

**Institut für kognitive
Verhaltenstherapie (IKVT)**
www.ikvt.de
Dipl.-Psych. Götz Müller

Hochbegabung und ADS/ADHS

1. Aufmerksamkeit und Konzentration

Häufig kommt es in der Praxis zur Vermengung der Begriffe Aufmerksamkeit und Konzentration. Grundlegend ist hier der Unterschied zwischen gezeigtem Verhalten und der kognitiven Leistung. Aufmerken im ursprünglichen Sinne macht deutlich, dass Aufmerksamkeit nicht mit aufmerksamem Verhalten zu verwechseln ist. Ersteres bedeutet somit, dass ein Kind in der Lage ist, einem Reiz seine Zuwendung zu schenken. Letzteres bedeutet, dass ein Kind ein erwünschtes Verhalten zeigt, von welchem auf die eigentliche Aufmerksamkeit geschlossen wird. Aufmerksamkeit ist eine Fähigkeit, die an interne Steuerungsprozesse gekoppelt ist. Kinder lenken ihre Aufmerksamkeit nach subjektiven Maßstäben – und dies stärker als ältere Kinder oder Jugendliche, deren Lernerfahrungen eine schematisierte Aufmerksamkeitslenkung bedingen. Einem Reiz entsprechend Aufmerksamkeit zu geben, hängt von somit von dessen (subjektiver) Bedeutung ab. Aufmerksamkeit an sich ist reizoffen, d.h. sie ist frei und nicht von vorne herein an einen Reiz gebunden, selbst wenn dies durch die Situation, in der sich ein Kind befindet, definiert sein sollte. Die Wachheit des Organismus (auch Arousal genannt) wird bei Aufnahme von Informationen gesteigert, um mögliche Handlungen vorzubereiten. Wenn ein Reiz die Aufmerksamkeit des Kindes einfordert – ergo seiner Bedeutung nach als wichtig empfunden wird – lenkt das Kind seine Aufmerksamkeit darauf. Erst dann wendet es sich zu und bleibt dabei. Es wird deutlich, dass somit nicht nur die eigentliche Fähigkeit des Aufmerkens, sondern auch die innere Steuerung darüber, was wichtig bzw. erwünscht ist, grundlegend vorhanden sein müssen, damit Kinder auch aufmerksames Verhalten zeigen können. Gleichzeitig ist jedoch denkbar, dass trotz unaufmerksamen Verhaltens durchaus die Fähigkeit zur Aufmerksamkeit gegeben sein kann. (Vgl. Grzesik, 2009).

An einer Sache bleiben - Daueraufmerksamkeit

Daueraufmerksamkeit ist die Fähigkeit, einer Sache über einen längeren Zeitraum aufzumerken. Sie kann als grundlegende Fähigkeit für längere Aufmerksamkeitsprozesse verstanden werden, während Aufmerksamkeit als solche zunächst nur den Initiativprozess des Aufmerkens umschreibt. Daueraufmerksamkeit wird entwickelt, sie wird über fokussierte Prozesse der Aufmerksamkeit entfaltet und braucht somit entsprechende Reize und Anreize der Umgebung, die das Interesse des Kindes fesseln. Zudem ist sie an biologische Entwicklungen des Kindes gebunden, die die Grundlage für die gezeigten Aufmerksamkeitsleistungen bilden. Lernprozesse führen in der Entwicklung dazu, dass Konzentrationsfähigkeit gebildet und ausgebaut wird. Auch hier greifen verschiedene Prozesse ineinander: Offensichtlich tragen einfache Lernprozesse der

Gewöhnung und Schematisierung dazu bei, dass sich das Kind kognitive Muster aneignet, welche über die Wertigkeit von Reizen entscheiden. Demzufolge können vermeintliche Störreize in Daueraufmerksamkeitsphasen leichter erkannt und somit geblockt werden. Die mit hohem Interesse verbundenen Tätigkeiten verlangen dem Kind eine längere Aufmerksamkeitsspanne ab, die die generelle Entwicklung der Daueraufmerksamkeit begünstigt. Auch ist denkbar, dass in Abhängigkeit der Fokussierung durch Superreize das Kind auch lernt, andere Reize aus seiner Aufmerksamkeitsspanne herauszuhalten.

Störungen der Aufmerksamkeit und Konzentration

Der komplizierte Prozess, der Aufmerken, Daueraufmerksamkeit und Konzentration sowie das dauerhafte Blocken anderer Reize umfasst, kann von einzelnen Störungen betroffen sein. Betrachtet man Aufmerksamkeit und Konzentration allgemein und versteht sie als übergeordnete Prozesse des Wahrnehmens und Denkens, so bestehen Fehler in Prozessen der Bewertung von wahrgenommenen Reizen, der Daueraufmerksamkeit im Sinne von Entwicklungsverzögerungen und vor Allem der Aufmerksamkeitslenkung. Das beobachtbare Verhalten kann sich sehr ähneln und führt daher häufig zur Einschätzung, das Kind sei konzentrationsgestört. Dies liegt – im ursprünglichen Sinne – nur selten vor.

Störung der Daueraufmerksamkeit und Konzentration

Merken wir einem Reiz in besonderem Maße auf, so wird unsere Daueraufmerksamkeit bzw. Konzentration gefordert. Störungen der Daueraufmerksamkeit und Konzentration liegen in der Regel auf der beobachtbaren Ebene (im Verhalten) vor, nicht aber im ursprünglichen Moment der kognitiven Fähigkeit. Wir fokussieren in diesem Falle auf eine Tätigkeit, vertiefen uns in diese und bleiben ihr über einen längeren Zeitraum zugewandt. Um dies verrichten zu können, muss unser Gehirn über die grundsätzliche Fähigkeit – was neurobiologische Aspekte einschließt – verfügen. Apathische Zustände, epileptische Anfälle oder auch Rauschzustände machen Konzentration unmöglich. An diesen Beispielen wird deutlich, dass hier das Gehirn einfach nicht in der Lage ist, über einen längeren Zeitraum aufzumerken. In seltenen Fällen treten Konzentrationsstörungen im engeren Sinne aufgrund der neurobiologischen Beschränkungen auf.

Störung der Aufmerksamkeitslenkung

Störungen der Aufmerksamkeitslenkung unterliegen dem einfachen Mechanismus der Ablenkung durch vermeintlich unwichtige Reize. Hierbei lenkt der Betroffene den Fokus seiner Aufmerksamkeit auf Reize, die nicht dem durch den Kontext vorgegebenen Schema entsprechen: Er lässt sich somit ablenken. Diese Ablenkung kann durch interne und externe Reizkonstellationen zustande kommen, d.h. dass innere Gedanken sowie äußere Reize können den vorausgehenden Aufmerksamkeitsprozess stören.

Bereits aufgegriffene Daueraufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen erweisen sich bei genauerem Blick als eigentliche Störungen der Aufmerksamkeitslenkung, da somit die gewünschte Dauer der Aufmerksamkeit auf das, was vom Umfeld erwartet wird, nicht gehalten wird bzw. werden kann. (Vgl. Barkley, 2005).

2. Impulsivität und Impulskontrolle

Vom Impuls zur Kontrolle

Jedem Gedanken und jeder Handlung geht ein Impuls voraus, der den Anstoß zur Planung und Ausführung gibt. Kinder sind im Vergleich zu Erwachsenen „impulsiver“: Sie folgen ihren Anstößen leichter, greifen kaum oder nur eingeschränkt auf Mechanismen der Impulskontrolle zurück und sind somit ungehemmter. Und dies ist neutral zu betrachten, denn in dieser kindlichen Ungehemmtheit liegen auch Spontaneität, Kreativität und Fantasie verborgen. Die Schematisierung, die das Kind lernt, führt in der Entwicklung auch dazu, dass die Impulskontrolle ausgebildet wird.

Das Konstrukt „Verhaltenshemmung“

Im Kern besteht ein Großteil der Erziehung im Einfordern und Einüben von Verhaltenshemmung. Symbolisch steht hier das „Nein“, welches das Unterlassen einer durch einen Impuls ausgelösten Handlung vom Kind fordert. Dabei soll das Kind lernen, seinen Handlungsimpuls zu hemmen, den Plan, den es sich gerade gemacht hat, zu verwerfen und dem Gebot oder Verbot des Erziehenden oder der erziehenden Umwelt zu folgen. Selbstverständlich lässt auch Lernen aus Erfahrung den Zugang zur Kontrolle von Impulsen zu, indem das Kind hieraus höhere Erkenntnisse zieht, die im Wiederholungsfall helfen, den Impuls zu kontrollieren. Negative Lernerfahrungen führen zu höheren kognitiven Prozessen, die helfen, Impulse zu kontrollieren; positive Lernerfahrungen begünstigen höhere Prozesse, die einfache Schematisierung bis hin zu Metakognitionen entstehen lassen. Dieses grundlegende Prinzip führt zu dem Konstrukt der Verhaltenshemmung, die – bedenkt man Regeln und Gesetze – mitunter noch im Erwachsenenalter notwendig scheint.

Blitzgedanken - gedankliche Impulse

Gedankliche Impulse treten in unserem Kopf permanent auf. Unser Gehirn agiert und reagiert auf unsere Umgebung und liefert uns damit potenziell nutzbringende Informationen. Es will uns helfen, im nächsten Moment richtig denken und handeln zu können. Führen sich gedankliche Impulse fort und überschreiten die Handlungsplanung, so kommt es zur Tat: Man handelt. Für Kinder, deren gedankliche Muster frei(er) sind, ist denkbar, dass somit auch ihre auftretenden gedanklichen Impulse kreativer sind. Im Kontext mit Aufmerksamkeit, genauer der Aufmerksamkeitslenkung, wird deutlich, dass ein gedanklicher Impuls zu innerem Abdriften führen kann. Dieses Abdriften ist zu verstehen als „innere Handlung“. (Vgl. Barkley, 2005).

Impulse der Handlung

Handlungsimpulse sind durchaus einsichtig. Jemand, der schnell aufbraust und wütend ist, wird als impulsiv bezeichnet. Somit wird die Impulsivität meist in den emotionalen Bereich gerückt, da hier eine Gefühlshandlung stattfindet. Dies berücksichtigt jedoch nicht den eigentlichen Ablauf von Impuls bis Handlung. Jeder Handlung geht ein Gedanke voraus, der erst im zweiten Schritt das Gefühl und dann die entsprechende Handlung bedingt. Werden Impulse gehemmt und kontrolliert, bildet dies im Kleinen das Fundament für eine Schematisierung höherer gedanklicher Muster, an die sich wiederum auch Handlungsmuster binden. Das Selbst kann so leichter eine konsistente innere Struktur erarbeiten. Das Arbeiten mit den eigenen Impulsen, das Einbetten

der Handlungskonsequenzen und das Erfahren eigener Stärken und Schwächen vereint sich als höheres und komplexes Muster. Die Selbstkontrolle umfasst somit mehr als nur Verhaltenshemmung, da sie neben der Kontrolle der Inhibitionsprozesse auch vorbereitende Prozesse, Handlungsplanung und stetes Erneuern kognitiver Schemata beinhaltet.

3. ADS/ADHS und Hyperkinetische Störung

Im Kinder- und Jugendbereich scheint kaum ein Thema so ambivalent wie die ADS/ADHS. Seit 1983 als feststehende Diagnose im Gesundheitsbereich etabliert, so ist sie im Laufe der Jahre insbesondere durch einen Teil ihrer Behandlung, der Medikation, berühmt und berüchtigt geworden. Das eigentliche Bild der ADS/ADHS bzw. Hyperkinetischen Störung besteht in Auffälligkeiten im Verhalten von Kindern. Es handelt sich um eine Störung des Verhaltens. Der Begriff der ADS/ADHS, der das Wort Aufmerksamkeitsdefizit beinhaltet, suggeriert jedoch das Vorliegen einer Störung im kognitiven Bereich: Die Aufmerksamkeit ist defizitär. Ein grundlegendes Problem der Diagnose offenbart sich an dieser Stelle und unterstreicht die Unterscheidung zwischen Aufmerksamkeit und Konzentration auf der einen Seite sowie Aufmerksamkeits- und Konzentrationsverhalten auf der anderen. Ergänzend sei darauf hingewiesen, dass sich hinter ADS/ADHS und der Hyperkinetischen Störung bzw. Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung nahezu gleiche Symptom- und Störungsbilder verbergen.

Symptome und Erscheinungsformen

Die Symptomatik der ADS/ADHS ist zunächst einfach ableitbar, da sie sich an normabweichendem Verhalten hinsichtlich des Aufmerkens und Konzentriertseins orientiert. Die drei Leitkriterien der Störung sehen auffällige Verhaltensweisen vor, die den Kategorien Hyperaktivität, Impulsivität und Unaufmerksamkeit zuzuordnen sind. Einzelne Symptome aber reichen nicht für eine Diagnose aus, sie müssen in der Vielzahl vorliegen, sich so zu einem Syndrom fügen und führen erst dann in Abhängigkeit weiterer Kriterien zur Störung. Zu diesen gehören z.B. ein früher Beginn der Auffälligkeiten, eine persistierende und übergreifende Symptomatik sowie der Ausschluss einer höherwertigen seelischen Erkrankung. (Vgl. Dilling et al. 1991).

Hyperaktivität

Die motorische Unruhe, die erhöhte gesteigerte motorische Aktivität und der stete Bewegungsdrang von hyperaktiven Kindern ist eines der Merkmale, die schnell ins Auge fallen. Hyperaktive Kinder haben im positiven Sinne eine besondere Energie, sind agil und lebendig, bewegungs- und erkundungsfreudig. Im klinischen Sinne fällt es ihnen schwer, ihren Bewegungsdrang zu kontrollieren, Situationen, in denen ruhige(re)s Verhalten erfordert wird, zu bewältigen und grundsätzlich (motorische) Ruhe zu bewahren. Diese grobmotorischen Auffälligkeiten werden meist auch von feinmotorischen Schwächen begleitet. Hyperaktiven Kindern fällt es im Vergleich zu anderen Kindern

schwer, graphomotorische Aufgabenstellungen zu meistern. Ihre Stifthaltung ist größer, die Kraftdosierung unangemessen. In der International Classification of Diseases (ICD-10) werden zur Kardinalsymptomatik der Überaktivität folgende Aussagen getroffen:

„Überaktivität bedeutet exzessive Ruhelosigkeit, besonders in Situationen, die relative Ruhe verlangen. Situationsabhängig kann sie sich in Herumlaufen oder Herumspringen äußern, im Aufstehen, wenn dazu aufgefordert wurde, sitzen zu bleiben (...). Beurteilungsmaßstab sollte sein, dass die Aktivität im Verhältnis zu dem, was in der gleichen Situation von gleichaltrigen Kindern mit gleicher Intelligenz zu erwarten wäre, extrem ausgeprägt ist.“ (Dilling et al., 1991)

Impulsivität

Die Kategorie der Impulsivität dient der Erfassung von Verhaltensweisen, die auf eine Schwäche der Impulskontrolle deuten. Auch hier finden sich emotionale und kognitive Impulse, die unkontrolliert zu einer Handlung führen. Kaum ein Kind im Kindergartenalter ist bereits in der Lage, sich entsprechend zu steuern und zu kontrollieren, denn zu unterstreichen ist, dass im Kindergartenalter ohnehin noch Lernerfahrungen für die Herausbildung und Festigung der Impulskontrolle vonnöten sind. Daher sind für die Betrachtung der Auffälligkeit das Alter und auch das Geschlecht bedeutsam. Jedenfalls werden im pädagogischen Arbeiten auch Begriffe wie eine niedrige Frustrationstoleranz, die aber nicht zwingend zu impulsiven Handlungen führen muss, Sprunghaftigkeit und Spontaneität in die Nähe der Impulsivität gerückt.

Unaufmerksamkeit

Der Begriff, der überwiegend zur Verwirrung rund um die ADS/ADHS beiträgt, ist die Unaufmerksamkeit. Auch hier ist zuoberst Verhalten gemeint, nicht die kognitive Fähigkeit. Einer Tätigkeit, die gerade erbracht werden sollte, wird die Aufmerksamkeit entzogen, so dass der Betroffene nicht zuhört (bzw. zuzuhören scheint), gedanklich abdriftet und im Resultat deutliche Lücken aufweist. Die innere gedankliche Kontrolle gelingt nicht gut. Somit besteht Unaufmerksamkeit im Wesentlichen aus einer erhöhten Ablenkbarkeit, die jedoch hauptsächlich interne Ablenkungsreize beschreibt. Dabei können durchaus äußere Reize eine innere Ablenkung bedingen, doch ermangelt es dem unaufmerksamen Kind an Möglichkeiten, diese Ablenkung zu hemmen und sich der vermeintlich wichtigen Tätigkeit zuzuwenden. Von besonderer Bedeutung ist hier das Arbeitsgedächtnis, in welchem bedeutsame Informationen zur Weiterverarbeitung aufrecht erhalten werden. (Vgl. Baddeley, 1995). Im Arbeitsgedächtnis führen die Interferenzen dazu, dass irrelevante Reize gedanklich verfolgt werden, während der relevante nicht oder unzureichend weiterverarbeitet wird. Dadurch kommt es zu Tagträumen, zu gedanklicher Abwesenheit – obwohl das Verhalten an sich durch Zugewandtheit zum Sender Aufmerksamkeit vermuten lässt – und demzufolge auch zu Erinnerungsproblemen. Die diagnostischen Leitlinien der ICD-10 beschreiben die Kardinalsymptomatik der Unaufmerksamkeit wie folgt:

„Die beeinträchtigte Aufmerksamkeit zeigt sich darin, dass Aufgaben vorzeitig abgebrochen und Tätigkeiten nicht beendet werden. Die Kinder wechseln häufig von einer Tätigkeit zu einer anderen, wobei sie anscheinend das Interesse an einer Aufgabe verlieren, weil sie zu einer anderen hin abgelenkt werden (...). Diese Aspekte mangelnder Aufmerksamkeit und Ausdauer sollten nur dann diagnostiziert werden, wenn sie im Verhältnis zum Alter und Intelligenzniveau des Kindes stark ausgeprägt sind.“ (Dilling et al., 1991)

Erscheinungsformen

Die ADS/ADHS gliedert sich in 3 Typen, die in ihrer Erscheinungsform deutlich verschieden sind. Liegen vermehrt Symptome aus den Kategorien Hyperaktivität und Impulsivität vor, spricht man vom ADHS (hyperaktiver Typus). Bestehen keine oder nur sehr wenige hyperaktive Symptome, liegt die Diagnose eines ADS vor (unaufmerksamker Typus). Besteht ein Mischbild, d.h. es finden sich in allen Bereichen relevante Ausprägungen, wird die Diagnose eines Mischtypus (kombinierter Typus) gegeben.

Diagnostik der ADS/ADHS

Zurecht wird die Diagnostik der ADS/ADHS als Mosaik-Arbeit bezeichnet, da es nicht den einen ADS/ADHS-Test gibt. Beginnend mit einer ausführlichen Anamnese und Fremdbefragung von Erzieherin und Lehrerin, Exploration des Kindes und der Eltern wird über die Verhaltenseinschätzung mittels Fragebogen auch eine testpsychologische Untersuchung durchgeführt, die Intelligenz, Konzentration und Aufmerksamkeit sowie psychosoziale Merkmale erfasst. Erst nach Analyse aller Informationen – insbesondere auch der möglichen kritischen Lebensumstände – ist dann die Diagnose einer ADS/ADHS zu stellen. Barkley stellt als grundlegende Schwäche einer ADS/ADHS dar, Reize nicht hemmen zu können, und spricht somit von einem Stimuli-Inhibitionsdefizit als Kern der ADS/ADHS. (Vgl. Barkley, 2005).

Vorkommen, Verlauf und Ursachen

Die ADS/ADHS wird mit einer Prävalenz von 4-6% zu einer der häufigsten Störungen im Kindes- und Jugendalter gezählt. Bei der hyperaktiven Erscheinungsform wird von einer deutlich erhöhten Anzahl an Jungen ausgegangen, während die unaufmerksamen ADS nahezu ausgewogene Geschlechterverhältnisse aufweisen. Steinhausen et. al. (2009) weisen darauf hin, dass bei über 50% der Kinder und Jugendlichen die Symptome bis ins Erwachsenenalter persistieren, während bei knapp einem Drittel der Betroffenen nach dem Reifungsprozess der Pubertät die Symptomatik remittiert. Experten gehen davon aus, dass insbesondere die Hyperaktivität reduziert scheint, während Symptome der Ablenkbarkeit und Unaufmerksamkeit eher überdauernd scheinen. Prognostisch ist die ADS/ADHS als ungünstig einzustufen, da meist in den Entwicklungsverläufen bei etwa 50% der ADS/ADHS-ler weitere Störungen auftreten. Aufgrund der hohen Wahrscheinlichkeit, dass aufgrund der ADS/ADHS zusätzliche Probleme im familiären, sozialen und schulischen Kontext auftreten, sind neben Teilleistungsstörungen und Tic-Störungen auch negative Auswirkungen auf die psychische Entwicklung geben. Eine Vielzahl der ADS/ADHS-ler leidet in ihrer Entwicklung an Angststörungen und Depression. Die ADHS ist meist gekoppelt mit Defiziten in der sozialen

Kompetenz und führt häufig zu einer begleitenden Störung des Sozialverhaltens. Die Begleit- und Folgeerkrankungen finden sich im Erwachsenenalter wieder: Hier ist ADS/ADHS sehr häufig mit Depression, Angststörungen, antisozialen Verhalten und Süchten kombiniert. Bei Barkley (2006) finden sich Überlegungen zum Verlauf der ADHS, die zusätzliche Faktoren wie soziale Schichtzugehörigkeit, niedriges Intelligenzniveau und Eltern-Kind-Interaktionen gewichten. Auch wird festgehalten, dass das Ausmaß an frühen Problemen mit Gleichaltrigen als Prognosefaktor für spätere Beziehungsprobleme im Jugendlichen- und Erwachsenenalter zu nutzen ist.

Die Erklärungsmodelle zur ADS/ADHS setzen an biologischen und psychosozialen Faktoren an. Grundsätzlich ist von einer neurobiologischen Disposition auszugehen, die ein Defizit im Neurotransmitterhaushalt umfasst. Erbliche Veranlagung wie auch prä- und perinatale Schädigungen werden in diesem Zusammenhang angeführt. Forscher beschreiben eine hohe erbliche Veranlagung der ADS/ADHS, wobei in neueren Modellen auch epigenetische Überlegungen Einzug halten. Mehrheitlich finden sich Befunde, die genetische Faktoren in ihrer hohen Gewichtung bestätigen. Unklar sind nach Döpfner et al. (2009b) derzeit die Zusammenhänge möglicher Veränderungen auf der Ebene des Genotyps, die in Interaktion mit ungünstigen psychosozialen Bedingungen und Toxinen, Allergenen und Nahrungsmittelintoleranzen stehen.

„Ob die weitere Erforschung solcher Zusammenhänge wirklich zu besseren präventiven und therapeutischen Interventionen bei ADHS führen wird, bleibt abzuwarten. Zumindest kann die Dynamik epigenetischer Vorgänge evtl. erklären, wieso man bei monozygoten Zwillingen keine hundertprozentige Konkordanz für ADHS findet, warum Jungen häufiger von ADHS betroffen sind als Mädchen und weshalb ADHS sich unterschiedlich manifestiert, wenn die gleichen Risikogene jeweils von dem Vater oder der Mutter stammen.“ (Döpfner, 2009b, S.148.)

Auch können postnatale Einflüsse im Sinne von Hirnschädigungen in das Gesamtgefüge eingebunden sein. Psychosoziale Faktoren können verstärkend oder hemmend wirken: instabile familiäre Verhältnisse, inkonsequentes Erziehungsverhalten, traumatisierende Lebensereignisse sowie zusätzliche Belastungsfaktoren wie körperliche Behinderungen oder Teilleistungsstörungen wie Leseprobleme verstärken die Symptomatik der ADS/ADHS und erhöhen das Risiko, an weiteren Störungen zu erkranken. Bei etwa 15-50% der Eltern wird eine psychische Störung angenommen, wobei insbesondere Mütter gefährdet scheinen, an einer Depression zu erkranken. Eine alleinige Entstehung aufgrund Erbanlagen oder Umwelteinflüsse wird ausgeschlossen. (Vgl. Barkley, 2006).

ADS/ADHS – Modeerkrankung?

In der Diskussion um das vermehrte Auftreten der ADS/ADHS und die Zunahme der Medikamentenverschreibung taucht auch der Begriff der Modekrankheit auf. Er impliziert, dass die ADS/ADHS durch die Informations- und Leistungsgesellschaft forciert, ja sogar produziert werde. Hieraus müsste z.B. zu folgern sein, dass erstens vor Jahrzehnten und Jahrhunderten eine geringere oder keine Anzahl von ADS/ADHS-Betroffenen existiert hat und zweitens in weniger industrialisierten Zivilisationen das

Vorkommen von ADS/ADHS nicht oder deutlich geringer ist. Problematisch ist grundsätzlich die Beurteilung von Häufigkeiten, da in den vergangenen Zeiten keineswegs die methodischen Möglichkeiten vorlagen, an dieser Stelle verlässliche Daten zu erheben. Außerdem ist das Zeitalter der Wissenschaft, die sich solchen Fragestellungen widmet, noch sehr jung. Aus diesen Gründen ist es nahezu unmöglich, die Frage nach dem Trend der ADS/ADHS zu beantworten.

Geschichtlich ist auf den Nervenarzt Heinrich Hoffmann hinzuweisen, der 1845 das Buch „Der Struwwelpeter“ veröffentlichte. Es beschreibt neben anderen typischen Entwicklungsproblemen von Kindern auch Merkmale, die sich den heutigen Kriterien einer ADS/ADHS zuordnen lassen. Um 1900 beobachtete der englische Kinderarzt George Still das auffällige Verhalten von Kindern mit dem Versuch, die Symptome zu gruppieren, und nannte erstmals Kriterien für eine Störung, die er mit „Defekt in der moralischen Kontrolliertheit“ betitelte. Im 20. Jahrhundert widmeten sich eine Vielzahl an Forschern den Auffälligkeiten, die heute insbesondere bei hyperaktiven ADHS-ler vorliegen. Bekannt ist auch hinsichtlich der Geschichte der Medikation das Ehepaar Bradley, welches in den 30er-Jahren bei hyperaktiven Patienten überraschend eine paradoxe Wirkung bei der Gabe von Stimulanzien bemerkte. In Deutschland wurde verstärkt in den 60er-Jahren mit dem Hyperaktiven-Kind-Syndrom gearbeitet, an welches sich die Diagnose Minimale Cerebrale Dysfunktion (MCD) schloss und in den 90er-Jahren aufgrund der neueren Erkenntnisse wieder verschwand. Die intensive Forschung insbesondere in den USA zum ADS/ADHS führte zur Etablierung der Störung als Krankheit im Jahre 1983. Beschleunigt durch den Fortschritt der bildgebenden Verfahren wurden neurobiologische Grundlagen erforscht, die wiederum auch die pharmazeutische Seite der ADS/ADHS unterstützte. Im 21. Jahrhundert scheint das ADS/ADHS hinsichtlich vieler Aspekte bereits sehr gut erforscht zu sein.

Therapie bei ADS/ADHS

Durchgesetzt hat sich in den letzten Jahren das „multimodal treatment“ (multimodale Behandlung), in welchem verschiedene Ansätze integriert werden. Eine Säule besteht in der medikamentösen Behandlung, die die neurochemischen Defizite auszugleichen sucht; eine weitere wird durch verhaltenstherapeutische Maßnahmen gebildet, die dem Kind und der Familie über Aufklärung, Vermittlung von Strategien und Techniken zum Umgang mit der ADS/ADHS versuchen, Hilfen zur Selbsthilfe an die Hand zu geben. An dieses kann sich je nach Problemlage dann der Weg zu weiteren Therapieformen wie Ergotherapie, Psychomotorik bis hin zum therapeutischem Reiten schließen.

Prinzipien für den Umgang mit ADS/ADHS

Die Vorgehensweise für den Umgang mit Kindern mit ADS/ADHS ist aus der komplexen Symptomatik sowie den Begleit- und Folgeerkrankungen ableitbar. Auf den ersten Blick sollte sicherlich im Vordergrund stehen, grundlegende Prozesse der Aufmerksamkeitssteuerung und der Impulskontrolle zu verbessern. Prinzipiell bedeutet das, auf klare und vereinfachte Strukturen zu achten, Routineprozesse zu betonen und viel Wert auf automatisierte Abläufe zu legen. Dies hilft dem ADS/ADHS-ler, die innere Unordnung zu strukturieren und somit in erfolgreiche Lernmuster zu überführen. (Vgl. Döpfner et. al., 2003).

Grundsätzlich sollte der Umgang mit ADS/ADHS-Kindern nonverbal und visuell, z.B. mit Gestik und Signalen, unterstützt werden, da Sprache als alleiniges Medium in hohem Maße interferenzanfällig ist. Sprache sollte eindeutig, klar und reduziert genutzt werden, denn zu schnell sind die akustischen Informationen von weiteren Reizen überlagert und somit vergessen. In Anbetracht der multiplen Begleit- und Folgeerkrankungen gewinnt die emotionale und soziale Ebene eine besondere Bedeutung: eigene Stärken zu erfahren, emotionalen Halt zu erleben, das Gefühl, angenommen zu werden und Teil der Gemeinschaft zu sein, sind Grundlagen dafür, dass Folgeerkrankungen minimiert werden können.

4. Hochbegabung und ADS/ADHS

Hochbegabung und ADS/ADHS grundsätzlich miteinander zu verwechseln, dürfte sehr schwierig sein, steht doch das eine für hohe Leistungsfähigkeit und das andere eher für eine niedrige. Der grundlegende Unterschied ist banal: Hochbegabung ist eine kognitive Stärke, ADS/ADHS eine Verhaltensstörung. Die hohen kognitiven Fähigkeiten bedingen hohe Leistungen, die Verhaltensauffälligkeiten der ADS/ADHS disponieren zu schwachen Leistungen.

Im zweiten Blick steht jedoch der Zusammenhang zwischen Kognition und Verhalten, da jedem Verhalten ein mentaler Vorgang vorausgeht. Handlungsimpulse, die letztlich aus höheren kognitiven Schemata (Metakognitionen) entspringen, bedingen das gezeigte Verhalten. Der Rückschluss von Verhalten auf die mentalen Voraussetzungen, die neben den kognitiven Fähigkeiten wie Intelligenz und Konzentration auch Einstellungen beinhalten, kann nur bei besonderer Betrachtung den Unterschied zwischen Hochbegabung und ADS/ADHS verdeutlichen: So kann z.B. die häufig getroffene Annahme, dass Langeweileverhalten auf Unterforderung zurückzuführen sei, sehr verkürzt sein.

Unterschiedliche Grundannahmen

Kindliches Problemverhalten, welches sich aus einer Hochbegabung heraus erklären lässt, ist grundsätzlich auf (kognitive) Deprivation und sozioemotionale Interaktionsprozesse zurückzuführen. Reizdeprivierte Zustände können eine gesteigerte motorische Unruhe, innere Reizbarkeit, Reizoffenheit und oppositionelles Verhalten bedingen. Besteht ein Integrationsproblem des Kindes, so fehlt ein fundamentaler Baustein, sich angenommen zu fühlen, Vertrauen zu haben und sich somit frei zu fühlen. Hemmende Prozesse durch Unsicherheiten bis hin zu Ängsten sind hier denkbar. Auch kann in diesem Falle die erlebte Andersartigkeit zu einer inneren Abkapselung führen, die die Integration selbst bei Bemühungen aller Beteiligten sehr erschweren kann. Fast ausschließlich berichten die Studien von einem vergleichsweise positiven Zusammenhang zwischen Hochbegabung und Schulleistung. In keinem Falle aber ist die Hochbegabung an sich ein das Problemverhalten bedingendes Moment, wie insbesondere die Ergebnisse des Marburger Hochbegabtenprojektes dokumentieren. (Vgl. Rost, 1993).

Mit ADS/ADHS-verbundene Problemverhaltensweisen hingegen setzen am neurobiologischen Status und der Schwäche des Kindes an, seine Impulse zu kontrollieren. Hyperaktives Verhalten z.B. braucht keine Deprivation oder Prozesse sozialer Ablehnung,

es kann durch beide lediglich verstärkt werden. Die Fähigkeit der Impulskontrolle wird grundsätzlich nicht in reizarmen Situationen gemindert, oppositionelles Verhalten ist bedingt durch die Impulsivität des ADHS-lers und die Antizipation des Misserfolges. Nahezu alle Studien über den Zusammenhang von ADS/ADHS und schulischer Leistung sprechen von Performanzproblemen, d.h. deutlich schlechteren Leistungen der Betroffenen, als es gemäß der intellektuellen Fähigkeiten zu erwarten wäre. ADS/ADHS disponiert somit zum Underachievement. In jedem Falle ist somit ein Anteil des Kindes für das Problemverhalten (mit)verantwortlich.

Beides ist eben unterschiedlich. Doch ist die grundsätzliche Aussage, ein Hochbegabter könne keine ADS/ADHS haben, z.B. da er ansonsten in keinem Intelligenztest so gut abschneiden könne, insbesondere unter Berücksichtigung der Unterscheidung zwischen Fähigkeit und Verhalten nicht haltbar. Horsch et al. (2006) benennen als vorschnelle Urteile, die häufig im pädagogischen Alltag und auch in der beraterischen Praxis zum Zusammenhang zwischen Hochbegabung und ADS/ADHS getätigt werden, die folgenden Aussagen:

„Wenn ein Kind hoch begabt ist, kann es kein ADS/ADHS haben. Jeder Hochbegabte, der schulisch unterfordert ist, zeigt ein ADS/ADHS-Verhalten. Alle problematischen Hochbegabten werden zu ADS/ADHS-Kindern gemacht.“
Horsch et al., 2006, S. 159.

Diese undifferenzierten Einstellungen bedingen, dass Kindern mit einer möglichen ADS/ADHS notwendige therapeutische Hilfe vorenthalten wird. Zudem ist auch für den schulischen Werdegang kritisch zu sehen, dysfunktionale Grundannahmen ohne Überprüfung derart aufrecht zu erhalten und so einen konstruktiven Umgang mit schulischen Rahmenbedingungen zu erschweren.

Mögliche theoretische Überschneidungen

Es gibt derzeit keinen Beleg dafür, dass Hochbegabung und ADS/ADHS häufiger gemeinsam auftreten, da die ADS/ADHS über alle Intelligenzgruppen gleichmäßig verteilt zu sein scheint. Nur in ausgelesenen Stichproben wie in speziellen Beratungsstellen kann ein gehäuftes Vorkommen vorliegen. Nichtsdestotrotz finden sich vermehrt Ansätze, mögliche Überschneidungen der beiden Bereiche zu bedenken.

Das hohe Stimulationsbedürfnis steht stellvertretend für die Wissbegierde, den Erkundungsdrang und die hohe Produktivität von Hochbegabung und ADS/ADHS. Erzeugte Wissenslücken sorgen für eine innere Disharmonie, die reduziert werden will und so einen Forscherprozess in Gang setzt. So kann das bekannte Neugierverhalten von Hochbegabten phänotypisch dem Erkundungsverhalten hyperaktiver Kinder entsprechen, deren Bewegungsdrang und Reizoffenheit sie zu Entdeckern macht. Das Phänomen der „Löcher im Bauch“, welches zudem die Fähigkeit zur Hyperfokussierung braucht, verdeutlicht dies. Auch wird in der Kreativität ein mögliches gemeinsames Merkmal diskutiert, da die Sprunghaftigkeit des Denkens Basis für kreative Denkprozesse sein kann. Die freie Aufmerksamkeitslenkung und resultierende Reizoffenheit der ADS/ADHS ist Grundlage dafür, Details auf- und wahrzunehmen, kleine Abweichungen zu registrieren, die dem schematisierten Denker durchaus verborgen bleiben können. Auch Hochbegabte, deren Wahrnehmungs- und

Mustererkennungsprozesse differenziert und breit aufgebaut sind, haben demzufolge ein besonderes Gespür für entsprechend kleine Veränderungen oder besondere Details. Diese Überlegungen könnten vice versa leicht zur Annahme führen, dass jeder Hochbegabte auch automatisch eine ADS/ADHS haben müsse. Die eine wie die andere Hypothese aber ist derzeit jedoch weder wissenschaftlich belegbar noch aus praktischen Erfahrungen haltbar.

Hält doppelt besser?

ADS/ADHS bei Hochbegabung

Die Praxiserfahrung macht es deutlich: Wird bei einer bereits erkannten und von betroffenen Familien akzeptierten ADS/ADHS im Verlauf eine Hochbegabung evident, so ist die Freude groß, denn die Prognose für den Verlauf des Kindes ist aufgrund des hohen IQ deutlich günstiger. Nicht alles ist nur ADS/ADHS-Problem. Treffen jedoch ein hoch begabtes Kind und dessen Familien im Verlauf die Diagnose einer ADS/ADHS, ist die Bestürzung in der Regel groß. Nicht alles ist nur Hochbegabungs-Problem.

Auf der Makroebene besticht die Kombination aus beidem durch Umsetzungsschwierigkeiten: Das hohe Potenzial des Hochbegabten kann nicht erwartungsgemäß umgesetzt werden, was an hochbegabte Underachiever im schulischen Kontext erinnert. Für das Kind bedeutet dies, dass es trotz Potenzial und entsprechender Erwartungshaltung die erwartete Leistung nicht erreicht. Partiiell gelingt dies, so dass insbesondere Interessenbereiche mit hoher Motivation und Intensität auch zu Höchstleistung im Sinne von Kenntnissen und Fähigkeiten einhergehen können. Somit ist in zweiter Hinsicht aufgrund der verstärkten Frustrationserfahrungen und der inkonsistenten Rückmeldung aus der Tätigkeit und ggf. Umwelt mit einer inneren psychischen Unausgeglichenheit zu rechnen, die die Erwartungshaltung des Kindes sowie das Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten senken kann. Man spricht dann von einer geminderten Selbstwirksamkeitserwartung.

Bei mikroanalytischer Betrachtung lässt sich aus der Kombination ableiten, dass aufgrund der inkonsistenten Lernerfahrungen auch die Weiterentwicklung höherer neuronaler Muster beeinträchtigt sein kann. Die grundlegende Eigenschaft der Selbstorganisation im Sinne neuronaler Netzwerke scheint somit mangelhaft. (Vgl. Spitzer, 2000). Dies ist nicht nur im Leistungskontext, z.B. bei der Verarbeitung von sachbezogenen Informationen, sondern auch in der sozialen Interaktion denkbar, da letztlich auch die Wahrnehmung und Verarbeitung von z.B. komplexen Gruppensituationen nicht angemessen gelingen kann. Die grundsätzliche Impulsivität kann zu Lücken in der Informationsverarbeitung führen, die trotz der hohen kognitiven Fähigkeiten entsprechend mangelhaft verarbeitet und zur Handlungsplanung und -durchführung genutzt werden. Konkret kann dies bedeuten, dass die Hochbegabung zu sehr guten Ideen, Ansätzen zur Problemlösung oder Planungsskizzen führt, dann aber infolge der ADS/ADHS das erdachte Ziel nicht erreicht werden kann.

Pädagogische Maßnahmen

Im Folgenden werden lediglich ergänzende Aspekte zum pädagogischen Arbeiten mit vom ADS/ADHS betroffenen hoch begabten Kindern aufgegriffen.

Die Gestaltung von Rahmenbedingungen sollte dem Prinzip einer klaren Struktur folgen. Dies bezieht sich insbesondere auf räumliche und zeitliche Aspekte: Übersichtlichkeit, Passung von Raum und Inhalt sowie eine einheitliche Chronologie sollten zumindest gegeben sein. Je komplexer die Rahmenbedingungen sind, desto wichtiger ist die pädagogische Ausrichtung nach diesem Prinzip. Bei hochbegabten Kindern mit ADS/ADHS ist bereits im Vorschulalter die Möglichkeit gegeben, gerade Strukturen auf kognitiver Ebene zu erfragen und zu reflektieren. Dies unterstützt die Entwicklung höherer gedanklicher Muster, schärft die Aufmerksamkeit für entsprechende Hinweisreize und hilft in dieser Form sozusagen ressourcenorientiert. Auch und insbesondere bei Kindern mit ADS/ADHS steht die Beziehung zum Kind im Vordergrund, die trotz der Schwierigkeiten, die der Alltag mit betroffenen Kindern mit sich bringt, haltgebend und wertschätzend sein muss. Um Verlässlichkeit in der persönlichen Beziehung zu erhalten, sind kontinuierliches Loben, Betonen der Stärken sowie gemeinsames Spielen einfache Werkzeuge, um die Beziehung aufzubauen und zu festigen. Da Lernen auf Erfahrung beruht, ist auch das Einhalten von Konsequenzen Grundlage für die Beziehung zum Kind. Inkonsequenz hilft der Beziehung kurzfristig, nicht aber langfristig. Gerade bei Hochbegabten mit ADS/ADHS ist abzuwägen, zu welchen Zeitpunkten bzw. in welchen Situationen Lob zu erfolgen hat: Lobt man bei „Selbstverständlichkeiten“ (die subjektiv festgelegt werden und bei Hochbegabten überdurchschnittliches Erwartungsniveau haben können), kann das Lob als abwertend aufgenommen werden. Grundsätzlich sollten somit eher Blicke würdigen, Gesten verstärken oder Brummen zustimmen, statt durch Sprache – die in Gruppen auch immer Öffentlichkeit schafft – zu loben.

Was die Störungen der Aufmerksamkeit betrifft, greift die übersichtliche Gestaltung der Rahmenbedingungen zuoberst. Das Prinzip sprachlicher Reduktion führt dazu, dass Wesentliches kommuniziert und für das Kind die Aufnahme erleichtert wird. Bei Hochbegabten mit ADS/ADHS kann sich diesbezüglich eine Besonderheit finden: Die hohen kognitiven Fähigkeiten gehen mit hohen sprachlichen Fähigkeiten einher, so dass auch hochtrabend, verkomplizierend und gestelzt wirkende oder mit Ironie gefärbte Aussagen sicherstellen können, dass die wesentlichen Informationen beim Kind ankommen. Schwierigkeiten bei Abläufen, z.B. Anziehen, bedürfen zweierlei: Stetes Üben, das analog der Werkstatt-Diplome im Vorschulalter auch mit einem Ranzen-Diplom gewürdigt werden kann, und die humorvolle Betonung der Alltagsuntauglichkeit eines zerstreuten Professors. Letzteres kann helfen, die eigene Schwäche besser zu verarbeiten, d.h. die Zerstreuung und die Genialität zu verinnerlichen. Die beschriebenen Störungen der Impulskontrolle brauchen in erster Linie beobachtende Pädagoginnen. Der Königsweg (zugegeben ein idealisierender Gedanke) sähe so aus, dass bereits präventiv mit potenziell kritischen Situationen gearbeitet würde und dementsprechende Veränderungen in den Rahmenbedingungen erfolgten. Doch lässt sich auf jeden Fall ableiten, dass insbesondere wiederkehrende Konflikte und Probleme in ein Konzept zum Umgang mit dem Kind führen müssen. Da der eigentliche Impuls bei jungen Kindern nicht oder nur geringfügig zu verhindern ist, gilt es, das Grundbedürfnis zu befriedigen bzw. den Impuls in eine sozial verträgliche Bahn zu lenken. Bei hochbegabten Kindern mit ADS/ADHS kann aufgrund der hohen Reflexionsfähigkeit auch mit altersuntypischen Ansätzen gearbeitet werden, bei denen eine Art „Ersatzverhalten“

abzusprechen ist, welches grundsätzlich dem Impuls folgt. Für den Bereich der Überaktivität können nur Maßnahmen helfen, die den Bewegungsdrang aufnehmen und dem Kind die Möglichkeit geben, die überschießende motorische Energie abzubauen. Relativ ruhige Situationen wie Sitzkreise sollten daher nicht unmittelbar nach bereits ruhigen Unterrichtsphasen stattfinden und demzufolge eine Überforderung darstellen, sondern im Gesamtkonzept bedacht sein.¶

Autor:

Götz Müller, Diplom-Psychologe und Psychologischer Psychotherapeut (VT). Dozent für kognitive Verhaltenstherapie und Leiter des Instituts für kognitive Verhaltenstherapie (IKVT) mit Sitz in Eltville/Wiesbaden und Westerburg/Westerwald. www.ikvt.de

Literatur:

- Baddeley, A. (1995). Working Memory. In: Gazzaniga, M.S. (Hg.). *The cognitive Neurosciences*, S. 755-764. MIT Press Cambridge.
- Barkley, R. (2005). *ADHD and the nature of self-control*. The Guilford Press.
- Barkley, R. (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment*. The Guilford Press.
- Dilling, H.; Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg., 2001). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F)*. Huber.
- Döpfner, M.; Frölich, J. & Wolff-Metternich, T. (2003). *Ratgeber ADHS: Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher zu Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störungen*. Hogrefe.
- Döpfner, M.; Frölich, J. & Lehmkuhl, G. (2009a). *Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Leitfaden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Band 1*. Hogrefe.
- Döpfner, M. (2009b) In: Steinhausen, H.-C., Rothenberger, A. & Döpfner, M. (2009). *Handbuch ADHS: Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung*. Kohlhammer.
- Fitzner, T. & Stark, W. (2005). *Genial, gestört, gelangweilt? ADHS, Schule und Hochbegabung*. Beltz.
- Grzesik, J. (2009). *Die Kooperation von Aufmerksamkeit, Interesse, Intentionalität und kurzzeitigem Arbeitsgedächtnis*. Bohmeier.
- Horsch, H., Müller, G. & Spicher, H.-J. (2006). *Hochbegabt und trotzdem glücklich*. Oberstebrink.
- Neuhaus, C. (2003). *Das hyperaktive Baby und Kleinkind: Symptome deuten – Lösungen finden*. Urania, Freiburg.
- Rost, D.H. (1993). *Lebensumweltanalyse hochbegabter Kinder. Das Marburger Hochbegabtenprojekt*. Hogrefe.
- Rost, D.H. (2009). *Intelligenz. Fakten und Mythen*. BeltzPVU.
- Spitzer, M. (2000). *Geist im Netz. Modelle für Lernen, Denken und Handeln*. Spektrum.
- Steinhausen, H.-C., Rothenberger, A. & Döpfner, M. (2009). *Handbuch ADHS: Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung*. Kohlhammer.