



© www.struwwelpeter.com

## ADS und ADHS oder Der Träumer und der Zappelphillip

Ein Überblick zum gegenwärtigen Stand der Forschung  
von Laila Meyer, 2004



© www.struwwelpeter.com

Schriftenreihe Lern- und Entwicklungstherapie (LET)  
Band 1

# ADS und ADHS oder...

## Der Träumer und der



© www.struwwelpeter.com

Wenn der H a n s zur Schule ging,  
Stets sein Blick am Himmel hing.  
Nach den Dächern, Wolken, Schwalben  
Schaut er aufwärts allenthalben:  
Vor die eignen Füße dicht,  
Ja, da sah der Bursche nicht,  
Also daß ein jeder ruft:  
"Seht den Hans Guck-in-die-Luft !"

## Zappelphillip

"Ob der P h i l i p p heute still  
Wohl bei Tische sitzen will ?"  
Also sprach in ernstem Ton  
Der Papa zu seinem Sohn,  
Und die Mutter blickte stumm  
Auf dem ganzen Tisch herum.  
Doch der Philipp hörte nicht,  
Was zu ihm der Vater spricht.  
Er gaukelt  
Und schaukelt,  
Er trappelt  
Und zappelt  
Auf dem Stuhle hin und her.  
"Philipp, das mißfällt mir sehr !"



© www.struwwelpeter.com

# ADS und ADHS oder der Träumer und der Zappelphillip

## Inhaltsverzeichnis

|   | Seite     |
|---|-----------|
| <b>Einleitung</b>                           | <b>2</b>  |
| <b>Definition und Symptome</b>              | <b>4</b>  |
| - Definition ADS und ADHS                   | 4         |
| - Symptombeschreibung                       | 4         |
| - Diagnosen nach ICD 10                     | 5         |
| - Diagnosen nach DSM-IV                     | 5         |
| <b>Eine typische Entwicklungsgeschichte</b> | <b>6</b>  |
| <b>Mögliche Ursachen</b>                    | <b>8</b>  |
| - Biochemische Faktoren                     | 9         |
| - Erbliche oder anlagebedingte Faktoren     | 9         |
| - Hirnorganische Faktoren                   | 9         |
| <b>Diagnose</b>                             | <b>10</b> |
| <b>Therapien</b>                            | <b>12</b> |
| - Medikamentöse Therapien                   | 12        |
| - Verhaltenstherapie                        | 14        |
| - Entwicklungs- und Lerntherapie            | 15        |
| - Weitere Therapien                         | 16        |
| - Kombinationstherapien                     | 17        |
| <b>Zusammenfassung</b>                      | <b>17</b> |
| <b>Anhang</b>                               | <b>18</b> |
| - Diagnostische Kriterien der ADHS          | 18        |
| - Literaturempfehlungen                     | 21        |

## Einleitung

Kaum eine Krankheit, Störung bzw. Verhaltensauffälligkeit ist zur Zeit mehr im Gespräch als das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom mit und ohne Hyperaktivität, kurz ADS bzw. ADHS - wenn die hyperaktive Variante gemeint ist. Kinder mit ADS oder ADHS können ihre Aufmerksamkeit nicht über einen längeren Zeitraum bündeln, es sei denn, eine Aufgabe ist für sie von großem Interesse. So würde man den berühmten Zappelphilipp aus dem Kinderbuch "Struwwelpeter" (geschrieben vom Nervenarzt Heinrich Hoffmann 1845) heute als hyperaktiv mit der Diagnose ADHS bezeichnen, während sein verträumter Freund der „Hans-guck-in-die-Luft“ eher der Diagnose ADS zuzuordnen ist. ADHS bzw. ADS kann bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen Lern- und Verhaltensstörungen, Depressionen, Angststörungen und andere psychische Erkrankungen hervorrufen, kann vielfach aber auch mit besonderen Begabungen, Kreativität und Intuition verbunden sein. In Deutschland geht man davon aus, dass heutzutage 4 - 6 % der Kinder zwischen sechs und achtzehn Jahren unter ADHS oder ADS leiden (10% davon werden mit Medikamenten - vorwiegend Ritalin - behandelt)<sup>1</sup>. Die Zahlen sind jedoch umstritten, je nach Kriterienwahl und Diagnostik wird von bis zu 17 - 20% aller Kinder als Betroffene gesprochen.<sup>2</sup>

Manche der Kinder werden bereits im Säuglingsalter als Schreikinder auffällig. Doch besonders schwierig wird es für sie in der Schule: Disziplin, still Sitzen, Aufgaben bewältigen, Zusammenhänge merken - genau das fällt hyperaktiven Kindern sehr schwer. Eltern, Kinder und Lehrer werden extrem belastet. Hyperaktive Kinder gelten schnell als Faulpelze, Unruhestifter

---

<sup>1</sup> Quelle: [www.zdf.de](http://www.zdf.de) , Sendung vom 08.10.2003, Die neuen Zappelphilippe

<sup>2</sup> Quelle: Aktuelle Forschungsansätze bei ADHS, aus: Kinder- und Jugendmedizin 4/2003

und Störenfriede. Den Eltern wird häufig vorgeworfen, sie hätten ihre Kinder nicht "im Griff". Sie stehen den Problemen ihrer Kinder oft hilflos gegenüber.

Dabei sind die genauen Ursachen der neuropsychologischen Störung bisher umstritten.

Gängige Theorien gehen von einer Funktionsstörung bei der Signalübertragung im Gehirn aus.



# Definition und Symptome

## Definition ADS und ADHS



© www.struwwelpeter.com



Betroffene Kinder leiden unter **Aufmerksamkeits- und Konzentrations-schwächen**: sie bringen eine begonnene Tätigkeit nicht zu Ende, machen ständig Flüchtigkeitsfehler, lassen sich leicht ablenken und können sich nicht auf eine Sache konzentrieren.



Sie fallen durch **impulsives Verhalten** auf, in dem sie mit allem herausplatzen, ohne nachzudenken. Sie handeln unüberlegt, haben oft keine Kontrolle über ihre Aggressionen und fühlen sich extrem schnell angegriffen.



© www.struwwelpeter.com



Dazu kommt bei ADHS eine **ausgeprägte Unruhe** mit motorischer Ruhelosigkeit.<sup>3</sup>



© www.struwwelpeter.com

## Symptombeschreibung

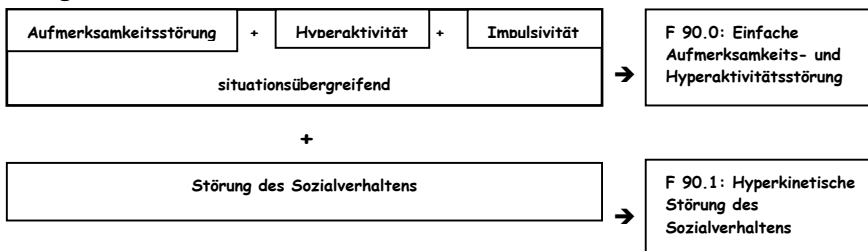
Wenn die Ursache einer Krankheit oder Störung unbekannt ist, kann sie nur über das klinische Bild beschrieben werden, also darüber, wie sich diese beim Menschen äußert. Treten eine bestimmte Anzahl von Symptomen über einen längeren Zeitraum in einem bestimmten Ausmaß auf, kann diesem Menschen ein bestimmtes Syndrom zugeordnet werden. Jedes Syndrom besteht also aus mehreren Symptomen, die sich zu einem Krankheits- bzw. Störungsbild bündeln lassen. Für das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom sind Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität charakteristisch.

---

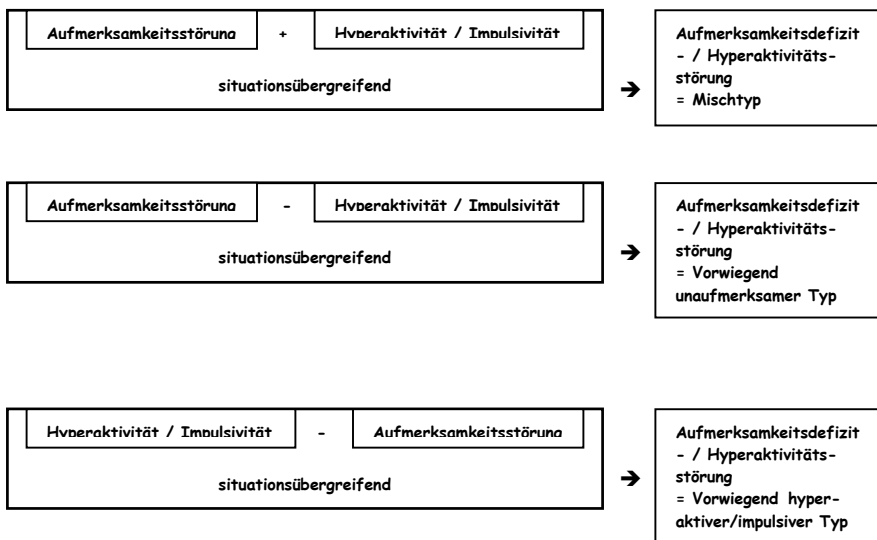
<sup>3</sup> Quelle: [www.zdf.de](http://www.zdf.de), Sendung vom 08.10.2003, Die neuen Zappelphilippe

Genauere Beschreibungen der ADS-typischen Symptome finden sich in den Diagnosenkatalogen ICD 10 (Deutschland) und im DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association, 1994). Diese Kataloge stellen Versuche dar, allgemein akzeptierte Beschreibungen für psychische Störungen zu finden.

## Diagnosen nach ICD 10



## Diagnosen nach DSM-IV



Quelle und mehr Informationen unter [www.ADD-Online.de](http://www.ADD-Online.de) und in der Anlage.

## Eine typische Entwicklungsgeschichte (so oder ähnlich):

Es beginnt oft schon im **Baby- und Kleinkindalter**. Unruhig sind sie manchmal bereits im Mutterleib, danach Schreikinder, Speikinder. Hohe Experimentier- und Erkundungsfreude bei geringem Gefahrenbewußtsein führen häufig zu Unfällen, die gottlob meist glimpflich ausgehen.

Im **Kindergarten- und Vorschulalter** wird erkennbar, daß sie schwer in Gruppen integrierbar sind, eine geringe Frustrationstoleranz macht z.B. Mensch- Ärgere-Dich-Nicht-Spielen oft unmöglich. Sie stehen gern im Mittelpunkt, sind immer auf Achse und können nur schwer bei einer Sache bleiben: Aufräumen können sie aber trotz gutem Willen nicht: Kaum haben Sie begonnen, kommt irgend etwas in ihre Hände, das sie ablenkt und das Zimmer sieht auch nach Stunden nicht besser aus.

Im **Schulalter** geraten sie oft in eine Außenseiterposition, sind Störenfried oder Klassenkasper. Die Disziplin, die im Klassenzimmer nun von Ihnen verlangt wird, stellt für sie eine unlösbare Aufgabe dar. Gedanken, die ihnen durch den Kopf schießen, müssen sie sofort in die Klasse rufen. Ihr übersteigerter Gerechtigkeitssinn und ihre unberechenbare Impulsivität ist oft genug Anlaß oder Verstärker bei verbalen und manchmal auch handgreiflichen Auseinandersetzungen.

Sie können sich auch mit größter Anstrengung nur wenige Minuten auf den Unterrichtsstoff konzentrieren. Je nach Ausprägung ADS oder ADHS verfallen sie danach in Tagträume, gucken Löcher in die Luft, kritzeln in ihrem Heft herum oder werden zappelig, kippeln mit ihrem Stuhl, laufen im Klassenzimmer herum oder necken Mitschüler. Ihr 'hüpfender', oberflächlich abtastender Wahrnehmungsstil macht es ihnen



schwer, Unterrichtsinhalte systematisch zu erfassen und sich zielorientiert auf eine Aufgabe zu konzentrieren.

Hausaufgaben sind ein Drama für diese Kinder. Es beginnt mit dem Schreiben, das ihnen schwer fällt und oft sehr verkrampft ist. Stundenlang dauert das Ganze, denn es ist nicht möglich, konzentriert bei der Sache zu bleiben.

Trotz häufig überdurchschnittlicher Intelligenz, haben diese Kinder Probleme in der Schule. Häufig treten in Verbindung mit ADS/ADHS Teilleistungsschwächen auf wie LRS, Dyskalkulie, visuelle/auditive oder taktile Wahrnehmungsstörungen, welche die Kinder zusätzlich belasten.

Im **Jugendalter** läßt die motorische Unruhe meist nach. Stärker noch als andere Jugendliche sind sie ausgesprochen stimmungslabil. Häufig sind sie depressiv verstimmt, ohne daß es dafür erkennbare Gründe gibt. Ihre Ausdauer ist gering. Sie sind leicht beeinflussbar und stets auf der Suche nach Extremen. Sie müssen alles ausprobieren und neigen zu risikoreichem Verhalten. Oft werden sie viel zu früh Eltern. Suchtgefahren können sie schlecht widerstehen, wenngleich sie nicht zu harten Drogen neigen. Viele 'Hypies', wie sie oft genannt werden, sind bei ungünstigem Verlauf aber in Gefahr alkoholabhängig zu werden.

Selbst im **Erwachsenenalter** sind manche Menschen noch immer erkennbar betroffen. Eine gestörte Selbstorganisation, impulsiver Handlungsstil, Selbstwertprobleme, nicht zuhören können, hohes Aktionsniveau, "sensation seeking" (die Suche nach dem "Kick") und in ungünstigeren Fällen Suchtprobleme (vor allem Alkohol) und Kleinkriminalität können Ausprägungen sein.<sup>4</sup>

## Mögliche Ursachen

---

<sup>4</sup> Quelle: [www.ads-hyperaktivitaet.de](http://www.ads-hyperaktivitaet.de) vom 28.12.2003, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom und Hyperaktivität, Was ist das ?

Die Ursachen dieser sich sehr unterschiedlich äußernden „Auffälligkeiten“ des ADS/ADHS-Kindes sind in Forscherkreisen noch nicht eindeutig geklärt. Aktuelle Forschungen machen eine Stoffwechselstörung im Gehirn verantwortlich: Die Kinder sollen an einer Unterversorgung des Botenstoffs Dopamin leiden. Die Folge: Das Gehirn kann Wichtiges nicht von Unwichtigem unterscheiden, und alle Reize kommen gleich stark an. Das bedeutet eine ständige Überforderung.

Neueste Forschungsergebnisse wollen belegen, dass das "Zappelphilipp-Syndrom" (ADHS) seine Ursachen möglicherweise in Veränderungen des Gehirns hat. Dabei fanden Wissenschaftler



in Los Angeles Bereiche im frontalen Kortex und im vorderen Temporallappen, die bei den Kindern mit ADS deutlich kleiner waren als bei den gesunden. Zugleich bemerkten sie in anderen Hirnarealen der erkrankten Kinder eine Zunahme an grauer Gehirnssubstanz. Interessant sei, dass vor allem Bereiche betroffen seien, die

das impulsive Verhalten kontrollieren.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Quelle: <http://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/0,1518,275005,00.html>  
vom 28.12.2003, Ruhelose Kinder haben verändertes Gehirn

Als Ursachen von Hyperaktivität bzw. Hyperkinese werden ferner diskutiert:

### **Biochemische Faktoren**

Verbindungen zwischen Nervenzellen kommen nicht wunschgemäß zustande oder biochemische Reifungsprozesse verzögern sich, z.B. durch

- schädigende Einwirkungen während Schwangerschaft/Geburt,
- Stoffwechselstörungen,
- Schwächung der körpereigenen Abwehr aufgrund von Umweltbelastungen.

### **Erbliche oder anlagebedingte Faktoren**

Viele Wissenschaftler gehen davon aus, dass bei Kindern eine erbliche Disposition vorhanden sei.

### **Hirnorganische Faktoren:**

In den letzten Jahren treten diese Faktoren zunehmend in den Hintergrund, kommen in Einzelfällen aber immer noch als Ursache in Betracht:

- Infektionskrankheiten,
- außergewöhnliche Belastungen während Schwangerschaft und / oder Geburt.<sup>6</sup>

Fast immer sind die Auffälligkeiten multifaktoriell bedingt, d.h. bei einem Kind kommen mehrere Ursachen in Frage. Daher können Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit sehr verschiedenen psychischen Problemen und Verhaltensauffälligkeiten eine ADS/ADHS-Diagnose erhalten. Auch ist nicht geklärt, ob ADS/ADHS überhaupt als Krankheit einzuordnen ist oder ob es hierbei nicht eher um eine Zusammenfassung von bestimmten Verhaltensauffälligkeiten handelt.

---

<sup>6</sup> Quelle: [www.ads-hyperaktivitaet.de](http://www.ads-hyperaktivitaet.de) vom 28.12.2003, Vom Umgang mit überaktiven Kindern, Schulpsychologischer Dienst

## Diagnose

Spricht ein Arzt oder Psychotherapeut von "ADS/ADHS", hat er die für diese Diagnose erforderlichen Symptome beobachten können, wahrscheinlich auf der Grundlage des ICD 10 oder des DSM IV. Für das Aussprechen einer ADS/ADHS-Diagnose ist es also nicht erforderlich, die Ursachen des auffälligen Verhaltens zu kennen. Streng genommen haben wir es nicht mit einer Diagnose zu tun, sondern mit einer Beschreibung bestimmter Verhaltensauffälligkeiten.

Das zentrale Problem der ADS/ADHS-Diagnostik besteht darin, dass es sich bei ADS/ADHS um eine hohe inter- und intraindividuelle Variabilität der beobachteten und im Einzelfall dominanten Symptome handelt. Welche Merkmale sollen also in einer modernen ADS/ADHS-tauglichen Testreihe gemessen und objektiviert werden?

Bei einer sorgfältigen Diagnose wird i.a. die Schilderung der Vorgeschichte und des Verhaltens durch die Eltern und ggf. eine Stellungnahme der Schule ergänzt um umfangreiche testpsychologische Untersuchungen, bei denen es nicht nur auf die Testergebnisse im engeren Sinne, sondern auch auf die Beobachtung des Verhaltens während der Testung ankommt. Dabei gibt es eine Vielzahl von Tests, die man zur Festlegung der Intelligenz, zum Vorliegen von Teilleistungsschwächen, Konzentrationsproblemen, Wahrnehmungsstörungen etc. anwendet, z.B.

- Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC)
- Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder (HAWIK-III)
- Adaptives Intelligenz Diagnostikum 2 (AID 2)
- Der Kramer-Test
- Test d2 Aufmerksamkeits-Belastungs-Test (d2)
- Frostigs Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung (FEW)

- Prüfung optischer Differenzierungsleistungen (POD)<sup>7</sup>

Die für alle ADHS-Patienten charakteristische Eigenschaft, sich



in stimulierenden und anregenden Situationen sehr viel wohler zu fühlen und kognitiv und emotional sehr viel besser "zu funktionieren", hat allerdings auch Auswirkungen auf die Diagnostik: Zum einen stellt die Situation des Testens für die meisten Testpersonen eine spannende, herausfordernde Situation dar, zum

anderen befinden sie sich i.d.R. dabei in einer 1:1-Situation mit dem Tester – das Ablenkungsrisiko ist also wesentlich geringer als z.B. in der Klassensituation.

Als problematisch erweist sich die klinische Auswertung der Tests. Hat man doch festgestellt, dass

- Tests und standardisierte Selbst- und Fremdanamnesen bis heute keine die Diagnose beweisende oder ausschliessende Bedeutung haben,
- auch Patienten mit anderen Störungen in den Testreihen auffällige Resultate erbringen können,
- oder dass Kinder mit Legasthenie- oder Dyskalkulieproblemen unter Umständen sekundäre Lern- und Verhaltensstörungen zeigen, die ADS/ADHS sehr ähnlich sein können
- und schliesslich unauffällige Testresultate eine ADS/ADHS nicht ausschliessen können.

Gut interpretierbare und charakteristisch zu beurteilende Diagnoseergebnisse wurden hingegen mit längeren, monotonen computergestützten Tests gemacht, welche auch die Bestimmung von Verlaufsparametern ermöglichen. Bei der verwendeten

---

<sup>7</sup> Quelle und mehr Informationen unter <http://eigen-sinn.bei.t-online.de/wie-testen.htm>

neuropsychologischen Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung TAP zeigten ca. 90% aller mit ADHS diagnostizierten Patienten, unabhängig von Alter und Geschlecht und bei intakten Gedächtnisfunktionen charakteristische Resultate in denjenigen Tests, welche Anforderungen an die Aufmerksamkeits- und Verhaltens- bzw. Impulskontrolle stellen. Geprüft werden können u.a. Wachheit und Grad der Aufmerksamkeitsaktivierung, die selektive und geteilte Aufmerksamkeit und die Vigilanz. Ein Einsatz ausschliesslich der TAP im Rahmen einer ADHS-Abklärung macht jedoch keinen Sinn.

Die uneinheitlichen neuropsychologischen Befunde und die verschiedenen klinischen Erscheinungsformen und Verläufe einer ADS/ADHS lassen erwarten, dass zukünftige Forschungsbemühungen zu einem differenzierteren Konzept führen müssen - wie es sich bereits in dem DSM-IV oder ICD 10 widerspiegelt.<sup>8</sup>

## Therapien

### Medikamentöse Therapie

Behandelt wird vor allem mit Psychopharmaka aus der Gruppe der zentralnervös aktivierenden Stoffe (**Stimulantien**), seltener mit zentralnervös dämpfenden Substanzen (**z.B. Neuroleptika, Tranquillizer**).<sup>9</sup> Das wohl bekannteste Medikament aus der Gruppe der Stimulantien arbeitet mit dem Wirkstoff "Methylphenidat" (**Ritalin**), welches mit den Amphetaminen (Wachmachern) verwandt ist. Der Wirkstoff gleicht den vermuteten Dopaminmangel aus und dämpft so die Reizüberflutung. Die Stimulantien (v. a. Ritalin) wirken im Bereich

---

<sup>8</sup> Quelle und mehr Informationen unter [www.ADD-Online.de](http://www.ADD-Online.de), Zur Diagnose der ADHS, Teil 1+2

<sup>9</sup> Quelle und mehr Informationen: Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern von Lauth, Schlottke, BeltzPVU, 5. Auflage 2002, S. 376ff

der Synapsen und verlängern dort die Wirkdauer der



körpereigenen Neurotransmitter Dopamin, Noradrenalin und evtl. auch Serotonin. Bei ADS und ADHS-Kindern sollen durch das Medikament die Konzentrationsfähigkeit zunehmen, die Bewegungen ausgeglichener

werden, das Schriftbild sich normalisieren, das Diktat gelernt und korrekt wiedergegeben werden, der Notendurchschnitt rasch ansteigen. Doch die Behandlung mit Ritalin ist sehr umstritten, nicht nur wegen der vorübergehende Nebenwirkungen wie Appetitlosigkeit, Schlafstörungen oder gar Tics. Die Wirksamkeit der Medikamente ist hochvariabel, die Akzeptanz und die schulischen Leistungen verbessern sich nicht automatisch - da Wissenslücken und mangelnde Lernstrategien weiter bestehen - und ein langfristiger Nutzen konnte bislang nicht nachgewiesen werden.<sup>10</sup> Hinweise auf Spätschäden, ein körperliches oder psychisches Abhängigkeitspotenzial gibt es bisher nicht. Wichtig ist die genaue individuell abgestimmte Dosierung und eine regelmäßige gesundheitliche Überprüfung der Kinder durch den Facharzt. Eine Heilung der Symptome durch Ritalin erfolgt jedoch nicht: Bei Weglassen des Medikaments verhalten sich die Kinder wie zuvor.<sup>11</sup>

Als Alternative zu Ritalin wird u.a. eine Nährstofftherapie auf der Basis blaugrüner AFA-Algen angepriesen, „welche spezifische Stoffe für die Wiederherstellung der biochemischen Balance und der Neurotransmitter“<sup>12</sup> bereitstellen soll. Auch wenn in einschlägiger Literatur nachzulesen ist, dass diese Algen „dazu geeignet sind, ADHD-Symptome auf natürliche,

---

<sup>10</sup> Quelle und mehr Informationen s.o.

<sup>11</sup> Quelle und mehr Informationen unter <http://eigen-sinn.bei.t-online.de/medikamente.htm> und [www.zdf.de](http://www.zdf.de), Artikel: Bundesregierung will Missbrauch von Ritalin eindämmen, beides vom 28.12.2003

<sup>12</sup> Quelle: Prospektblatt der Firma Algavital zu ihrem Nahrungsergänzungsmittel Kids.Plus, 2002

ernährungsbedingte Weise reversibel zu machen"<sup>13</sup>, ist die beschriebene Wirksamkeit wissenschaftlich bisher nicht nachgewiesen.

Auch die Mittel der Homöopathie eignen sich nur beschränkt, um auf einige der Symptome mildernd einzuwirken. So hilft z.B. Nux vomica (vornehmlich bei Jungen) bei Unlust zu jeder geistigen oder körperlichen Arbeit, Streitsucht, Überempfindlichkeit der Sinnesorgane u.a.m.<sup>14</sup> Eine homöopathische Medikation zur Ursachenbekämpfung von ADS/ADHS gibt es bisher jedoch nicht.

### **Verhaltenstherapie**

Es wird davon ausgegangen, dass jedes Verhalten nach bestimmten Prinzipien erlernt, aufrechterhalten und auch wieder verlernt werden kann. Diese Therapie zielt darauf ab, neue Einstellungen und Verhaltensweisen zu erarbeiten, die eine bessere Lebensqualität für alle Betroffenen ermöglichen. Sie kann in Form von Einzelgesprächen oder in der Gruppe unter Einbeziehung wichtiger Bezugspersonen erfolgen. Am Ende der Therapie sollten die ADS/ADHS-Kinder angemessener auf zukünftige Anforderungen reagieren können.

---

<sup>13</sup> Quelle: ADHS, Aufmerksamkeitsstörung und Hyperaktivität von Prof. Karl Abrams, Hans Ludwig, AV-Publikation, 1. Aufl. 2000, S. 80

<sup>14</sup> Vgl. Homöopathische Arzneimittellehre, Albert von Fellenberg-Ziegler, Haug, 25. Aufl. 1998, S. 320ff



## **Die Entwicklungs- und Lerntherapie nach PÄPKi<sup>®</sup>**

Ansätze der **Entwicklungs- und Lerntherapie nach PÄPKi<sup>®</sup>** bei ADS/ADHS'lern ergeben sich aus dem individuellen Verhalten. Die Vorteile dieser Therapie liegen darin, dass auf ganzheitlicher und individueller Ebene bei den zugrunde liegenden Ursachen jedes einzelnen Kinds angesetzt wird. Mit speziellen, aus den Erkenntnissen der Neurologie und Neuromotorik gewonnen Übungen, werden spezifische Impulse an das Gehirn gesendet, die eine Reifung des Kindes und somit ein altersgerechtes Verhalten fördern und eine verbesserte Konzentration ermöglichen.

Beispielhaft seien hier einige typische Ursachen für das Verhalten dieser Kinder genannt:

### **Aufmerksamkeitsstörungen (ADS):**

- Unreife Kleinhirn ⇒ d.h. mangelnde Feinabstimmung jeglicher Bewegungen; Propriozeption schlecht ausgebildet ⇒ schlechte Körperwahrnehmung, fehlende Empathie;
- Gleichgewichtsdefizite (TLR-Muster) ⇒ mangelnde Orientierungs-, Ordnungs-, Verarbeitungs- und Strukturfähigkeiten, schlechtes Zeitgefühl;
- persistierender Moro-Reflex ⇒ Ängstlichkeit, überempfindliche Sinneswahrnehmungen, auditive Diskriminierung, schlechte Konzentrationsfähigkeit;
- mangelnde Schulter-/Handaufrichtung (ATNR-Muster) ⇒ verkrampfte Schreibhaltung.

### **Hyperaktivität:**

- Unterentwickeltes Gleichgewicht ⇒ verführt die Kinder dazu ihre Grenzen austesten zu wollen; Beuge-/Strecktonus nicht OK, Hinweis auf STNR-Muster ⇒ Kippen;
- Galant-Reflex ⇒ keine Stabilität in der Wirbelsäule, mangelnde Wirbelsäulen-Aufrichtung.

### **Impulsivität:**

- persistierender Moro-Reflex ⇒ „Der kleine Tyrann“, „der Bestimmer“, Hang zu Überreaktionen, Intoleranz, Trotz, Stimmungsschwankungen, mangelnde Ausdauer und Durchhaltevermögen;
- mangelnde Propriozeption ⇒ Trampeln, Zappeln, da zu wenig Körpergefühl.

**Wichtig!** Die Ritalindosis kann sich im Laufe der Entwicklungs- und Lerntherapie nach PÄPKi<sup>®</sup> reduzieren. Anzeichen hierfür sind Schwitzen, Alpträume u.a.m., dann die Dosis vom Arzt neu einstellen lassen.

### **Weitere Therapien**

Als weitere Therapiekonzepte im Bereich der ADS/ADHS-Bekämpfung sind zu nennen: die Ergotherapie, Kinesiologie, Yoga/Atemübungen, Musiktherapie<sup>15</sup> etc. Sie alle setzen bei ganz speziellen Problemen des Kindes an und können in diesen Bereichen gute Unterstützungen bieten und durchaus erhebliche Verbesserungen erzielen. Was sie jedoch nicht können, ist an die Ursachen der Verhaltens- und/oder Konzentrationsprobleme gehen und diese behandeln.

---

<sup>15</sup> Quelle: Langsam und verträumt, Uta Reimann-Höhn, Herder Spektrum, 2. Aufl. 2002, S. 62

## Kombinationstherapien

Die geschilderten Ausführungen belegen bereits, dass nur ein umfassendes Behandlungskonzept, welches eine dauerhafte Besserung anstrebt, bisherige Defizite aufarbeitet und zumindest längerfristig die Gabe von Ritalin u.ä. Medikamenten reduziert oder überflüssig macht, eine zufriedenstellende Lösung bringen kann. Die besseren Erfolgschancen und die höhere Wirksamkeit der Kombination von Medikation und weiterer Therapien konnte bereits in einer amerikanischen Studie belegt werden. So wird in der Kombinationsbehandlung eine geringere Dosierung benötigt, als bei der alleinigen Pharmakotherapie; Schulleistungen und Verhaltensauffälligkeiten wurden nachhaltig gebessert.<sup>16</sup> Hier kann auch die Entwicklungs- und Lerntherapie nach PpPKi<sup>®</sup> eingeordnet werden.

## Zusammenfassung

Trotz intensiver Forschungsbemühungen der letzten Jahre zum Thema ADS/ADHS sind noch zahlreiche Fragen offen. So wissen wir immer noch sehr wenig darüber, welche genetischen, neurologischen oder Umweltfaktoren ursächlich für ADS/ADHS sind, wie eine eindeutige und aussagekräftige Diagnostik aussehen soll und wie die so heterogene Patientengruppe gezielter und spezifischer behandelt werden kann. Die besten Behandlungsergebnisse wurden bisher mit der Kombination von medikamentöser und anderer (z.B. Verhaltenstherapien) erreicht. Das Ziel der nächsten Jahre sollte jedoch darin liegen, die Gabe von Medikamenten – wie z.B. Ritalin – gänzlich zu vermeiden. Neueste Forschungsergebnisse versprechen Hoffnung über eine spezielle Nährstoffergänzung in Kombination mit anderen Therapieformen, wie die Entwicklungs- und Lerntherapie nach PpPKi<sup>®</sup>.

---

<sup>16</sup> Vgl. hierzu: Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern von Lauth, Schlottke, BeltzPVU, 5. Auflage 2002, S. 386ff

# Anhang

## Diagnostische Kriterien der ADHS

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitäts-Störung

nach: DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association, 1994)<sup>17</sup>

Die Klassifikationssysteme psychischer Störungen definieren das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom als eine Störung mit Beginn im Kleinkindalter, der Kindheit und Adoleszenz. Für eine ADHS-Diagnose nach DSM IV müssen entweder A1 und/oder A2 sowie B, C, D & E zutreffen.

### A1: Unaufmerksamkeit

Sechs (oder mehr) der folgenden Symptome von Unaufmerksamkeit sind während der letzten sechs Monate in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessen Ausmass vorhanden gewesen:

- beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten
- hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten
- scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn/sie ansprechen
- führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund oppositionellem Verhaltens oder Verständigungsschwierigkeiten)
- hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren

---

<sup>17</sup> Quelle: [www.ADD-Online.de](http://www.ADD-Online.de) vom 28.12.2003, Diagnostische Kriterien der ADHS, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitäts-Störung nach: DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association, 1994)

- vermeidet häufig, oder hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger dauernde geistige Anstrengungen erfordern (wie Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben)
- verliert häufig Gegenstände, die für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt werden (z.B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug)
- lässt sich oft durch äußere Reize leicht ablenken
- ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich

## **A2: Hyperaktivität und Impulsivität**

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

### **Hyperaktivität**

- zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum
- steht in der Klasse oder in Situationen, in denen Sitzen bleiben erwartet wird, häufig auf
- läuft herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen 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 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)

**B:** Einige Symptome der Hyperaktivität-Impulsivität oder Unaufmerksamkeit, die Beeinträchtigungen verursachen, treten bereits vor dem Alter von sieben Jahren auf.

**C:** Beeinträchtigungen durch diese Symptome zeigen sich in zwei oder mehr Bereichen (z.B. in der Schule bzw. am Arbeitsplatz und zu Hause).

**D:** Es müssen deutliche Hinweise auf klinisch bedeutsame Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsbereichen vorhanden sein.

**E:** Die Symptome treten nicht ausschliesslich im Verlauf einer sog. tiefgreifenden Entwicklungsstörung, einer Schizophrenie oder einer anderen psychotischen Störung auf und können auch nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt werden (z.B. Affektive Störung, Angststörung, Dissoziative Störung oder eine Persönlichkeitsstörung).

### Subtypen:

- TYP 1: Wenn die Kriterien A1 und A2 während der letzten sechs Monate erfüllt waren: DSM-IV 314.01 (ICD-10 F90.00) Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Mischtypus
- TYP 2: Wenn Kriterium A1, nicht aber Kriterium A2 während der letzten sechs Monate erfüllt war: DSM-IV 314.0 (ICD-10 F98.8) Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Vorwiegend Unaufmerksamer Typus

- TYP 3: Wenn Kriterium A2, nicht aber Kriterium A1 während der letzten sechs Monate erfüllt war: DSM-IV 314.01 (ICD-10 F90.1) Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typus
- Bei Personen (besonders Jugendlichen und Erwachsenen), die zum gegenwärtigen Zeitpunkt ADHS-Symptome zeigen, aber nicht mehr alle Kriterien erfüllen, wird "teilremittiert" spezifiziert.

## Literaturempfehlungen

- Aust-Claus, E., Hammer, P.-M.: Das A D S-Buch, Neue Konzentrations-Hilfen für Zappelphilippe und Träumer, Oberstebrink Verlag, 2001
- Lauth, W. (Prof.), Schlottke P. (Prof.): Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern, Beltz, 2002
- Neuhaus, Cordula: Das hyperaktive Kind und seine Probleme, Urania-Ravensburger Verlag, 2002
- Neuhaus, Cordula: Hyperaktive Jugendliche und ihre Probleme, Urania-Ravensburger Verlag, 2000
- Krowatschek, D.: Alles über ADS, Walter, 2001
- Krowatschek, D., Krowatschek, G.: Das ADS-Trainingsbuch, AOL, 2002
- Reimann-Höhn, U.: Langsam und verträumt, ADS bei nicht hyperaktiven Kindern, Herder, 2002
- Reimann-Höhn, U.: ADS - So stärken Sie Ihr Kind, Herder, 2004
- Hartmann, T.: Eine andere Art die Welt zu sehen, Das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom, Schmidt-Römhild, 1997
- Hüther, G.: Neues vom Zappelphilipp, ADS verstehen, vorbeugen und behandeln, Walter, 2002
- Dieterich, J.: Geliebter Zappelphilipp, Hänslers, 2002
- Born, A.: Lernen mit ADS-Kindern, Kohlhammer 2002
- Simchen, H.: ADS. Unkonzentriert, verträumt, zu langsam und viele Fehler im Diktat, Kohlhammer, 2003
- Amft, H., Gerspach, M.: Kinder mit gestörter Aufmerksamkeit. ADS als Herausforderung für Pädagogik und Therapie, Kohlhammer, 2004

Verfasst und herausgegeben von:

**Lern- und  
Entwicklungstherapie (LET)**



**Laila Meyer**

Entwicklungs- und Lerntherapeutin nach PÄPKi®

meyer@let4kids.de

Tel.: 04154/ 837 101

Mobil: 0177/ 837 10 10

Diekskamp 2d  
22958 Kuddewörde

Auflage 2004

© Lern- und Entwicklungstherapie (LET) - Laila Meyer