

- lässt sich öfter durch äußere Reize leicht ablenken,
- ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich.

(2) Sechs (oder mehr) der folgenden Symptome von Hyperaktivität und Impulsivität müssen während der letzten sechs Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß vorhanden gewesen sein.

Hyperaktivität

- zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum,
- steht in der Klasse oder in anderen Situationen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird, häufig auf,
- läuft häufig umher oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben),
- hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen,
- ist häufig „auf Achse“ oder handelt oftmals, als wäre er/sie „getrieben“,
- redet häufig übermäßig viel.

Impulsivität

- platzt häufig mit den Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist,
- kann nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist, unterbricht und stört andere häufig (platzt z. B. in Gespräche oder Spiele anderer hinein).

Einige Symptome der Hyperaktivität-Impulsivität oder Unaufmerksamkeit, die Beeinträchtigungen verursachen, treten bereits vor dem Alter von sieben Jahren auf. Die Beeinträchtigungen durch diese Symptome zeigen sich in zwei oder mehreren Bereichen (z. B. in der Schule bzw. am Arbeitsplatz und zu Hause).

Anmerkung: Das DSM bezieht sich vor allem auf Schulkinder und lässt jüngere Kinder außer Acht.

Die Symptomatik ist nicht eine vorübergehende Reaktion auf verschiedene Stressoren, sondern besteht fortwährend und situationsübergreifend. Das erscheint wichtig, da vorübergehende Unruhe (im Zusammenhang mit psy-

chosozialen Stressoren, z. B. Scheidung der Eltern, Übersiedelung oder Geburt eines kleinen Geschwisters) keineswegs „Hyperaktivität“ darstellen, sondern im schlimmsten Fall Anpassungsprobleme sind.

Warum ist dies wichtig? ADHS kann nur dann von Seiten professioneller Helfer zielgerichtet „behandelt“ werden, wenn die Diagnose als solche auch abgesichert ist. In zwei Drittel der Verdachtsdiagnosen handelt es sich jedoch nicht um ADHS, sondern um vorübergehende Anpassungsprobleme, persönliche Verhaltensmuster in speziellen Umgebungen (z. B. immer wenn die Großmutter anwesend ist) oder einfach das Temperament des Kindes.

Die diagnostischen Kriterien werden immer wieder dem neuen Stand der Forschung angepasst und verändert. Es gab für ADHS im Laufe dieses Jahrhunderts schon viele Bezeichnungen, die zum Teil in der Diskussion der Begriffe angeführt werden. So wird im zweiten großen internationalen Klassifikationssystem der „World Health Organisation“, dem ICD-10, die Bezeichnung „Hyperkinetische Störungen“ für dasselbe Störungsbild gewählt. Der Hyperaktivität und Impulsivität werden jedoch in beiden Manualen unterschiedliche Bedeutung zugemessen. Hyperkinetische Störungen im ICD-10 (WHO 1992, 276f) werden folgendermaßen definiert:

»Die Kardinalsymptome sind beeinträchtigte Aufmerksamkeit und Überaktivität. 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, wie sie zu einer anderen hingelenkt werden. (...) 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. 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, sitzen zu bleiben, in ausgeprägter Redseligkeit und Lärmen; oder im Wackeln und Zappeln bei Ruhe. Beurteilungsmaßstab sollte sein, dass die Aktivitäten 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.

Die folgenden Begleitsymptome sind für die Diagnose nicht notwendig, stützen sie jedoch: Distanzlosigkeit in sozialen Beziehungen, Unbekümmertheit in gefährlichen Situationen und impulsive Missachtung sozialer Regeln (...).

Die charakteristischen Verhaltensprobleme sollen früh (vor dem sechsten Lebensjahr) begonnen haben und von längerer Dauer sein. Wegen der breiten Variation der Norm ist Hyperaktivität vor dem Schulalter schwierig zu erkennen. Bei Vorschulkindern soll nur ein extremes Maß zu dieser Diagnose führen.«

Zur Vertiefung: Subtypen

Das DSM-IV weist Hyperaktivität-Impulsivität als unabhängiges Hauptmerkmal aus, während im ICD-10 die Aktivitätsstörung als unabdingbar gilt. Deshalb kann ein stark aufmerksamkeitsbeeinträchtigtes Kind, das nicht gleichzeitig hyperaktiv ist, nach dem ICD-10-System nicht diagnostiziert werden. Im DSM-IV können jedoch drei unterschiedliche Subtypen unterschieden werden: ein dominant aufmerksamkeitschwacher Typ, ein dominant hyperaktiv-impulsiver Typ und der Mischtypus mit klinisch bedeutsamen Defiziten in Aufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität.

Hinsichtlich der Klassifikation von Subtypen konnte international noch keine Einigkeit gefunden werden, was auch mit unterschiedlichen theoretischen Vorstellungen zwischen den Forschern in USA und Europa zusammenhängt.

Die fünfjährige Anna vergisst ständig ihre Sachen und lässt im Kindergarten Handschuhe, Hauben und ihre Kindertasche liegen. Die KindergartenpädagogInnen beschreiben sie manchmal als abwesend, weil sie erst nach zwei- bis dreimaliger Aufforderung zu reagieren scheint. Absenzen wurden medizinischerseits durch eine Untersuchung ausgeschlossen, andererseits lässt sie sich oft durch kleine Geräusche, die vom Fenster hereinkommen, sofort ablenken. Anna kann dem unaufmerksamen Typus zugerechnet werden, der bei Mädchen relativ häufiger auftritt (Biederman et al. 2002).

Der dreijährige Marc kann keine Minute still sitzen, klettert auf das Sofa, um zum Telefon zu kommen, beschäftigt sich dann einige Momente mit Bausteinen, die er kurzfristig in Richtung FrühförderIn wirft, und beginnt gleich darauf mit einem neuen Spiel. Marc kann mit hoher Wahrscheinlichkeit dem vorwiegend hyperaktiv-impulsiven Typus zugeordnet werden.

Obwohl nach gegenwärtigem Forschungsstand ADHS am ehesten als eine neurobiologisch und stark genetisch bedingte Störung angenommen wird, gibt es bis heute keine eindeutigen biologischen oder psychologischen Kriterien und Ursachen zur Diagnose der Störung. Manche Forscher behaupten (Lüpke 2004, Yelich/Salamone 1994), ADHS wäre als „Krankheitsbild“ ein Konstrukt, wobei sie die beeinträchtigenden Verhaltensschwierigkeiten der Kinder in ihrer Auswirkung auf die sozialen Umwelten durchaus ernst nehmen.

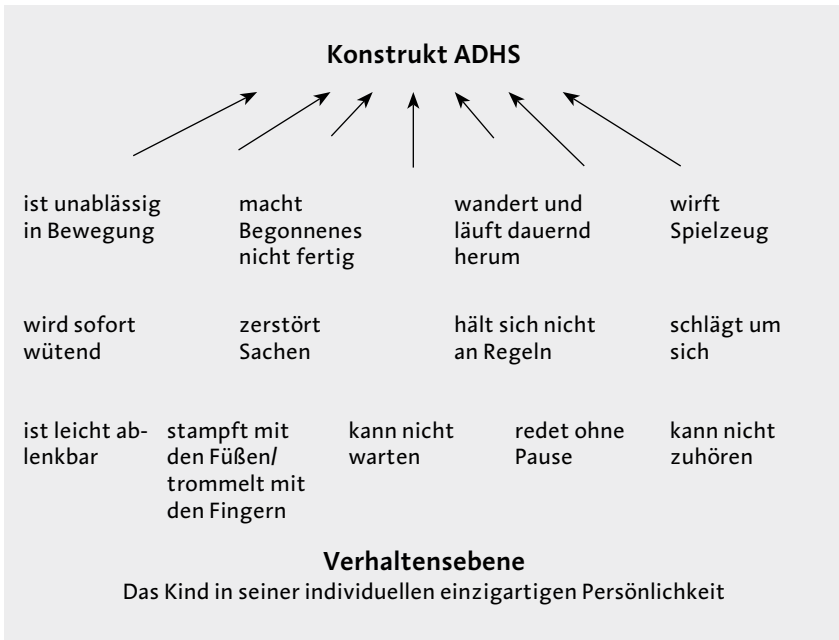


Abbildung 1: Konstruktebene – Verhaltensebene

ADHS ist ein nicht beobachtbarer theoretischer Begriff, der durch das Auftreten bestimmter entwicklungsabweichender Verhaltensweisen definiert wird. Jedes Kind mit Verdacht auf ADHS ist dennoch einmalig und einzigartig.

Die PädagogInnen im Frühbereich befinden sich jedoch in einem scheinbar unauflösbaren Dilemma: Sie erleben Kinder in ihrem Bewegungsdrang, ihrer Schwierigkeit, zu warten, Handlungsbögen abzuschließen oder kurz ruhig zu sitzen. Gleichzeitig sind die gängigen Diagnoseschemata für den Altersbereich der Vorschulkinder und Kleinkinder kaum anwendbar:

- 1) Viele „Symptome“ sind in diesem Altersbereich noch völlig normal und als lebendig, temperamentvoll und aktiv anzusehen.
- 2) Etliche Verhaltensweisen beziehen sich ausdrücklich auf das Schulalter (z. B. „macht in der Schule oder bei anderen Aktivitäten Schlampigkeitsfehler“).

Wenn Eltern über „schwieriges“ Verhalten ihrer Kleinkinder berichten, ist es schwer, zu entscheiden, ob sie gerade in einer schwierigen Entwicklungs-

oder Übergangsphase sind, oder ob diese Verhaltensweisen bedeutsame Anzeichen von ADHS sind. Epidemiologische Studien berichten, dass 10 % und mehr der Eltern ihre Kinder im Vorschulalter als überaktiv und unruhig, unaufmerksam, mit niedriger Frustrationstoleranz und schwierig zu erziehen einschätzen (Thompson et al. 1996).

Da man jedoch laut repräsentativen internationalen Studien mit einer Auftretensrate von 3 bis 5 % aller Kinder rechnet, scheinen die Angaben der Eltern für die entwicklungspsychologische „Normalität“ der genannten Charakteristika zu sprechen. Die Beschäftigung mit ADHS hat in den letzten Jahren dazu geführt, dass jegliche Ablenkbarkeit, Unruhe oder Frustrationsintoleranz sofort mit Hyperaktivität in Zusammenhang gebracht wurde. Das Etikett Hyperaktivität wird bisweilen verwendet als:

- Entschuldigung für wenig angepasstes Verhalten mit der versteckten Botschaft: „Nehmen Sie als PädagogIn Rücksicht!“
- Erklärung, dass das Kind nicht gern feinmotorische Aktivitäten durchführt, mit der versteckten Botschaft an Betreuerinnen: „So tu doch etwas!“
- Anklage für den „fehlenden“ Vater, mit einem versteckten Vorwurf an alle „abwesenden“ Väter, sich mehr um ihre Kinder zu kümmern u. v. m.

Vorsicht vor zu schneller Etikettierung ist geboten. Andererseits kann wiederum der Fehler passieren, entnervte und von ihren vergeblichen Erziehungsbemühungen verzweifelte Eltern mit dem Hinweis zu trösten, dass sich „das alles schon auswachsen“ werde, wenn das Kind eben „reifer“ werde – eine Aussage, die man häufig von Hausärzten hört. Die Studien von Campbell und Ewing (1990, Campbell 1997) zeigen, dass ca. 50 % der Vorschulkinder, die als problematisch eingestuft wurden, im Alter von sechs Jahren keine klinisch bedeutsamen Symptome mehr hatten. Für diese 50 % wäre eine Diagnose mit ihren teils weit reichenden Folgen falsch gewesen: Es ist z. B. in Österreich die vermehrte Tendenz zu beobachten, für Kinder mit ADHS den Status „von Behinderung bedroht“ auszusprechen, was zwar die Aufnahme in Förderprogramme (Frühförderung, Unterstützung im Kindergarten ...) ermöglicht, gleichzeitig aber auch eine große Gefahr der Stigmatisierung in sich birgt. Die Hälfte der als „problematisch“ eingeschätzten Kinder zeigte jedoch Symptome von Unaufmerksamkeit, erhöhter Ablenkbarkeit, Impulsivität und Hyperaktivität.

Das diagnostische Dilemma liegt in der Unterscheidung von Kindern, die als extreme Gruppe eine heftige Entwicklung im Normalbereich zeigen, von solchen, die Signale der Früherkennung von ADHS zu erkennen geben.