

Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADS / ADHS)

Alfred Fries / Jürgen Moosecker

BEGRIFFSBESTIMMUNG

Die Bezeichnung des Störungsbildes hat schon eine Vielzahl von unterschiedlichen Benennungen durchlaufen. Im folgenden eine Übersicht der unterschiedlichen Bezeichnungen:

Zurückgehen diese Bezeichnungen auf die beiden internationalen Klassifikationssysteme:

- DSM [Diagnostics and Statistic Manual]- aktuelle Fassung: IV-
- ICD [International Classification of Disease] – aktuelle Fassung: 10-

- **Hyperaktivität bzw. Hyperkinese:** Die Begriffe werden sowohl für die Bezeichnung des Symptoms der motorischen Unruhe innerhalb des Syndroms verwendet, als auch "pars pro toto" für das gesamte Störungsbild.
- **Hyperkinetisches Syndrom (HKS):** Die Bezeichnung des gesamten Störungsbildes nach der ICD-9 (1982).
- **Aufmerksamkeitsdefizitstörung mit/ohne Hyperaktivität:** Die Bezeichnung nach dem DSM-III (1984).
- **Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung:** Die Bezeichnung nach DSM-III-R (1989)
- **Hyperkinetische Störungen:** Findet sich als neue Bezeichnung in der ICD-10 (1991).
- **Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADS / ADHS):** Das ist schließlich die neue Bezeichnung nach dem DSM-IV (1996).

Definition ADS / ADHS nach DSM IV:

Leitsymptome sind: Aufmerksamkeitsdefizit, Impulsivität, Hyperaktivität

Von einer **Aufmerksamkeitsdefizit-Störung (ADS)** spricht man, wenn ein Kind länger als sechs Monate sowohl im Kindergarten oder in der Schule (Gruppensituationen) als auch zu Hause durch ausgeprägt unaufmerksames und impulsives Verhalten aufgefallen ist. Kommen motorische Unruhe und übermäßiger Bewegungsdrang (Hyperaktivität) hinzu, dann wird von einer **ADHS (Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätsstörung)** gesprochen.

Es ist Vorsicht geboten, nicht jede Zappeligkeit bei Kindern ist gleich eine ADHS. Zwei wichtige Faktoren sind:

- Die Verhaltensweisen weichen deutlich vom Alter und dem Entwicklungsstand des Kindes und seinem natürlichen Explorationsdrang ab.
- Das auffallende Verhalten tritt nicht phasenweise auf, sondern ist zeitlich stabil.

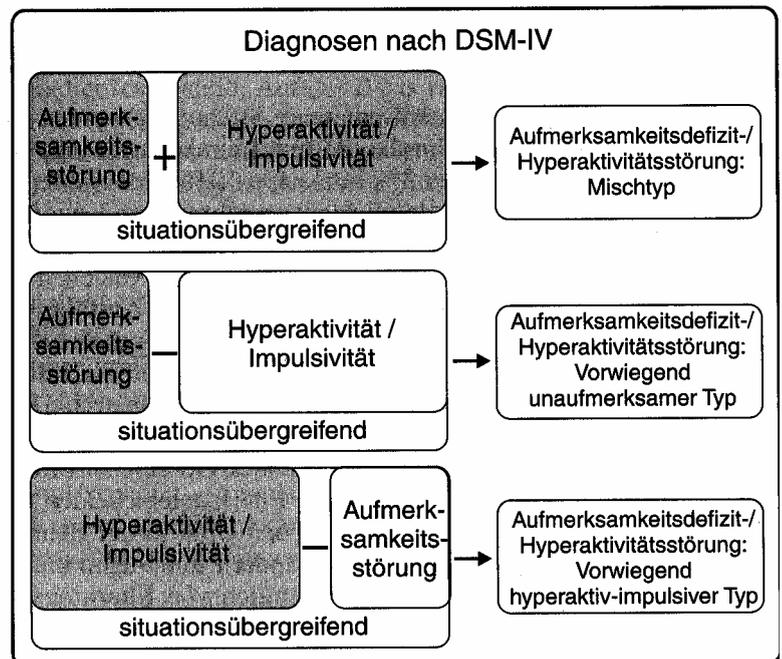


Abb. nach Döpfner et al.: Hyperkinetische Störungen, 2000

Die Häufigkeit (Prävalenz) von ADS / ADHS wird in der Literatur höchst unterschiedlich angegeben. Je nachdem welches Diagnosekriterium herangezogen wird. Die Abgrenzung zu sehr lebhaften Kindern ist nicht einfach.

Repräsentative nationale Studien gehen von einer Häufigkeit von 2,5% - 6% in Deutschland für die Altersgruppe von 5-18 Jahre aus.

ERSCHEINUNGSFORMEN

Felix

[Quelle: Hamburger Arbeitskreis ADS/ADHS]

Bei der Erstvorstellung ist Felix 9 Jahre alt, er wird vorgestellt wegen Zappeligkeit, motorischer Unruhe und Koordinationsschwäche.

Felix ist das dritte Kind der Familie. Nach unkomplizierter Schwangerschaft muss die Geburt mit Kaiserschnitt beendet werden. In der Neugeborenenzeit zeigt Felix keine Auffälligkeiten. Er schläft als Säugling gut, ist aber immer sehr lebhaft. Im Vorschulalter zeigen sich motorische Koordinationsprobleme (so kann er z.B. erst mit 6 Jahren Rad fahren), therapeutische Maßnahmen werden nicht für erforderlich gehalten. Ansonsten fallen bei den Vorsorgeuntersuchungen keine Besonderheiten auf. In der Vorschulzeit gilt Felix ebenso wie seine ältere Schwester als sehr temperamentvolles Kind, was aber in der Familie und in der sehr turbulenten Kindergartengruppe nicht als störend empfunden wird.

Zunehmende Unruhe zeigt Felix mit Beginn des Schulbesuchs. Er kipzelt auf dem Stuhl, läuft in der Klasse herum und stört andere Kinder. Felix kann sich über eine kurze Zeitspanne auf den Unterricht konzentrieren und zeigt dann durchaus eine gute Auffassungsgabe. Schreiben ist schwierig, erlernte Buchstaben werden wieder vergessen. Das Schriftbild ist so schlecht, dass die eigene Schrift oft kaum gelesen werden kann. Die Hausaufgaben, an denen Felix lange sitzt, werden zunehmend zur Qual.

Zu Hause wird die bekannte Lebhaftigkeit zunehmend als störende Unruhe erlebt, auch bei den Mahlzeiten fällt Felix das Stillsitzen extrem schwer. Er ist leicht ablenkbar, verbale Aufforderungen erreichen ihn oft nicht. Die gesamte Familie leidet zunehmend unter täglichen Auseinandersetzungen um Alltagsprobleme. Auch Felix wirkt unglücklich, zeigt oft Stimmungsschwankungen. Er hat nur wenige Freunde.

Bei den Untersuchungen zeigen sich bei Felix bei durchschnittlicher Intelligenz eine Rechtschreibschwäche (ansonsten keine Teilleistungsproblematik) und eine leichte Dyskoordination.

1. Aufmerksamkeitsdefizit mit Hyperaktivität (ADHS)

Viele Eltern beschreiben eine ausgeprägte und sehr lang anhaltende Trotzphase mit häufigen und imposanten Wutanfällen. Das Spielverhalten ist plan- und rastlos und die Ausdauer im Einzel- und Gruppenspiel gering.

Das Sozialverhalten der Kinder mit ADHS kann sich im Laufe der Zeit ebenfalls auffällig entwickeln. Bei einem Teil der Kinder ist das Verhalten nicht vorhersehbar und kann sich in aggressivem Verhalten äußern. Nicht selten kann dies dazu führen, dass das Kind zunehmend isoliert wird, keine beständigen Freundschaften hat und nicht zu Kindergeburtstagen eingeladen wird.

In der Schule kommt es aufgrund der gesteigerten Anforderungen bald zu erheblichen Schwierigkeiten. Das Kind stört anhaltend den Unterricht, zeigt wenig Ausdauer und ist sehr schnell abgelenkt. Es gibt Eltern, die sich täglich mit den Lehrkräften über auffälliges Verhalten ihres Kindes auseinandersetzen müssen. Auf Ermahnungen reagiert das Kind häufig mit Wutanfällen. Oder es spielt den Klassenclown, um Aufmerksamkeit und Zuwendung zu erhalten. Auch das zieht eine Kette von Ermahnungen und Strafen nach sich. Die Grundstimmung des Kindes ist unglücklich, sein Selbstbewusstsein schwindet.

2. Aufmerksamkeitsdefizit ohne Hyperaktivität

Die ADS zeichnet sich durch Unaufmerksamkeit, Impulsivität sowie eher durch eine Aktivitätsminderung (Hypoaktivität) aus. Man geht davon aus, dass Mädchen von dieser Form häufiger betroffen sind als Jungen.

Kinder mit ADS haben eine verkürzte, nicht altersgemäße Konzentrationsspanne. Sie bringen ungerne ein Spiel zu Ende, sind fahrig und zerstreut, lassen oft Sachen liegen, kleinste Anweisungen werden vergessen. Sie haben häufig ein langsames Arbeitstempo und wirken verträumt. Kinder mit ADS werden oft nicht als solche erkannt.

Obwohl das überschießende Verhalten vollkommen fehlt, werden auch Kinder mit ADS oft isoliert, denn auch sie neigen zu Wutanfällen und heftigen Stimmungsschwankungen, sind in der Schule aufgrund der Konzentrationsstörung leistungsschwach und gelten deshalb als dumm und/oder faul.

Manche Autoren/innen sehen die Ursachen von ADHS in sog. „Informationsverarbeitungsstörungen“. Informationsverarbeitungsstörungen sind die Folge von fehlerhaften oder nicht ausreichenden Verknüpfungen von den Gehirnzellen, die für eine geordnete Informationsweiterleitung bedeutsam sind. Eine beliebte Metapher zur Beschreibung der Verarbeitung im Kopf ist die des „Dschungelhirns“ beim Kind mit ADHS.

BEGLEITERKRANKUNGEN

Kinder mit ADHS entwickeln mit ADHS infolge häufiger Misserfolge im sozialen und schulischen Bereich und durch Konflikte mit Gleichaltrigen wie auch zu Hause nicht selten sogenannte „Komorbide Störungen“ (Begleiterkrankungen). Folgende Komorbiditäten können (müssen aber auf keinen Fall!) auftreten:

- Störung des Sozialverhaltens / Aggressive Störungen:

Aggressive Auffälligkeiten treten häufig auf, weil die Kinder ihr Verhalten nur sehr schwer steuern können. Sie sind nicht mit Absicht aggressiv. Vielmehr fahren ihre Gefühle „Achterbahn“ und es ist ihnen im Moment der Wut nicht möglich auf die „innere Bremse zu treten“.

- Depressionen gehören zu den häufigsten sekundären Störungen bei ADHS. Sie beruhen auf einem

Sich ständig verschlechternden Selbstwertgefühl, das oft mit dem wiederholten Scheitern einhergeht.

- Angststörungen: Von einer Angststörung spricht man, wenn die Intensität und Dauer der Ängste nicht mehr im Verhältnis zur geschuldeten Ursache stehen.

- Teilfunktionsstörungen und Lernstörungen: Eine Lese-Rechtschreibschwäche und eine Rechenschwäche zeigt sich häufiger bei Kindern mit ADHS als ohne. Genauso die zentralmotorische Koordinationsstörung (darunter versteht man die beeinträchtigte Umsetzung von Befehlen aus dem Gehirn durch die Muskeln).

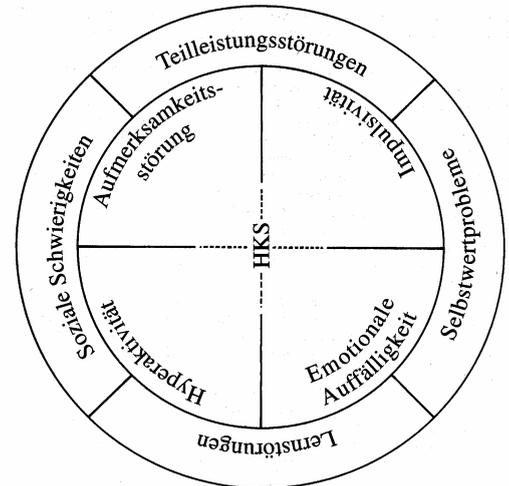


Abb. nach Vernooij: Hampelliese-Zappelhans. Problemkin mit Hyperkinetischem Syndrom, 1992

ENTSTEHUNG / URSACHEN

Die Erkenntnisse zu den Ursachen der ADS / ADHS sind in den letzten 15 Jahren gewaltig gewachsen. Der Verdacht auf eine genetische Disposition (=Anlage, die sich nicht ausprägen muss) konnten groß angelegte Zwillings- und Adaptionstudien deutlich erhärten.

Man geht heute davon aus, dass Kinder mit ADHS mit einer unterschiedlichen Anfälligkeit (Vulnerabilität) auf die Welt kommen. Diese Anfälligkeit trägt bedeutend dazu bei, ob sich beim Kind eine ADHS ausbildet. Aber für die Frage der Ausbildung von ADHS sind die Umgebungsfaktoren auch von wichtiger Bedeutung. Die Ausprägung der Disposition hängt auch von der Umgebung ab.

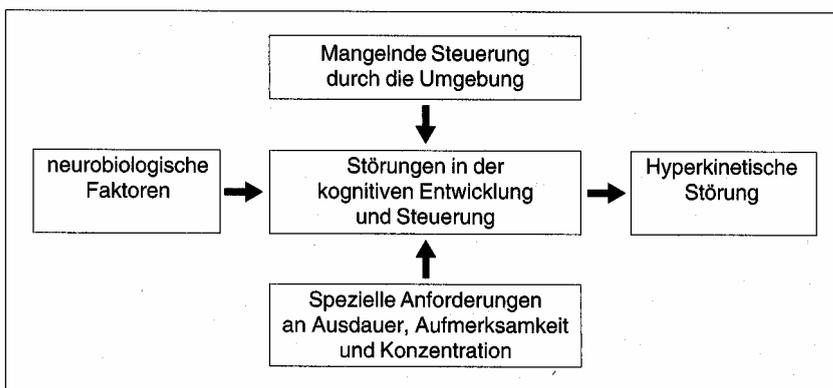


Abbildung 2: Allgemeines Modell für die Entstehung von hyperkinetischen Störungen

Abb. nach Döpfner et al.: Hyperkinetische Störungen, 2000

Zwei Komponenten der Entstehung von ADS / ADHS werden heute diskutiert:

1. **Biologische Faktoren:** Der Aufmerksamkeitsstörung und Impulsivität liegt bisherigen Studien zufolge eine Störung des Neurotransmitter-Austausches zwischen Stirnhirn und Basalganglien (Steuerung der unbewussten Bewegungen) zugrunde. Der Neurotransmitter-Austausch durch Dopamin und das daraus gebildete Noradrenalin ist bei Kindern deutlich herabgesetzt (siehe

nächste Abbildung).

2. **Psychosoziale Faktoren:** Die wichtigsten psychosozialen Faktoren, die mit einer Entstehung von ADHS in Verbindung gebracht werden, sind ungünstige Familienverhältnisse bzw. Umgebungsbedingungen. Alle Umgebungsbedingungen, die unüberschaubar, unstrukturiert,

chaotisch und/oder unzuverlässig sind, können bei entsprechend (vulnerablen) Kindern auslösend bzw. verstärkend bezogen auf ADHS wirken.

ENTWICKLUNG UND VERLAUF

[Nach Döpfner et al.: *Hyperkinetische Störungen*, 2000 und Scherr, L.: *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung*, 1996]

Wie schon erwähnt, sind Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen in der Entwicklung in sehr vielen Fällen mit Begleitsymptomen (Begleiterkrankungen) gekoppelt. Im Zusammenspiel von Kernsymptomatik und Begleitsymptomen treten im Verlaufe der Entwicklung die Symptome der Kernsymptomatik in den Vordergrund, während die Symptome der Begleiterkrankungen in den Hintergrund treten, oder umgekehrt.

Säuglingsalter

Ca 60% der Kinder zeigen extreme Unruhe

- Besonders häufiges ausdauerndes und schrilles Schreien
- Ununterbrochener Bewegungsdrang
- instabiler Wach- und Schlaf-Rhythmus
- Sauberkeitserziehung und Sprachentwicklung sind häufig verzögert

Kleinkindalter

- Vermehrte Aggressionen
- Unkontrollierbare Wutanfälle
- Chaotisches und destruktives, wenig zielgerichtetes Spielverhalten

Kindergartenalter

- Gruppenunfähigkeit und Störverhalten ⇒ Außenseiterrolle
- Ständiges Herumzappeln und Dazwischenreden im Stuhlkreis
- Starker Bewegungsdrang gefährdet diese Kinder und Unbeteiligte
- Kein Gefahrenbewusstsein
- Kein Lernzuwachs durch negative Erfahrungen

Schulzeit

- Symptome des HKS treten voll zu Tage
- Einfügen in den Klassenverband sehr erschwert
- Die Kinder schlagen häufig und werden geschlagen
- 85% der Schulwegunfälle

Jugendalter

- Die motorischen Symptome der Hyperaktivität gehen zurück
- Impulsivität und verminderte Aufmerksamkeit bleiben erhalten
- Orientierung an sozialen Randgruppen
- Risiko, eine Suchtbereitschaft zu entwickeln
- Bereitschaft zum Hochrisikoverhalten
- Häufige Unfälle

Viele Probleme aus der Kindheit können sich bis weit ins Erwachsenenalter fortsetzen, wie aus den Ergebnissen folgender Langzeitstudien deutlich wird:

Bei in der Kindheit diagnostizierter ADHS wurden bestimmte Auffälligkeiten in erhöhten Maße beobachtet:

New York-Studie 1985 -1991:	Drogenmissbrauch, Störungen im Sozialverhalten
Shekim et al. 1990:	Angstsymptome, Alkoholprobleme
Iowa-Studie 1983:	Strafauffälligkeiten
Beck et al. 1996:	Erhöhte Unfallneigung

Festgehalten werden kann:

Häufig tritt die motorische Hyperaktivität als hervorstechende Symptomatik im *Kindergarten- und Vorschulalter* zu Tage. Die Stabilität der Störung wird zwischen dem Alter von drei und sechs Jahren mit ungefähr 50 % angegeben.

Mit der *Einschulung* verlagert sich die Problematik vor allem auf den Lern- und Leistungsbereich. In diesem Altersbereich von sechs bis neun Jahren beträgt die Stabilität der ADHS-Störung zwischen 60 und 70 %.

Im *Jugendalter* beträgt die Stabilität der ADHS-Störung immer noch zwischen 30 und 70 %. Die Symptomatik unterliegt einem Wandel, da die motorische Hyperaktivität in der Regel nachlässt. Die Impulsivität und Aufmerksamkeitsstörung bleiben jedoch häufig erhalten. Weiterhin können neben der Schulleistungsproblematik in zunehmendem Maße (25-50 %) Störungen des Sozialverhaltens und delinquente Handlungen auftreten. Ein Problem kann auch die erhöhte Gefährdung für Alkohol- und Drogenmissbrauch.

Erwachsenenalter: Entgegen früherer Annahmen erhalten sich (in 50 bis 80 % der Fälle) einzelne Teilbereiche des hyperkinetischen Syndroms bis ins Erwachsenenalter hinein. Über die Häufigkeit (Prävalenz) der hyperkinetischen Störung im Erwachsenenalter liegen sehr unterschiedliche Daten vor: Während Wender von 2 bis 7 % ausgeht, sieht Shaffer nur 0,3 %.

MULTIMODALE THERAPIE

[Hamburger Arbeitskreis zur ADS /ADHS]

1. Obligate Therapiemaßnahmen: Information, Aufklärung und Anleitung von Kind, Eltern und Umfeld

Unerlässlich (obligat) sind eine ausführliche *Aufklärung und Beratung der Eltern* des betroffenen Kindes. Auch die Aufklärung der Lehrer ist von großer Bedeutung.

In der *Eltern-Kind-Behandlung* sowie einem speziellen *Elterntraining* lernen die Kinder den Umgang mit ihrem eigenwilligen Kind und erhalten Ratschläge.

2. Fakultative Therapiemaßnahmen

Zusätzlich zu den Elterntrainings und verhaltenstherapeutischen Maßnahmen können eine medikamentöse Therapie sowie weitere psychotherapeutische Maßnahmen nötig sein:

- Medikamentöse Therapie

Am häufigsten werden zur Behandlung von ADS / ADHS sogenannte Psychostimulanzien (das bekannteste ist Methylphenidat) verwendet. Zum Ansatzpunkt der Medikation siehe nebenstehende Abbildung.

- Psychotherapien

Als weitere Maßnahmen können verschiedene Arten der Psychotherapie sinnvoll sein, die sich entweder allein auf das Kind (kindzentrierte Verfahren) oder auch auf das Umfeld (Familie, Kindergarten, Schule) beziehen. Bei der *einzeltherapeutischen Maßnahme* steht die Verhaltenstherapie mit begleitender Elternberatung im Vordergrund. *Gruppentherapeutische Verfahren* werden gewählt, wenn soziale Schwierigkeiten des Kindes im Mittelpunkt stehen. *Familientherapeutische Verfahren* beeinflussen einen positiven Umgang der Familienmitglieder mit dem Kind.

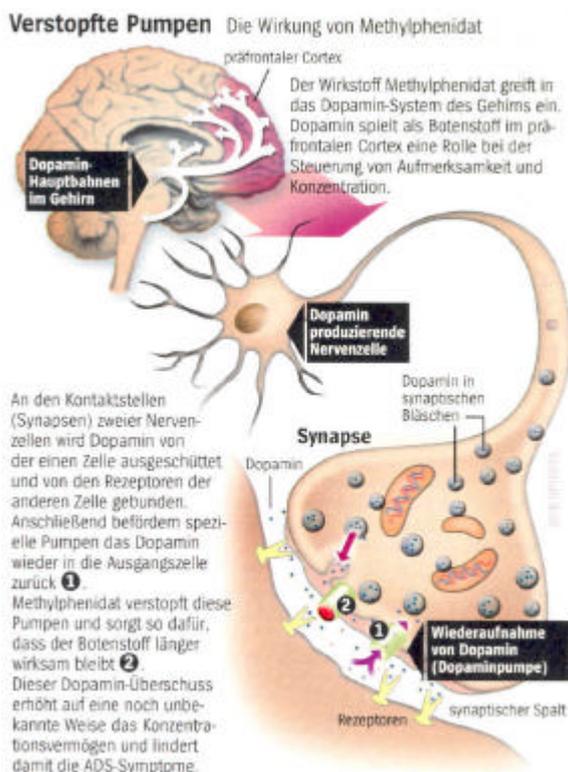
- Übende Verfahren

Abb. aus Spiegel 29/2002

Wichtig ist auch das *soziale Kompetenztraining*. Hierbei lernen die Kinder, wie sie soziale Situationen richtig einschätzen und sich entsprechend angemessen verhalten können.

Beim *Aufmerksamkeitstraining* üben die Kinder ihre Ausdauer zu steigern oder auch anhand ständig steigender Schwierigkeitsgrade Aufgaben über einen längeren Zeitraum mit Aufmerksamkeit zu verfolgen.

- Sonderpädagogische Maßnahmen

Die kindergarten- und schulzentrierten Interventionen haben die Integration des Kindes mit ADHS zum Ziel, als auch die Verminderung von Verhaltensauffälligkeiten .

Grundsätzlich ist eine ärztliche Basis- und Psychodiagnostik durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit besonderer Ausbildung und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie notwendig.

Wichtig ist das *multimodale Therapiekonzept*. Auf der einen Seite ist das enge Zusammenarbeiten von Fachärzten, Psychologen, Eltern, Lehrern und Erziehern entscheidend. Auf der anderen Seite muss die Intervention multimodal sein:

Alle Ebenen: sonderpädagogische Maßnahme, übende Verfahren, verhaltenstherapeutische Maßnahmen und medikamentöse Therapie müssen auf die jeweiligen Notwendigkeiten des Kindes mit ADS / ADHS abgestimmt werden.

GESTEIGERTE AKTIVITÄT – KANN AUCH POSITIVE ENERGIEN FREISETZEN!

Nicht zu vergessen die positive Energien freisetzende Seite von ADHS.

Potentielle „ADHS-Kranke“ waren u.a. der Komponist W.A. Mozart, der Physiker A. Einstein und der Politiker W. Churchill.

Die Eigenart kann also auch Quell sprühender Kreativität sein.

LEITLINIEN FÜR ELTERN

Die nebenstehende Grafik zeigt die Häufigkeiten problematischer Situationen in Relation zwischen Kindern mit ADHS (oberer Balken) und „unauffälligen“ Kindern (unterer Balken). Die Hausaufgaben sind der problematischste Bereich, einige Hinweise dazu weiter unten.

Zunächst einige Leitlinien über den **Umgang zu Hause**, die jedoch an dieser Stelle nur skizzenhaft angerissen werden können. Holowenko u.a. empfehlen:

- Wissen und Verständnis fördern: Ein wichtiger Schritt für den Umgang zu Hause setzt voraus, dass Eltern nach und nach verstehen, welche Probleme sich bei Kindern aufgrund von ADHS zeigen. Es geht um das schwierige Verständnis davon, was ihr Kind aufgrund der Beeinträchtigung „nicht tun kann“ und was es „nicht tun will“.
- Denken Sie positiv über ihr Kind und handeln sie entsprechend: Kinder mit ADHS müssen Konsequenzen für ihr Verhalten spüren, die vorhersagbar sein müssen, klar und einleuchtend. Sie müssen häufiger und schneller als andere Kinder eine Reaktion vermittelt bekommen, damit sie ihr Verhalten steuern können.
- Bauen Sie bei ihrem Kind ein positives Selbstwertgefühl auf: Meistens fühlen sich Kinder mit ADHS ziemlich schlecht und glauben, dass sie sich in ihrer Welt nicht zurechtfinden, anstatt dass



sie die Dinge, die Ihnen gut gelingen, erkennen und positiv für sich annehmen. An dieser Stelle können Sie ihr Kind unterstützen!

- Nachdruck auf Routine, Struktur und Vorhersagbarkeit: Kinder mit ADHS profitieren davon, wenn es zu Hause vorhersagbar und strukturiert zugeht. Außerdem ist es für die Kinder von Nutzen, wenn Eltern klare und konsequente Grenzen für inakzeptables Verhalten setzen
- Realistische Erwartungen: Eltern sollten die Probleme nicht dadurch verschärfen, dass sie „aus einer Mücke einen Elefanten machen“, sondern sich auf einige wenige grundsätzliche Verhaltensmuster konzentrieren, auf die es ankommt.
- Klare Kommunikation und Steuerung: Kinder, die unaufmerksam, impulsiv und anscheinend taub für Grenzen sind, benötigen eine möglichst klare Kommunikation. Dabei sollten jedoch keine Drohungen ausgesprochen werden, die Sie nicht verwirklichen können.
- Sich um sich selbst kümmern und Hilfe suchen: Ruhepausen für sich selber sind sehr wichtig um Stress abzubauen. Auch der Austausch in Selbsthilfegruppen kann einen Austausch ermöglichen neue Kraft geben.
- Ausreichende Freizeitgestaltung: Eine bewegungsreiche Freizeitgestaltung ist sehr wichtig für ihr Kind. Diesen Auslauf braucht Ihr Kind als Ausgleich zu den notwendigen klaren Regeln im Alltag.

Die Schulpsychologin Lucia Scherr empfiehlt folgende Leitlinien für das größte Konfliktfeld (siehe Abb.) zu Hause: **der Hausaufgabensituation**

- Ruhige Umgebung, wenig Ablenkung
- Gleicher Arbeitsplatz, Sitzplatz und fester Zeitpunkt
- Schwierigkeiten nur allmählich steigern
- Entspannungseinheiten einbauen
- Viel Lob und Ermutigung
- Viele kurz Übungsphasen und Teilschritte

Neuhaus geht der Frage nach, warum es heute so schwierig für Kinder und Jugendliche mit ADHS ist?

Kinder und Jugendliche mit ADHS sind offen für alles und da unser heutiges Leben ständig mehr und neue Reize bietet und immer unübersichtlicher wird, werden für sie die Orientierungsmöglichkeiten immer geringer und die Versuchungen immer größer. Ein äußerst wichtiger Orientierungspunkt sind Sie!

Ihr Kind sucht viel Aufmerksamkeit, die holt es sich notfalls über negative Aufmerksamkeit. Suchen Sie das Gute in Ihrem Kind.

Nicht zu vergessen, was Eltern erzählen:

„Es ist ein anstrengendes Leben mit unserem Max, aber wir lieben ihn – eigenwillig, schusselig, kreativ, explosiv, unordentlich, vergesslich und pfiffig, wie er ist!“

INFORMATION

Beim **Hamburger Arbeitskreis ADS / ADHS** kann unter folgender Adresse die gute Broschüre „**Leitfaden ADS / ADHS**“ bezogen werden:

Hamburger Arbeitskreis ADS / ADHS
Postfach 65 22 40
22373 Hamburg
hamburger.arbeitskreis.adhs@web.de

Die unten aufgeführten Ratgeber stellen eine Auswahl aus einem üppigen, kaum zu überblickenden Angebot dar. Für genauere Infos, gerade auch weiterführenden zum Umgang mit ihrem Kind, empfehlen wir Ihnen diese ausgewählten Bücher.

AUSGEWÄHLTE RATGEBER-LITERATUR:

- Aust-Claus, E.; Hammer, P.M.: **Das A-D-S-Buch**. Neue Konzentrationshilfen für Zappelphilippe und Träumer. 7. Aufl. Ratingen 2002. *
- Barkley, R.: **Das große ADHS-Handbuch für Eltern**. Verantwortung übernehmen für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität. Bern 2002. *
- Bundesverband BVdE: **Unser Kind ist hyperaktiv! Was nun?** Forchheim 1998. *
- Hamburger Arbeitskreis ADS / ADHS: **Leitfaden ADS / ADHS**. Hamburg 2002. *
- Holowenko, H.: **Das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS)**. Wie Zappelkindern geholfen werden kann. Weinheim 1999. *
- Neuhaus, C.: **Hyperaktive Jugendliche und ihre Probleme**. Erwachsen werden mit ADS. Was Eltern tun können. 3. Aufl. Berlin 2001. *