

# Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen: Theoretische Kontroversen und praktische Folgen

Bernd Ahrbeck

## Einleitung<sup>1</sup>

Der vorliegende Beitrag ist im Rahmen einer diesjährigen Veranstaltungsreihe des VDS Berlin mit dem Themenschwerpunkt „Körperbehinderten- und Klinikschulen“ entstanden. Diese thematische Zuordnung beinhaltet, dass Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen neben der Klinik auch für den Bereich Körperbehinderung von Interesse und Bedeutung sein können. Dafür mag es zwei Gründe geben: Zum einen finden sich Kinder- und Jugendliche mit dieser Problematik in nennenswerter Zahl an Körperbehindertenschulen, weiterhin werden Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen vom Mainstream des wissenschaftlichen Fachdiskurses als eine Beeinträchtigung oder besser gesagt: Erkrankung angesehen, die dem organischen Bereich zuzuordnen ist.

Primär hirnphysiologische Faktoren sollen demzufolge für diese Störungen verantwortlich sein. Sie werden gegenwärtig in besonderen neuronalen Netzwerken und synaptischen Verschaltungen gesehen. Genetische Faktoren gelten dabei aufgrund von Familien- und Zwillingsuntersuchungen als äußerst bedeutungsvoll (Gemeinsame Erklärung internationaler Wissenschaftler 2005). Remschmidt und Heiser (2004, A2457) beziffern ihren Anteil auf 70 bis 95 %. Umwelteinflüsse, so genannte exogene Risikofaktoren, treten demnach nur noch als verstärkende Bedingungen hinzu (Amft 2004; Walther & Ellinger 2008).

Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen sind in den letzten zwanzig Jahren zu einer Leitkategorie von Verhaltensauffälligkeiten und -störungen bei Kindern und Jugendlichen geworden. Die Diagnosehäufigkeit steigt inzwischen auch bei Erwachsenen an (Krause & Krause 2003; Schäfer & Rütger 2005; Schultz-Venrath 2007). In der Nomenklatur von ICD-10 und DSM-IV erscheinen sie als Hyperkinetische Störungen bzw. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen. Das Kürzel AD(H)S beinhaltet, dass Aufmerksamkeitsdefizitstörungen mit und ohne Hyperaktivität auftreten können. Symptomatisch zeichnen sie sich durch einen erheblichen Mangel an Konzentration und

Ausdauer, den sprunghaften Wechsel von einer Tätigkeit zur nächsten sowie eine ungesteuerte und überschießende Aktivität aus.

Nach DSM-IV geht es im Einzelnen darum, dass

- a) die Kinder überdauernd und häufiger als Gleichaltrige die genannten Beeinträchtigungen zeigen,
- b) zumindest ein Teil der Symptome bereits vor dem 7. Lebensjahr auftritt,
- c) die Symptome sich in zumindest zwei unterschiedlichen Lebensfeldern wie Schule oder Elternhaus zeigen und
- d) deutliche schulische oder außerschulische Beeinträchtigungen aufgrund des Problemverhaltens existieren.

Dabei muss beachtet werden, dass die international anerkannten Klassifikationsschemata DSM oder ICD rein symptomatisch verfasst sind und sich jeder weitergehenden inhaltlichen Festlegung entziehen. Sie sind an keine psychologische oder psychiatrische Theorie gebunden, beinhalten deshalb auch keine Aussagen darüber, was hinter den jeweiligen Beeinträchtigungen oder Störungen stehen mag. Das hat zur Folge, dass sich – zum Beispiel psychoanalytisch betrachtet – genetisch und strukturell ganz unterschiedlich geartete psychische Probleme hinter einer identischen oder ähnlichen DSM/ICD-Klassifikation verstecken können. Die „Würdigung von Biographie, Psychodynamik und individueller Psychopathologie“ droht in diesen kategorialen Klassifikationssystemen verloren zu gehen, wie der Sozialpsychiater Finzen (2003, 13) zu Recht bemerkt. Besser kompatibel mit DSM und ICD sind Zugänge, die von fest gefügten Erscheinungsbildern und Störungseinheiten ausgehen, die es zu verändern gilt, ohne dass sie einer weiteren Hinterfragung im Sinne Finzens bedürfen. Dies gilt vor allem für ein organmedizinisches Störungs- bzw. Krankheitsverständnis und ein solches, das sich einer (neo)behavioristischen Tradition verpflichtet fühlt.

Doch zurück zur Schule: Dort bereiten Kinder und Jugendliche mit Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen gravierende Probleme. Sie stellen Lehrerinnen und Lehrer vor erhebliche Herausforderungen (Baumgaertel, Wolraich & Dietrich, 1995; Oelkers 2003), die sich vielfach ohne unterstützende Hilfen nicht bewältigen lassen. Nach repräsentativen Elternbefragungen sind 3 bis 10 % aller Kinder betroffen (Döpfner, Frölich & Lehmkuhl 2000, 4). Psychiatrisch gelten sie inzwischen als die häufigste psychische Störung, die bei Kindern auftritt (Remschmidt & Heiser 2004). Die Prävalenzraten betragen nach Eichenberg und Porz

<sup>1</sup> Bei diesem Beitrag handelt es sich um die überarbeitete Form eines ursprünglichen Vortragstextes. Er bezieht sich in Teilen auf Ahrbeck 2007; 2008a.

(2007, 173) 3 bis 5 %. Andere Angaben liegen erheblich höher: Sie reichen in Deutschland nach DSM-IV bis zu einer Rate von 16 % (Riedesser 2006, 112).

## 1 Beziehungsgestaltung und Lösungssuche

Hyperaktive und aufmerksamkeitsgestörte Kinder ziehen, sofern diese Verallgemeinerung erlaubt ist, Erwachsene und andere Kinder in bemerkenswerter Weise in ihren Bann. Durch ihre Unruhe und Getriebenheit sorgen sie für ständige Bewegung. Die Ungerichtetheit und Sprunghaftigkeit ihres Handelns führt zu einer spannungsreichen, mitunter fast atemberaubenden Atmosphäre, aus der es kaum ein Entrinnen zu geben scheint. Besonders belastend ist dabei, dass die Motive ihres Handelns häufig im Dunkeln bleiben. Lehrern und Eltern bleibt oft schleierhaft, warum sie dieses oder jenes tun, was sie innerlich antreibt, wieso sie kaum jemals zur Ruhe kommen und auch nicht, warum sie sich von außen nur schwerlich steuern lassen. Ein Zugang zu ihrer Innenwelt scheint weitgehend versperrt.

Dadurch entsteht eine paradoxe Situation: Auf der einen Seite erzwingen hyperaktive und aufmerksamkeitsgestörte Kinder eine permanente Aufmerksamkeit, die das Gegenüber okkupiert. Sie setzen sich auf machtvoller Weise im Anderen fest und sorgen für eine aufdringliche Präsenz. Andererseits bleibt diese Besetzung häufig namenlos: Sie erzeugt Anspannung und Unruhe, die so stark sein können, dass sie kaum eine Möglichkeit zur Besinnung lassen. Das Erlebte kann vom Gegenüber schwerlich mit Sinn versehen werden, es entzieht sich einer sprachlichen Transformation und findet keine wirkliche innere Resonanz. Eine gemeinsame Sinnfindung mit dem Kind ist deshalb erschwert, wenn nicht gar vollständig zum Scheitern verurteilt. „Erregung ersetzt Bedeutung“, so lässt sich dieses Phänomen auf eine Kurzformel bringen (Ahrbeck 2007, 2008a).

Bei starker äußerer Bezogenheit bestehen also oft eine innere Ferne und gemeinsame Sprachlosigkeit. Vor allem existiert ein erheblicher Handlungsdruck, in Familien ebenso wie in Schulen, der nervenaufreibend und quälend sein kann. Er ist deshalb so belastend, weil konventionelle Interventionen und Erziehungspraktiken versagen und verlässliche oder auch nur halbwegs tragfähige Anhaltspunkte für ein „richtiges“ Handeln fehlen. Ohnmacht und Ratlosigkeit kennzeichnen das Erleben der Erwachsenen, oft ist es mit heftigen Schuld- und Schamgefühlen verbunden. Haubl und Liebsch (2008) berichten ausführlich darüber.

Damit ist in der Beziehungsgestaltung und bei der Lösungssuche eine Besonderheit beschrieben, die diesen Personenkreis kennzeichnet. Andere Beeinträchtigungen, wie etwa neurotische Phänomene oder dissoziale Entwicklungen, treten in der Beziehung vergleichsweise klarer in Erscheinung. Sie lösen im Gegenüber etwas aus, das als emotional reicher und differenzierter erlebt wird, innerlich angefüllter und leichter fassbar ist. Dadurch wird, bei allen auch dort vorhandenen Schwierigkeiten, eine innere Positionierung erleichtert, die eine wesentliche Voraussetzung dafür ist, dass pädagogisch begründet gehandelt werden kann.

Vor diesem Hintergrund ist es verständlich, dass bei hyperaktiven und aufmerksamkeitsgestörten Kindern Lösungen gesucht oder gar ersehnt werden, die aus dieser Misere befreien sollen. Insofern liegt es auf der Hand, dass Sätze wie folgende entlastend wirken, denn sie befreien von der Aufgabe, schwierige Beziehungskonstellationen zu klären und beinhalten einen Freispruch für alle Beteiligten. Sie lauten: „Die Veröffentlichung von Geschichten, nach denen ADHS eine fiktive Störung oder lediglich ein Konflikt zwischen den heutigen Huckelberry Finns und ihren Sorgeberechtigten sei, ist gleichbedeutend mit der Behauptung, die Erde sei flach, die Gesetze der Schwerkraft seien debattierbar, und die chemische Periodentabelle sei Betrug. ADHS [...] [ist] [...] eine valide Störung mit unterschiedlichen und erheblichen negativen Auswirkungen bei denjenigen, die davon betroffen sind, ohne deren eigene Schuld und ohne Schuld ihrer Eltern und LehrerInnen“ (Gemeinsame Erklärung internationaler Wissenschaftler 2005, 3). Demzufolge liegt es nahe, nach griffigen und entlastenden Erklärungsmodellen zu suchen – besonders solchen, die unantastbar erscheinen, weil sie auf einem anerkannten wissenschaftlichen Fundament beruhen. Zudem richtet sich die Suche auf wirksame Handlungsanweisungen und -methoden, die einen oft schwer erträglichen Zustand möglichst schnell verändern und schmerzlos lindern sollen.

Das ist, so sei hier ausdrücklich betont, durchaus verständlich. Man sollte nur wissen, warum man etwas tut oder es auch bleiben lässt und mit welcher Begründung dies geschieht. Und man sollte anerkennen, dass es mitunter auch so etwas wie pädagogische „Not-Operationen“ geben kann.

Dazu ein anders gelagertes Beispiel, das ebenfalls eine Notsituation illustriert: Zunächst habe ich die Einrichtung von Trainingscamps für dissoziale und delinquente Jugendliche mit reservierter Sympathie gesehen, als eine Notlösung, die dann gerechtfertigt sein kann, wenn alle anderen Mittel versagt haben. Inzwischen, bei genauerer Kenntnis der Praxis und intensiverer Beschäftigung mit ihren Begründungen, ist meine Skepsis allerdings erheblich gewachsen. Es ist nur schwer vorstellbar, dass die dort praktizierten harten Formen einer konfrontativen Pädagogik in mehr als in wenigen Einzelfällen zu einem ertragreichen Ergebnis führen (Ahrbeck & Winkler 2009).

## 2 Die Multimodale Therapie und Trainingsverfahren

Als ultima ratio in der Behandlung hyperaktiver und aufmerksamkeitsgestörter Kinder gilt die multimodale Therapie (Döpfner & Lehmkuhl 1998; Lehmkuhl & Döpfner 2006). Sie soll, gestützt auf das Votum diverser Fachverbände, vorrangig eingesetzt werden. Dafür plädieren unter anderem die Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V. (Leitlinie 2007), die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (Leitlinien 2007) sowie der Vorstand der Bundesärztekammer (2006).

„Therapeutisch wird“, so ist bei Remschmidt und Heiser (2004, A2457) nachzulesen, „von einem multimodalen

Ansatz ausgegangen, wobei die medikamentöse Therapie mit Stimulanzien einen hohen Stellenwert einnimmt. Sie wird häufig mit einer Verhaltenstherapie kombiniert, vor allem bei extrem ausgeprägten Symptomen und bei vorhandenen Komorbiditäten“, und durch Psychoedukation ergänzt.

Medikamentös werden Psychopharmaka, zumeist mit dem Wirkstoff Methylphenidat in unterschiedlichen Präparaten wie Ritalin oder Medikinet eingesetzt. Die Mehrzahl der einschlägig diagnostizierten Kinder erhält Stimulanzien (86 % nach Barbaresie et al. 2002). „80 Millionen Kinder werden weltweit, so aktuelle Schätzungen, mit Amphetaminen behandelt, [...] 400.000 davon in Deutschland“ (Leuzinger-Bohleber, 2006, S. 11). Die Verschreibungshäufigkeit ist hierzulande in den letzten zwei Jahrzehnten extrem gestiegen, selbst dann, wenn es Ende der 1980er noch eine medikamentöse Unterversorgung gegeben haben sollte (Amft 2006; Benecke et al. 2007).

Unter Psychoedukation wird das aufklärende, zumeist ärztliche Gespräch verstanden, das über das Krankheitsbild, den möglichen Krankheitsverlauf und die entsprechenden Behandlungsmöglichkeiten informiert. Die streng symptomorientierte Verhaltenstherapie „stützt sich im Wesentlichen auf operante Techniken (Kontingenz-Management: Münzverstärker-Systeme, ‚response-cost‘, ‚time-out‘)“ (Vorstand der Bundesärztekammer 2006, 42). Eine kognitive Umstrukturierung steht hierbei außerhalb des Kalküls, obgleich sie in der modernen Verhaltenstherapie eine wichtige Rolle spielt.

Der Begriff des multimodalen Ansatzes täuscht allerdings: Auf der Handlungsebene werden zwar unterschiedliche Methoden eingesetzt, die sich auf das Kind und auch sein soziales Umfeld beziehen können (deswegen sind sie nicht unimodal); sie ordnen sich aber der biologischen Leitidee unter. So erscheinen zum Beispiel die vielfach anzutreffenden Beeinträchtigungen des kindlichen Selbstwertes oder Besonderheiten ihres Selbstkonzepts primär als Folge einer organisch angesiedelten Störung. Erst sekundär werden sie zu einem psychologischen Phänomen, das sich aufgrund bestimmter Eigengesetzlichkeiten verstärken kann.<sup>2</sup>

Eine Verhaltenstherapie im engeren Sinne findet in einem klinischen Setting statt, eine Verhaltensmodifikation wird im schulischen Alltag eingesetzt, wobei beide Formen durch Eltern- und Lehrertrainings ergänzt werden können. Ein Beispiel dafür ist die Anlage der berühmten MTA-Studie (vgl. Walther & Ellinger 2008, 172f). Mit einem „summer treatment program“ (STP) wurden Kinder acht Wochen lang intensiv und breit gestreut trainiert, fünf Tage die Woche, neun Stunden täglich – mit klassisch verhaltensmodifikatorischen Verfahren und einem Training sozialer Fertigkeiten. Darauf aufbauend erfolgte ein Lehrertraining, um schulisch relevante Verhaltensstrategien einzuüben.

<sup>2</sup> Wie sehr auch sonderpädagogische Autoren dem medizinischen Paradigma verpflichtet sind, zeigt folgendes Zitat: „Es ist unverständlich, warum beispielsweise bei Diabetes mellitus eine medikamentöse Therapie in Kombination mit verhaltensmodifikatorischen Maßnahmen (bspw. einer Ernährungsumstellung) selbstverständlich ist, diese Vorgehen aber bei ADHS immer wieder grundsätzlich in Frage gestellt wird“ (Walther & Ellinger 2008, 169).

Außerdem erhielten die Eltern Informationen über den Behandlungsfortschritt ihrer Kinder.

Den bisherigen Erkenntnisstand zu Verhaltenstherapie und Trainingsverfahren fassen Walther & Ellinger (2008, 173f.) so zusammen: „Für die Integration in Schule bietet sich der Einsatz von operanten Methoden und komplexeren Verstärkungsplänen an, die auch auf andere Settings ausgeweitet werden können. Beispielsweise ist es denkbar und wünschenswert, dass Eltern in Kooperation mit der Lehrkraft diese Interventionen planen und diese dann sowohl in der Schule als auch zu Hause umsetzen. Eine Struktur, die weitgehend setting-unspezifisch ist bedeutet für die Kinder eine höhere Konstanz und daher Planbarkeit eigener Handlungen.“

Als weitere Förderungsmöglichkeiten neben Elterntrainings (zum Beispiel: Triple-P von Markie-Dadds, Sanders & Turner, 2004) werden von Walther und Ellinger (2008) Neurofeedback-Verfahren sowie Trainingsverfahren zu Aufmerksamkeitsstörungen genannt (TmaK: Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern von Lauth & Schlottke 2002; ATTENTIONER von Jacobs et al. 2005; MKT: Marburger Konzentrationstraining für Schulkinder von Krowatschek & Albrecht 2007), die sich über die Konzentrationsfähigkeit hinaus auch auf die Unruhe und Impulsivität von ADHS-Kindern auswirken sollen (Literaturquellen der Trainings bei Walther & Ellinger 2008).

Besonders sei hier auf das „Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP) von Döpfner, Schürmann und Frölich (2002) hingewiesen, das etwas breiter angelegt ist als die multimodale Therapie, die sich auf hyperkinetische Kinder beschränkt. Als primäre Bezugsgruppe dienen Kinder im Alter von 3 bis 12 Jahren. Das Programm setzt sich neben einem diagnostischen Teil „je nach Ansatzpunkt aus kindzentrierten, familienzentrierten und kindergarten- oder schulzentrierten Interventionen zusammen. [...] Das Eltern-Kind-Programm stellt den Schwerpunkt des gesamten Therapieprogramms dar“ (Döpfner, Schürmann & Frölich 2002, 58). Psychopharmaka können bei hyperkinetischen Störungen ergänzend vergeben werden. Wichtig ist dabei, dass dieses Therapieprogramm unmittelbar dort ansetzt, wo die Störungen auftreten, „[...] weil eine Generalisierung von Therapieeffekten von einem Lebensbereich auf den anderen und von einer Störungsform auf die andere bestenfalls unvollständig, meist gar nicht gelingt“ (Döpfner, Schürmann & Frölich 2002, 60). Einen Vorteil dieses Programms mag man darin sehen, dass unterschiedliche Elemente wie Spieltrainings, Eltern-Kind-Interventionen oder ergänzende Maßnahmen wie Instruktionstrainings bei älteren Kindern zur Verfügung stehen, die eine breite Palette von Handlungsoptionen eröffnen. Eine ausreichende Motivation der Eltern ist allerdings eine wichtige Voraussetzung wie auch ihre Bereitschaft, sich über einige Monate einer intensiven Behandlung zu unterziehen.

Von der Anlage her entsprechen die einzelnen Elemente einem klassischen verhaltenstherapeutischen Vorgehen, wobei die Autoren beklagen, dass eine schulische Umsetzung trotz einfacher Instruktionen viel zu selten erfolgt.

### 3 Defekt und Reparatur – einige kritische Überlegungen

Die multimodale Therapie – als das zentrale Behandlungskonzept für ADHS – beruft sich zu ihrer Legitimation in erster Linie auf naturwissenschaftliche Erkenntnisse, die den ihr zugrunde liegenden Störungsbegriff fundieren sollen. Die Wirksamkeitsuntersuchungen, auf die sich ihre Vertreter weiterhin beziehen, beruhen auf einem evidenzbasierten methodischen Zugang. Das damit etablierte System weist eine innere Stimmigkeit auf. Aufgrund einer primär genetisch verursachten Hirnstörung entsteht eine massive kindliche Verhaltensstörung, bei der die Lebensrealität und Lebensgeschichte des Kindes nur eine untergeordnete Rolle spielen. Die Korrektur der Symptomatik steht im Mittelpunkt des Interesses, sie wird zum vorrangigen Ziel. Der Kreis schließt sich, wenn sich eine Symptomkorrektur mit einer eigens auf sie abgestellten Methodik erfolgreich nachweisen lässt.

Doch der in sich geschlossene Zirkel zwischen Verursachungstheorie und multimodaler Therapie ist brüchiger, als er auf den ersten Blick erscheint. Bevor im nächsten Kapitel auf neuere Forschungsbefunde eingegangen wird, die das multimodale Modell in Frage stellen, erfolgt zunächst eine genauere Charakterisierung des ätiologischen Modells mit Hilfe einer Metaphernanalyse.

Auf diesem wissenschaftlich erst in jüngerer Zeit häufiger beschrittenem Weg ist Brandl (2007) der Frage nachgegangen, welche Bilder über Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen im öffentlichen und wissenschaftlichen Diskurs vorherrschen. Sie kommt zu dem Ergebnis, dass es insbesondere Begriffe aus der Maschinen- und Computerwelt sind, die zur Charakterisierung dieser Störung herangezogen werden. So ist von Schaltfehlern, Regelkreisstörungen und Hardwaredefekten die Rede, von unzureichend funktionierenden Suchmaschinen, die bestimmte Informationen nicht finden können, oder von Rennautos, die unter Ölverlust leiden und Probleme mit der Schaltung haben. Diese und ähnliche Metaphern haben auf breiter Ebene Eingang in medizinische und pädagogische Lehrbücher, Fachartikel, einschlägige diagnostische Systeme, Elternratgeber und Informationsbroschüren der pharmazeutischen Industrie gefunden. Inzwischen nehmen sie fast eine monopolartige Stellung ein. Sie breiten sich unhinterfragt und wie selbstverständlich aus, prägen das vorherrschende Bewusstsein nachhaltig und fixieren es auf ein nahezu monokausales Erklärungsmodell – unter Ausschluss anderer Möglichkeiten. Die Störung ist demzufolge fest im Kind verankert. Sie wird allenfalls ergänzend durch Umweltbedingungen modifiziert. Die Lebensgeschichte des Kindes und seine soziale Eingebundenheit spielen dabei keine wesentliche Rolle, innere Verstrickungen und familiäre Konflikte sind zu Größen geworden, die (scheinbar) ohne Schaden vernachlässigt werden können. Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen treten demzufolge im Alltagsleben wie im dominierenden wissenschaftlichen Selbstverständnis als eine Funktionsstörung auf, die den Gesetzmäßigkeiten der sächlichen viel stärker folgt als denen der personalen Welt.

Unübersehbar ist hier ein Reparaturgedanke, der auch im Zentrum der multimodalen Therapie steht. Ein vorhandener Funktionsschaden soll behoben werden und zwar so, dass die Person in ihrem Inneren möglichst unberührt bleibt. Dieses ausdrückliche Ziel wird damit begründet, dass innere Konflikte und intrapsychische Strukturen inadäquate Kategorien darstellen, die sowohl zur Ätiologie als auch zur Behandlung von Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen keinen aner kennenswerten Beitrag leisten. Sie gelten als irreführender Orte, die von den entscheidenden Fragen ablenken. „Für psychodynamische Interventionen [...] liegen keine Wirksamkeitsstudien vor, sie sind in der Behandlung der Primärsymptome nicht indiziert“, konstatiert der Vorstand der Bundesärztekammer (2006, 43).

Die Entschiedenheit, mit der allein die eigene Position anerkannt wird, kann jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass sich der Mainstream der ADHS-Forschung inzwischen auf recht dünnem Eis bewegt. Die konstituierenden Elemente, auf die er sich beruft, erweisen sich bei genauerer Betrachtung als wenig strapazierbar. Darüber gibt das nächste Kapitel Auskunft.

Aber auch die erbrachten Wirksamkeitsnachweise fallen nicht so überzeugend aus, wie gemeinhin behauptet wird. Die Durchsicht einschlägiger, an evidenzbasierten Kriterien orientierter Forschungsergebnisse zur multimodalen Therapie führt zu teilweise überraschenden Ergebnissen. So steht außer Frage, dass die vergebenen Medikamente symptomatisch wirksam sind, zwar nicht bei allen Kindern, aber doch bei ihrer Mehrzahl. Genannt werden etwa 70 %, die auf diese Weise erreicht werden können. Allerdings ist die Wirksamkeit auf die Zeit der Medikamentenvergabe beschränkt, eine heilende Wirkung geht von ihnen nicht aus. Interessant ist darüber hinaus, wie sich die Ertragslage für die multimodale Therapie insgesamt darstellt. Eine der wichtigsten Erkenntnisse besteht darin, dass sich die medikamentösen Effekte durch die weiteren Elemente der multimodalen Therapie nur begrenzt steigern lassen. Vor allem für verhaltenstherapeutische Interventionen können Optimierungen nicht durchgängig nachgewiesen werden, so dass der entscheidende Wirkmechanismus auf der medikamentösen Seite verbleibt. Eines spricht dafür, dass die Gesundheitsaufklärung, das beratende (ärztliche) Gespräch, vergleichsweise mehr bewirkt als Trainingsverfahren. Es könnte sein, dass in Beratungsgesprächen relevante Aspekte des elterlichen Erlebens aufgenommen und ihre affektive Situation erfasst und verstanden wird. Mit der Folge, dass so eine bessere innere Positionierung gegenüber dem Kind gelingt. Doch das muss an dieser Stelle eine Vermutung bleiben (Überblick in Ahrbeck 2008b).

### 4 Neue Erkenntnisse

Gewichtiger ist noch, dass die alten Gewissheiten aufgrund von Erkenntnissen aus unterschiedlichen Wissenschaften wie Hirnforschung, Kulturtheorie oder auch Psychoanalyse zunehmend ins Wanken geraten.

*Hirnforschung:* Die Hirnforschung ist in den letzten Jahren und Jahrzehnten zu erheblichem Ruhm gelangt – und das nicht zu Unrecht. Aufgrund neuer Beobach-

tungsmöglichkeiten, zum Beispiel durch bildgebende Verfahren, sind Einblicke in Hirnprozesse möglich und Einsichten errungen worden, die auch für benachbarte Wissenschaften von einigem Gewicht sind. Gestärkt und vertieft wurde das Wissen um die Bedeutung frühkindlicher Erfahrungen und dem damit verbundenen hohen Einfluss unbewusster Faktoren, der sich in unterschiedlichen Gedächtnissystemen niederschlägt, dem implizit-prozeduralen und dem explizit-deklarativen Gedächtnis.<sup>3</sup> Betont wurde auch, dass die kindliche Entwicklung durch intensive und überdauernde emotionale Erfahrungen und die damit verbundenen Affekte vorangetrieben wird. Psychische Veränderungen in einem späteren Lebensalter setzen gleichermaßen intensive Erlebnisse und dichte Beziehungserfahrungen voraus. Eine Person, die sich verändern möchte, muss emotional erreicht werden – und das nicht nur punktuell.

Am wichtigsten aber dürfte sein, dass von Anfang an ein interaktives Verhältnis zwischen Anlage und Umwelt existiert, so dass die bisherige strikte Trennung zwischen Natur und Kultur obsolet wird. Diese Erkenntnis gilt seit einiger Zeit als gesichert. Umso erstaunlicher ist es, dass sie in Teilbereichen der Medizin (zum Beispiel der biologischen Psychiatrie) und in medizinisch geprägten (sonder-)pädagogischen Konzepten (zum Beispiel bei ADHS) kaum, mitunter sogar überhaupt nicht zur Kenntnis genommen wird.

Hüther (2009, i. Dr.) fordert deshalb in Bezug auf Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen ein Umdenken: „Die primären Ursachen für die Herausbildung dieser auffälligen, von der Norm abweichenden Verhaltensweisen sind bei diesen Kindern jedoch nicht in deren Gehirn, sondern in den von der Norm abweichenden Entwicklungsbedingungen, in ihren spezifischen Erfahrungen und Verletzungen zu suchen, denen sie ausgesetzt waren und die zur Herausbildung, Bahnung und Stabilisierung der für die Bewältigung dieser Erlebnisse aktivierten verhaltenssteuernden Netzwerke geführt haben.“

Und weiterhin: „Aus neurobiologischer Sicht wäre daher für solche Kinder und Erwachsene eine völlig andere therapeutische Strategie zu verfolgen als bei jenen, deren Verhaltensauffälligkeiten als noch nicht vollständig gelungene Kompensationsleitung nach einem erlittenen neurologischen Insult zu verstehen sind. Letztere brauchen Stützung, brauchen Hilfe, um die durch den

Insult ausgelösten Defizite auf der Ebene der Verhaltenssteuerung noch besser überwinden, noch besser kompensieren zu können. Erstere brauchen Führung, müssen verloren gegangenes Vertrauen zurückgewinnen und fehlgeleitete Orientierungen korrigieren können, müssen also Gelegenheit geboten bekommen, neue, andere Erfahrungen zu machen, um ihre maladaptiven Verhaltensmuster verändern zu können. Noch einfacher: erstere müssen Gelegenheit bekommen, all das noch besser einzuüben, was sie aufgrund ihrer Hirnschädigung an Fähigkeiten verloren haben. Letztere müssen eingeladen, inspiriert und ermutigt werden, neue Erfahrungen zu machen, die zur Stabilisierung der dabei aktivierten neuronalen Netzwerke, das heißt auf der Verhaltensebene zu neuen Einstellungen und Haltungen führen“ (Hüther 2009; i. Dr.). Allein die Hirnfunktionen trainierende Verfahren sind also, daran lässt Hüther als Hirnforscher keinen Zweifel, für hyperaktive und aufmerksamkeitsgestörte Kinder nicht der richtige Weg.

*Kulturtheorie:* Für die Überlegungen Hühthers spricht unter anderem, dass sich der massive Anstieg von Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen ohne Veränderungen der äußeren Lebensrealität, genauer: ohne den kulturellen Wandel des letzten Vierteljahrhunderts nicht sinnvoll erklären lässt. Christoph Türcke (2002), der in Leipzig Philosophie lehrt, hat dazu eine bemerkenswerte Schrift vorgelegt. Sie trägt den Titel: „Die Erregte Gesellschaft“ und den Untertitel „Philosophie der Sensation.“ Für die entscheidende Größe, die das Alltagsleben nachdrücklich prägt, hält Türcke die rasante Beschleunigung der Lebensverhältnisse, der immens ausgeweitete Medienkonsum und die zunehmende Dominanz medialer Kommunikation. Sie führen, so seine These, zu radikal veränderten Maßstäben des Wahrnehmens und Handelns. Wahrnehmungsprozesse und das vorausgehende, begleitende oder sich anschließende Verhalten werden so ausgerichtet, dass eine möglichst hohe Sinnesreizung erzielt wird und ein permanentes Gefühl der Erregung entsteht. „Sensationen stehen im Begriff, zu Orientierungsmarken und Pulschlägen des gesamten sozialen Lebens zu werden“ (Türcke, 2002, 11). Sensationell ist das, was Aufsehen erregt.

Eine fast allgegenwärtige mediale Präsenz durchzieht – so Türcke – den öffentlichen wie den privaten Raum. Der Kommunikationsfluss hat sich extrem beschleunigt, mit einem erheblichen Einfluss auf den Inhalt und die Qualität der verbreiteten Informationen. Sie werden kürzer, bruchstückhafter und flüchtiger. Vor allem sind sie auf Kurzlebigkeit ausgelegt: Angesichts der Fülle der verbreiteten Informationen und ihrer Darreichungsform kann nicht davon ausgegangen werden, dass sie eine längerfristige Wirkung entfalten. In weiten Bereichen des Alltagslebens wird dies, aufgrund einer realistischen Einschätzung der Gegebenheiten, auch gar nicht mehr angestrebt. Denn es ist bekannt, dass die Speicherungs- und Erinnerungsfähigkeit des Einzelnen begrenzt ist. Die aufgenommenen Informationen fallen deshalb zu großen Teilen und innerhalb kurzer Zeit dem Vergessen anheim. Ihre Wirkung währt allenfalls so lange, bis andere, als ebenso wenig bedeutsam erlebte Eindrücke an ihre Stelle getreten sind. Umso ent-

<sup>3</sup>Beiden liegen „[...] zwei voneinander relativ unabhängige, neurologisch und psychologisch homogene Systeme zugrunde [...]“ (Fonagy, Gergely, Jurist & Target 2004, 49). Das implizit-prozedurale Gedächtnis stellt die frühere der beiden Gedächtnisformen dar. Es entsteht aufgrund perzeptiver Prozesse, im Wesentlichen als generalisierte Repräsentationen früher regulatorischer Mutter-Kind-Interaktionen, die der Regulation von Affekten und Spannungszuständen dienen (Beebe & Lachmann 2002; Stern 2003). In ihm finden sich die Lebensereignisse des Kindes wieder, die sich bis gegen Ende des dritten Lebensjahres ereignet haben (Roth 2004). Diese Gedächtnisinhalte sind im Gegensatz zum explizit-deklarativen Gedächtnis nicht symbolisierbar, deshalb lassen sie auch keine bewussten Erinnerungen zu. Folgenlos bleiben sie aber nicht: Sie führen zu einem „impliziten Beziehungswissen“ des Kindes, das sich auf der Handlungsebene niederschlägt.

scheidender ist es deshalb im Kampf um Werbeeats, Auflagen und Quoten geworden, dass zumindest ein Teilsieg in der Aufmerksamkeitsschlacht gelingt. Es soll hingesehen oder hingehört werden, das ist das oberste Ziel, und sei es auch nur für wenige Augenblicke. Dazu werden sensationelle Botschaften benötigt, die möglichst hohes Erregungsniveau erzeugen, so dass der Einzelne zumindest punktuell gefesselt wird und für eine kurze Zeit aufmerksam bleibt.

Auf der personalen Ebene steigt die Kontakthäufigkeit, bei schnellem Partnerwechsel und reduziertem Zeitaufwand, der dem (oft anonym bleibenden) Einzelnen eingeräumt wird. In Bewegung zu sein, erhält im beruflichen wie im privaten Leben oberste Priorität. Eine gehetzte Lebensform, Atem- und Rastlosigkeit mit einem allgemeinen, oft ungerichteten Beschäftigungszwang sind die Folge (Rosa 2005). Wichtige Segmente des Lebens, so Balzer (2001), muten inzwischen wie „Video-Clips“ an, deren Inhalte ebenso rasant wie unvorhersehbar wechseln. Es scheint, als werde nichts so sehr gefürchtet wie der Stillstand: „Überall ist Aufbruch und nirgends ein Bleiben“ (Bergmann & Hüther 2006, 43) – für viele Erwachsene und auch für manche Kinder.

Diese Entwicklung hat für die Wahrnehmungsorganisation und Reizverarbeitung zahlreiche Folgen. Die äußeren Reize entziehen sich in ihrer großen Mehrzahl einer mehr als nur auf die Unmittelbarkeit bezogenen Sinnkonstruktion. Mit innerer Bedeutung, die über den Augenblick hinaus wirkt, können sie kaum noch versehen werden. Es dominieren sensorische Erfahrungsoberflächen, die keine gehaltvollen inneren Spuren hinterlassen. Erinnerungen werden zu einer zu vernachlässigbaren Kategorie. Aufgrund geschwächter innerer Bezugspunkte gerät auch die innere Zeitdimension in Gefahr. Sie droht zu verschwimmen, so dass ein sicheres Gefühl für Vergangenes und Zukünftiges verloren geht. Gleiches gilt für eine stabile psychische Repräsentation des Raumes (Bergmann & Hüther 2006). Körperliche Erfahrungen, die für verlässliche Bezugspunkte sorgen können, sind hierbei weitestgehend ausgespart. Eindrucksvolle Belege dafür finden sich bei Ute Benz (2007).

Eine wirkliche Befriedigung, die momentan und längerfristig sättigt, bleibt unter diesen Bedingungen jedoch aus. Stattdessen entstehen Gefühle der inneren Leere und Sinnlosigkeit, Taubheit und Ermüdung. Sie führen, in kompensatorischer Absicht, zu einer intensivierten Reizsuche. In der Hoffnung, dass ein bedeutungsvolles Erleben doch noch möglich wird. Die nahe liegende und beobachtbare Konsequenz ist, dass sich „ein Kreislauf installiert, demzufolge gesteigertes Ablenkungsbedürfnis und zunehmender Sensibilitätsverlust sich wechselseitig verstärken. Der Bedarf an und nach Erregung wuchse“ (Däuker 2005, 35). Nur durch eine Dosissteigerung, aufgrund eines immer stärker gewürzten Erlebens, erscheint das ersehnte Ziel doch noch erreichbar – nämlich etwas wirklich Beeindruckendes, Bedeutendes und Nachhaltiges zu erfahren. Das zumindest ist die latente Hoffnung, der verborgene Sinn, der hinter einer aktiven, unruhigen und getriebenen Reizsuche steht. Erfüllen wird sie sich so jedoch nicht.

Interessanterweise sind diese kulturtheoretischen Überlegungen entstanden, ohne dass dabei ein Bezug zu Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen erwähnt und mitbedacht wird. Aus pädagogischer und psychologischer Perspektive drängen sich die Analogien jedoch auf: In der unruhigen Reizsuche, der (scheinbaren) Ziellosigkeit des Bemühens und den Schwierigkeiten an einem inneren (und äußeren) Ort zu bleiben, der mangelnden symbolischen Repräsentation des Erfahrenen und der damit verbundenen Sprachlosigkeit.

Während bei den heute Erwachsenen regressive Prozesse gefördert werden, gerät bei Kindern der Aufbau psychischer Strukturen in Gefahr, wenn sie bereits in einem sehr frühen Alter einer Reizüberflutung ausgesetzt sind und in einer Umwelt aufwachsen, die sie als überfordernd, wenig fassbar und verlässlich erleben. Die Untersuchungen Spitzers (2007) zum Fernsehkonsum belegen, dass solche Prozesse früher eintreten und nachhaltiger wirken als gemeinhin angenommen wird. Die Bindung an Medien ist zum Beispiel für viele amerikanische Kinder zu einem Teil des Lebens geworden, der über alle anderen Tätigkeiten dominiert. „American children spend more time watching television and videotapes and playing videogames than doing anything else except sleeping“ (Robinson 1999, zit. nach Spitzer 2007, 4). Diese Entwicklung beginnt lebensgeschichtlich bereits früh: „In den USA verbringen bereits die Zweijährigen täglich zwei Stunden vor einem Bildschirm [...], und auch hierzulande geht der Trend eindeutig in diese Richtung“ (Spitzer 2007, 2).

**Psychoanalyse:** Psychoanalytische Arbeiten<sup>4</sup>, vor allem aus dem letzten Jahrzehnt, stellen ein wichtiges Bindeglied dar, das den kulturellen Rahmen mit der inneren und äußeren Lebensrealität hyperaktiver- und aufmerksamkeitsgestörter Kinder verknüpft.

Im Mittelpunkt ihres forschenden Interesses stehen schwere Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen, die lebensgeschichtlich mit erheblichen Belastungen verbunden sind und auf einen grundlegenden strukturellen Mangel in der Persönlichkeitsentwicklung verweisen. Mit den Kategorien der klassischen Neurosenlehre lassen sie sich in der Regel nicht mehr adäquat beschreiben. Dazu fehlt es an einem eng umschriebenen inneren Konflikt, der auf einer entfalteten psychischen Struktur beruht und mit der Abwehr prinzipiell symbolisierbarer Inhalte einhergeht.

Im Verhalten hyperaktiver und aufmerksamkeitsgestörter Kinder wird vor allem eine Flucht in die Aktion gesehen, die auf einer kaum erträglichen, anders nicht zu bindenden inneren Spannung beruht. Diese Spannung ist so gravierend, dass sie die Aufmerksamkeit des Gegenübers fast vollständig erzwingt und analytischen Raum beherrscht – ohne dass sie zu einem benennbaren, als sinnhaft erlebten Ergebnis führt.

Die überschießende Motorik und ständig wechselnde Aufmerksamkeit sind demzufolge eine besondere Weise des enactments, eine bild- und körpersprachliche

<sup>4</sup>Zum Beispiel: Passolt 2001; Amft, Gerspach & Mattner 2002; Bovensiepen, Hopf & Molitor 2004, Leuzinger-Bohleber, Brandl & Hüther 2006; Heinemann & Hopf 2006, Ahrbeck 2007; Warrlich & Reinke 2007.

Ausdrucksform, in der etwas mitgeteilt wird, das in symbolischer Form nicht vermittelt werden kann. Körperliche Sensationen bilden bei schwer hyperaktiven und aufmerksamkeitsgestörten Kindern den primären Ort ihres Erlebens (Jany 2002). „Emotionen aller Art [scheinen] direkt – als gebe es einen Kurzschluss zwischen beiden Systemen – in das motorische System“ überzugehen (Schaff 2001, 546). Zu ihrem Innenleben haben diese Kinder deshalb keinen Zugang. Was sich in ihnen bewegt, bleibt stumm. Es kann motorisch nach außen getragen, nicht aber in Sprache übersetzt werden. Ein haltender Apparat, der Gefühlen und Gedanken eine Struktur gibt, fehlt weitgehend. Und damit auch eine innere Reizschranke, die vor andrängenden inneren und äußeren Anforderungen schützt. Ein hervorstechendes Merkmal von Kindern mit ADHS ist, dass sie unter basalen Ängsten und einem Gefühl der elementaren Bedrohtheit leiden. Israel (2003) betont die Bedeutung früher Ängste, die mit Hilfe der primären Objektbeziehungen nicht ausreichend gebunden werden konnten. Sie erweisen sich als so bedrohlich, dass sie dem Bewusstsein entzogen werden und fortan ein unintegriertes Eigenleben führen. Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen wirken insofern entlastend, als sie dem Kind eine unmittelbar eindrückliche und betäubende Präsenz ermöglichen. Wie eine Plombe, die einen Schaden notdürftig überdeckt, aber zugleich ein Fremdkörper bleibt, der den Zugang zur eigenen Person und ihren Affekten versperrt.

Vieles spricht dafür, dass erregende Beziehungserfahrungen bereits in den frühen Begegnungen mit den wichtigsten Bezugspersonen einen überdimensionierten Raum einnehmen. Basquin (2002) betont, dass diese Kinder intensiven äußeren Anregungen ausgesetzt sind. Sie werden stark stimuliert und zu vielfältigen motorischen Aktivitäten angeregt, nicht selten mit Reizen überschüttet. Ein intensiver emotionaler Austausch tritt demgegenüber zurück; deshalb unterbleibt auch eine adäquate Besetzung und Spiegelung des Kindes. Es gerät so in einen ungesicherten inneren Zustand, ein psychisches Niemandsland, das fast nur Erregung kennt und nicht mit Bedeutung versehen werden kann. Basquin (2002) geht davon aus, dass dem Kind die Aufgabe zufällt, die primären Bezugspersonen psychisch zu beleben. Sie sollen sie emotional anreichern, damit sie der eigenen inneren Leere entgehen können. Damit ist angedeutet, wenn auch nicht umfassend ausgeführt, dass spezifische, lebensgeschichtlich bedingte Fakten wesentlich zur Genese von schweren Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen beitragen können. Die eingangs geschilderte Beziehungsdynamik entsteht also nicht zufälligerweise. Sie ist Ausdruck der inneren Notwendigkeiten des Kindes, aber auch ein Indikator für einen kulturellen Raum, der derartige Vorgänge verstärkt und auch mit hervorruft. Auch wenn das Ansteigen von Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsphänomenen ohne Anerkennung des rezenten kulturellen Wandels nicht verstehen lässt, ist bei der Betrachtung des Einzelfalles Vorsicht geboten. Jede gradlinige Ableitung zwischen kulturellen Rahmenbedingungen und psychischer Verfasstheit verbietet sich, in beide Richtungen. Weder schlägt sich die Kultur unvermittelt in der Person nieder noch lassen

sich kulturelle Entwicklungen aus aufgetürmten individuellen Psychologien herleiten. Annahmen dieser Art führen zu einem voreiligen Determinismus (und einer Rezeptologie auf der Handlungsebene), die bei der multimodalen Therapie im Hinblick auf die biologische Dimension zu Recht kritisiert worden sind.

Gleichwohl bedarf das Verhältnis von kulturellen Einflüssen und individueller Lebenserschwerung, das in diesem Beitrag nur grob umrissen werden konnte, einer weitergehenden Klärung. Hierzu besteht ein weiterer, nicht unerheblicher Forschungsbedarf.

*Empirische Untersuchungen:* Die vorgebrachten Überlegungen stellen, das sei hier ausdrücklich betont, keine praxisfernen theoretischen Erörterungen dar. Die groß angelegte „Frankfurter Präventionsstudie“, die den vorstehenden Überlegungen Rechnung trägt, belegt dies eindrucksvoll. Auf sie wird abschließend kurz Bezug genommen. Ihre zentrale Fragestellung, Inhalte, Methoden und Ergebnisse lassen sich wie folgt umreißen (vgl. Leuzinger-Bohleber, Brandl & Hüther 2006, Leuzinger-Bohleber et al. 2008).

Die Untersuchung beruht auf einer Grundgesamtheit von 4.500 drei- bis vierjährigen Kindern, die 2003 neu in Frankfurter Kindertagesstätten aufgenommen wurden. Die daraus entnommene Stichprobe ist ungewöhnlich groß: Sie umfasst insgesamt 1.000 Kinder, von denen jeweils 500 der Interventions- bzw. der Kontrollgruppe zugeordnet wurden. Die für Frankfurter Kindertagesstätten repräsentative Studie ist so angelegt, dass sie sowohl Gruppenvergleiche als auch den Vergleich individueller Entwicklungsverläufe zulässt.<sup>5</sup>

Die meisten der problembehafteten Kinder, die in die Untersuchung eingingen, zeigten hyperaktive Störungen im Sinne der ICD-10. Die Diagnose erfolgte anhand diverser Fragebögen sowie auf Grund der Einschätzung unabhängiger Beobachter.

Die eingesetzten Messinstrumente<sup>6</sup> wurden zu einem wesentlichen Teil so ausgewählt, dass sie mit theoretisch anders gelagerten Untersuchungen übereinstimmen. Damit soll der (potentiellen) Kritik begegnet werden, die Ergebnisse seien aus methodischen Gründen auf ein spezielles, vor allem psychoanalytisches Verursachungs- und Veränderungsverständnis beschränkt.

Das Interventions- und Präventionsprogramm erfolgte über einen Zeitraum von zwei Jahren. Es enthielt folgende Bausteine: Eine vierzehntägige Supervision der Einrichtungsmitarbeiter, wöchentliche psychoanalytisch-pädagogische Angebote durch Mitarbeiter der Studie, eine intensive Elternarbeit sowie psychoanalytische Einzeltherapien (auch bei Kindern, die bildungsfernen Schichten entstammen und ansonsten wohl kaum psychotherapeutisch versorgt worden wären). In Einzelfällen fand eine Kooperation mit dem Jugend- und Sozialamt und der Waisenhausstiftung statt.

Die zentrale Hypothese lautete: Ein zweijähriges psychoanalytisch fundiertes Interventions- und Präventionsprogramm ohne medikamentöse Behandlung führt

<sup>5</sup> Zwei beispielhafte Fallstudien finden sich in Leuzinger-Bohleber et al. 2008, 634-648.

<sup>6</sup> Zum Beispiel: Döpfner-Fragebogen für Erzieher und Eltern, Conners-Wells-Fragebogen für Eltern und Lehrer, Child Behavior Checklists (CBCL)

dazu, dass sich psychosoziale Integrationsstörungen (insbesondere mit ADHS) signifikant reduzieren.

Bisher liegen folgende Ergebnisse vor: Es kommt zu einer signifikanten Abnahme der Aggressivität als zentrale Variable sozialer Anpassung; zu einer signifikanten Abnahme der Ängstlichkeit, die insbesondere bei Jungen oft hoch mit Aggressivität korreliert; zu einer signifikanten Abnahme der Hyperaktivität in beiden Gruppen, wobei sich kein statistisch bedeutsamer Unterschied zwischen den Gruppen einstellt; dieser zeigt sich zugunsten der Interventionsgruppe nur bei Mädchen. Ergebnisse zu Effekten in der Konzentrationsfähigkeit liegen noch nicht vor, da sie erst im ersten Schuljahr erhoben wurden und noch einer Auswertung bedürfen (vgl. Leuzinger-Bohleber et al. 2008, 631ff).

Diese Ergebnisse können hier nicht im Einzelnen diskutiert werden. Sie zeigen, dass weitreichende Veränderungen auch ohne medikamentöse Behandlung möglich sind. Der Ausgangspunkt der Interventionen ist ein Entwicklungs- und Störungsverständnis, das eine organische Mitbedingtheit für möglich hält, in seinem Kern aber von unzureichenden psychischen Regulierungsmöglichkeiten und Differenzierungsfähigkeiten der Kinder ausgeht. Mangelnde Bindungserfahrungen und zu wenig innerer Halt in der frühen Entwicklung haben einen entscheidenden Anteil daran. Die pädagogischen und therapeutischen Interventionen richten sich danach aus: Sie sorgen für Erfahrungsräume, die auf verlässlichen und längerfristigen Beziehungen beruhen und dafür Sorge tragen, dass bisherige Lebenserfahrungen korrigiert werden können.

## Literatur

- Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V. (2007): Leitlinie: ADHS bei Kindern und Jugendlichen (Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung). [http://adhs.1agency.de/ing/file/CAT\\_241/Leitlinie.pdf](http://adhs.1agency.de/ing/file/CAT_241/Leitlinie.pdf)
- Ahrbeck, B. (2007): Hyperaktivität. Kulturtheorie, Pädagogik, Therapie. Stuttgart: Kohlhammer
- Ahrbeck, B. (2008a): Erregte Zeiten, unaufmerksame und hyperaktive Kinder. In: Psyche – Z Psychoanal, H. 7, 693-713
- Ahrbeck, B. (2008b): Das Ende der Gewissheit. Das hyperaktive Kind und die evidenzbasierte Forschung. In: Sonderpädagogische Förderung heute, H.1, 53-70
- Ahrbeck, B. & Winkler, D. (2009): Die konfrontative Pädagogik und das väterliche Prinzip. In: Herz, B. & Dörr, M. (Hrsg.): Unkulturen in Bildung und Erziehung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften (im Druck)
- Amft, H. (2004): Die ADS-Problematik aus der Perspektive der kritischen Medizin. In: Amft, H., Gerspach, M. & Mattner, D. (Hrsg.): Kinder mit gestörter Aufmerksamkeit. ADS als Herausforderung für Pädagogik und Therapie. Stuttgart: Kohlhammer, 47-149
- Ampft, H. (2006): ADHS: Hirnstoffwechselstörung und/oder Symptom einer kranken Gesellschaft? Psychopharmaka als Mittel einer gelingenden Naturbeherrschung am Menschen. In: Leuzinger-Bohleber, M., Brandl, Y. & Hüther, G. (Hrsg.): ADHS – Frühprävention oder Medikalisierung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Amft, H., Gerspach, M. & Mattner, D. (Hrsg.) (2004): Kinder mit gestörter Aufmerksamkeit. ADS als Herausforderung für Pädagogik und Therapie. Stuttgart Kohlhammer
- Balzer, W. (2001): Das Sensorische und die Gewalt. Mutmaßungen über ein Diesseits von Gut und Böse. Zs. psa. Theorie u. Praxis, H. 3, 365-381
- Barbarese, W. J. et al. (2002): How common is attention-deficit /hyperactivity disorder? In: Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine. Vol. 156, 217-224
- Basquin, M. (2002): Überlegungen zur Hyperaktivität des Kindes. In: Arbeitshefte Kinderpsychoanalyse, H. 31, 65-82
- Baumgaertel, A., Wolraich, M. L. & Dietrich, M. (1995): Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorders in a German elementary school sample. J. of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 34, 629-638
- Bebee, B. & Lachmann, F. M. (2002): Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener. Wie interaktive Prozesse entstehen und zu Veränderungen führen. Stuttgart: Klett-Cotta
- Benecke, C., Juen, F., Unterhofer, K., Bock, A., Wyl, A. von, Schick, A. & Cierpka, M. (2007): Affekt, Repräsentanz und Reflexives Verständnis bei Hyperaktivität im Kindergarten. In: Warrlich, Ch. & Reinke, E. (Hrsg.): Auf der Suche. Psychoanalytische Betrachtungen zum AD(H)S. Gießen: Psychosozial-Verlag, 223-253
- Benz, U. (2007): Zum Erregtsein verführt, zum Stillhalten gezwungen. Die Instrumentalisierung der kindlichen Unruhe. In: Ahrbeck, B. (Hrsg.): Hyperaktivität. Stuttgart: Kohlhammer, 95-106
- Bergmann, W. & Hüther, G. (2006): Computersüchtig. Kinder im Sog der modernen Medien. Düsseldorf: Walter
- Bovensiepen, G., Hopf, H. & Molitor, G. (Hrsg.) (2004): Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel
- Brandl, Y. (2007): Einmal bitte Öl wechseln und die Schaltung reparieren. Sprache und metaphorische Wahrnehmungen zur kindlichen Verhaltensbeobachtung. In: Ahrbeck, B. (Hrsg.): Hyperaktivität. Kulturtheorie, Pädagogik, Therapie. Stuttgart: Kohlhammer, 107-122
- Däuker, H. (2005): Fortschritt und Phantomschmerz – Zum Zeiterleben in der (Post-)Moderne. Psychoanalyse im Widerspruch, H. 33, 23-38
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (Hrsg.) (2003): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings- und Jugendalter. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag



- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (1998): Die multimodale Therapie von Kindern mit hyperkinetischen Störungen. In: Der Kinderarzt, H. 2, 171-334 sowie H. 3, 331-335
- Döpfner, M.; Frölich, J. & Lehmkuhl, G. (2000): Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Bd. 1, Hyperkinetische Störungen. Göttingen: Hogrefe
- Döpfner, M., Schürmann, S. & Frölich, J. (2002): Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP). Weinheim: Beltz
- Eichenberg, C. & Portz, K. (2007). Internetrecherche: Hyperkinetische Störungen. Deutsches Ärzteblatt für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, H. 4, 173-175
- Finzen, A. (2003): Einführung. In: Leschinsky, A. (Hrsg.): Ursula Plog. Von einer, die auszog, die Psychiatrie des Zuhörens zu lehren. Vorträge und Essays. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 10-14
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2004): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta
- Gemeinsame Erklärung internationaler Wissenschaftler (2005): Zur Medienberichterstattung über ADHS (28. 10. 2005). AdS e. V. Elterninitiative zur Förderung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom mit/ohne Hyperaktivität. Ebersbach, <http://www.adhs.ch/download/Consensus Statement - ed. - mit dt. unterzeichnen.doc>
- Haubl, R. & Liebsch, K. (2008): Mit Ritalin leben. Zur Bedeutung der AD(H)S-Medikation für die betroffenen Kinder. In: Psyche – Z. Psychoanal, H. 8, 673-692
- Heinemann, E. & Hopf, H.: (2006): AD(H)S. Stuttgart: Kohlhammer
- Hüther, G. (2009): Entwicklungsbiologische Ansätze und Perspektiven. In: Ahrbeck, B. & Willmann, M. (Hrsg.): Handbuch bei Verhaltensstörungen. Kohlhammer: Stuttgart (im Druck)
- Israel, A. (2003): Suchet, so werdet ihr finden – unsere unruhigen Kinder. Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, H. 1., 43-59
- Jacobs, C., Heubrock, D., Muth, D. & Petermann, F. (2005): Training für Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen. Neuropsychologisches Gruppenprogramm ATTENTIONER. Göttingen: Hogrefe
- Jany, K. C. (2002): „Der Automatiker“ In: Bovensiepen, G.; Hopf, H. & Molitor, G. (Hrsg.): Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel, 209-236
- Krause, J. & Krause, K. H. (Hrsg) (2003): ADHS im Erwachsenenalter. Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Erwachsenen. Stuttgart: Schattauer
- Krowatschek, D. & Albrecht, S. (2007): Marburger Konzentrationstraining (MKT) für Schulkinder. Dortmund: Verlag Modernes Lernen
- Lauth, G. & Schlottke, P. (2002): Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern. Weinheim: Beltz
- Lehmkuhl, G. & Döpfner, M. (2006): Die Bedeutung multimodaler Therapieansätze bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen. In: Leuzinger-Bohleber, M., Brandl, Y. & Hüther, G. (Hrsg.): ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 118-133
- Leuzinger-Bohleber, M. (2006): Einführung. In: Leuzinger-Bohleber, M., Brandl, Y. & Hüther, G. (Hrsg.): ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 9-49
- Leuzinger-Bohleber, M., Brandl, Y. & Hüther, G. (2006): ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Leuzinger-Bohleber, M., Fischmann, T., Göppel, G., Läzer, K. & Waldung, Ch. (2008): Störungen der frühen Affektregulation: Klinische und extraklinische Annäherungen an ADHS. In: Psyche – Z Psychoanal, H. 7, 621-653
- Markie-Dadds, C., Sanders, M. & Turner, K. (2004): Das Triple P-Elternarbeitsbuch: Der Ratgeber zur positiven Erziehung mit praktischen Übungen. Münster: pag Institut für Psychologie
- Oelkers, J. (2003): Kindererziehung im Konsumzeitalter. [http://www.paed.unizh.ch/ap/downloads/oelkers/Vortraege/089\\_Kindererziehung.pdf](http://www.paed.unizh.ch/ap/downloads/oelkers/Vortraege/089_Kindererziehung.pdf)
- Passolt, M. (Hrsg.) (2001): Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie. München: Reinhardt
- Remschmidt, H. & Heiser, P.(2004): Differenzierte Diagnostik und multimodale Therapie hyperkinetischer Störungen. In: Deutsches Ärzteblatt, H. 37, A2457-A2466
- Riedesser, P. (2006): Einige Argumente zur ADHS-Kontroverse in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Leuzinger-Bohleber, M., Brandl, Y. & Hüther, G. (Hrsg.): ADHS – Frühprävention oder Medikalisierung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 111-117.
- Rosa, H. (2005): Beschleunigung. Die Veränderung der Zeitstrukturen in der Moderne. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Roth, G. (2004): Wie das Gehirn die Seele macht. In: Giampieri-Deutsch, P. (Hrsg.): Psychoanalyse im Dialog der Wissenschaften. Bd. 2: Anglo-amerikanische Perspektiven. Kohlhammer: Stuttgart, 171-191
- Schäfer, U. & Rütger, E. (2005): ADHS im Erwachsenenalter. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige. Göttingen: Hogrefe
- Schaff, Ch.: (2001): Das hyperkinetische Kind im Spannungsfeld des Geist-Körper-Dialogs. Oder: Jakob, wo bist du? In: Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, H. 4, 543-560
- Schultz-Venrath, U. (2007): AD(H)S des Erwachsenen und Borderline-Persönlichkeitsstörung – Ein Syndrom oder verschiedene Krankheitsbilder? In: Warrlich, C. & Reinke, E. (Hrsg): Auf Der Suche. Psychoanalytische Betrachtungen zum AD(H)S. Gießen: Psychosozial-Verlag.

- Spitzer, M. (2007): Vorsicht Bildschirm! Elektronische Medien, Gehirnentwicklung, Gesundheit und Gesellschaft. München: dtv
- Stern, D. N. (2003): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Klett-Cotta: Stuttgart
- Türcke, Ch. (2002): Erregte Gesellschaft. Philosophie der Sensation. München: Beck
- Vorstand der Bundesärztekammer (2006): Stellungnahme zur „Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)“. In: Deutsches Ärzteblatt, H. 1., 39-45
- Walther, P. & Ellinger, S. (2008): Effektivität von Förderprogrammen bei Aufmerksamkeitsstörungen und Hyperaktivität (ADS/ADHS). In: Fin-

gerle, M. & Ellinger, S. (Hrsg.): Sonderpädagogische Förderprogramme im Vergleich. Orientierungshilfen für die Praxis. 157-195

Warrlich, Ch. & Reinke, E. (Hrsg) (2007): Auf der Suche. Psychoanalytische Betrachtungen zum AD(H)S. Psychosozial: Göttingen

### Autor:

Prof. Dr. Bernd Ahrbeck  
Humboldt-Universität zu Berlin  
Philosophische Fakultät IV  
Institut für Rehabilitationswissenschaften  
Georgenstr. 36  
10117 Berlin

  
Verband  
Sonderpädagogik e.V.

## Weimar

22. bis 24. April 2010



Sonderpädagogischer Kongress 2010

**„Inklusion braucht Professionalität“**

Schirmherrschaft

Ministerpräsidentin des Freistaates Thüringen

Christine Lieberknecht

