

Hyperaktivität!

Die Behandlung durch die Verhaltenstherapie

GLIEDERUNG

1. Einleitung

2. Hyperaktivität

- 1. Begriffsbestimmung**
- 2. Das hyperkinetische Syndrom**
 - **Beschreibung**
 - **Folgen**
 - **Diagnostik**
- 3. Ursachen der Hyperaktivität**
- 4. Mögliche Behandlungsansätze**

3. Verhaltenstherapie

- 1. Einführung**
- 2. Grundlagen der Verhaltenstherapie**
- 3. Verhaltenstherapeutische Methoden**

4. Kritik, Ergebnisse, Aussichten

Literaturverzeichnis

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

„Der Struwwelpeter“
 von Heinrich Hoffmann

1. Einleitung

Der Kinderarzt Heinrich Hoffmann beschreibt in seinem Buch „Der Struwwelpeter“ nicht nur den Zappelphilipp, sondern auch den fliegenden Robert, den Hans guck in die Luft oder den bösen Friedrich. Hoffmann verpackt in einem Kinderbuch seine eigenen Erfahrungen mit verhaltensauffälligen Kindern.¹

Das Verhalten dieser Kinder ähnelt sehr einer Störung, die heute als Hyperaktivität bezeichnet wird. Die These, Hyperaktivität sei eine Modeerscheinung der heutigen schnellebigen Zeit wird durch das Erscheinungsdatum des „Struwwelpeters“ in Frage gestellt. Das Buch entstand bereits 1844 und aus früherer Zeit gibt es ebenfalls Aufzeichnungen über Kinder, die man heute als hyperaktiv bezeichnen würde.

Die wissenschaftliche Untersuchung des Phänomens der Hyperaktivität begann erst mit Beginn dieses Jahrhunderts. Der Durchbruch kam mit den Untersuchungen von Dr. Charles Bradley, der 1937 die günstige Wirkung von Stimulantien (Amphetaminpräparate) auf

¹ vgl. Bundesverband der Elterninitiativen zur Förderung Hyperaktiver Kinder e.V., 1996, S. 5

verhaltensauffällige Kinder beschrieb. Erst daraufhin fand das Krankheitsbild der Hyperaktivität über die USA, Holland und England auch in Deutschland Beachtung. Von 1965 bis 1985 entstanden schließlich über 250 Abhandlungen, die sich ausschließlich mit dem Thema Hyperaktivität befassen.²

Die Anzahl von hyperaktiven Kindern nimmt zu. Derzeit spricht man von etwa 3% auffälliger Kinder im Grundschulalter. Dabei sind sechs bis neun mal mehr Jungen als Mädchen betroffen.³ Die Auswirkungen der Hyperaktivität ziehen eine Reihe von Folgen nach sich, unter denen alle Beteiligten leiden. Hyperaktivität löst einen Teufelskreis aus, aus dem es nur ein schweres Entkommen gibt, das mit viel Arbeit und Geduld verbunden ist. Die Beschreibung dieses hyperkinetischen Syndroms und seine Behandlung durch den verhaltenstherapeutischen Ansatz sollen das Thema dieser Hausarbeit sein.

2. Hyperaktivität

1. Begriffsbestimmung

Bevor auf die Beschreibung der Hyperaktivität näher eingegangen wird, soll eine Einordnung der verschiedenen Begriffe erfolgen, die in der Literatur für diese Auffälligkeit verwendet werden.

Die Abkürzung MCD steht für die früher am häufigsten verwendete Bezeichnung, der Minimalen cerebralen Dysfunktion.⁴ Die genaue Definition dieses Begriffs lautete: „Kinder mit knapp durchschnittlicher und überdurchschnittlicher allgemeiner Intelligenz mit bestimmten Lern- oder Verhaltensstörungen leichter bis schwerer Art, die mit Funktionsabweichungen des zentralen Nervensystems zusammenhängen. Die Abweichungen manifestieren sich in verschiedenartig kombinierten Beeinträchtigungen der Wahrnehmung, der Sprache, des Gedächtnisses, der Aufmerksamkeitskontrolle, des Antriebs oder der Motorik.“⁵ Im Englischen gilt die Bezeichnung MBD (Minimal Brain Damage), in der Schweiz ist am häufigsten POS (Psycho-organisches Syndrom) zu lesen. Der Begriff hyperkinetisches Syndrom (HKS) hat sich in Deutschland eingebürgert. Nach einem Beschluß der Weltgesundheitsbehörde (WHO) gilt der Begriff Attention Defizit Disorder Syndrom (ADDS) mit/ohne Hyperaktivität und Sozialstörungen offiziell als korrekt.

² vgl. Bundesverband der Elterninitiativen zur Förderung Hyperaktiver Kinder e.V., 1996, S. 6

³ vgl. Remschmidt, 1997, S. 344

⁴ vgl. Bundesverband der Elterninitiativen zur Förderung Hyperaktiver Kinder e.V., 1996, S. 6

⁵ Bundesverband der Elterninitiativen zur Förderung Hyperaktiver Kinder e. V., 1996, S. 76

Desweiteren sind in der Literatur noch zahlreiche andere Begriffe zu finden: Hirnfunktionsstörung, Partielle Hirnreifungsstörung, Aufmerksamkeitsgestörte Kinder, Ungeschickte Kinder, Kinder mit besonderem Förderbedarf und einige mehr.⁶

Diese Auswahl an Begriffen zeigt bereits, wie vielschichtig diese Störung ist. Die Begriffe überschneiden sich teilweise oder beschreiben nur Teilaspekte. In dieser Arbeit wird nachfolgend von Hyperaktivität, dem hyperkinetischen Syndrom, MCD und ADDS die Rede sein. Die Begriffe sollen nebeneinander verwendet werden, um zu zeigen, daß alle verschiedenen Sichtweisen und Teilaspekte ihre Berechtigung haben.

Im Folgenden Abschnitt soll den theoretischen Begriffen das eigentliche Erscheinungsbild der ADDS-Störung zugeordnet werden.

2. Das hyperkinetische Syndrom

- Beschreibung

„Hyperaktivität kennzeichnet die Unfähigkeit einer Person, das Aktivitätsniveau den Erfordernissen der Situation anzupassen.“⁷

Hinter dieser allgemeinen Definition verbirgt sich ein großer Symptomkomplex, durch den sich die hyperkinetische Störung äußert. Das Krankheitsbild des hyperkinetischen Syndroms läßt sich im wesentlichen auf zehn Obergriffe reduzieren.⁸ Dabei muß beachtet werden, daß bei keinem Hyperaktiven die gleichen oder gar alle Kriterien gleich ausgeprägt auftreten. Dadurch wird die Diagnostik bei auffälligen Kindern sehr erschwert. Im Folgenden sollen nun die zehn charakteristischen Merkmale der MCD-Kinder ausgeführt werden.

Hyperaktivität

Unter dem Begriff der Hyperaktivität ist in erster Linie nur die Hypermotorik, also die Bewegungsunruhe zu verstehen. Dieses Symptom der Störung ist für die Umwelt am deutlichsten wahrnehmbar. Die motorische Unruhe bringt die Kinder dazu, wie aufgezogen und unbrembar dem Bewegungsdrang unterworfen zu sein. MCD-Kinder zappeln ständig und wirken nie richtig entspannt.⁹ Sie befinden sich in einer ständigen ziellosen Unruhe.¹⁰

⁶ vgl. Bundesverband der Elterninitiativen zur Förderung Hyperaktiver Kinder e.V., 1996, S. 6

⁷ Grissemann, 1986, S. 56

⁸ vgl. Bundesverband der Elterninitiativen zur Förderung Hyperaktiver Kinder e.V., 1996, S. 77

⁹ vgl. Bundesverband der Elterninitiativen zur Förderung Hyperaktiver Kinder e.V., 1996, S. 8

¹⁰ vgl. Grissemann, 1986, S. 242

Betroffene Kinder neigen zu destruktiven und chaotischen Spielen, wie Schränke ausräumen oder zielloses Rennen durch die Wohnung.¹¹

Dieser Bewegungsdrang hängt mit der Selbststimulierung zusammen. Selbststimulierung meint die grob- oder feinmotorische Reaktion auf innere Reize. Hyperaktive erhalten zu viele innere Reize und überreagieren daher grob- oder feinmotorisch. Konkret äußert sich dies durch Daumenlutschen, Nägel kauen, am Kopf kratzen, mit Gegenständen herumspielen (Feinmotorik) oder durch schaukeln mit dem Stuhl, mit den Füßen scharren, in der Klasse herumlaufen (Grobmotorik).¹²

Dennoch läßt sich das hyperkinetische Syndrom nicht an der Hypermotorik festmachen.¹³ Das Gegenteil der Hyperaktiven sind die Hypoaktiven. Sie sind ängstlich, introvertiert und wirken fast apathisch. Aber auch sie leiden an MCD, denn sie weisen ebenso einige weitere der hier aufgeführten Symptome auf, nur nicht die Hypermotorik.¹⁴

Impulsivität

Die Impulsivität der Kinder mit ADDS kann man als überstürztes Problemlöseverhalten bezeichnen.¹⁵ Vor ihren Handlungen erfolgt keinerlei Planung oder Reflexion, sie beginnen sich direkt mit der Aktion. Daher sind die Spiele hyperaktiver Kinder vor allem destruktiv und chaotisch. Zu dieser Impulsivität gehören desweiteren plötzliche Wutausbrüche und eine große Reizbarkeit. MCD-Kinder haben ihr Tun nicht unter Kontrolle, sie verhalten sich weniger als daß sie sich ereignen. Zudem gefährden sich diese Kinder oft selbst, zum einen durch ihre eigene Aggressivität und zum anderen durch ihr teilweise nicht vorhandenes Angstgefühl.¹⁶ Es wird von einem Dreijährigem berichtet, der in das tiefe Wasser sprang, von einem Kind, das beim Luftanhalten ohnmächtig wurde und von weiteren gehäuften Unfällen (z.B. Fahrradunfälle). Das Verhalten der Kinder unterliegt der Impulsivität, die ihre Taten chaotisch, aggressiv und destruktiv erscheinen läßt.

Aufmerksamkeitsstörung

¹¹ vgl. Bundesverband der Elterninitiativen zur Förderung Hyperaktiver Kinder e.V., 1996, S. 7

¹² vgl. Grissemann, 1986, S. 56

¹³ vgl. Grissemann, 1986, S. 58

¹⁴ vgl. Bundesverband der Elterninitiativen zur Förderung Hyperaktiver Kinder e.V., 1996, S.11

¹⁵ vgl. Grissemann, 1986, S. 242

¹⁶ vgl. Bundesverband der Elterninitiativen zur Förderung Hyperaktiver Kinder e.V., 1996, S. 4ff

Das zentrale Problem ist die kurze Aufmerksamkeitsspanne der hyperaktiven Kinder.¹⁷ Dadurch entstehen viele neue Probleme, wie die ständig wechselnden Spielsachen, die schlechten Schulleistungen, die ständige Bewegung auf der Suche nach einem neuen Reiz, da ADDS-Kinder eine Gleichförmigkeit von Reizen schwer ertragen können.¹⁸ Dennoch können sie sich manchmal intensiver mit einer Aufgabe beschäftigen, und zwar wenn die Beschäftigung eine Art Superreiz für sie darstellt. Das heißt, die Kinder sind mit motivational hohem Interesse bei der Sache. Allerdings währt auch dieser Reiz nur für kurze Zeit, denn die Kinder leiden an einer extrem hohen Ablenkbarkeit.¹⁹ Jede Unterbrechung, jedes Geräusch im Hintergrund kann das Ende des Interesses an der gerade begonnen Arbeit bedeuten. So kann auch die mangelnde Konzentrationsfähigkeit der Kinder erklärt werden.

Der Symptomkomplex der Aufmerksamkeitsstörung ist einer der wichtigen Ansatzpunkte für eine Therapie, da von ihm aus viele neue Probleme und gerade die Schulprobleme ausgehen.

Spezifische Lernschwächen

Etwa 30-80% der MCD-Kinder leiden an Teilleistungsstörungen wie Legasthenie (Schreib- und Leseschwäche), Dyskalkulie (Rechenschwäche) oder Dysgraphie (Zeichenschwäche). Neben diesen Teilstörungen ist auch die auffallende Langsamkeit bei der Aufgabenlösung zu nennen.²⁰ Hyperaktive Kinder haben „Schwierigkeiten, Lernschemata höherer Ordnung zu entwickeln, Problemlösestrategien und Lernoperationen vollständig zu erfassen.“²¹ Dazu fehlt ihnen eine längere Aufmerksamkeitsspanne und mehr Kontrolle über ihr impulsives Problemlöseverhalten.

Emotionale Labilität

Auch im Sozialverhalten haben Kinder mit dem hyperkinetischen Syndrom große Schwierigkeiten. In der Zweierbeziehung innerhalb der Familie können einfache Regeln noch eingehalten werden, in der Kindergartengruppe herrschen aber kompliziertere Regeln, die das ADDS-Kind nicht mehr akzeptieren kann.²² Es versucht, die Regeln zu ändern und so entstehen Spannungen und Streit mit den anderen Kindern.

In diesem Zusammenhang ist die Frustrationsintoleranz der MCD-Kinder zu nennen, das heißt sie bemühen sich, etwas besonders gut zu machen, scheitern und können dies dann nicht

¹⁷ vgl. Bundesverband der Elterninitiativen zur Förderung Hyperaktiver Kinder e.V., 1996, S. 9

¹⁸ vgl. Bundesverband der Elterninitiativen zur Förderung Hyperaktiver Kinder e.V., 1996, S. 106

¹⁹ vgl. Grissemann, 1986, S.57

²⁰ vgl. Bundesverband der Elterninitiativen zur Förderung Hyperaktiver Kinder e.V., 1996, S. 4

²¹ Bundesverband der Elterninitiativen zur Förderung Hyperaktiver Kinder e.V., 1996, S. 37

²² vgl. Bundesverband der Elterninitiativen zur Förderung Hyperaktiver Kinder e.V., 1996, S.8

ertragen. „Diese Affektlabilität und Frustrationsintoleranz sind eigentlich typisch für das Kleinkindalter“²³ (weinen wegen Kleinigkeiten, nicht warten können, gleich zornig werden). Weiterhin weisen die Betroffenen Stimmungsschwankungen auf, die nicht berechenbar sind.²⁴ Diese Eigenschaften machen dem ADDS-Kind das Leben in der Gruppe schwer. Schnell wird es zum Außenseiter.

Gedächtnis- und Denkstörungen

Gerade in der Schule wird die Diskrepanz zwischen der zweifellos vorhandenen Intelligenz und der im Verhältnis schlechten Leistung offensichtlich.²⁵ Die Kinder sind oft überdurchschnittlich intelligent, können aber wegen mangelnder Planfähigkeit, zu großer Impulsivität oder Gedächtnisstörungen diese Intelligenz nicht umsetzen.

Allgemeine Koordinationsstörungen

Hierunter fällt unter anderem die Schwierigkeit von hyperaktiven Kindern, ihr eigenes Verhalten nicht ausreichend steuern zu können.

Weitere Faktoren, auf die hier nicht näher eingegangen werden soll sind die visumotorischen Störungen, die Sprach- und Hirnstörungen sowie die neurologischen und elektroenzephalographischen Auffälligkeiten.

Um die Auswirkungen dieser Symptome auf das Leben der Kinder und deren Eltern deutlich zu machen, folgt nun ein Auszug aus dem Bericht einer Mutter.

„Als würde er angetrieben von einem permanent auf höchsten Touren laufenden Motor, turnte er auf den Möbeln herum, balancierte auf Fensterbänken, fegte Akten vom Schreibtisch, riß alles aus Schubladen und Schränken, nur um es sofort wieder liegenzulassen.[...] Es war unmöglich, ihn zu bremsen oder seine Aktivität in sinnvolle Bahnen zu lenken. Nie saß er, wie andere Kinder, ruhig da, in ein Spiel versunken. [...] Keine Ermahnungen, keine Strafen konnten diesen Bewegungsdrang eindämmen. Sie rauschten an seinem Ohr vorbei, ohne, daß er sie aufnahm. Dabei machte er einen alles andere als glücklichen Eindruck. [...] Der Versuch, Peter mit viereinhalb Jahren in den Kindergarten zu bringen, scheiterte. Er hatte Angst. Angst vor den vielen fremden Kindern. Angst, daß etwas von ihm erwartet wurde, was er nicht leisten konnte. [...] Er war leicht gekränkt, reagierte

²³ Bundesverband der Elterninitiativen zur Förderung Hyperaktiver Kinder e.V., 1996, S. 8

²⁴ vgl. Petermann, 1994, S. 239

²⁵ vgl. Bundesverband der Elterninitiativen zur Förderung Hyperaktiver Kinder e.V., 1996, S. 4

*dann stets aggressiv und ergriff [...] die Flucht, wenn er etwas basteln sollte - von vorneherein überzeugt, daß er nichts zustande brächte. [...] War es bisher schon katastrophal gewesen, so begann unsere wahre Leidenszeit erst als Peter in die Schule mußte. [...] Peter stört permanent den Unterricht. Er steht einfach auf, läuft zum Papierkorb, schwatzt dazwischen, dreht sich zu seinem Hintermann um, knabbert am Radiergummi, spielt mit dem Bleistift und rutscht auf der Bank hin und her.*²⁶

In diesem Bericht einer leidgeprüften Mutter lassen sich die meisten der oben aufgeführten Charakteristika eines hyperaktiven Kindes erkennen. Doch dies ist nur eine Möglichkeit, wie sich diese Störung äußern kann. Nicht jeder Hyperaktive trägt die gleichen Merkmale in der gleichen Intensität in sich. Die Vielfalt der Symptomkombinationen erschwert die Erstellung einer differenzierten Diagnose sehr.

- Folgen

Eine derartig vielschichtige Störung zieht schwere Folgen für ein betroffenes Kind nach sich. Die MCD-Störung und speziell die Aufmerksamkeitsstörung sind geradezu als entwicklungsgefährdend zu betrachten. Die Betroffenen können normative Anforderungen nicht erfüllen und wichtige Entwicklungsabschnitte nur schwer erreichen (z.B. Schulabschlüsse). Auch im Bereich der sozialen Kompetenzen sind MCD-Kinder benachteiligt. Zentrale, entwicklungsrelevante Kompetenzen, die durch die Gruppendynamik vermittelt werden (z.B. soziale Konfliktregelung), bleiben für sie fast unerreichbar. Schließlich bleiben sie durch ihren Isolationsstatus eher von förderlichen Sozialkontakten ausgeschlossen. Und letzten Endes sind Hyperaktive mehr von Selektionsmaßnahmen betroffen als andere Kinder (z.B. Wiederholen einer Klasse, Sondereinrichtungen).²⁷

- Diagnostik

Um den Kindern diese Folgen zu ersparen oder sie wenigstens einzuschränken, muß frühzeitig mit einer effektiven Therapie begonnen werden. Davor steht aber die Erkennung des hyperkinetischen Syndroms als solches. Wann ist also Therapiebedarf gegeben und wann handelt es sich nur um ein sehr lebhaftes Kind. Auch hier gibt es einige Richtlinien, anhand derer sich diese Fragen beantworten lassen.

Erste Orientierungspunkte können der Schweregrad, die Dauer und die Häufigkeit des auffälligen Verhaltens sein. So wird jedes Kind von Zeit zu Zeit un aufmerksam sein,

²⁶ Grisse mann, 1986, S. 16f

²⁷ vgl. Petermann, 1994, S. 239

unkonzentriert oder zappelig. Häufen sich diese Verhaltensweisen und sind sie stark ausgeprägt, deutet dies auf eine mögliche behandlungsbedürftige Störung hin. Dennoch müssen die Symptome mindestens sechs Monate andauern und bereits vor dem siebten Lebensjahr aufgetreten sein, um auf eine mögliche MCD-Störung schließen zu können.

Zusätzlich muß die Altersangemessenheit beachtet werden. Kinder entwickeln sich zwar unterschiedlich schnell, dennoch müssen gewisse Entwicklungsstufen in einer bestimmten Zeit erreicht sein. Das kleinkindhafte Verhalten eines z.B. neunjährigen MCD-Kindes kann nicht mehr als altersangemessen betrachtet werden.

Letztendlich ist noch die Anzahl der Probleme ausschlaggebend.²⁸ Erst wenn sich die Probleme häufen, sollten die Eltern davon ausgehen, daß eine schwerwiegende Störung vorliegt. Ein lebhaftes und bewegungsfreudiges Kind gilt nicht als hyperaktiv, wenn nicht auch weitere Probleme vorliegen. Die Diagnose können Eltern jedoch nicht alleine aufstellen. Dazu muß immer eine Fachkraft zu Rate gezogen werden.

Wenn Eltern, Schule und fachkundige Hilfe zu der Feststellung gekommen sind, daß das Kind am hyperkinetischen Syndrom leidet, beginnt sofort die Suche nach den Ursachen. Und dieser Frage soll nun im Folgenden Abschnitt nachgegangen werden

3. Ursachen

Umwelt

Die Umwelt spielt bei der MCD-Störung im weitesten Sinne eine Rolle. Allerdings nimmt sie entgegen der früheren Meinung nur eine Verstärkerfunktion ein und verursacht die Hyperaktivität nicht. So wirkt sich eine nervöse Mutter auf ihr hyperaktives Kind verstärkend aus. Die mütterliche Unruhe überträgt sich auf das Kind. Es wurde beobachtet, daß die hyperaktive Störung von Kindern, die von der reizüberflutenden Großstadt auf einen ruhigen Bauernhof umgesiedelt wurden, fast gänzlich abgeklungen ist. Die Umwelt eines MCD-Kindes sollte also möglichst ruhig, ohne Streß und schnelle Reizwechsel strukturiert sein.

In der heutigen Zeit scheint das Phänomen der Hyperaktivität ein Spiegelbild unserer ruhelosen, reizgerigen und hektischen Gesellschaft zu sein. Besonders der Wegfall von Traditionen und der Mangel an Begrenzung und Halt im Elternhaus wird als Ursache hyperaktiven Verhaltens gesehen. Als Beleg können Studien über traditionsgebundene

²⁸ vgl. Wittchen, 1998, S. 243

Kulturen mit strengem Reglement angeführt werden, denn dort ist Hyperaktivität gänzlich unbekannt.²⁹

Erziehung

Wird die Störung ADDS diagnostiziert, machen sich die Eltern meist große Vorwürfe und fragen sich nach den Fehlern, die sie gemacht haben könnten. Früher wurde die Entstehung von Hyperaktivität tatsächlich auf „Erziehungsfehler, Elternproblematik, Vernachlässigung und frühkindliche Traumata“³⁰ zurückgeführt. Der angebliche Beweis für diese Anschuldigung lag in der Beobachtung der Familien. Wenn ein siebenjähriger und seine Familie endlich eine Fachkraft aufsuchen, sieht diese nur den Endzustand, nachdem die Familie sieben Jahren lang mit der Hyperaktivität gelebt hat. Und diese Krankheit hinterläßt starke Spuren in einer Familie. So wurde von schlechten Familienverhältnissen auf die Ursache der Hyperaktivität geschlossen.

Doch es gibt Studien, die belegen, daß MCD-Kinder in „heilen Familien genauso häufig vorkommen.“³¹ Oder daß es zwei Kinder in einer Familie gibt, eines mit hyperkinetischem Syndrom und ein unauffälliges Kind.

Der einzige heutige Erklärungsansatz, der in diese Richtung zielt, ist der der „ungünstigen Verstärkungsmechanismen.“³² Hierbei wird davon ausgegangen, „daß Hyperaktivität eine erlernte Reaktion sei.“³³ Eltern zeigen ihren Kindern mehr Aufmerksamkeit, wenn diese sich auffällig benehmen und die Kinder erlernen somit einerseits das hyperaktive Verhalten und andererseits können sie das aufmerksame und sozial angemessenen Verhalten nicht erlernen.³⁴ Dennoch kann man nicht davon ausgehen, daß Kinder diese Störung nur als Grund vorschieben, um mehr Beachtung zu erhalten. Denn hyperaktive Kinder leiden sehr unter diesem Zustand und bemühen sich ständig, sich anzupassen.

Nahrungsmittelallergie

Ein weiterer Ansatz will beweisen, daß allergische Reaktionen auf gewisse Nahrungsstoffe der Auslöser für Hyperaktivität seien.^{35 36} Am weitesten verbreitet ist die Phosphat-Diät. Die MCD-Kinder werden hierbei möglichst phosphatfrei ernährt. Es gibt Berichte von Fällen, in

²⁹ vgl. Bundesverband der Elterninitiativen zur Förderung Hyperaktiver Kinder e.V., 1996, S. 59

³⁰ Bundesverband der Elterninitiativen zur Förderung Hyperaktiver Kinder e.V., 1996, S. 17

³¹ Bundesverband der Elterninitiativen zur Förderung Hyperaktiver Kinder e. V., 1996, S. 17

³² Petermann, 1994, S. 245

³³ Wittchen, 1998, S. 277

³⁴ vgl. Petermann, 1994, S. 245

³⁵ vgl. Wittchen, 1998, S. 277

³⁶ vgl. Bundesverband der Elterninitiativen zur Förderung Hyperaktiver Kinder e.V., 1996, S. 17

denen diese Diät eine enorme Verbesserung hervorrief, allerdings fehlen für die Nahrungsmitteltheorie jegliche wissenschaftliche Beweise.

Stoffwechselstörung

Die Theorie der Stoffwechselstörung im Gehirn hat sich innerhalb der letzten 50 Jahre als sehr wahrscheinlich erwiesen. Es wird angenommen, daß ein genetischer Defekt zur Zeit der Gehirnentwicklung „einen Rezeptordefekt für Schilddrüsenhormone in einer speziellen Region des Stammhirns“³⁷ auslöst. Dadurch entsteht eine Funktionsstörung des Neurotransmittersystems.

Im Gehirn bestehen ca. vier Millionen Nervenfasern. Zwischen diesen Nervenfasern sind jedoch kleine Spalte, die ein elektrischer Reiz überwinden muß, um von einem Nerv zum anderen zu kommen. Dafür braucht er einen Überträgerstoff, einen Neurotransmitter. Die bekanntesten sind das Serotonin, das Dopamin und das Noradrenalin. Diese Neurotransmitter müssen auf der anderen Seite des Spalts aber wieder abgebaut werden. Liegt nun ein Fehler im Abbau oder in der Zusammensetzung der Neurotransmitter vor, kommt es zur gestörten Reizweiterleitung und Reizverarbeitung.³⁸ Es gelangen zu viele Reize in die assoziativen Bereiche des Gehirns, speziell in die hinterhirnischen Bereiche. Als Folge wird dort zuviel Glucose verbraucht (der Hauptenergieträger im Gehirn). Diese Glucose fehlt dann in den frontallhirnischen Bereichen, die für die Steuerung zuständig sind.

So entstehen die typischen Probleme der hyperaktiven Kinder; die mangelhafte Steuerungsfähigkeit oder die Schwierigkeit der Dosierung von grober Kraft.³⁹

Die eigentliche Ursache ist damit zwar noch nicht ausreichend erforscht, aber der Wirkungsablauf im Gehirn wird deutlich. Die Hauptursache für die MCD- Störung ist also eine organisch nachweisbare Fehlfunktion. Alle anderen oben genannten Ursachen tragen nur zur Verstärkung eines schon vorhandenen Defekts bei.

Die Kinder sowie die Eltern sind der Hyperaktivität jedoch nicht machtlos ausgeliefert. Es gibt vielfältige Therapieansätze mit mehr oder weniger Aussicht auf Erfolg. Einige dieser Ansätze sollen nun im Folgenden kurz vorgestellt werden.

4. Mögliche Behandlungsansätze

³⁷ Bundesverband der Elterninitiativen zur Förderung Hyperaktiver Kinder e.V., 1996, S. 36

³⁸ vgl. Bundesverband der Elterninitiativen zur Förderung Hyperaktiver Kinder e.V., 1996, S. 18

³⁹ vgl. Bundesverband der Elterninitiativen zur Förderung Hyperaktiver Kinder e.V., 1996, S. 36

Zur Behandlung des hyperkinetischen Syndroms werden eine Fülle von Therapieansätzen angeboten, manche sind eher traditionell ausgerichtet, manche basieren auf neueren und noch nicht ausreichend erprobten Verfahren.

Eine erste Hilfe, die Eltern, Lehrer und das betroffenen Kind annehmen können ist die **Beratungstherapie**. Mittelpunkt hierbei ist die themenzentrierte Beratung und nicht die Ursachenforschung. Diese Beratung klärt über die Krankheit und mögliche weitere Schritte auf. Sie gibt auch praktische Tips für den Alltag, um mit der MCD-Störung besser zurecht zu kommen.

Die **psychomotorische Therapie** setzt am unkontrollierten Bewegungsdrang der Kinder an. Mit Hilfe von Spielen, Materialien, sportlicher Betätigung und Partnerübungen sollen die entwicklungsverzögerten und noch primitiven Bewegungsmuster abgebaut werden. Im Gegenzug soll eine koordinierte Motorik, die Entwicklung von Bremskräften und das Kanalisieren des Bewegungsdrangs gefördert werden. Die Kinder werden in alters- bzw. indikationsabhängigen Gruppen von Motopäden behandelt. Diese Therapieform kann durch den zusätzlichen Einsatz einer Ergo- und Physiotherapie, die die fein- und grobmotorische Koordination fördern, unterstützt werden. So ergibt sich eine sinnvolle Behandlungsmethode, die allerdings nur die Symptome bekämpft und noch keine Ursachenforschung und eventuell Ursachenbeseitigung betreibt.⁴⁰

Eine vielfach angezweifelte Methode ist die **Entspannungstherapie**. Durch die ADDS-Störung ist der Körper in einer muskulösen und nervlichen Daueranspannung. Diese kann auch für Wutausbrüche und Aggressionen verantwortlich sein. Mit Hilfe von autogenem Training, Atemtherapien, Bioresonanztherapie und Biofeedback soll diese Anspannung gelöst werden. Die Theorie wird von Psychologen wie auch Stiftung Warentest kritisiert. Es ist unklar, ob eine Übertragung der in der Therapie erreichten Entspannung auf den Alltag überhaupt möglich ist.⁴¹

Eine weitere ungewöhnliche Therapieform ist die **Festhaltungemethode**, die in den USA von Dr. Martha Welch (Kinderpsychologin) entwickelt wurde. Ursprünglich wurde die Therapie nur bei autistischen Kindern eingesetzt, die so einen Bezug zur Außenwelt aufbauen sollten. Unter Anleitung eines Therapeuten halten Mutter oder Vater ihr Kind in engem Körperkontakt, wie eine Art Umarmung. Das Halten soll nicht als Strafe betrachtet werden sondern unter dem Motto: Ich habe dich lieb, also halte ich dich fest. Oft kommt es zu Geschrei und heftigen Kämpfen und das Halten muß solange fortgesetzt werden, bis der Widerstand aufhört und in

⁴⁰ vgl. Bundesverband der Elterninitiativen zur Förderung Hyperaktiver Kinder e. V., 1996, S. 48

⁴¹ vgl. Bundesverband der Elterninitiativen zur Förderung Hyperaktiver Kinder e. V., 1996, S. 49

zufriedene Erschöpfung übergeht.⁴² Die Grundidee des Kontakts und des Haltgebens mag gerade bei Hyperaktiven sehr hilfreich sein, dennoch ist von dieser Methode abzuraten. Sie ist wissenschaftlich nicht überprüft, nicht alle Eltern sind für diese Therapieform geeignet und der kleinste Fehler hinterläßt für immer Spuren in der Würde des Kindes.⁴³

Neben diesen unkonventionellen Therapieformen gibt es noch weitere, sehr sinnvolle Methoden. Hierzu zählen das Erstellen eines Erziehungskonzepts und Lenkung des Freizeitbereichs, verschiedene Formen der Beschäftigungstherapie, die Behandlung spezieller Teilleistungsstörungen und nicht zuletzt die Verhaltenstherapie, auf die im zweiten Teil dieser Arbeit eingegangen wird.⁴⁴ Zuvor soll jedoch noch eine andere Behandlungsart angesprochen werden, die medikamentöse Behandlung.

Entgegen aller Vorurteile ist im Falle der MCD-Störung die **medikamentöse Behandlung** sehr erfolgreich und weit verbreitet. Zusammengefaßt werden drei verschiedene Arten von Medikamenten verabreicht. Tranquilizer führen zur Beruhigung und Entspannung und werden nur bei leichter Symptomatik eingesetzt. Die Wirkung von Antidepressiva ist dreifacher Art: stimmungsaufhellend, angstreduzierend und aktivitätssteigernd.

Das Feld wird jedoch von den Stimulantien beherrscht.⁴⁵ Ursache der Hyperaktivität ist nach neuesten Erkenntnissen eine Stoffwechselstörung im Gehirn. Der Neuro-transmitterhaushalt ist nicht im Gleichgewicht und es kommt zur gestörten Reizweiterleitung. An diesem Punkt setzen die Stimulantien, die zur Gruppe der Amphetamine gehören, an. Chemisch gesehen sind die Stimulantien dem Dopamin und Noradrenalin (Neurotransmitter) sehr ähnlich. Das Paradoxe ist nun, daß die Gabe von noch mehr Neurotransmittern in Form von Stimulantien den Pegel im Gehirn keineswegs überlastet. Durch eine Umkehrwirkung wird die Gehirnaktivität auf Normalzustand reguliert.⁴⁶ Es entsteht eine entscheidende Verbesserung der Symptome beim behandelten Kind.

Die Stimulantien, in den meisten Fällen handelt es sich um das Medikament Ritalin, können die Symptome um bis zu 80% verbessern. Die Aggressivität, die Impulsivität und die zwecklose Aktivität sinkt, während die Aufmerksamkeitsspanne steigt.⁴⁷ Da das Medikament seinen Wirkungsschwerpunkt im cerebralen Bereich hat, sind die Nebenwirkungen auf andere Organe gering.⁴⁸ Die wesentlichen Nebenwirkungen sind Appetitlosigkeit, eventuelle Schlafstörungen und Gewichtsverlust. Eine weitere Eigenart des Ritalin ist die Verlangsamung

⁴² vgl. Bundesverband der Elterninitiativen zur Förderung Hyperaktiver Kinder e.V., 1996, S. 93

⁴³ vgl. Bundesverband der Elterninitiativen zur Förderung Hyperaktiver Kinder e.V., 1996, S. 50

⁴⁴ vgl. Bundesverband der Elterninitiativen zur Förderung Hyperaktiver Kinder e.V., 1996, S. 19

⁴⁵ vgl. Grissemann, 1986, S. 242

⁴⁶ vgl. Bundesverband der Elterninitiativen zur Förderung Hyperaktiver Kinder e.V., 1996, S. 32

⁴⁷ vgl. Wittchen, 1998, S. 277

der Wachstumsrate der Kinder. Alle Störungen verschwinden jedoch mit dem Absetzen des Präparats und auch das versäumte Wachstum wird dann nachgeholt.

Das Erstaunliche an diesem Medikament ist seine unterschiedliche Wirkungsweise auf Kinder und Erwachsene. Bei Erwachsenen haben Stimulantien ein hohes Suchtpotential. Auf Kinder dagegen hat dieser Aspekt keinen Einfluß, es kommt in keinem Fall zu einer Abhängigkeit. Mit dem Einsetzen der Pubertät geht dieser Effekt verloren, so daß größte Vorsicht geboten ist.⁴⁹

Obwohl sich diese Behandlung als die anscheinende Lösung aller Probleme von Hyperaktiven aufdrängt, ist Vorsicht geboten. Psychopharmaka sollten bei Kindern nur nach reiflicher Überlegung und in Absprache mit einem Arzt eingesetzt werden. Eine pädagogisch-psychologische Therapie können sie in keinem Fall ersetzen.

3. Verhaltenstherapie

1. Einführung

Es sind viele verschiedene Behandlungsansätze entwickelt worden, um Kindern mit psychischen Störungen zu helfen. Ihnen gemeinsam ist das Ziel der Symptombefreiung und der Förderung des Kindes.⁵⁰

Die Verhaltenstherapie ist eine dieser Interventionsmöglichkeiten. Sie wird als eine psychotherapeutische Grundorientierung verstanden und hat seit Jahrzehnten ihren festen Platz in der psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung.⁵¹ Verhaltenstherapie will gezielt Verhaltensweisen ändern, und zwar mit Hilfe der Anwendung der Gesetzmäßigkeiten der modernen Lerntheorien.⁵² Die Verhaltenstherapie setzt also Methoden, wie z.B. argumentierende Belohnungen ein, damit der Klient sein Verhalten ändert.⁵³ Die heutige Verhaltenstherapie konzentriert sich größtenteils auf Selbst- und Impulskontrolle, womit sie für die Behandlung Hyperaktiver besonders geeignet ist.⁵⁴ Die Programme für Erwachsene sind durch eine individuelle Anpassung auch für die Kinderpsychotherapie geeignet. Und

⁴⁸ vgl. Bundesverband der Elterninitiativen zur Förderung Hyperaktiver Kinder e.V., 1996, S. 32

⁴⁹ vgl. Grisseemann, 1986, S. 243

⁵⁰ vgl. Wittchen, 1998, S. 248

⁵¹ vgl. Fliegel, 1994, S. 7

⁵² vgl. Remschmidt, 1997, S. 97

⁵³ vgl. Wittchen, 1998, S. 278

⁵⁴ vgl. Bundesverband der Elterninitiativen zur Förderung Hyperaktiver Kinder e.V., 1996, S. 45

gerade die Verhaltenstherapie kann hier bei der Behandlung hyperaktiver Kinder große Erfolge aufweisen.⁵⁵ Daher wird im Folgenden die Behandlung durch den verhaltenstherapeutischen Ansatz ausführlich dargestellt. Zunächst sollen die Grundlagen der Verhaltenstherapie erläutert werden.

2. Grundlagen der Verhaltenstherapie

Bereits vor 90 Jahren wurde die erste Kinderverhaltenstherapie von Lightner Witmer publiziert. 17 Jahre später wurde ein Junge, der an einer Phobie litt, von Mary Cover Jones erfolgreich mit systematischer Desensibilisierung behandelt. Doch diese Ansätze von Kinderverhaltenstherapie fanden kaum Beachtung und wurden nicht in der Masse angewandt, sondern sind als Einzelfälle zu sehen. Auch noch Ende der 60er Jahre existierten gerade 70 Artikel zum Thema der Kinderverhaltenstherapie. Heute ist die Menge an Literatur fast unüberschaubar. Zuerst wurde die Verhaltenstherapie ausschließlich bei Kindern mit Ängsten oder verminderter Intelligenz eingesetzt, heute kann fast jede psychische oder psychosomatische Störung mit diesem Ansatz behandelt werden.⁵⁶

Eine der wichtigsten Grundlagen des verhaltenstherapeutischen Ansatzes sind die modernen Lerntheorien. Es handelt sich um die Theorien des kognitiven Lernens, des Modelllernens, des operanten oder instrumentellen Lernens und des **klassischen Konditionierens**.

Letztere besagt, daß ein Organismus die Assoziation von Reizen erlernt. Diese Theorie geht auf die Arbeiten des russischen Physiologen Pawlow („pawlowscher Hund“) zurück. Zusammenfassend kann man aus der Theorie folgende Gesetzmäßigkeit ableiten: „Wird ein Reiz, der im Organismus eine unwillkürliche Reaktion auslöst, wiederholt in raum-zeitlicher Nähe mit einem neutralen Reiz dargeboten, so führt in der Folge bereits die Darbietung des neutralen Reizes zu Auslösung der unwillkürlichen Reaktion“.⁵⁷ Diese Konditionierungen können vor allem beim Lernen von Gefühlen und bei gefühlsbetonten Störungen, vor allem bei Ängsten, eine Rolle spielen. Anhand dieses Modells werden schnell und fast automatisch die Reaktionen auf einen Reiz erlernt.⁵⁸

Nach der Theorie des **instrumentellen Konditionierens** dagegen erlernt ein Organismus Verhaltensregeln aufgrund von darauffolgenden Konsequenzen (Skinner: Lernen am Erfolg).

⁵⁵ vgl. Bundesverband der Elterninitiativen zur Förderung Hyperaktiver Kinder e.V., 1996, S. 51

⁵⁶ vgl. Petermann, 1997, S. 23

⁵⁷ Remschmidt, 1997, S. 98

⁵⁸ vgl. Fliegel, 1994, S. 10

Die Konsequenzen nach einem bestimmten Verhalten bestimmen also die Auftretenswahrscheinlichkeit dieses Verhaltens.⁵⁹ Wirken die Konsequenzen wie eine Belohnung, spricht man von positiven Verstärkern, wirken sie bestrafend, von negativen Verstärkern.⁶⁰

Das **Modelllernen** ergänzt diese beiden Theorien um einen wichtigen Aspekt des Lernens. Denn der Mensch lernt zusätzlich durch die Beobachtung, ohne daß er das Verhalten selbst ausführen muß. Modelllernen funktioniert auch ohne verbale Kommunikation, z.B. bei autistischen oder tauben Kindern.

Die Vertreter der **kognitiven Lerntheorien** begreifen den Organismus nicht als eine „black box“, auf die Umweltreize einfließen und so Veränderungen hervorrufen. Nach der kognitiven Lerntheorie ist „Lernen das Ergebnis eines Informationsverarbeitenden Prozesses. Dieser Prozeß wird durch Erwartungshaltungen, Annahmen über die eigene Person und die Umwelt oder Selektion von Wahrnehmungs- und Gedächtnisinhalten entscheidend beeinflusst“.⁶¹ In der Therapie soll also zuerst eine kognitive Umstrukturierung erfolgen, die sich dann modifizierend auf das Verhalten, auf emotionale oder auch auf physiologische Prozesse auswirken.⁶²

Auf diesen Lerntheorien basieren die Therapieprogramme des verhaltenstherapeutischen Ansatzes. Eine andere Grundlage der Therapie ist die Sichtweise psychischer Störungen dieser Richtung.

Die psychischen Störungen werden durch Umwelteinflüsse verursacht, manipuliert und verstärkt. Doch die Klassifizierung einer Störung kann erst vorgenommen werden, wenn sie im Vergleich zum sozialen Umfeld als nichtnormal beschrieben wird. Als nichtnormales Verhalten können Gedanken, Gefühle, körperliche Reaktionen oder Lebenskonzepte gelten; das ganze Spektrum beobachtbaren Verhaltens.⁶³

Ebenso weitreichend ist in dieser Theorierichtung die menschliche Persönlichkeit definiert. Sie wird als ein komplexes System von unterschiedlichen Verhaltensweisen in bestimmten Situationen erklärt. Der Mensch hat also keinen genau eingeschränkten Charakter, sondern definiert sich über verschiedenen Reaktionen, Gefühle und Gedanken in verschiedenen Situationen.⁶⁴

⁵⁹ vgl. Remschmidt, 1997, S. 98

⁶⁰ vgl. Fliegel, 1994, S. 11

⁶¹ Remschmidt, 1997, S.99

⁶² vgl. Remschmidt, 1997, S.99

⁶³ vgl. Fliegel, 1994, S. 14

⁶⁴ vgl. Fliegel, 1994, S. 16

Auch diese Hintergründe müssen bei der Erstellung des Therapieplans beachtet werden. Im Großen und Ganzen kann man den diagnostisch-therapeutischen Prozeß in der Verhaltenstherapie auf sechs Schritte reduzieren.⁶⁵

- Der erste Schritt ist eine Problembeschreibung; das Problem soll genau benannt werden.
- Darauf folgt die Problemanalyse, die feststellen soll, warum das Problem heute da ist und was es aufrecht erhält.
- Als dritter Schritt soll das Therapieziel analysiert werden.
- Schließlich muß ein Planung der sinnvollen Verfahren durchgeführt werden. Der Einsatz welcher Verfahren und Methoden und in welcher Reihenfolge und Intensität kann helfen, das Therapieziel zu erreichen.
- Dazu gehört als nächster Schritt natürlich die Durchführung der Behandlung.
- Als Letzter und sechster Schritt soll eine Erprobung und Bewertung der Veränderungsschritte stattfinden.

All diese Konzepte und Theorien gelten sowohl für die Erwachsenen- also auch die Kinderverhaltenstherapie. Die Therapie für Kinder muß jedoch in entscheidenden Punkten auf die jungen Patienten abgewandelt werden.

So muß das Verhältnis von Kind oder Jugendlichen zum Therapeuten genau festgelegt sein. Denn obwohl die Eltern an der Behandlung beteiligt sein sollen, muß dem Kind das Recht der Schweigepflicht des Therapeuten zustehen. Die Therapeuten müssen sich bemühen, ein vertrauensvolles Verhältnis zu den Kindern aufzubauen, so daß sie ungezwungen über alle Probleme sprechen können. Dabei müssen die Kinder darauf vertrauen können, daß diese Probleme nicht an die Eltern weitergegeben werden. Desweiteren muß der Therapeut klarmachen, daß er nicht als der Bestrafter gelten will und auch kein normiertes Verhalten erzwingen will. Der Therapeut soll zu einer Art Lehrer- oder Elternfigur für das Kind werden. So kann eine Verhaltenstherapie unter besten Bedingungen begonnen werden.⁶⁶

Um die Therapie weiter zu spezialisieren, soll nun besonders auf die Therapie mit hyperkinetischen Kindern eingegangen werden. Vorerst sollen Grundsätze dargestellt werden, die sich durch die gesamte Behandlung mit Hyperaktiven hindurch ziehen sollen. Diese Regeln für den konsequenten Umgang mit hyperaktiven Kindern wurden von Barkley 1989 aufgestellt.⁶⁷

- Regeln, Instruktionen und Anweisungen sollten immer klar und kurz formuliert sein und möglicherweise durch audiovisuelle Methoden unterstützt werden.

⁶⁵ vgl. Fliegel, 1994, S. 22

⁶⁶ vgl. Wittchen, 1998, S. 249

- Konsequenzen sollen schnell und sofort eingesetzt werden, d.h. zeitnah zum jeweiligen Zielverhalten.
- Konsequenzen sollen häufiger als bei anderen Kindern eingesetzt werden, damit die niedrige Motivation der Hyperaktiven kompensiert wird.
- Reaktionen und Konsequenzen sollen intensiver, stärker und größer sein als im Umgang mit normalen Kindern.
- Konsequenzen mit bestrafendem Charakter sollen in positive Abläufe eingebaut sein. Es gilt: positives vor negativem.
- Durch die schnell eintretenden Sättigungs- und Gewöhnungseffekte bei Hyperaktiven sollen Belohner und Verstärker häufig gewechselt werden.
- Hyperaktive können sich leichter auf veränderte Abläufe umstellen, wenn diese vorher geplant waren und zeitlich vorstrukturiert sind.

Diese Regeln sind im Umgang mit hyperaktiven Kindern zu beachten. Nur dann kann ein Erfolg durch die Behandlung eintreten. Im Folgenden sollen nun die einzelnen Behandlungsmethoden vorgestellt werden.

3. Verhaltenstherapeutische Methoden

Obwohl von den behandelten Fällen ein deutliches Übergewicht medikamentös⁶⁸ angegangen wird, gibt es eine Reihe erfolgversprechender verhaltenstherapeutischer Ansätze.

Die erste traditionelle Gruppe von Methoden gehört zu den **operanten Verfahren**. Diese Verfahren dienen zum Auf- oder Abbau von Verhaltensstrukturen und basieren auf der Theorie von Skinner (Lernen am Erfolg).⁶⁹ Operante Verfahren definieren sich hauptsächlich durch den hohen Anteil an Fremdsteuerung innerhalb der Therapie. Daher sind sie besonders gut für Patienten geeignet, die aufgrund einer Störung nur „in begrenztem Umfang Eigenkontrolle aufbringen“⁷⁰ können. Dieses Defizit wird dann durch die Fremdkontrolle der operanten Verfahren kompensiert.

Im allgemeinen funktionieren diese Verfahren nach einem einheitlichen Prinzip. Der Therapeut verstärkt erwünschte Verhaltensweisen mit Hilfe von Verstärkern. Unerwünschte Verhaltensweisen werden entweder durch Nichtbelohnung oder durch

⁶⁷ vgl. Remschmidt, 1997, S. 349

⁶⁸ vgl. Petermann, 1994, S. 253

⁶⁹ vgl. Remschmidt, 1997, S. 101

⁷⁰ Remschmidt, 1997, S. 103

Aufmerksamkeitsentzug unterbunden.⁷¹ Dazu wird zwischen dem Kind und dem Therapeut eine Art Vertrag geschlossen. Darin wird festgelegt, welches Zielverhalten angestrebt und welche Verstärker dafür gegeben werden.⁷² Die Verstärker müssen für das Kind natürlich so attraktiv wie möglich gemacht werden. Speziell bei der Behandlung hyperaktiver Kinder ist deren kurze Aufmerksamkeitsspanne mit einem entsprechend attraktiven Verstärker zu kompensieren, um dem Kind überhaupt einen Reiz für die Leistung zu bieten. Ebenso müssen die Belohner schnell, eindeutig und klar eingesetzt werden, da hyperaktive Kinder sie sonst nicht mit ihrem Verhalten in Verbindung bringen.⁷³

Eine Möglichkeit, Verstärker einzusetzen, ist das **Token-Programm**. Hier ist der Belohner generalisiert, z.B. in Form von Plastikchips oder Puzzleteilen. Das Kind erhält diese Verstärker vom Therapeuten und kann sie z.B. bei den Eltern gegen primäre Verstärker (Süßigkeiten, Fernsehen) eintauschen. Oft ist dieses Token-Programm in geschlossenen Institutionen zu finden, weil dort die Versorgung mit Primärverstärkern nicht so gut gewährleistet ist.⁷⁴

Eine andere Methode ist die der **sozialen Verstärkung**. Sie erweist sich meist als wirksamste Form der Verstärkerverfahren. Hierbei wird das Zielverhalten durch Aufmerksamkeit, Lob, Ermutigung oder gemeinsame Tätigkeiten bestärkt. Folglich kann auch Entzug von Aufmerksamkeit als negativer Verstärker eingesetzt werden.

Dieser Entzug ist als eigene Methode unter dem Namen **Time Out** bekannt. Durch das Herausnehmen des Kindes aus einer eskalierten Situation (Wutanfall, aggressive Auseinandersetzung) findet ein plötzlicher Entzug von Aufmerksamkeit und Zuwendung statt. Dies ist oft die einzige Möglichkeit, solche Situationen zu beenden oder überhaupt eingreifen zu können.⁷⁵ Das Kind soll für eine kurze Zeit an einem möglichst langweiligen Ort zum Nachdenken angeregt werden. Dem Kind muß aber klar werden, warum es jetzt alleine gelassen wird und daß dies keine Strafe sein soll. Diese Methode muß konsequent durchgeführt werden, denn einige Kinder brauchen lange, bis sie den Widerstand aufgeben und die Zeit für produktives Nachdenken nutzen. Ebenso muß dem Kind vorher klar sein, welches Verhalten zum Time out führt.⁷⁶

Die Methode des „**Response cost**“ ist eine weitere Art des Verstärkerentzugs und arbeitet mit der Rückgabe von Verstärkern. Auch hier werden generalisierte Verstärker

⁷¹ vgl. Remschmidt, 1997, S. 348

⁷² vgl. Remschmidt, 1997, S. 101

⁷³ vgl. Remschmidt, 1997, S. 349

⁷⁴ vgl. Remschmidt, 1997, S. 101

⁷⁵ vgl. Remschmidt, 1997, S. 349

⁷⁶ vgl. Bundesverband der Elterninitiativen zur Förderung Hyperaktiver Kinder e.V., 1996, S. 53

eingesetzt, die das Kind zu Beginn einer Sitzung erhält. Für jede Nichtbefolgung von vorher festgelegten Regeln muß das Kind einen Chip abgeben. Die Chips, die am Ende der Sitzung noch vorhanden sind, kann das Kind gegen primäre Verstärker eintauschen oder sparen.

Wichtig bei allen Methoden ist jedoch das schrittweise vorgehen. Es ist nicht möglich, von hyperaktiven Kindern gleich die Beseitigung des größten Problems zu erwarten. Die Basis operanter Verfahren ist die Verstärkung positiven Verhaltens. Wenn ein Kind die Regeln nicht einhalten kann, kann es auch nicht belohnt werden. Daher ist es wichtig, mit kleinen Problemen zu beginnen, um den Kindern ein Erfolgserlebnis zu ermöglichen.⁷⁷

Im Gegensatz zu den fremdsteuernden Methoden der operanten Verfahren sind die **kognitiv-behavioralen Methoden** auf die Selbststeuerung ausgerichtet. Diese Verfahren helfen den Kindern dabei, ihr eigenes Verhalten „mit Hilfe von Selbstverbalisation und -instruktion zu beeinflussen.“⁷⁸ Die Abhängigkeit vom Therapeuten soll so gemindert und das Selbstvertrauen der Kinder gestärkt werden. Meist sind die Methoden auch im Alltag bei Problemen einfach einzusetzen.⁷⁹

Das wichtigste Verfahren dieser Kategorie ist die **Selbstverbalisation** nach Meichenbaum. Gegen ihre Impulsivität lernen die Kinder hier, zwischen den ersten Impuls und die Ausführung eine Reihe von Überlegungen zu stellen. Zuerst beobachten die Kinder den Therapeuten, wie er eine Aufgabe ausführt und dabei jeden einzelnen Schritt kommentiert. Er leitet also sein Verhalten, indem er sich selbst laut Anweisungen gibt.⁸⁰ Hierbei ist es sehr hilfreich, die Sprache durch anschauliche Materialien wie Spiele, Comics oder Karten zu unterstützen.⁸¹ Es wird aber auch verbalisiert, wie er mit Fehlern oder Unsicherheiten umgeht ohne aufzugeben und die Aufgabe einfach sein zu lassen. Nachdem das Kind den Therapeuten nur beobachtet hat, tritt es jetzt selbst in Aktion und führt die gleiche Aufgabe durch, ebenfalls mit der lauten Verbalisation. Das Ziel ist, daß das Kind schließlich nur noch flüsternde Selbstinstruktionen vornimmt und dann diese Instruktionen nur noch denkt. Der Erfolg basiert darauf, daß in diesem Programm gleich drei Probleme der MCD-Störung angegangen werden: der Mangel an Impulskontrolle, die Aufmerksamkeitsdauer und die Anstrengungsfähigkeit.⁸²

Ein weiteres Verfahren, das für die Behandlung hyperaktiver Kinder geeignet ist, ist der **Aufbau sozialer Kompetenzen**. Da Hyperaktive besonders schlecht soziale Probleme

⁷⁷ vgl. Remschmidt, 1997, S. 349

⁷⁸ Petermann, 1997, S. 10

⁷⁹ vgl. Remschmidt, 1997, S. 105

⁸⁰ vgl. Bundesverband der Elterninitiativen zur Förderung Hyperaktiver Kinder e.V., 1996, S. 52

⁸¹ vgl. Remschmidt, 1997, S. 106

⁸² vgl. Bundesverband der Elterninitiativen zur Förderung Hyperaktiver Kinder e.V., 1996, S. 52f

lösen können, müssen sie dies durch eine unterstützende Therapie kompensieren. Die Kinder sollen hier mit Hilfe verschiedener Prinzipien und Methoden ein angemessenes, sozial kompetentes und persönlich zufriedenstellendes Verhalten im sozialen Umgang mit anderen erlernen und gleichzeitig soziale Ängste abbauen. Die soziale Wahrnehmung der Kinder soll geschult werden und es werden spezielle Verhaltensübungen durchgeführt.⁸³

Die Verhaltenstherapie mit Kindern bietet noch weitere Verfahren, die aber im Umgang mit hyperaktiven Kindern nicht geeignet sind. Es handelt sich um die systematische Desensibilisierung, Entspannungsverfahren, Konfrontationsverfahren oder spezielle Problemlösetechniken.

Im Umgang mit ADDS-Kindern kann man nicht von der einen richtigen Therapieform sprechen. Hier ist ein multimodaler Ansatz gefragt.⁸⁴ Das breite Spektrum der Krankheit fordert auch eine Vielfalt an Interventionen. Zusätzlich muß die Elternebene berücksichtigt werden, um auch den Alltag des Kindes umzustrukturieren. Oft ist eine Kombination mehrerer Therapien hilfreich. Im Abschnitt 2.4. "Mögliche Behandlungsansätze" wurden einige Begleittherapien vorgestellt, die sich mit der Verhaltenstherapie kombinieren lassen.

4. Kritik, Ergebnisse, Aussichten

In dieser Zusammenfassung soll als erstes die Kritik an der Verhaltenstherapie allgemein erfolgen. Die wichtigsten und häufigsten Kritikpunkte an der Therapierichtung werden im Folgenden aufgeführt.

Ein Vorwurf lautet, daß die Verhaltenstherapie nur zu einer Symptomverschiebung führt. Da sich die Verhaltenstherapie nicht um Ursachenforschung kümmert und nur die Symptome behandelt, besteht der Vorwurf, daß die Ursachen nicht beseitigt werden und nur oberflächlich therapiert wird. Jedoch haben Langzeitstudien bewiesen, daß behandelte Patienten ihr verändertes Verhalten für mindestens fünf Jahre und länger beibehalten konnten. Zusätzlich führt eine Behandlung spezifischer Probleme meist zu einer Verbesserung weiterer Schwierigkeiten. Im Falle der hyperaktiven Kinder wären das zum Beispiel verbesserte

⁸³ vgl. Petermann, 1997, S. 11

⁸⁴ vgl. Petermann, 1997, S. 14

Sozialkontakte, mehr Freunde, die dann wiederum positiv auf die Motivation der Kinder wirken.⁸⁵

Ein weitere Kritikpunkt besteht in dem Vorwurf, Verhaltenstherapie passe an und manipulierte. Besonders im Falle der Token-Programme wird dieser Vorwurf laut. Das Kind wird nur dann materiell belohnt, wenn es sich an die normale Verhaltensweisen angepaßt hat. Jedoch kann man auch hier sagen, daß es sich bei Hyperaktiven um Extremverhalten handelt, daß nicht normiert, sondern auf ein lebbares Maß reduziert werden soll. Und zwar im Sinne des Wohls des Kindes. Daß es auch hier Mißbrauch gibt, zum Beispiel die Anwendung von Verfahren, um auf geschlossenen Abteilungen Ruhe und Ordnung zu bewahren, ist nicht das Problem einer ganzen Therapierichtung.⁸⁶

Dennoch muß gesagt werden, daß die Verhaltenstherapie als Basis in der Behandlung der hyperkinetischen Störung große Erfolge aufweisen kann. Am wirksamsten sind jedoch Kombinationsverfahren, das heißt eine Verknüpfung von Verhaltenstherapie und Begleittherapien und auch medikamentöser Behandlung. Wichtig ist auch die gleichzeitige Elternarbeit. Um ihre Wirkung entfalten zu können, müssen die Therapien über einen langen Zeitraum durchgeführt werden und in manchen Fällen immer wieder wiederholt werden. Damit haben die Betroffenen, die Eltern und das Umfeld einen langen Weg vor sich, der sich jedoch in den meisten Fällen lohnt.⁸⁷

Denn die Aussichten für Hyperaktive Kinder sind nicht so schlecht wie man annehmen könnte. Obwohl die Krankheit noch nicht heilbar ist, können mehr als 50% der Betroffenen im Erwachsenenalter ein relativ normales Leben führen. Etwa 30% der auffälligen Kinder, speziell mit aggressivem Verhalten, werden später allerdings eine Neigung zu Suchtkrankheiten und Kriminalität aufweisen. Aber viele der Betroffenen können im Berufsleben sehr erfolgreich sein und zeichnen sich durch besondere Leistungen aus.⁸⁸

Denn Hyperaktive haben auch viele positive Eigenschaften, die hier von Bedeutung sein können: Einfallsreichtum, Beweglichkeit, Intuition, Warmherzigkeit, offenes Zugehen auf andere, Humor, Risikobereitschaft, Kreativität, Begeisterungsfähigkeit, originelles Problemlösen und eine unerschöpfliche Energie.⁸⁹ Manche können durch einen Lebensstil, durch den sie ständig in Bewegung sind, oder einen rastlosen Beruf ihre Schwierigkeiten zum Vorteil machen.

⁸⁵ vgl. Fliegel, 1994, S. 85

⁸⁶ vgl. Fliegel, 1994, S. 85f

⁸⁷ vgl. Remschmidt, 1997, 355

⁸⁸ vgl. Wittchen, 1998, S. 278

⁸⁹ vgl. Bundesverband der Elterninitiativen zur Förderung Hyperaktiver Kinder e.V., 1996, S. 46

Voraussetzung hierfür ist aber immer eine frühzeitig begonnene Therapie, denn nur wenn die Betroffenen gelernt haben, mit der Hyperaktivität zu leben und mit ihr umzugehen, können sie sie im Griff behalten.

Literaturverzeichnis:

- Bundesverband der Elterninitiativen zur Förderung Hyperaktiver Kinder e.V.(Hrsg.): Unser Kind ist hyperaktiv! Was nun? Forchheim 1996
- Fliegel Steffen: Verhaltenstherapie, München 1994
- Grissemann Hans: Hyperaktive Kinder, Bern 1986
- Petermann Franz (Hrsg.): Kinderverhaltenstherapie, Hohengehren 1997
- Petermann Franz (Hrsg.): Verhaltenstherapie mit Kindern, Baltmannsweiler 1994
- Remschmidt Helmut (Hrsg.): Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, New York 1997
- Wittchen Hans-Ulrich: Handbuch psychische Störungen, Weinheim 1998