

Wo ein Wille ist, aber kein Weg

Das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom mit und ohne Hyperaktivität

Arne Schmidt, Michael Meusers

Wem hilft eine Diagnose?

In jüngster Zeit sind das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS) bzw. die Hyperkinetische Störung (HKS) ein zentrales Thema auch in der pädagogischen Diskussion, so dass bereits von einer »Modediagnose« die Rede ist. Es wird heftig darüber gestritten, ob man überhaupt Diagnosen stellen soll, ob man den betroffenen Kindern eine »Verhaltensauffälligkeit«, »Verhaltensoriginalität« oder eher »besondere Fähigkeiten« (sog. »Sternkinder«) zuschreiben soll.¹ Diagnosen enthalten als erkenntnistheoretische Besonderheit in sich bereits den Beginn einer therapeutischen Handlung.² Nur wenn sie dies nicht leisten, verkommen sie zu Etiketten, die man dann zu Recht anprangern kann. Die Selbsteinschätzung, der Leidensdruck von Betroffenen und ihren Angehörigen spielen ebenfalls eine entscheidende Rolle, da aus ihnen der Auftrag zu einer Behandlung hervorgeht. Niemand hat Interesse daran, kreative, spirituelle oder phantasievolle Kinder auf ein »Normalmaß« (was immer das genau sein soll) zurechtzubiegen. Menschen jedoch, die sich in sozialen Gruppen nicht steuern können, deswegen über Jahre Ausgrenzung, Misserfolge und einen hohen Leidensdruck erleben, in Selbstmordgefährdung oder dissozialer Entwicklung landen, werden sich unter dem Terminus der »besonderen Fähigkeit« allein nicht verstanden fühlen. Andererseits gibt es Menschen, die besondere Fähigkeiten haben. Werden sie anderen Menschen »auffällig«, erfordert dies besondere diagnostische Sorgfalt – und oft auch, dass dann *keine* Diagnose gestellt wird, weil sie eine Entwertung bedeuten könnte. Doch werden nicht auch »normale« Kinder entwertet, wenn sie von lauter »besonderen« umgeben sein sollen? Kinder benötigen dann unsere therapeutische Aufmerksamkeit, wenn ihre soziale Umgebung ihre Besonderheiten nicht ausreichend (er-)tragen kann.

Bindung, Beziehung und Lernen

Am Beginn der menschlichen Entwicklung steht die Nachahmung. Der Säugling ahmt die Mimik von Mutter, Vater, Geschwistern nach, erlebt ihre Reaktion und spürt, dass er »etwas in der Welt bewegen kann«.³ Beziehungsaufbau zu Mensch und Welt ist immer mit Risiken verbunden, welche das rasche Lernen behindern. Kinder brauchen, um die Welt zu entdecken und an ihr zu lernen, die Sicherheit durch eine Bindungsperson.⁴ Sie können einen unbekanntem Raum relativ frei »erobern« (explorieren), wenn die Mutter in der Nähe ist. Die Entwicklung von typischen Bindungsmustern stellt daher den we-

sentlichen Prozess dar, der Kindern die Sicherheit vermittelt, überflutende Ängste und Verlassensgefühle zu überwinden. Beim »sicheren Bindungstyp« z.B. wird die Mutter nach kurzer Zeit scheinbar nicht besonders beachtet. Verlässt die Mutter den Raum, hört das Kind auf zu spielen und wird unruhig und traurig, es lässt sich auch von einer fremden Bezugsperson nicht ablenken. Kommt die Mutter wieder zurück, freut sich das Kind, nimmt die Mutter intensiv wahr und kann sich dann, aus der Bindungssicherheit heraus, wieder dem Spiel – der Außenwelt – zuwenden. Diese Bindungsform stellt die gelungenste Form der Hilfe durch Vater, Mutter oder Geschwister dar, die ungefähr 60 Prozent der Kinder zuteil wird. (Sehr enge, symbiotische Beziehungen sind in der Regel nicht Ausdruck besonderer Einfühlsamkeit.)

Um ein inneres Bindungsbild zu entwickeln, benötigt das Kind außerdem, dass die Bezugspersonen verlässlich, d.h. bei ähnlichem Verhalten auch immer wieder ähnlich reagieren. In diesem Zusammenhang entstehen auch Anreize für weiteres Lernen. Zuwendung durch wichtige Bezugspersonen wird als Belohnung, Abwendung, Ignorieren, etc. als Bestrafung erlebt. Dies geschieht oft unbewusst und im Sekundentakt. Bindungs- und Lernverhalten gehen hier Hand in Hand.

Impulsive Kinder haben ein entsprechend überraschendes Bindungsverhalten. Sie verunsichern die Eltern. Kinder mit einem ADS zeigen z. T. schon in der frühen Kindheit ein Verhalten, das es den Eltern schwer macht, sich genügend zuverlässig in ihr Kind einzufühlen und damit einen einfühlsamen Bindungstyp zu ermöglichen. Zugleich haben diese Kinder Probleme beim Verinnerlichen ihrer Beziehungen durch Nachahmung. Sie fühlen sich nicht wahrgenommen und immer benachteiligt. Umgekehrt: Eltern mit impulsivem Verhalten (z.B. wegen eigener ADS-Erkrankung) verunsichern die Kinder, so dass auch hier die ideale Form eines Bindungsmusters nicht gelingt. Die motorische Entwicklung im ersten Jahrsiebt wird besonders durch entsprechende Spiele unterstützt. Vor allem die Steuerung von Impulsen kann durch sie erlernt werden. Das Kind ist bemüht, Herr der eigenen noch ungesteuerten Motorik zu werden. Für ADS-Kinder ist dieses eine erste wichtige »natürliche Therapie«. Folgende Bedingungen sind für ihr Gelingen notwendig:

1. eine immer wieder motivierende Bezugsperson;
2. eine häufige Wiederholung möglichst ähnlicher Spielsituationen,
3. die persönliche Freude des Kindes an diesen Übungen, d. h. die Ermunterung zu diesen gerade nicht so ganz einfachen Entwicklungsschritten.

Durch ihre Impulsivität, Spontaneität und große Freude an ständig Neuem sind vor allem ADS-Kinder in der Gefahr, die für sie notwendige Unterstützung, häufige Wiederholung und Beständigkeit im Üben nicht zu erhalten. Hierin unterscheidet sich heute der Entwicklungsweg vieler Kinder gegenüber der vorherigen Generation. Insbesondere Bewegungsspiele sind nicht mehr »in«, werden von Familien nicht mehr mit Freude praktiziert, so dass gerade die ADS-Kinder hier eine frühe mangelnde Entwicklungsförderung erleben. Was für das gesunde Kind noch kompensierbar ist, stellt für das ADS-Kind einen relevanten Entwicklungsnachteil dar. Unter diesem Aspekt wäre eine Früherkennung hilfreich. Auch die Beständigkeit in den Erziehungsanforderungen, die Eindeutigkeit in der Führung des Kindes, die besonnene Reaktion auf die Impulsivität des Kindes, früh durch begleitende Hilfe den Eltern vermittelt, wird im Einzelfall die Bewältigung der

Was versteht man unter ADS?

Die hyperkinetische Störung (ADD, ADS, ADHD, HKS) betrifft etwa 4 Prozent der deutschen Kinder und im Vollbild noch ca. 1-2 Prozent der Erwachsenen. Diagnosekriterien der WHO¹⁶ und der amerikanischen psychiatrischen Fachgesellschaft sind drei Symptombereiche: Aufmerksamkeitsstörung, Impulsivität und – nicht obligat – Hypermotorik (Zappeligkeit).

Im Vordergrund steht eine Störung der Impulssteuerung. Während Gesunde ihre Handlungs- und Denkipulse zunächst abwägen, verschieben und ggf. unterdrücken können, schießen diese Impulse bei den Betroffenen sofort in die handelnde Umsetzung, sei es im Denken, Fühlen oder Wollen/Handeln. Die Folge ist in allen Bereichen ungesteuertes und sozial unverträgliches Verhalten, welches die Betroffenen selber bemerken und bereuen. Sie sind stark ablenkbar, da sie nicht zwischen verschiedenen Reizen (z.B. Unruhe im Klassenraum, draußen vorbeifahrendes Auto, Lehrer) selektieren und sich deswegen auch nicht konzentrieren können. Die zusätzlich auftretende Zappeligkeit betrifft nur einen Teil der Betroffenen (Mädchen seltener als Jungen).

Tierversuche und Funktions-Kernspin-Untersuchungen beim Menschen weisen nach, dass es sich um eine Störung im Dopamin-System des Gehirns handelt. Hiervon betroffen sind Nervenbahnen, die vom Mittelhirn zum Frontalhirn (Präfrontalkortex) führen. Mit diesem wiederum steuern wir neurophysiologisch gesehen alle Impulse. Bei ADS-Patienten ist eine bestimmte Gruppe von Dopamin-Rezeptoren (es sind bisher 4 verschiedene mit völlig unterschiedlichen Funktionen bekannt) nur eingeschränkt funktionsfähig. Daraus resultiert eine verminderte Signalübertragung zwischen den entsprechenden Nervenzellen, der Dopaminabbau bleibt davon aber unbeeinflusst. Es kommt zu einem »funktionellen Dopaminmangel«. ¹⁷

ADS-Problematik fördern.⁵

ADS-Kinder sind in aller Regel genauso begabt wie sog. gesunde Kinder. Mit Betroffenheit und Enttäuschung erleben sie das Misslingen eigener Handlungen, hervorgerufen durch die ungesteuerte Impulsivität. Diese Traumatisierung erleben sie als selbst gemacht. Im psychotherapeutischen Einzelgespräch können viele Kinder mitteilen, wie sehr sie am eigenen Können zweifeln und dass alle Wertschätzungen der Umgebung sie nicht darüber hinwegtäuschen, dass ihnen in Wirklichkeit fast alles misslingt. Ihre Impulsivität in den Emotionen gibt ihnen die Fähigkeit, diese düsteren, depressiven Gedanken immer wieder zu vertreiben – und doch kehren sie schnell zurück und belasten schon früh die kindliche Seele. Ihnen ein Verständnis ihres eigenen Krankheitsbildes zu geben, sie für aussichtsreiche Therapieschritte zu gewinnen, ist Grundlage der Wertschätzung in der Therapie.

Einige konstitutionelle Gesichtspunkte

Lernen benötigt Wiederholung. Durch Nachahmung von äußeren Handlungen bilden sich Gewohnheiten und Rituale. Zunächst werden vom Kleinkind Handlungen noch unmittelbar nachgeahmt, dann mit Worten kommentiert, erst später kann sich dies vom Äußeren loslösen und nur noch gedacht werden; es findet eine Verinnerlichung statt. Das Gedachte kann jederzeit wieder als Erinnerung zur Verfügung gestellt werden und bildet dann eine Erfahrung. Das Kind weiß dann, dass auch dieses Glas wieder umfallen wird, wenn es in bestimmter Weise dagegen stößt, ohne dies erneut ausprobieren zu müssen.

Rudolf Steiner beschreibt in verschiedenen Vorträgen, in welcher Weise an der Gedächtnisbildung in Form feiner Stoffwechselvorgänge der gesamte menschliche Orga-

nismus beteiligt ist.⁶ »Der ganze Mensch ist ein Organ, welches nachvibriert, und die Organe, denen man gewöhnlich nur zuschreibt, dass sie da physisch eines neben dem anderen lagern, die sind in Wirklichkeit dazu da, um dasjenige, was der Mensch auch seelisch-geistig erlebt, innerlich zu verarbeiten und es in einer gewissen Weise aufzubewahren.«⁷ Unseres Erachtens erfährt beim ADS dieser Prozess der Verinnerlichung eine Störung. Machen wir uns, einer Beschreibung Steiners folgend, den Vorgang deutlich, wie Wahrnehmungen in das Gedächtnis überführt werden, Gegenwärtiges also mit Behaltenem, Vergangenen zusammenspielt:

Das aufmerksam durch die Sinne (Sehen, Hören, Schmecken, Tasten) Wahrgenommene sowie die Vorstellungen werden im rhythmischen System des Menschen, das durch die Aktivität von Atem und Puls bestimmt wird, aufgenommen und weiterverarbeitet. Daran ist das Fühlen intensiv beteiligt. Bleibend, d.h. dem Gedächtnis einverleibt, wird dieses jedoch in einer noch tieferen Schicht des Menschen, und zwar in dem Bereich, in dem feinste innere Stoffwechselforgänge vor sich gehen. Insofern besteht hier ein feiner Zusammenhang von Gedächtnisbildung und Organbildungsprozessen. Das Erinnern ist folglich ein innerer Wahrnehmungsprozess: an ihm ist ebenso wie bei der aktuellen Wahrnehmung immer der ganze Mensch, d.h. mit seinem Nerven-Sinnes-System, dem rhythmischen System und dem Stoffwechselsystem beteiligt.⁸ Beim ADS misslingt der Ausgleich zwischen Gegenwärtigem und Vergangenen, schon zur Erfahrung Gewordenem. Auch Konzentration ist eine Form der gedanklichen Selbststeuerung! Ist die Korrespondenz innerhalb dieses Prozesses gestört, kommt es zu Problemen in der Erfahrungsbildung, in der Ritualisierung und auch in der Verinnerlichung von Wahrnehmungen. Lernen und Bindungsverhalten sind ein Ergebnis des rhythmischen Systems. Der Zugriff auf das Arbeitsgedächtnis, das Informationen festhält, während eine Aufgabe durchgeführt wird, ist bei der ADS-Erkrankung vermindert, es kommt zur Vergesslichkeit. Die Internalisierung in Form von »lautem«, durch Sprechen gestütztem Denken, das später rein gedanklich abläuft, ist ebenso erschwert und verzögert, andererseits schießen eben Willensimpulse ohne denkerische Kontrolle in die Handlung.⁹ Die Betroffenen leiden darunter am allermeisten. Sie können selbst ihr Leben, ihre eigenen Handlungen und die sozialen Erwidern kaum vorhersagen, werden dadurch immer wieder traumatisiert und ggf. auch in ihrem Bindungsverhalten gestört. Durch ihre Konzentrationsdefizite erleben sie zusätzlich massive Probleme in der Schule, werden bei oft normaler Begabung ausgeschult oder als »Versager« titulierte.

Die jüngere Forschung hat gezeigt, dass ADS-Kinder oft schon vor ihrem eigentlichen Störungsbild eine verminderte Nachahmungsfähigkeit haben, ein mangelhaftes Arbeitsgedächtnis entwickeln, Handlungs- und Erinnerungsmodul nicht frei kombinieren können und bei Handlungsketten (im seriellen Denken) den Überblick verlieren. Spielen als ideale Form der aktiven wiederholenden Erinnerung sowie Selbstgespräche als internalisierende Form des Denkens und Erinnerns sind ebenfalls bei vielen Kindern mit späterem ADS schon früh nur vermindert vorhanden.

Diagnostik der hyperkinetischen Störung

1. Anamneseerhebung, charakteristische Symptome, Beginn vor dem 7. Lebensjahr, weitere Familienmitglieder betroffen (genetisch bedingte familiäre Belastung)?
2. Möglichst viele Fremdbeurteilungen, ggf. mit vergleichbaren standardisierten Fragebögen (z. B. DISYPS-KJ-Bögen oder Conners-Bögen, ausgefüllt durch Schule, Kindergarten, Hort, Eltern, etc.)
3. Gegebenenfalls Leistungsdiagnostik (Intelligenztest, Ausschluss schulischer Unter- oder Überforderung)
4. Messung der Konzentration (Wert muss in Relation zur Intelligenz stehen)
5. Ggf. Video-Interaktionsdiagnostik, Beurteilung von Spiel-, Arbeits-, Konflikt- und Hausaufgaben-situationen.

Störungen mit zum Teil ähnlicher Symptomatik

(Differentialdiagnosen der hyperkinetischen Störung)

- »Grenzenlose« Kinder (eingeschränkte Fähigkeit, Verzicht zu leisten)
- traumatisierte Eltern mit Unfähigkeit zu klarer Grenzsetzung oder posttraumatische Belastungsstörung des Kindes bei Zustand nach schwerer Verwahrlosung oder Misshandlung bzw. Missbrauch
- emotionale oder Beziehungsprobleme, Belastung durch familiäre oder soziale Schwierigkeiten, Blockaden
- Minder- oder Hochbegabung mit folgender Unter- oder Überforderung
- autistische oder tiefgreifende Entwicklungsstörungen (z. B. Asperger-Syndrom, bis zu 40% auch mit hyperkinetischer Symptomatik, aber zusätzlicher sozialer und Empathiestörung)
- zentrale Fehlhörigkeit
- Schilddrüsenüberfunktion
- affektive Erkrankungen
- Psychosen im Kindesalter
- weitere, z.T. seltene Erkrankungen und Syndrome

Zur Therapie

Der Wille der Familie zur Therapie ist die erste Voraussetzung für eine wirksame Behandlung eines ADS-Kindes. Eine wertschätzende, positive, gerade die Fähigkeiten und Begabungen des Kindes sehende Grundhaltung des Therapeuten bei der Therapieplanung die zweite. Die Behandlung eines ADS-Patienten ist in aller Regel multimodal, d. h. sie erwächst aus einer komplexen Problemanalyse und kann sich ganz unterschiedlich gestalten.

ADS entsteht nicht durch Erziehung, ebenso sind die Eltern nicht schuld daran. Da die Patienten eine große Impulsivität besitzen, profitieren sie von einer gut strukturierten Umgebung, von eindeutigem Erziehungsverhalten, vom freundlichen, entschiedenen, eher kühlen Erziehungsstil der Eltern, der Lehrer, vielleicht auch der Geschwister. Gerade das unbeherrschte Verhalten der Kinder lädt zu aufschaukelnden Reaktionen ein, die immer weiter eskalieren können, das Kind erlebt sich dabei subjektiv immer als Opfer, die Umgebung neigt zur Schuldzuweisung an das »schwierige Kind«. ADS lässt Kinder häufig Anweisungen nicht verinnerlichen, auf das Gehörte nicht angemessen reagieren, Hilfen nicht verstehen. Es ist daher hilfreich, etwa im schulischen Zusammenhang neben dem mündlichen auch den schriftlichen Weg zu wählen, z. B. Aufgaben an die Tafel oder auf ein Blatt Papier zu schreiben, so dass das Kind sich immer wieder selber vergewissern

kann, was als nächstes verlangt wird. Dies gilt auch für familiäre Regeln, die z. B. auf einem Blatt Papier an der Eisschranktür kleben usw.

Es gibt einige Grundregeln, die unabhängig vom Therapieverfahren beherzigt werden sollten:

1. Vermeiden Sie jede Form von Schuldzuweisungen.
2. Führen Sie als Eltern abends eine feste »Spiel- und Kuschelzeit« zur Beziehungspflege und als zusätzliches Beziehungsangebot ein – aber nur, wenn auch die Kinder dies wollen. Die Kinder dürfen über die Art des (konstruktiven) Spieles und die Beteiligung der Eltern entscheiden.
3. Vermeiden Sie impulsive Gegenreaktionen und ziehen Sie sich lieber kurz aus dem Konflikt zurück. Da impulsive Menschen nicht nachtragend sind, können Sie oft kurze Zeit später das Problem erneut und sehr viel sachlicher reflektieren.
4. Schenken Sie dem Kind Aufmerksamkeit, wenn es Ihren Aufforderungen nachkommt und sich »erwünscht« verhält. Geben Sie möglichst weniger Zuwendung für Fehlverhalten!
5. Visualisieren Sie Teile Ihres Unterrichtes. Wenn Sie mit dem Kind reden, koppeln Sie Ihre Worte mit einer freundschaftlichen Berührung (taktiler Reiz).
6. Ritual- und Gewohnheitsbildung wie auch der »rhythmische Teil« des Unterrichts, die in der Waldorfpädagogik eine besondere Rolle spielen, sind oft segensreich.

Eine hinsichtlich ihrer Wirksamkeit evaluierte Form der Psychotherapie ist die Verhaltenstherapie, die durch klare, gemeinsam vereinbarte Regeln und gleichzeitig durch Belohnungspläne eine Motivation herstellt, eigenes Verhalten zu ändern.¹⁰

Die gesamte Familie und auch die Schule sollte in das Therapieverfahren mit einbezogen sein.¹¹ Tiefenpsychologische Aspekte oder analytische Therapieformen sind unseres Erachtens allenfalls zur Bearbeitung von Schuldgefühlen und frühen Kindheitserfahrungen der Eltern geeignet. Im Rahmen der Behandlung des eigentlich betroffenen Kindes haben sie sich aus unserer Perspektive nicht bewährt. Auch eine ungezielte Mototherapie, Ergotherapie oder Spieltherapie, die sich allein an den Defiziten der Kinder orientiert, haben wir nicht als hilfreich erlebt.

Störungen der sog. basalen Sinne (Gleichgewichtssinn, Eigenbewegungs-, Lebens- und Tastsinn) können als begleitende Therapiemaßnahmen, etwa durch heilpädagogische, ergotherapeutische oder künstlerische Übungsbehandlung, angegangen werden. Die künstlerischen Therapien sind wirksam in der Bewältigung der Impulsivität; gerade die persönliche Bemühung beim Plastizieren und Malen oder in der Heileurythmie hilft dem Kind bis in die Leiblichkeit hinein, die eigene Impulsivität zu beherrschen. Dies kann Voraussetzung sein für die Bereitschaft, auch eine Verhaltenstherapie erfolgreich umzusetzen. Überdies können Kinder in künstlerisch-übenden Verfahren auch ihre jahrelangen emotionalen Defizite, Ängste und Selbstwertprobleme ohne Worte bearbeiten.

Der Umgang mit Fernsehen und Computerspielen ist zwar für Betroffene und ihre Umgebung oft eine Verlockung (das Kind benötigt keine selbst gesteuerte Konzentration und sitzt endlich einmal ruhig), aber aus dem oben Gesagten ergibt sich ein bewusster, eher restriktiver Umgang mit diesen Medien.

Wie wirkt Methylphenidat (z.B. Ritalin, Medikinet, Equasym)?

Methylphenidat wurde seit seiner Entdeckung 1944 zunächst bei Erwachsenen als Appetitzügler verwendet, es handelt sich um ein Aufputzmittel (und nicht um ein Beruhigungsmittel!). Seit ca. 30 Jahren ist bekannt, dass es bei Menschen mit ADS/HKS nicht zu einer Vermehrung der Unruhe, sondern zu einer Verbesserung der Impulssteuerung und Konzentration führt. Menschen ohne diese Störung verspüren meist eine aufputzende oder gar keine Wirkung. Seit ca. 1999 ist bekannt, dass Methylphenidat den Wiederaufnahmerezeptor von Dopamin für einige Stunden blockiert, so dass zwischen den Nervenzellen mehr davon zur Verfügung steht und damit der funktionelle Mangel (vgl. Kasten S.133) ausgeglichen werden kann.¹⁷ Ähnliche Funktionsweisen haben Antidepressiva für andere Neurotransmitter. Andere, dem Methylphenidat chemisch verwandte aufputzende Drogen wie z.B. Kokain entleeren zusätzlich die Dopaminspeicher der Nervenzellen. Es kommt nur dann zu einer Überflutung des Gehirns mit Dopamin, was sich psychisch als euphorisierender »Kick« mit dann nachfolgender depressiver Leere äußert und bei Überdosierung zum Untergang von Nervenzellen führen kann. Da dies aber bei Methylphenidat nicht geschieht, führt dieses, wie intensive Studien belegen, weder bei Kindern noch bei Erwachsenen zur Abhängigkeit. Methylphenidat löst keine Stimmungsveränderung aus und spielt in Kreisen von Drogenabhängigen auch nach persönlicher Erfahrung der Autoren praktisch keine Rolle. Viele Behandelte setzen das Präparat in den Schulferien und z.T. an jedem Wochenende ab, ohne dass es zu Entzugssymptomen kommt. Die wesentlichen Nebenwirkungen: Appetitminderung, Schlafstörungen bei abendlicher Einnahme, selten Blutdruck- und Pulserhöhung. Selten meist reversible Auslösung einer Tic-Störung, extrem selten Durchblutungsstörungen (in diesem Fall muss die Einnahme kritisch überdacht werden). Trotz starken Anstiegs der Verordnungshäufigkeit scheint bislang nur ein Teil der Betroffenen mit Methylphenidat behandelt zu werden, auch bei seriöser Diagnose- und Indikationsstellung wäre eher eine noch höhere Verordnungsmenge zu erwarten.¹⁸ Follow-up-Studien bei Betroffenen bis ins Erwachsenenalter kommen zu dem Schluss, dass eine deutliche Erhöhung der Lebensqualität sowie eine deutliche Verminderung sozialer Risiken bzw. der Gefahr des Drogenkonsums erzielt werden können. Es gibt bisher keine seriösen Hinweise darauf, dass durch die Langzeiteinnahme von Methylphenidat eine Parkinson-Erkrankung entsteht.

Medikamentöse Behandlung

Bei einer Reihe von Patienten haben wir mit sehr unterschiedlichen anthroposophischen Heilmitteln gute Erfahrungen gemacht. Vor allem im ersten Lebensjahr ist hier oft eine deutliche Wirkung zu verzeichnen. Da letztlich recht viele verschiedene Substanzen in Betracht kommen und diese individuell eingesetzt werden, soll an dieser Stelle nicht auf einzelne Heilmittel eingegangen werden. Von der Therapie mit den meisten Blauaugen-Präparaten möchten wir abraten, da ihre Wirkung auf einem nikotin-ähnlichen Toxin beruht, das in Einzelfällen zu Leberschäden geführt hat (in Kanada sind etliche solcher Präparate bereits verboten). Auch wenn das Störungsbild dem homöopathischen Arzneimittelbild für Phosphor ähnelt, gibt es nach Studienlage keinen Beleg für eine generelle Phosphat- oder Nahrungsmittelallergie; in seltenen Fällen wird jedoch ein symptomverstärkendes Lebensmittel deutlich, auf das dann verzichtet werden kann. Eine generelle Ernährungsumstellung ohne klare Hinweise auf Unverträglichkeiten ist nicht sinnvoll und führt oft zu zusätzlichen, unnötigen Konflikten in der Familie. Meiden sollten Betroffene den Lebensmittelfarbstoff Tartrazin (E 102), da von ihm eine Verstärkung der Problematik bekannt ist. In diesen Fällen sind die Substanzen aber nicht die Ursache, sondern nur Verstärker der Störung. Die Symptomatik der Kinder ist leider in manchen Fällen so stark ausgeprägt, das stetige Erleben des Misserfolgs so selbstwertschädigend,

die soziale Isolierung in der Peer-group so belastend, dass ein therapeutischer Einstieg erst unter der Medikation mit Methylphenidat (Ritalin) gelingt. Hierbei wird oft durch das Medikament das schulische Desaster beherrscht, während im familiären Umfeld die obigen Psychotherapieformen oft ausreichend wirksam sind. So ist aus unserer Sicht die medikamentöse Behandlung häufig Voraussetzung für eine wirksame Psychotherapie. Als Klinik mit regionalem Versorgungsauftrag (die Klinik in Herdecke hat den Status einer Landesklinik für 550.000 Einwohner) sehen wir regelmäßig Patienten, die in krisenhafter Zuspitzung ihres impulsiven Verhaltens bei guter Begabung die Schule verlassen oder aus der Familie in einem Heim untergebracht werden sollen. Auch in diesen Fällen kann der schnelle Einsatz der Medikamente eine kaum wieder gut zu machende Entwicklung aufhalten und allen Beteiligten neue Handlungsoptionen geben. Oft wird hierdurch der Einstieg in weitere und andere Therapien erst möglich.

Was wird aus ADS-Kindern? – Schulung von Erwachsenen

Nur bei etwa einem Drittel der Kinder verschwindet die Problematik mit der Pubertät weitgehend. Ein etwa weiteres Drittel verliert einen Teil der Symptomatik, meistens die motorische Hyperaktivität. Das hat lange zu der Annahme geführt, dass die Störung sich mit der Pubertät auswachse. Dies ist jedoch nicht generell der Fall, und bei dem letzten Drittel bleibt weitgehend das Vollbild der Störung bestehen.¹² Diese Jugendlichen und Erwachsenen benötigen fallweise auch im Erwachsenenalter noch eine spezifische Behandlung. Da die Störung familiär gehäuft auftritt, sollte es nicht verwundern, wenn ein Elternteil eines ADS-Kindes ähnlich impulsiv reagiert. Auch hier ist das Problem eine nicht voll bewusste Selbststeuerung; das Unfallrisiko von ADS-Patienten ist dreifach erhöht.¹³ Manche dieser Erwachsenen benötigen medikamentöse Hilfe,¹⁴ und unter Umständen kann auch eine Aufklärung der Bezugspersonen und der Lebenspartner eine erhebliche Entlastung darstellen und zu einem adäquateren Umgang miteinander führen. Betroffene Menschen haben es zum Teil schwer, meditative Ruhe zu entwickeln; prinzipiell sind sie aber nicht weniger spirituell als Gesunde! Bei entsprechender Motivation ist es einen Versuch wert, den Patienten Schulungsübungen, z. B. wie sie Rudolf Steiner in »Nervosität und Ichheit«, »Praktische Ausbildung des Denkens« oder auch in der »Geheimwissenschaft im Umriss« angegeben hat, zu empfehlen. Allen diesen Übungen ist das bewusste Denken, Fühlen und Handeln gemeinsam – als besondere therapeutische Herausforderung, weil die Verwandlung der Impulsivität angesprochen wird. Da die Übungen überwiegend Angaben für Gesunde sind, erfordern sie ein einfühlsames Vorgehen. Ansätze in ähnlicher Richtung finden sich auch in heutigen Selbstinstruktions- und Aufmerksamkeitstrainings.¹⁵

Vernetzung statt Verletzung

Aus unserer Sicht tut es Not, dass sich Vertreter aller Fachgruppen für die verschiedensten Problembereiche zusammentun, um gemeinsam zu überlegen, wie sie der Problematik der hyperkinetischen Störung angemessen begegnen können. So sind in der Schule ganz andere Strategien gefragt als in der ärztlichen Notfallversorgung, in der heilpädagogi-

schen Übungsbehandlung oder in der Jugendhilfe. Auch betroffenen Eltern müssten kompetente therapeutische Angebote gemacht werden können. Spezifische Überlegungen für die Heilpädagogik und z.B. die für die Ergotherapie, die künstlerischen Therapien und die Heileurythmie dürfen nicht fehlen. Solche Zusammenarbeit wird fruchtbar sein, wenn sie ideologiefrei geschieht. Im Zeitalter immer stärkerer Restriktionen durch Krankenkassen kann den Patienten und ihren Bezugspersonen nur dazu geraten werden, sich zusammen zu schließen. Gerade diese (und nicht nur die Behandler) sollten mehr und mehr ihre Interessen gegenüber den Versicherungen vertreten.

Aufgrund des bestehenden Versorgungsvertrages und auch der starken Nachfrage für unsere inhaltlich autonome, unabhängige Ambulanz ist es uns leider oft nur noch möglich, im regionalen Umfeld tätig zu sein. Wir halten es aber für wichtig, z. B. spezielle Interventionsprogramme für Schulen, im Elternhaus etc. zu erarbeiten und zu erforschen. Erste Projekte entstehen zur Zeit. Über weitere entsprechende Initiativen würden sich die Autoren freuen.

Anmerkungen

- 1 Köhler, H.: Die Botschaft der heutigen Kinder. In: Goetheanum 11/2001, S. 189 ff.; Kühlewind, G.: Sternkinder. Stuttgart ³2002
- 2 Rager, G., Honnefelder, L. (Hrsg.): Ärztliches Handeln. Grundlegung einer medizinischen Ethik. Frankfurt/M., Leipzig 1994; Uexküll, T., Wesiack, W.: Theorie der Humanmedizin. München, Wien, Baltimore ² 1991; Wieland, W.: Diagnose. Überlegungen zur Medizintheorie. Berlin, New York 1975
- 3 Papousek, M.: Vom ersten Schrei zum ersten Wort. Göttingen 1994
- 4 Ainsworth, M.S., Blehar, M.C., Waters, E., Wall, S.: Patterns of Attachment. A psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1978; Bowlby, J.: Bindung. München 1975; ders.: Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung. Therapeutische Aspekte der Bindungstheorie. Heidelberg 1995 (Originalausgabe 1988: A secure base. Clinical applications of attachment theory. London: Tavistock/Routledge); Brisch, K.H., Grossmann, K., Grossmann, K.E., Köhler, L. (Hrsg.): Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis. Stuttgart 2002; Endres, M., Hauser, S.: Bindungstheorie in der Psychotherapie. München 2000; Grossmann, K.E.: Praktische Anwendungen der Bindungstheorie. In: Endres, M., Hauser, S. (Hrsg.): Bindungstheorie in der Psychotherapie. München 2000, S. 54-80; Grossmann, K.E., Grossmann, K.: Frühkindliche Bindung und Entwicklung individueller Psychodynamik über den Lebenslauf. In: Familiendynamik, 20/1995, S. 171-192
- 5 Hinshaw, S.P., Owens, E.B. et al.: Family processes and treatment outcome in the META: Negative/ineffective parenting practices in relation to multimodal treatment. In: Journal of Abnormal Child Psychology, 28 (6), 2000, S. 555-568
- 6 Steiner, R.: Meditativ erarbeitete Menschenkunde, GA 302a; ders.: Die Sendung Michaels, GA 194; ders.: Die Erneuerung der pädagogisch-didaktischen Kunst durch Geisteswissenschaft, GA 301
- 7 Steiner, R.: GA 301, 3. Vortrag, Dornach ³1977, S. 54-55
- 8 Steiner, R.: GA 302a
- 9 Barkley RA: Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. In: Psychological Bulletin (United States), 121(1) 1997, S. 65-94; ders.: The executive functions and self-regulation: an evolutionary neuropsychological perspective. In: Neuropsychological Review 11(1) 2001, S. 1-29
- 10 Aust-Claus, E., Hammer, P.M.: Das ADS-Buch. Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom. Neue Kon-

- zentrations-Hilfen für Zappelphilippe und Träumer. Ratingen ³2000; Döpfner, M.; Schürmann, S.; Frölich, J.: Trainingsprogramm für hyperaktive und oppositionelle Kinder (THOP). Weinheim 1999; MTA Cooperative Group: A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention deficit/hyperactivity disorder. In: Archives of General Psychiatry, 56, 1999, S. 1073-1086; MTA Cooperative Group: Moderators and mediators of treatment response for children with attention deficit/hyperactivity disorder. In: Archives of General Psychiatry, 56, 1999, S. 1088-1096
- 11 Imhof, M., Skrodzki, K., Urzinger, M.S.: Aufmerksamkeitsgestörte, hyperaktive Kinder und Jugendliche im Unterricht. Hrsg. vom Staatsinstitut für Schulpädagogik und Bildungsforschung. Donauwörth ³2000
 - 12 Neuhaus, C.: Hyperaktive Jugendliche und ihre Probleme. Berlin 2000
 - 13 Grützmaker, H.: Unfallgefährdung bei Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung. In: Deutsches Ärzteblatt, 98 (34-35), 2001, A 2195-2197
 - 14 Overmeyer, S., Ebert, D.: Die hyperkinetische Störung im Jugend- und Erwachsenenalter. In: Deutsches Ärzteblatt 96 (19), 1999, A-1275-1278; Wender, P.H.: Die Aufmerksamkeitsdefizit/-Aktivitätsstörung (ADHD) im Erwachsenenalter. In: Psycho 26 (4) 2000, S. 190-198
 - 15 Lauth, G.W., Schlottke, P.F.: Rastlose Kinder, ratlose Eltern. Hilfen bei Überaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen. München ⁴2000
 - 16 Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (Hrsg.): Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD 10). Bern, Göttingen, Toronto 1991
 - 17 Krause, K.H., Dresel, S., Krause, J.: Neurobiologie der Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung. In: Psycho 26 (4) 2000, S. 199-205; Report from the third international meeting of the Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Molecular Genetics Network. American Journal of Medical Genetics 8;114 (3) 2002, S. 272-276; Swanson, J.M., Flodman, P., Kennedy, J., Spence, M.A., Moyzis, R., et al.: Dopamine genes and ADHD. In: Neurosc. Biobehav. Review 24 (1) 2000, S. 21-25; Swanson, J., Castellanos, F.X., Murias, M., La Hoste, G., Kennedy, J.: Cognitive neuroscience of attention deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder. In: Current Opinion of Neurobiology, 8 (2) 1998, S. 263-71
 - 18 Schubert, I., Lehmkuhl, G., Spengler, A., Döpfner, M., v. Ferber, L.: Methylphenidat bei hyperkinetischen Störungen. In: Deutsches Ärzteblatt, 98 (9) 2001, A 541-544; vgl. auch die unabhängigen Erhebungen der Gesundheitsbehörden aus Soest und dem Hochsauerlandkreis 2002

Zu den Autoren:

Arne Schmidt, Dr. med., geb. 1963, Besuch verschiedener Waldorfschulen, Abitur in Frankfurt a. M. 1982, Studium der Medizin in Köln, anthroposophisches Studienseminar in Stuttgart, Weiterbildung in Psychiatrie, Psychotherapie und zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitätsklinik Köln, der Friedrich-Husemann-Klinik Buchenbach, der kantonalen psychiatrischen Klinik Liestal/CH, der Rheinischen Kliniken Bedburg-Hau, Tätigkeit als Stellvertreter des leitenden Arztes der Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie des Kindes- und Jugendalters des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke seit 2000.

Michael Meusers, Dr. med., geb. 1949, Besuch der Freien Waldorfschule Krefeld, Abitur 1967, Studium der Medizin in Tübingen, Weiterbildung zum Kinderarzt am Olga-Hospital Stuttgart, Weiterbildung in Psychiatrie und zum Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und-psychotherapie am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke, dort leitender Arzt der Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie des Kindes- und Jugendalters (volle Weiterbildungsberechtigung in diesem Fach für Ärzte) seit 1986.