Maße durch kulturelle Gegebenheiten mitbestimmt. Zugleich entzieht er sich jedoch wesensmäßig einer gesellschaftlichen Normierung.

Dies gilt auch für Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen. Auch hier schlägt sich der kulturelle Wandel nicht unmittelbar und ungebrochen in der Person nieder, sondern ist in vielfältiger Weise durch andere Faktoren mitbestimmt. Wenn die Welt draußen unruhiger und hektischer wird, entsteht daraus nicht zwangsweise eine Innenwelt, die das Individuum beständig antreibt und nicht zur Ruhe kommen lässt. Die Fülle und Flüchtigkeit von Reizen, die das Alltagsleben kennzeichnen, führt nicht automatisch zu einer inneren Zufriedenheit, die sich mit Aufmerksamkeitsschwächen verbindet. Eine regressionsfördernde Kultur erzeugt nicht unbedingt entsprechende intrapsychische Bewegungen. Und hinter einer bedrohlichen Außenwelt müssen keine entsprechenden inneren Gefahren lauern - das wissen wir seit Anna Freuds Studien an Kriegskindern.

Es ist aber einigermaßen weltfremd anzunehmen, der schnelle und heftige kulturelle Wandel könne für die psychische Entwicklung der meisten Kinder folgenlos bleiben. Zu gravierend sind dafür die technologischen Neuerungen und veränderten Lebensrealitäten, zu eindrucksvoll der symptomatische Wandel und die dominierende Beziehungsgestaltung, die sich bei einer bedeutenden Zahl von Kindern eingestellt haben (Behncke, 2006). Umstritten bleibt dabei, ob und in welcher Weise sich dieser Wandel in der menschlichen Tiefenstruktur niederschlägt. Diese Frage ist in der Tat schwer zu beantworten. Die von Kristeva und Balzer vorgebrachten Überlegungen verweisen auf grundlegende Veränderungen. Reiche (2004),

einst ein Vorreiter psychoanalytisch geprägter Kulturtheorien, äußert sich diesbezüglich sehr vorsichtig. Er schlägt vor, lediglich von "Verlagerungen im Gesamtgefüge der psychischen Struktur" statt von einem grundlegenden Strukturwandel zu sprechen. Das anthropologisch vorgegebene und kulturell kaum Wandelbare hat entsprechend in seinen neueren Schriften an Gewicht gewonnen. Der rasante gesellschaftliche und kulturelle Umbruch, den wir gegenwärtig erleben, gerät dadurch allerdings in ein reichlich blasses Licht. Er wird zu einem Phänomen der Außenwelt, das dem Menschen im innersten Kern seiner Konfliktheftigkeit kaum etwas anhaben kann.

Gleichwohl gemahnen die Überlegungen Reiches dazu, dass auch im Blick auf die ADHS-Problematik notwendige Differenzierungen vorgenommen werden. Wann sind fachlich diagnostizierte oder auch nur alltäglich so etikettierte Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen lediglich der Ausdruck eines hektisch gewordenen Lebensstils, der inzwischen eine Vielzahl von Kindern, Jugendlichen und auch Erwachsenen erfasst? Wird inzwischen nur etwas mit scharfem Blick gesehen, was es immer gab, jedoch den Fokus der Aufmerksamkeit nicht erreichte? Wann handelt es sich um den Ausdruck einer gestörten Persönlichkeitsentwicklung, einer seelischen Erkrankung und auf welchem Strukturniveau ist sie angesiedelt? Und was liegt dazwischen? Eines ist dabei aber sicher: Eine Gleichsetzung von Innerem und Äußerem, von kulturellen Phänomenen und intrapsychischem Geschehen hilft hier nicht weiter. Sie entspräche genau dem eindimensionalen Denken, das den Mainstream der Hyperaktivitätsforschung und die Positionierung der Ärztekammer in so unrühmlicher Weise auszeichnet.

Noch einmal zu den Fakten: Riedesser (2006, 112) berichtet von einer Prävalenzrate nach DSM-IV, die in Deutschland bei 15,86 % liegt. Das heißt: Jedes sechste Kind soll demnach von einer Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung betroffen sein. Aber auch bei geringeren Angaben, die bei einigen Prozentpunkten liegen, handelt es sich immer noch um ein beträchtlich verbreitetes Phänomen. Von einer Krankheitsentität mit einheitlicher Genese kann deshalb schwerlich ausgegangen werden. Dafür spricht auch die erhebliche Zunahme der einschlägigen Diagnosen innerhalb kurzer Zeit. Deshalb muss von erheblichen Variationen in den organischen Voraussetzungen, den daraus resultierenden Vulnerabilitäten, der psychosozialen Eingebundenheit und den kulturellen Hintergründen der betroffenen Kinder und Jugendlichen ausgegangen werden, die sich mit ganz

unterschiedlich gelagerten psychischen Konflikten und Strukturniveaus verbinden. Zumal, wenn man eine zusätzliche Komplikation bedenkt:

Von einem gradlinigen Verhältnis zwischen Symptomen, Konflikten und Struktur darf aus psychodynamischer Sicht seit langem nicht mehr ausgegangen werden. In diesem Sinne können unterschiedlich gelagerte Konflikte zu identischen Symptomenbildungen führen und eine gleiche oder sehr ähnliche Symptomatik mag auf ganz verschiedenartige Konfliktlagen verweisen.

Entsprechend vielfältig sind auch die Problembeschreibungen und -analysen, die sich Fallberichten der einschlägigen Fachliteratur finden. Die in diesem Beitrag wiedergegebenen psychoanalytischen Beiträge verstehen sich als klinisch- rekonstruierende Forschungsarbeiten, die auf der Behandlung schwer beeinträchtigter Kinder und Jugendlicher basieren. Die Symptomatik dieser Personengruppe ist besonders stark ausgeprägt. Ihre Unruhe und ihr heftiges motorisches Agieren sind fast regelhaft von einer solchen Durchschlagskraft, dass sie in ihrem Inneren beratend und therapeutisch längere Zeiträume kaum erreicht werden können. Sie bleiben zunächst unnahbar in ihrer Körperlichkeit gefangen. Ein Einblick in das eigene Innenleben ist ihnen aufgrund einer ausgeprägten Symbolisierungsschwäche verwehrt. Von daher wird verständlich, warum die einzelnen Autoren zentrale Konflikte und strukturelle Besonderheiten auf der Ebene früher Entwicklungsstörungen verorten. Entweder ist hier ein Stadium der Persönlichkeitsentwicklung nie wirklich überwunden worden oder es existiert bei partieller Weiterentwicklung nur eine dünne Abwehrdecke, die im Krisenfall regressiven Bewegungen hilflos gegenübersteht.

Darüber hinaus finden sich auch Fallstudien mit ganz anders gelagerten Problematiken. Über die hier nicht im Einzelnen berichtet wurde. Sie betreffen häufig sehr viel reifere Kinder mit einem deutlich höheren strukturellen Entwicklungsniveau. Bei ihnen geht es nur auf der symptomatischen Oberfläche um Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsprobleme: Die dahinter stehenden Konflikte können oft recht schnell erkannt werden. Sie lassen sich mit konventionellen neurosenpsychologischen und psychodynamischen Kategorien, sofern man sie nicht zu eng fasst, gut erklären und verstehen. Insofern existiert hier auch kein weiterer grundlegender theoretischer Klärungsbedarf. Fraglich ist allerdings, ob die Diagnosestellung ADHS in diesen Fällen überhaupt angemessen erfolgte. Sie wird allenfalls vor dem Hintergrund einer psychiatrischen und teils auch psychotherapeutischen Orientierung

verständlich, die persönlichen Beziehungen, lebensgeschichtlichen Zusammenhängen und inneren Verstrickungen wenig Bedeutung beimisst und stattdessen Symptome mit einem übermäßigen Stellenwert versieht. Die bisher dargestellten kulturtheoretischen und psychodynamischen Überlegungen und Erkenntnisse sowie die Ergebnisse der neueren Hirnforschung lassen keine Zweifel daran, dass es sich bei Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen um ein hochkomplexes Phänomen handelt, an dem kulturelle, gesellschaftliche, psychologische und soziale Faktoren in prominenter Form beteiligt sind (Ahrbeck, 2007).

1.3.7.8. Kritik über Faktorenhypothese

Lange Zeit wurde angenommen, dass alle Kinder mit hyperkinetischen Störungen eine strukturell bedingte Störung der Hirnfunktionen aufweisen, selbst dann, wenn klare Hinweiszeichen dafür fehlen. Der Begriff des minimalen Hirnschadens oder der minimalen cerebralen Dysfunktion (MCD) wurde dafür gewählt. Viele Studien lassen diese Hypothese jedoch als nicht haltbar erscheinen. Im deutschen Sprachraum konnten Esser und Schmidt (1987) zeigen, dass zwischen den verschiedenen Hinweisen auf eine cerebrale Dysfunktion nur sehr geringe Überschneidungen vorhanden sind und keine eindeutigen Beziehungen zu hyperkinetischen Störungen vorliegen. Sie schlussfolgern, dass die Diagnose einer MCD im bislang praktizierten Sinne klinisch unbedeutend und irreführend sei.

Hinsichtlich der neurochemischen Faktoren weisen einige Studien darauf hin, dass zwar keine strukturelle Schädigung des Gehirns, wohl aber eine verminderte cerebrale Durchblutung des Frontalhirns bei hyperkinetisch auffälligen Kindern vorliegt. Andere Studien konnten Auffälligkeiten im Neurotransmitter-System nachweisen, wenngleich die Ergebnisse nicht einheitlich sind. Offensichtlich ist nicht ein Neurotransmitter-System alleine gestört, vielmehr handelt es sich eher um eine Imbalance mehrerer Systeme (Döpfner, Schürmann, 1997).

Bezüglich der allergischen Dispositionen in den Siebzignern und Achtzignern war es sehr weit verbreitet, die ADHS auf chemische Nahrungszusätze zurückzuführen. Die zahlreichen Untersuchungen, die in den nachfolgenden zehn Jahren durchgeführt wurden, fanden zum größten Teil keine Belege für diese Hypothese. Nur ein sehr kleiner Teil der Kinder, fünf % oder weniger, vor allem Kinder im Vorschulalter, zeigten nach Verzehr dieser Substanzen (Zusatzstoffe und Konservierungsmittel) einen leichten Aktivitätsanstieg. Es konnte nie

nachweisen werden, dass normale Kinder eine ADHS entwickeln, wenn sie bestimmte Nahrungsmittel zu sich nehmen, oder dass sich der Zustand von Kindern mit ADHS durch ihren Verzehr beträchtlich verschlechtert. Forness et al. kamen zum Schluss, dass eine Nahrungsumstellung keine effektive Behandlungsmöglichkeit der ADHS darstellt (Barkly, 2005).

In Bezug auf genetische Faktoren weisen einige Befunde darauf hin, dass genetische Faktoren bei der Entstehung hyperkinetischer Störungen möglicherweise eine Rolle spielen. In mehreren Studien ist eine erhöhte Rate an hyperkinetischen Störungen bei den biologischen Eltern und Geschwistern hyperkinetisch gestörter Kinder festgestellt worden (Döpfner, Schürmann, 1997).

In der Diskussion um die psychosozialen Faktoren hat sich gezeigt, dass den psychosozialen Faktoren keine primäre ätiologische Bedeutung zukommt, sie können aber entscheidend zum Schweregrad der Hyperaktivität beitragen. Zwar konnten einige Studien eine Häufung der hyperkinetischen Störung in Familien mit geringerem sozioökonomischen Status sowie unter allgemein ungünstigen familiären Bedingungen wie unvollständigen Familien, überbelegter Wohnung, psychischer Störung der Mutter belegen, doch wiesen wiederum andere Studien keinen derartigen Zusammenhang nach. Problematische, gestörte Eltern-Kind-Interaktionen, die im Umfeld hyperaktiver Kinder zu beobachten sind, sind vermutlich eher die Reaktion auf die Hyperaktivität als deren Ursache. Längsschnittstudien zeigen, dass überwiegend negative Eltern-Kind-Beziehungen im Vorschulalter mit der Stabilität hyperkinetischer Auffälligkeiten korrelieren. Ein Teufelskreis also zwischen der problematischen hyperkinetischen Symptomatik, negativen Interaktionen zwischen dem Kind und seinen Bezugspersonen (Eltern, Erzieher, Lehrer, Peers, ...) und ungünstigen Bedingungen im familiären und schulischen Umfeld. Dies bewirkt wiederum eine gewisse Zunahme der Verhaltensproblematik und der Selbstregulationsprozesse des Kindes und unterstützt vermutlich die Entwicklung weiterer komorbider Symptome (Götz, 2004. S. 38).