

**Iris Menzel**

**ADHD  
(Attention-deficit-hyperactivity-disorder)  
vom Blickwinkel der Heilpädagogik**

**Relevanz, Anliegen und Vorgehensweise bei unruhigen  
Kindern mit Konzentrationsproblemen**

**Diplomarbeit**

## **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:**

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek: Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de/> abrufbar.

Dieses Werk sowie alle darin enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsschutz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlanges. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen, Auswertungen durch Datenbanken und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, der fotomechanischen Wiedergabe (einschließlich Mikrokopie) sowie der Auswertung durch Datenbanken oder ähnliche Einrichtungen, vorbehalten.

Copyright © 2000 Diplom.de  
ISBN: 9783832443078

**Iris Menzel**

## **ADHD (Attention-deficit-hyperactivity-disorder) vom Blickwinkel der Heilpädagogik**

**Relevanz, Anliegen und Vorgehensweise bei unruhigen Kindern mit Konzentrationproblemen**



---

Iris Menzel

# **ADHD (Attention-deficit- hyperactivity-disorder) vom Blickwinkel der Heilpädagogik**

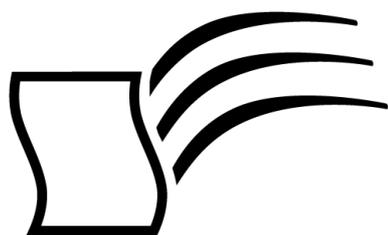
*Relevanz, Anliegen und Vorgehensweise bei unruhigen  
Kindern mit Konzentrationsproblemen*

**Diplomarbeit**

**an der Evangelischen Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe**

**Fachbereich Heilpädagogik**

**September 2000 Abgabe**



***Diplom.de***

Diplomica GmbH \_\_\_\_\_  
Hermannstal 119k \_\_\_\_\_  
22119 Hamburg \_\_\_\_\_

Fon: 040 / 655 99 20 \_\_\_\_\_  
Fax: 040 / 655 99 222 \_\_\_\_\_

agentur@diplom.de \_\_\_\_\_  
www.diplom.de \_\_\_\_\_

ID 4307

Menzel, Iris: ADHD (Attention-deficit-hyperactivity-disorder) vom Blickwinkel der Heilpädagogik: Relevanz, Anliegen und Vorgehensweise bei unruhigen Kindern mit Konzentrationsproblemen / Iris Menzel - Hamburg: Diplomica GmbH, 2001  
Zugl.: Bochum, Fachhochschule, Diplom, 2000

---

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtes.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Die Informationen in diesem Werk wurden mit Sorgfalt erarbeitet. Dennoch können Fehler nicht vollständig ausgeschlossen werden, und die Diplomarbeiten Agentur, die Autoren oder Übersetzer übernehmen keine juristische Verantwortung oder irgendeine Haftung für evtl. verbliebene fehlerhafte Angaben und deren Folgen.

Diplomica GmbH  
<http://www.diplom.de>, Hamburg 2001  
Printed in Germany



## Wissensquellen gewinnbringend nutzen

**Qualität, Praxisrelevanz und Aktualität** zeichnen unsere Studien aus. Wir bieten Ihnen im Auftrag unserer Autorinnen und Autoren Wirtschaftsstudien und wissenschaftliche Abschlussarbeiten – Dissertationen, Diplomarbeiten, Magisterarbeiten, Staatsexamensarbeiten und Studienarbeiten zum Kauf. Sie wurden an deutschen Universitäten, Fachhochschulen, Akademien oder vergleichbaren Institutionen der Europäischen Union geschrieben. Der Notendurchschnitt liegt bei 1,5.

**Wettbewerbsvorteile verschaffen** – Vergleichen Sie den Preis unserer Studien mit den Honoraren externer Berater. Um dieses Wissen selbst zusammenzutragen, müssten Sie viel Zeit und Geld aufbringen.

**<http://www.diplom.de>** bietet Ihnen unser vollständiges Lieferprogramm mit mehreren tausend Studien im Internet. Neben dem Online-Katalog und der Online-Suchmaschine für Ihre Recherche steht Ihnen auch eine Online-Bestellfunktion zur Verfügung. Inhaltliche Zusammenfassungen und Inhaltsverzeichnisse zu jeder Studie sind im Internet einsehbar.

**Individueller Service** – Gerne senden wir Ihnen auch unseren Papierkatalog zu. Bitte fordern Sie Ihr individuelles Exemplar bei uns an. Für Fragen, Anregungen und individuelle Anfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Wir freuen uns auf eine gute Zusammenarbeit.

### Ihr Team der Diplomarbeiten Agentur

Diplomica GmbH \_\_\_\_\_  
Hermannstal 119k \_\_\_\_\_  
22119 Hamburg \_\_\_\_\_

Fon: 040 / 655 99 20 \_\_\_\_\_  
Fax: 040 / 655 99 222 \_\_\_\_\_

agentur@diplom.de \_\_\_\_\_  
www.diplom.de \_\_\_\_\_

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b>	<b>5</b>
<b>1 Zur Terminologie</b>	<b>8</b>
<b>2 Zur Symptomatik/Diagnostik</b>	<b>12</b>
2.1 Definitionsversuch . . . . .	12
2.2 Das Störungsbild/Symptomatik . . . . .	13
2.3 Das US-amerikanische Klassifikationsschema DSM . . . . .	17
2.4 Das internationale Diagnoseschema ICD . . . . .	18
2.5 Vergleich der beiden Klassifikationsschemata . . . . .	19
2.6 Kritische Anmerkungen zu Klassifikationsschemata allgemein . . . . .	20
2.7 Zur Diagnosestellung . . . . .	22
2.8 Heilpädagogische Förderdiagnostik . . . . .	25
2.9 Differentialdiagnose . . . . .	26
2.10 Prävalenz . . . . .	29
<b>3 Faktorenanalyse/Ursachen</b>	<b>30</b>
3.1 Organische Faktoren . . . . .	30
3.2 Genetische Faktoren . . . . .	30
3.3 Ökologische Faktoren . . . . .	31
3.3.1 Diät nach BEN FEINGOLD (Farbstoffhypothese) . . . . .	31
3.3.2 Diät nach HERTHA HAFER (Phosphathypothese) . . . . .	32
3.3.3 Bewertung . . . . .	32
3.4 Psycho-soziale Faktoren . . . . .	33
3.5 Abschließende Bemerkungen . . . . .	38

<b>4 Erklärungsansätze zur Genese des ADHD</b>	<b>41</b>
4.1 Die Neurophysiologie/Neuropsychologie . . . . .	41
4.2 Tiefenpsychologische Ansätze . . . . .	45
4.2.1 Psychoanalytischer Ansatz . . . . .	46
4.2.2 Individualpsychologischer Ansatz . . . . .	47
4.3 Interaktionstheoretisch-sozialwissenschaftliche Ansätze . . . . .	49
4.3.1 Symbolischer Interaktionismus . . . . .	49
4.3.2 Labeling-Theorie . . . . .	49
4.4 System-ökologischer Ansatz nach BRONFENBRENNER . . . . .	51
4.5 Lerntheoretische Ansätze . . . . .	54
4.5.1 Modellernen (BANDURA) . . . . .	54
4.5.2 Lernen durch Konditionieren . . . . .	55
4.6 Abschließende Bemerkungen . . . . .	56
<b>5 Die Auswirkungen von ADHD auf das Kind und die Umwelt</b>	<b>57</b>
<b>6 Zum Selbstverständnis der Heilpädagogik</b>	<b>61</b>
6.1 Allgemeine Erklärungen zur Heilpädagogik . . . . .	61
6.2 Zum Begriff der Heilpädagogik/Definitionsversuch . . . . .	61
6.3 Elemente der Heilpädagogik . . . . .	63
6.4 Merkmale heilpädagogischen Arbeitens . . . . .	64
6.5 Ziele des heilpädagogischen Arbeitens . . . . .	67
<b>7 Heilpädagogisches Arbeiten mit Kindern mit ADHD und deren Familien</b>	<b>70</b>
7.1 Relevanz der Heilpädagogik bei diesem Personenkreis . . . . .	70
7.2 Anliegen der Heilpädagogik . . . . .	73
7.3 Elementare heilpädagogische Aspekte . . . . .	76
7.4 Pädagogik versus Therapie . . . . .	83

7.5	Empfehlungen für den Umgang mit Kindern mit ADHD . . . . .	86
<b>8</b>	<b>Für die Heilpädagogik relevante Methoden bei Kindern mit ADHD</b>	<b>87</b>
8.1	Vorbemerkungen . . . . .	87
8.2	Bewegungspädagogische Förderung . . . . .	90
8.3	Sensorische Integrationsbehandlung nach J. AYRES . . . . .	91
8.4	Autogenes Training/Phantasiereisen . . . . .	94
8.5	Spieltherapeutische Verfahren . . . . .	95
8.6	Verhaltenstherapie . . . . .	96
8.7	Elternarbeit . . . . .	98
8.8	Elterntraining . . . . .	99
8.9	Systemische Familientherapie . . . . .	101
8.10	Beratung für Kontaktpersonen des Kindes . . . . .	102
8.11	Pharmaka- oder Stimulantienbehandlung . . . . .	104
<b>9</b>	<b>Abschließende Bemerkungen</b>	<b>107</b>
	<b>Literatur</b>	<b>108</b>
	<b>Anhang</b>	
<b>A</b>	<b>Synonyma/überschneidende Bezeichnungen für ADHD</b>	<b>115</b>
<b>B</b>	<b>Diagnosekriterien für ADHD nach dem DSM-IV</b>	<b>116</b>
<b>C</b>	<b>Diagnose hyperkinetischer Störungen nach der ICD-10</b>	<b>118</b>
<b>D</b>	<b>Übersicht über die Kriterien hyperkinetischer Störungen</b>	<b>120</b>
<b>E</b>	<b>Vergleich der Klassifikationsschemata ICD-10 und DSM-IV</b>	<b>122</b>
<b>F</b>	<b>Differentialdiagnose hyperkinetischer Störungen (STEINHAUSEN)</b>	<b>124</b>

<b>G Fragebogen zur Eltern- und Lehrerbefragung nach CONNERS</b>	<b>125</b>
<b>H Fragebogen zur Eltern- und Lehrerbefragung nach STEINHAUSEN</b>	<b>128</b>
<b>I Wie sich die Zwänge aufschaukeln</b>	<b>129</b>
<b>J Abwärtsspirale</b>	<b>130</b>
<b>K Mögliche Auswirkungen des ADHD auf Kind, Familie und Umwelt</b>	<b>131</b>
<b>L Dynamik des hyperkinetischen Syndroms (HKS)</b>	<b>132</b>
<b>M Empfehlungen für den Umgang mit hyperaktiven Kindern in Kindergarten und Schule</b>	<b>133</b>
<b>N Wie sollten sich Eltern und Erzieher verhalten</b>	<b>137</b>
<b>O Pädagogisch-therapeutische Techniken</b>	<b>141</b>
<b>P Hierarchie des therapeutischen Vorgehens</b>	<b>142</b>
<b>Q Der Teufelskreis</b>	<b>143</b>
<b>R Der Symptomenkomplex in den verschiedenen Altersstufen</b>	<b>144</b>

## Vorwort

Spätestens seit dem Kinderbuch „Der Struwwelpeter“ von Heinrich Hoffmann aus dem Jahre 1844 ist der sogenannte „Zappelphilipp“ jedem bekannt. Der Frankfurter Arzt beschrieb typische Erscheinungsbilder hyperkinetischer Kinder: den „fliegenden Robert“, „Hans guck in die Luft“ und den „bösen Friederich“. Es geht um Kinder, die durch ihre motorische Unruhe („Zappeligkeit“), Impulsivität und Konzentrationsprobleme auffallen.

Typisch ist also eine Kombination aus überaktivem, wenig gesteuertem und unstrukturiertem Verhalten, Aufmerksamkeitsproblemen und einem Mangel an Ausdauer bei Aufgabenstellungen. Diese Kinder sind schwer steuerbar, vor allen Dingen in Leistungs- und sozialen Situationen, die Zurückhaltung, Rücksichtnahme und Ausdauer erfordern. Im Unterschied zu Kindern mit depressiv gefärbten emotionalen Störungen, die introvertiert und ängstlich erscheinen, haben diese Kinder zwar bessere Chancen „gesehen“ zu werden — sie sind gewissermaßen unüberhörbar und unübersehbar — jedoch wohl weniger Chancen, mit ihrer Problematik in der Umwelt auf Verständnis zu stoßen. Es handelt sich nicht um „kranke“ Kinder, sondern um Kinder, die lediglich ein wenig vom Durchschnitt abweichende Eigenschaften haben, die aber dazu führen können, daß ihre Akzeptanz massiv gefährdet ist.

Das hyperkinetische Syndrom, hyperkinetische Störungen, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen oder wie immer man diese „Störung“ nennen will, stellen neben den Störungen des Sozialverhaltens (aggressive Verhaltensstörungen) die häufigsten Auffälligkeiten im Kindesalter dar. Umso mehr verwundert es, daß immer noch viel zu viele Erzieher etc. diesem Phänomen relativ hilflos gegenüberstehen. Die Vielzahl psychologischer, medizinischer und pädagogischer Veröffentlichungen über Erscheinungsbild, Verursachungsfaktoren, Häufigkeit und Behandlungsmöglichkeiten des sog. „hyperkinetischen Syndroms“ hat in den erzieherischen Alltag — meiner Meinung nach — noch wenig Eingang gefunden. Noch immer sind Reaktionen auf ein „hyperaktives“ Kind vorrangig geprägt durch erzieherische Ermahnung, Belehrung, belehrende Rechthaberei, die niemandem hilft. Noch viel zu häufig treffen diese Kinder sowohl bei Eltern, Verwandten etc., als auch bei ihren Pädagogen aus Unwissenheit auf Unverständ-

nis. Nicht nur Eltern, sondern auch Lehrer, Erzieher, Hausärzte etc. verfügen oftmals nur über unzureichende und zudem vorurteilsbehaftete Vorstellungen über die genannte Problematik, was eine Aufklärungsarbeit absolut notwendig macht. Mehr Verständnis insbesondere auch mehr Sachkenntnis bei allen am Erziehungsprozeß beteiligten Personen und Institutionen ist anzustreben. „Entwicklungs-katastrophen“, die in einem Teufelskreis der Negativerfahrungen entstehen, muß möglichst frühzeitig vorgebeugt werden. Wie ich persönlich während meiner Arbeit im Kindergarten, Hort sowie Kinder- und Jugendheim feststellen konnte, haben diese Kinder auch in Regeleinrichtungen der Jugendhilfe durchaus keinen Seltenheitswert. Aufgrund von Unsicherheit und mangelhafter Handlungskompetenz ihrer Erzieher können sie in besonderer Gefahr sein, als „untragbar“ abgestempelt zu werden, um dann aus dem Klassenverband, der Kindergarten-, Hort- bzw. Heimgruppe „herausgekickt“ zu werden. Besonders tragisch für Kinder ist es, wenn auch die Heimerzieher überfordert sind und sich die gleiche Entwicklung wie daheim wiederholt. So besteht die Gefahr, daß diese „unbequemen“ Kinder immer wieder in andere Gruppen oder Institutionen „abgeschoben“ werden, was ihrem ohnehin sehr schwachen Selbstwertgefühl noch mehr zusetzt.

Extrem aggressives bzw. depressives Verhalten ist dann oft die Folge derartiger Prozesse. Durch „*Unterwerfung*“ (Gefahr internalisierender Verhaltensstörungen) oder „*Kampf*“ (Gefahr externalisierender Verhaltensstörungen) versuchen sich die Kinder dennoch Achtung, Liebe und Zuwendung zu sichern, wobei beide Verhaltensweisen als Versuche gewertet werden können, sich in einer als feindlich erlebten Umgebung zu behaupten. Zweifellos tendiert unsere Zielgruppe zum „*Kampf*“, was aber depressive Episoden nicht ausschließt.

Anliegen dieser Diplomarbeit ist auch, darauf aufmerksam zu machen, welche große Bedeutung die Umwelt für die Entwicklung dieser Kinder spielt. Schwerpunktmäßig soll es um die psycho-sozialen Aspekte gehen, die dementsprechend großen Raum einnehmen. Es geht mir darum, zu zeigen, daß unruhige Kinder mit Konzentrationsproblemen durchaus gute Entwicklungschancen haben können, wenn die Umwelt adäquat auf sie eingeht. Auch wenn diese Kinder vielleicht immer ein bißchen „schwieriger“ und „unbequemer“ als andere Kinder sind, läßt sich doch ein Aufschaukelungsprozeß mit der Gefahr der Segregation in der Regel verhindern, wenn Eltern und Erzieher die notwendige Hilfestellung z. B. in Form

von Beratungsgesprächen erfahren.

Es wäre wünschenswert, daß die Umwelt Bereitschaft zeigt, den Kindern die Bedingungen zu schaffen, die sie für eine gesunde Gesamtentwicklung so dringend benötigen. Nur so lassen sich sekundäre Neurotisierungen, welche die Verhaltensproblematik weiter vergrößern, weitestgehend verhindern. Natürlich geht es nicht nur um die Veränderung bzw. Optimierung der Lebenswelt der Kinder, sondern ebenso auch darum, ihre individuelle „Bedürftigkeit“ pädagogisch-therapeutisch zu berücksichtigen. Da diese Kinder in aller Regel enorm problembelastet sind, ist eine heilpädagogische Förderung durchaus sinnvoll. Individuelle Förderung je nach Problemlage und kontextorientierte Arbeit sind miteinander zu verknüpfen.

Meiner Ansicht nach ist insbesondere die Heilpädagogik — wie ich später ausführen werde — geeignet, dazu beizutragen, diesen Kindern auf vielfältige Art und Weise zu helfen.

In formaler Hinsicht ist anzumerken, daß ich in meiner Arbeit, der Einfachheit halber, die männliche Form verwende (z. B. Heilpädagoge); selbstverständlich ist damit ebenso die Heilpädagogin gemeint.

Die Begriffe „ADHD“, „ADS“ bzw. „hyperkinetisches Syndrom“ (HKS) werde ich synonym verwenden. Wenn ich im Folgenden von „hyperaktiven Kindern“ spreche — was genaugenommen terminologisch nicht ganz korrekt ist (vgl. dazu Abschnitt 2.1 und 2.9) — so meine ich damit Kinder, die eine mit zuvor genannten Begriffen bezeichnete Symptomatik aufweisen.

# 1 Zur Terminologie

Das Verhalten, die „Krankheit“ bzw. das Syndrom, das durch mangelnde Konzentration, motorische Unruhe und Impulsivität gekennzeichnet ist, wurde im Laufe der Zeit unterschiedlich benannt, wobei festzustellen ist, daß die Definitionen z. T. unterschiedliche Schwerpunkte setzten und nicht in allen Definitionskriterien übereinstimmten. Im Folgenden möchte ich kurz auf die historische Entwicklung der Terminologie eingehen.

Um 1900 wurde das Störungsbild mit Begriffen wie »zappelig, impulsiv, ablenkbar, streitsüchtig, ungehorsam, rebellisch, antisozial« beschrieben. Zusammenfassende Formulierungen für unterschiedliche Symptomkombinationen waren

- „Kinderfehler“ (STRÜMPELL 1890),
- Defekte der moralischen Kontrolle (STILL 1902).

1916 bezeichnete E. BLEUER die Störung als „psychoorganisches Syndrom“, kurz POS. Um 1920 wurde insbesondere die motorische Unruhe als Ausdruck einer Hirnschädigung gesehen (vgl. VERNOOIJ 1992, S. 13). In den 20er Jahren wurde selbst dann von einer Hirnstörung ausgegangen, wenn überhaupt keine Anhaltspunkte dafür vorlagen. An dieser Stelle sei betont, daß es wissenschaftlich unzulässig ist, von Verhaltensweisen auf organische Schädigungen bzw. Funktionseinschränkungen zu schließen. SHAFFER (1985) kritisiert diese Praxis, relativiert jedoch seine Kritik:

„Umgekehrt ist es nicht sicher, ob spezifische Hirnschädigungen nicht doch für spezifische Verhaltensstörungen prädisponieren.“ (SHAFFER zit. nach REMSCHMIDT und SCHMIDT 1985)

Um 1935 tauchte der Begriff „hyperactivity“ erstmalig in der Fachliteratur auf; auch hier ging man von einer Hirnschädigung als Hauptursache aus. In den 50er Jahren stand dann die Wahrnehmungsstörung im Zentrum des Interesses. Die Gleichsetzung von Hyperaktivität und Hirnschädigung wurde in den 60er Jahren zunehmend angezweifelt. GÖLLNITZ erkannte die Bedeutung exogener Faktoren bei psychischen Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter und prägte 1954 den

Begriff des „hirnorganischen psychischen Achsensyndroms“. Aufgrund dessen, daß trotz intensiver wissenschaftlicher Forschung keine signifikanten strukturellen Veränderungen des kindlichen Gehirns auszumachen waren, ging man dazu über, nicht mehr von einer Hirnverletzung/Hirnschädigung zu sprechen, sondern den Begriff der Dysfunktion zu verwenden. Die stigmatisierende und pädagogisch pessimistische Tendenz des Hirnschädigungskonzepts wurde also durch das Konzept der Hirnfunktionsstörung abgelöst, so daß man sich Mitte der 60er Jahre auf die Termini »minimal brain dysfunction« (MBD) bzw. »minimale cerebrale Dysfunktion« (MCD) einigte. Obwohl von motorischer Unruhe nicht mehr so häufig auf MCD rückgeschlossen wurde, wurden die Begriffe „Hyperaktivität“ und „MCD“ dennoch bis in die 70er Jahre synonym verwandt. CLEMENTS und PETERS (1962) brachten genetische Faktoren, die allein oder zusammen mit anderen Faktoren zu einer Hirnreifungsverzögerung führen sollen, mit in die Diskussion ein.

Die Vielschichtigkeit des Phänomens wurde zunehmend deutlicher. Der Begriff des „hyperkinetischen Syndroms“, kurz HKS (ICD), taucht ab 1968 auf. Historisch gesehen entstand die Umschreibung *hyperkinetisches Syndrom* aus der Unschärfe und der Unzulänglichkeit des Begriffs *Hyperaktivität*, der — obwohl nur ein Einzelsymptom bezeichnend — als Oberbegriff für ein ausgesprochen vielschichtiges und komplexes Störungsbild verwendet wurde (vgl. VERNOOIJ 1992, S. 145). Der Begriff der „Hyperaktivität“ stellt lediglich eine Verhaltensbeschreibung, nicht aber eine Diagnose so wie HKS oder ADHD dar (ebd.). Das hyperkinetische Syndrom setzt sich aus den Kernsymptomen gesteigerte Aktivität, Impulsivität, Aufmerksamkeitsstörung, Erregbarkeit und fakultativen Symptomen wie emotionale und dissoziale Störungen, Lern- und Leistungsstörungen zusammen. Mit der Bezeichnung *HKS* wurde die Mehrdimensionalität des Phänomens herausgestellt, ebenso erfolgte durch die Zusammenfassung eines ganzen Bündels von unterschiedlichsten, sich wechselseitig beeinflussenden Symptomen, eine Ausweitung des Störungsbildes, die es ermöglichte, Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten schlechthin unter das Störungsbild *HKS* zu subsumieren. Weitere Diskussionen um Abgrenzungen zwischen MCD, HKS, Wahrnehmungsstörungen, spezifischen Lernstörungen und Teilleistungsstörungen folgten.

Im aktuellen DSM-IV spricht man von „Attention-Deficit-Hyperactivity-Disorder“