

Ein prozessorientiertes Modell für die Diagnostik und Intervention von ADHS-relevanten Verhaltensweisen bei hörgeschädigten Kindern

Manfred Hintermair

Der folgende Beitrag befasst sich ausschließlich mit der knappen Skizzierung eines Prozessmodells, das sich in der Arbeit mit hörgeschädigten Kindern als hilfreich erweisen könnte, bei denen Verhaltensweisen im Unterricht oder im Alltag zu beobachten sind, die mögliche Hinweise auf eine ADHS-relevante Symptomatik enthalten. Vorausgesetzt werden somit Kenntnisse über das, was in der allgemeinen wissenschaftlichen wie gesellschaftlichen Diskussion unter ADHS alles (miss)verstanden wird (Erscheinungsbild, Prävalenz, Ursachen etc.) ebenso, warum in der Zusammenarbeit mit hörgeschädigten Kindern vor allem die diagnostischen Herausforderungen einer besonderen Kompetenz bedürfen, um nicht Fehlschlüssen zu erliegen.

Es sei in diesem Zusammenhang auf zwei aktuelle Artikel in der Fachzeitschrift „hörgeschädigte Kinder – erwachsene hörgeschädigte“ verwiesen, in denen auf der Basis der vorhandenen (zumeist englischsprachigen) Fachliteratur ein kompakter und zusammenfassender Überblick zu ADHS im Kontext von Hörschädigung zur Verfügung gestellt wird (Hintermair, 2009; Hintermair & Jókay, 2009). Es wird dort zwar auch schon auf diagnostische und pädagogisch-therapeutische Bausteine verwiesen, es werden aber diese verschiedenen Elemente nicht gezielt in einen systematischen prozessorientierten Zusammenhang gebracht.

Die soll im Folgenden geschehen mit Rückgriff auf Vorstellungen von Kelly et al. (1993),

die in Kooperation mit der Illinois School for the Deaf den Versuch unternommen haben, ein strategisches Konzept zu entwickeln und zu erproben sowie auch unter Berücksichtigung einer Arbeit von O'Connell und Casale (2004).

Das Modell

Abbildung 1 zeigt das Prozessmodell, das die wesentlichen Schritte skizziert, die zu gehen sind, um mit Verhaltensweisen im Umkreis von ADHS adäquat umzugehen.

Ausgangspunkt ist ein hörgeschädigtes Kind, das Verhaltensweisen im Unterricht zeigt, die mit Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität assoziiert sind und im Sinne der Gesamtentwicklung des jeweiligen Kindes Anlass dazu geben, diese Verhaltensweisen einer genaueren und differenzierteren Betrachtungsweise zuzuführen. Am Ende dieses Prozesses muss nicht notwendigerweise und zwingend das diagnostische Etikett „ADHS“ stehen. Viel wichtiger als ein Name oder eine Bezeichnung ist es, das Phänomen zu verstehen. Dies bedeutet, seine Entstehungsprozesse mit in die Diagnose einzubeziehen sowie die mit der Problematik in Verbindung stehenden Interaktionsprozesse zu thematisieren.

Dieser grundsätzlich gültigen Maxime ist bei der diagnostischen Begutachtung von hörgeschädigten Kindern aufgrund des Wissens um mögliche Beeinträchtigungen ihrer Entwicklungssituation besondere Aufmerksamkeit zu schenken, da zahlreiche Verhaltensweisen, die

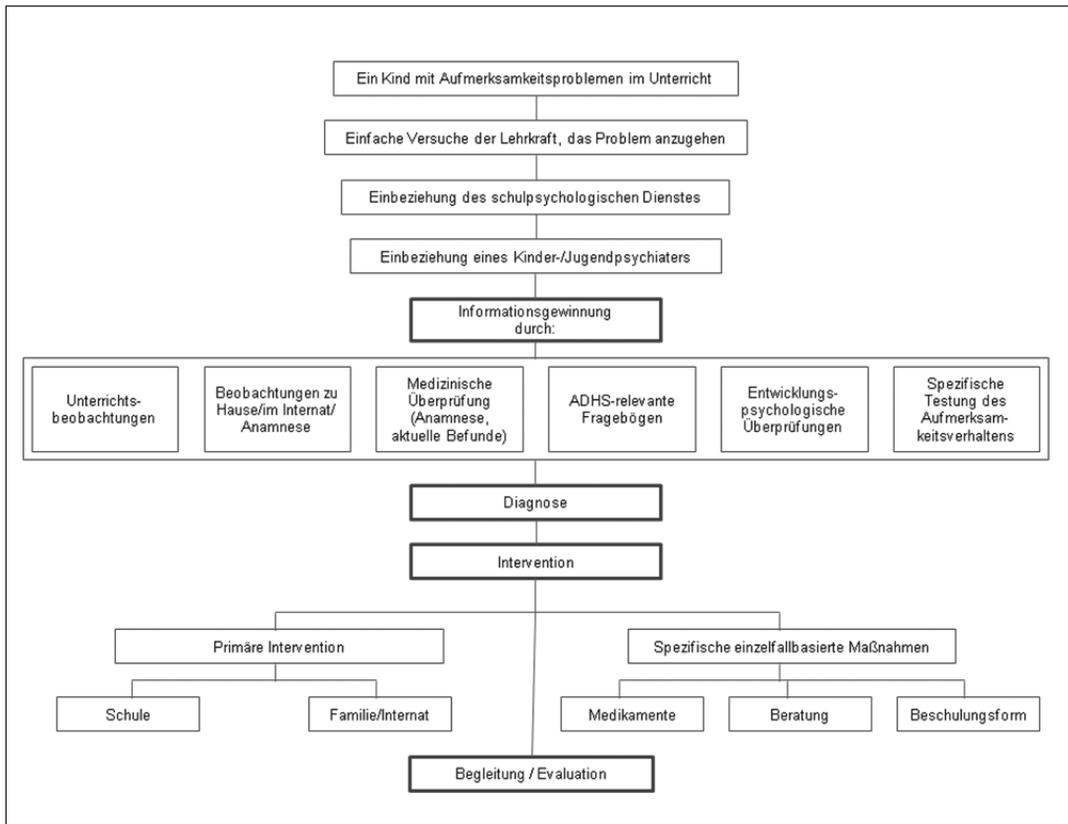


Abb.1 Prozessmodell zur Diagnostik und Intervention bei hörgeschädigten Kindern mit ADHS-relevanten Verhaltensweisen (nach Kelly et al., 1993)

bei hörenden Kindern als relevante Hinweise für eine ADHS-Problematik gewertet werden können, bei hörgeschädigten Kindern normale und im Sinne der Hörbeeinträchtigung durchaus sinnvolle Verhaltensweisen sein können (vgl. dazu ausführlich Hintermair, 2009, S. 8). Das gilt es differenziert abzuklären. O'Connell und Casale (2004) betonen in diesem Zusammenhang, dass häufig Fachper-

sonal an Schulen (Lehrer, Internatserzieher etc.) zu voreilig davon ausgeht, dass die Kommunikationsbedingungen für hörgeschädigte Kinder in zufriedenstellendem Ausmaß gegeben seien, „so it is of vital importance that they carefully and systematically evaluate these environments prior to suggesting consideration of an ADHD diagnosis“ (S. 263). Erst wenn also abgesichert ist, dass sowohl in der

Schule als auch im Elternhaus angemessene Kommunikationsbedingungen gewährleistet sind, aber die Aufmerksamkeits- und Verhaltensdefizite des Kindes immer noch einen Fortschritt in seiner Entwicklung behindern, sollte die Diagnose einer ADHS-Störung in Betracht gezogen werden. Der in Abbildung 1 als erstes zu verfolgende Schritt ist demnach, konkret die Kommunikationsbedingungen und -kompetenzen des Kindes und seines mit ihm interagierenden Umfelds zu überprüfen und dabei gleichzeitig zu schauen, ob sich durch darauf bezogene gezielt angelegte Optimierungsversuche auch entsprechende positive Verhaltensänderungen bei dem Kind beobachten lassen.

Sollten diese Vorgehensweisen (zu denen neben der Klassenlehrkraft durchaus bereits andere Personen wie Kollegen, Erzieher, Eltern etc. mit herangezogen werden können) nicht zu dem gewünschten Erfolg führen, dann ist in einem nächsten Schritt spezifisch ausgebildetes Fachpersonal einzubeziehen, das sowohl in Bezug auf Hörschädigung als auch auf ADHS ausgewiesene Expertise mitbringt. Dass dies auf der Basis der gravierenden Unterversorgung hörgeschädigter Menschen im Bereich der psychosozialen Versorgung in Deutschland nicht immer (oder meistens) einfach ist, kann an dieser Stelle nicht weiter thematisiert werden. So ist auf jeden Fall – so vorhanden – der Schulpsychologe (gemeint ist damit ein Psychologe, der speziell an der Schule für Hörgeschädigte oder an einem

Kompetenzzentrum für Hörgeschädigte tätig ist und nicht ein Schulpsychologe vom allgemeinen schulpsychologischen Dienst!) zu Rate zu ziehen und auf jeden Fall auch ein Kinder-/Jugendpsychiater. Vor allem im letzteren Fall zeigt sich, dass es hier besonders schwierig ist, Fachkollegen zu finden, die Erfahrungen mit hörgeschädigten Kindern mitbringen. Erfolgversprechend scheint zu sein, wenn Schulpsychologen an Schulen für Hörgeschädigte oder an Kompetenzzentren für Hörgeschädigte gezielte Kooperationen mit Kinder-/Jugendpsychiatern vor Ort aufbauen und diese pflegen (E. Jókay, persönliche Mitteilung).

Wie Abbildung 1 weiter zeigt, kann nur durch die Kooperation verschiedener beruflicher Disziplinen (Lehrer, Erzieher, Psychologen, Mediziner) das geleistet werden, was sich als breites Aufgabenspektrum für eine differenzierte diagnostische Strategie bei Verdacht auf ADHS auftut. Es sind dabei unterschiedliche Bereiche zu begutachten sowie ist mit unterschiedlichen methodischen Mitteln an die Diagnostik heranzugehen. Abbildung 2 versucht, dies nochmals etwas zu verdeutlichen.

Es wird klar, dass die Merkmalsheterogenität, die Komplexität und Vielfalt der zu berücksichtigenden Aspekte sowie der Ausschluss anderer Störungsbilder bzw. Auffälligkeiten ein „multidimensionales und multimethodales diagnostisches Vorgehen“ (Fröhlich-Gildhoff, 2007, S. 124) erforderlich machen. Es geht also darum, über anamnestiche und explorative Gespräche, über gezielte Verhal-

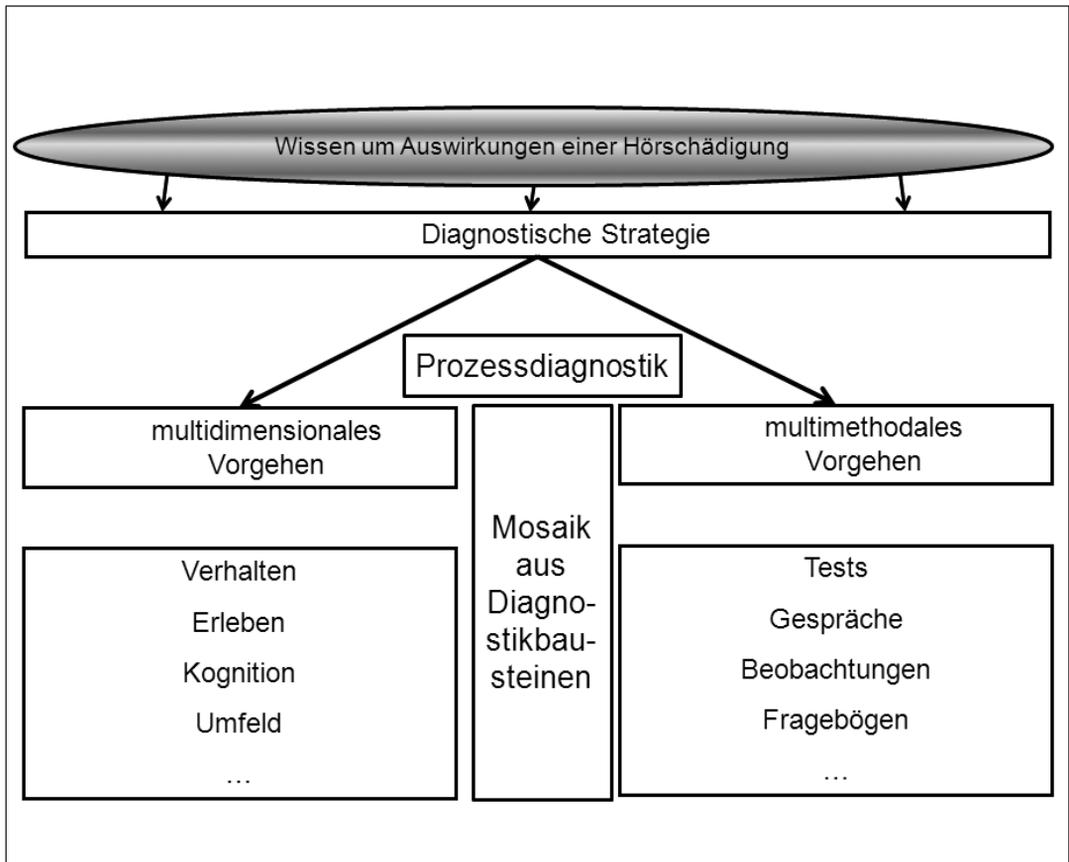


Abb.2 ADHS-Diagnostik als multidimensionales und multimethodales Vorgehen

tensoberachtungen in verschiedenen Situationen zu unterschiedlichen Zeitpunkten, über entwicklungspsychologische Testungen allgemeiner (z.B. des kognitiven Niveaus) wie sehr spezifischer Art (z.B. ganz gezielte Aufmerksamkeitsleistungen), über genaue medizinische Abklärungen zur Ausschlussdiagnostik körperlicher Symptomatiken sowie über ADHS-spezifische Fragebögen detaillierte

Informationen zu gewinnen. Dabei wird auch deutlich, dass verschiedene Ebenen und Bereiche einbezogen werden müssen: Konkretes Verhalten, subjektives Erleben, kognitive, affektive Faktoren, Reaktionen, Haltungen, Erwartungen des Umfelds etc.

Steht irgendwann ein verlässlicher diagnostischer Befund im Raum, gilt es, in einem nächsten Schritt mögliche Interventionen auf

den Weg zu bringen. Neben einigen grundsätzlichen Haltungen dazu (vgl. Hintermair & Jökay, 2009, S. 88f.) beziehen sich die therapeutischen Empfehlungen vorwiegend auf die beiden für Kinder wesentlichen Lebensräume „Schule“ und „Familie“, wobei ein koordiniertes Vorgehen hier in jeder Hinsicht wünschenswert ist, auch wenn es nicht immer als gesichert bzw. gewährleistet gelten kann. Diesbezügliche konkrete Empfehlungen finden sich in allgemeiner Art z.B. bei Hüther & Bonney (2007) sowie spezifisch auf die Situation von hörgeschädigten Kindern bezogen (inklusive eines Fallbeispiels) bei Hintermair & Jökay (2009). Wesentliches verbindendes Kernmerkmal aller diesbezüglichen Interventionsstrategien ist es, den Kindern möglichst strukturierte Erfahrungs- und Lebensräume anzubieten und sie bei der Gestaltung dieser Lebensräume aktiv einzubeziehen, indem man die spezifische individuelle Situation jedes einzelnen Kindes mit seinem Stärken- und Schwächenprofil angemessen berücksichtigt. Es gibt – wie gesagt – keine spezifische allgemein gültige ADHS-Therapie (und schon gar nicht bei hörgeschädigten Kindern), sondern adäquate Maßnahmen sind auf die Situation des Kindes und seines Lebensumfelds bezogen zu entwickeln.

Neben dieser (vgl. Abb. 1) primären Intervention stehen auch andere Optionen zur Diskussion. Es ist bezeichnend, dass in diesem Modell die medizinischen Möglichkeiten der Einflussnahme über die allgemein bekannten

Medikamente wie Ritalin® etc. nicht an vorderster Stelle stehen, sondern nachrangig thematisiert werden (was nicht zwingend heißen muss „zweitrangig“!). Hüther und Bonney (2007, S. 138f.) stellen das Modell in skandinavischen Ländern bzgl. Indikationsfrage und Verordnungspraxis bei Medikamenten als vorbildhaft heraus: Dort muss jeder, der eine Behandlung durchführen und begleiten will, eine spezifische Fachkompetenz (Kinderneurologe, Kinderpsychiater, Psychotherapeut) vorweisen. Der Einsatz von Medikamenten darf erst dann erfolgen, wenn alle anderen Interventionsmöglichkeiten im Vorfeld unter Einschluss der Arbeit mit der Familie erfolglos geblieben sind. Weiter hat die medikamentöse Behandlung zeitlich begrenzt zu erfolgen. Diese Einstellung/Vorgehensweise schließt nicht grundsätzlich medikamentöse Behandlung aus, schützt aber davor, vorschnell „zur Tablette zu greifen“, bevor nicht eine differenzierte Diagnostik unter Berücksichtigung aller relevanten Aspekte erfolgt ist. Ebenso gilt es, die Diskussion über den geeigneten Ort der Beschulung eines Kindes mit ADHS erst dann zu führen, wenn differenzierte diagnostische Erkenntnisse vorliegen und sich aus dem spezifischen Ressourcenprofil des Kindes Hinweise diesbezüglich verlässlich erkennen lassen.

Abbildung 1 zeigt schließlich, dass eine verantwortliche ADHS-Diagnostik und -intervention entscheidend davon lebt, wie gut, umfangreich und kompetent eine Begleitung der

eingeleiteten Prozesse stattfindet und evaluiert wird. Es ist somit – wie bei jeglicher Diagnostik und Intervention bei kindlichen Auffälligkeiten – auch bei Diagnosen im Umfeld von ADHS Sorge dafür zu tragen, dass konsequent entwicklungs- und therapiebegleitende Diagnostik durchgeführt wird, um einerseits einmal getroffene Diagnosen auf ihre Richtigkeit hin zu überprüfen und zum anderen eingeleitete Interventionen auf ihre Effektivität hin zu evaluieren.

Literatur

Fröhlich-Gildhoff, K. (2007). *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Ursachen, Erscheinungsformen und Antworten*. Stuttgart: Kohlhammer.

Hintermair, M. (2009). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen und Hörschädigung. Teil 1: Erscheinungsbild, Klassifikation, Prävalenz, Ursachen. *hörgeschädigte kinder – erwachsene hörgeschädigte*, 46, 4-14.

Hintermair, M. & Jókay, E. (in Vorbereitung). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen und Hörschädigung. Teil 2: Diagnostik und Intervention. *hörgeschädigte kinder – erwachsene hörgeschädigte*, 46.

Hüther, G. & Bonney, H. (20078). *Neues vom Zappelphilipp. ADS: Vorbeugen, Verstehen und Behandeln*. Düsseldorf: Patmos.

Kelly, D.P., Kelly, B.J., Jones, M.L., Moulton, N.J., Verhulst, S.J & Bell, S.A. (1993). Attention deficits in children and adolescents with hearing loss: A survey. *American Journal of Diseases of Children*, 147, 737-741.

O'Connell, J. & Casale, K. (2004). Attention deficits and hearing loss: Meeting the challenge. *The Volta Review*, 104, (monograph) 257-271.



Verfasser:

Prof. Dr. Manfred Hintermair, Dipl.-Psych.
Pädagogische Hochschule Heidelberg
Institut für Sonderpädagogik
Keplerstraße 87
D-69120 Heidelberg
E-Mail: hintermair@ph-heidelberg.de