

neue AKZENTE

... bietet Hilfe bei Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter



ADHS
DEUTSCHLAND e.V.
Selbsthilfe für Menschen mit ADHS

• Jubiläumsausgabe

Zeitschrift

Liebe Mitglieder,
liebe Leserinnen und Leser,

Sie halten eine besondere Ausgabe unserer Vereinszeitschrift *neue AKZENTE* in Ihren Händen:
unsere Nr. **100!**

Dieses Jubiläum haben wir zum Anlass genommen, einen kleinen Rückblick auf die vergangenen Jahre zu halten. Gleichzeitig möchten wir uns damit auch ganz herzlich bei den Autoren bedanken, die uns über viele Jahre hinweg regelmäßig ihre Beiträge kostenlos zur Verfügung gestellt haben.



Viele Informationen sind zeitlos – andere wurde aktuell überarbeitet. Jeder Lebensabschnitt wurde bedacht – ob Kind oder Senior, ob Mann oder Frau. In Erinnerung an die Anfangszeit möchten wir hier noch einmal die Frontseite der ersten Ausgabe veröffentlichen (s. Seite 3).

Manches hat sich seit dem verändert – doch eines ist geblieben: „Wir sind‘ne superstarke Gruppe“
Ihre

Dr. Myriam Menter

JUBILÄUMSBERICHTE

<i>Dr. Johannes Streif</i> 04 Eine kleine Geschichte der ADHS	<i>Prof. Dr. h. c. Hans Biegert</i> 41 ADHS: Was dabei in Schule wirklich wichtig ist
<i>Dr. Klaus Skrodzki</i> 14 DIE ADHS, früher „Hyperkinetisches Syndrom“	<i>Prof. Dr. h. c. Hans Biegert</i> 46 „Minus mal Minus gibt Plus“?
<i>Dr. Astrid Neuy-Bartmann</i> 25 ADHS im Erwachsenenalter, Unterschiede zwischen Männern und Frauen	<i>Dr. Helga Simchen</i> 50 AD(H)S und Hochbegabung
<i>Dr. Helga Simchen</i> 30 Das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom bei über 60-Jährigen, ein Erfahrungsbericht aus der Praxis	<i>Renate Meyer</i> 54 AD(H)S und Ernährung im Verlauf der Jahre
<i>Prof. Dr. K.-H. Krause und Dr. Johanna Krause</i> 33 ADHS und Substanzmissbrauch	<i>Silke Groß-Lesch</i> 56 ADHS und Emotionen
<i>Dipl.-Psych., Dipl. Heilpäd. Cordula Neuhaus</i> 38 ADHS ist nicht gleich ADHS	<i>Marie-Luise</i> 64 Den richtigen Gang einlegen

VERBANDSDATEN

Impressum
neue AKZENTE
Zeitschrift des ADHS Deutschland e. V.
ISSN 0948-4507
Herausgeber und Verleger
ADHS Deutschland e. V.
Postfach 410724, 12117 Berlin
Telefon: 030/85 60 59 02
Fax: 030/85 60 59 70
info@adhs-deutschland.de
www.adhs-deutschland.de
Redaktion
Dr. Myriam Menter (Leitung)
Bundesgeschäftsstelle
ADHS Deutschland e. V.
Poschingerstr. 16
12157 Berlin

akzente@adhs-deutschland.de
Bankverbindung ADHS Deutschland e. V.
Hannoversche Volksbank e. G.
IBAN DE36251900010221438500
BIC VOHADE2H
Gesamtgestaltung und Desktop-Publishing
Heiko Assmann, freiberufl. Fotograf+Fotojournalist
Druck
BUD, Potsdam.
Erscheinungsweise
3x jährlich, Auflage: 4000 Exemplare
Bezug
Einzelhefte auf Anfrage,
für Mitglieder des ADHS Deutschland e. V. kostenlos.
Copyright
Die in dieser Zeitschrift veröffentlichten Beiträge und
Fotos sind urheberrechtlich geschützt.

Nachdruck und Vervielfältigung aller Art nur mit
Genehmigung des Verbandes.
Redaktionsschluss für nächste Ausgabe:
15. Juni 2015
Fotonachweis
Aktive der Landes- und Regionalgruppen
Die Redaktion freut sich über die Einsendung von Manu-
skripten. Sie behält sich nach Rücksprache die Kürzung
und Bearbeitung von Beiträgen vor. Für unverlangt ein-
gesandte Manuskripte kann keine Haftung übernommen
werden. Die mit dem Verfassernamen gekennzeichneten
Beiträge und Leserbriefe geben die Auffassung der Auto-
ren wieder und nicht unbedingt die Meinung des Verban-
des. Alle Angaben erfolgen nach bestem Wissen, jedoch
ohne Gewähr. Die Berichte sind teilweise Erfahrungsgut
und sollen der Meinungsbildung dienen.

ARBEITSKREIS ÜBERAKTIVES KIND E.V.

(früher PHOSPHATLIGA) - Hamburg -



Akzente Nr. 1/87



CHANCEN

Wer noch nicht die Gelegenheit hatte, den bekannten Lebensmittelchemiker Udo Pollmer in einem Vortrag zu hören (er referierte u.a. auf der MV des Arbeitskreises am 6.6. in Hamburg und am 28.10. während eines Informationsabends in Altenmarkt), hat die Möglichkeit, in der Zeitschrift "Chancen Für Leben Umwelt Technik" nachzulesen, wie es um die Reinheit unserer Nahrungsmittel bestellt ist. Dazu gibt es noch ein Zusatzstoff-Lexikon mit E-Nummern-Warnliste.

Aus dem Inhalt:

- Seite 1: Info-Dienst; Für wen? Wofür?
- Seite 2: In eigener Sache Klassenfahrt
- Seite 3: Seminarbericht
- Seite 5: Verschiedenes
- Seite 6: Schleswig-Holstein Treffen
- Seite 7: Verschiedenes
- Seite 8: Unsere 9 phosphatreduzierten Jahre
- Seite 10: Berichte aus den Gruppen
- Seite 16: Pinnwand / Bücherecke

Liebe Mitglieder,

auf der Mitgliederversammlung am 6.6.87 in Hamburg wurde beschlossen, daß der Arbeitskreis zukünftig vierteljährlich eine Informationschrift herausbringt. Diesen Beschluß wollten wir jetzt konkret aufgreifen und in Rahmen unserer Möglichkeiten umsetzen.

Von der Idee her soll es ein Informationsdienst von Mitgliedern für Mitglieder werden und weniger ein Heft, das von einem anonymen Projektbüro herausgegeben wird. Von großer Bedeutung ist dabei der Erfahrungsaustausch der einzelnen Gruppen, ebenso wie einzelner Mitglieder. Sei es, daß man eigene Erfahrungen weitergibt, oder Informationen, die für betroffene Eltern von Interesse sind, erhält. Einige Mütter (und Väter) haben uns bei der Entstehung dieser Nullnummer mit Beiträgen unterstützt. Dafür bedanken wir uns herzlich. Wir hoffen, daß das vorliegende Informationsblatt dazu beiträgt, ein Kontaktnetz zwischen den einzelnen Selbsthilfegruppen zu flechten. Und Sie motiviert, sich an dem Informationsdienst aktiv zu beteiligen.

Vielleicht denken Sie daran, daß eine Finanzierungsmöglichkeit für einen Vortragsabend o.ä., ein hilfreiches Buch, ein Erfahrungsbericht über ein Referat vor einem Lehrerkollegium, Erfahrungen mit Schullandheimaufenthalten usw., auch für viele andere Eltern betroffener Kinder von Interesse sein können.

Für Verbesserungsvorschläge, Kritik sind wir besonders dankbar. Wir wünschen Ihnen viel Information und Anregung beim Lesen dieser "Zeitung".

Ihre

E. Henneken
Stellvertretende Vorsitzende

Eine kleine Geschichte der ADHS



Dr. Johannes Streif

Im Jahr 1871 veröffentlichte der Frankfurter Arzt Heinrich Hoffmann, damals bereits international bekannt für sein Kinderbuch „Struwwelpeter“, in der Zeitschrift „Die Gartenlaube“ (quasi die erste BUNTE unter den deutschsprachigen Zeitschriften des 19. Jahrhunderts) einen Artikel über die Entstehungsgeschichte des bis „Harry Potter“ weltweit erfolgreichsten Kinderbuchs: „Gegen Weihnachten des Jahres 1844, als mein ältester Sohn drei Jahre alt war, ging ich in die Stadt, um demselben zum Festgeschenke ein Bilderbuch zu kaufen, wie es der Fassungskraft des kleinen menschlichen Wesens in solchem Alter entsprechend schien. Aber was fand ich? Lange Erzählungen oder alberne Bildersammlungen, moralische Geschichten, die mit ermahnenden Vorschriften begannen und schlossen, wie: Das brave Kind muss wahrhaft sein oder: Brave Kinder müssen sich reinlich halten.“

Hoffmann war gelangweilt von so viel moralinsaurer Biederkeit. Daher entschloss er sich, kurzerhand selbst ein Bilderbuch zu zeichnen und zu schreiben. Sein Adressat, der dreijährige Sohn Carl Philipp, soll begeistert gewesen sein – und so waren es die Freunde der Familie, die den Vater zur Veröffentlichung drängten. Immerhin wusste der Autor, wovon er schrieb, zumal der Zappelphilipp seinen Namen wohl nicht ohne Grund erhalten hatte.

Heinrich Hoffmann – Arzt und Bürger

Auch Hoffmann selbst war in seiner Jugend ein gleichermaßen umtriebiger wie vergesslicher Zeitgenosse, was ein Schulzeugnis von 1825 beweist: „Könnte mit größerem Ernst und geregelter Fleiß seine Gaben besser ausnutzen“, stand da und auch sein Betragen war „nicht ohne Tadel“. Liebevoll-besorgt hatte sein Vater bereits 1823 an den 14-Jährigen geschrieben: „Da der Heinrich – wie eine nunmehr 14-tägige Erfahrung zu meiner großen Betrübniß gelehrt hat – in unregelter Tätigkeit und leichtsinniger Vergesslichkeit fortlebt, überhaupt nicht im Stande ist, seine Betriebsamkeit nach eigenem freiem Willen auf eine vernünftige und zweckmäßige Weise zu regeln, und im Verfolg dieser Regellosigkeit, die Schande für seine Eltern, der größte Nachteil für ihn selbst zu gewärtigen ist, so will ihm hiermit nochmals die Pflicht ans Herz legen und ihn auffordern: zur Ordnung, zum geregelten Fleiß, zur vernünftigen

tigen Einteilung seiner Zeit zurückzukehren, damit er ein nützliches Mitglied der bürgerlichen Gesellschaft werde, und seine Eltern wenigstens zu der Erwartung berechtigt sind, dass er nicht untergehe in der Flut des alltäglichen gemeinen Lebens.“

Heinrich Hoffmann wurde ein angesehener Bürger seiner Heimatstadt Frankfurt. Zugleich war er alles andere als ein pädagogischer Moralist und politischer Spießbürger. Im Jahr 1848 war Hoffmann einer der Abgeordneten im Frankfurter Vorparlament und beherbergte den badischen Revolutionär Friedrich Hecker in seinem Haushalt. Die Geschichten vom Zappelphilipp, Hanns Guck-in-die-Luft oder dem bösen Friederich sollten Carl Philipp und all die Kinder nach ihm, die sich am „Struwwelpeter“ erfreuten, weder befehlen noch ängstigen. Vielmehr folgten sie dem – in seinen Effekten durchaus auch fragwürdigen – erzieherischen Prinzip, das Jean-Jacques Rousseau in seinem Werk „Emile oder über die Erziehung“ 1762 beschrieben hatte: Lasse die Kinder die Konsequenzen ihres Verhaltens spüren. Hoffmann jedoch wollte nicht, dass Carl Philipp blind gehorchte oder aber ins offene Messer lief. Er wollte, dass sein Sohn verstand, was die Nachteile der beständigen Unruhe, der Unaufmerksamkeit und unkontrollierten Aggression sind, nicht zuletzt, lebte man in einer Gemeinschaft. Er sollte die Konsequenzen des eigenen Verhaltens sehen und verstehen, bevor sie eintraten und ihm wie auch anderen schaden.

Hoffmann war weder Kinder- und Jugendpsychiater im heutigen Sinne noch begründete er die Kinder- und Jugendpsychiatrie als wissenschaftliche Disziplin. Obschon er ab 1851 Direktor der „Anstalt für Irre und Epileptische“ in Frankfurt am Main war, verstand er sich nicht als Nervenarzt im Besonderen, sondern als Arzt im Allgemeinen, ganz im Sinne des Hippokratischen Eides, der bis heute eine Grundlage der Ethik therapeutischen Handelns ist und den Arzt vor allem auf die soziale Verantwortung seines Berufes verpflichtet. Im Vollzug dieser Ethik kam der Pädagogik zwangsläufig eine wichtige Funktion zu. Kinder mussten in ihrem Verhalten verstanden werden, damit die Erziehung ihren Verstand und ihre Vernunft zu wecken vermochte. Daher galt es Hoffmann, den Zappelphilipp, den unaufmerksamen Hanns und impulsiven Friederich weder zu verurteilen noch zu brechen, sondern für die Ordnung der Gesellschaft zu gewinnen.

Die Entstehung der Psychiatrie

Mit dem „Struwwelpeter“ hat Heinrich Hoffmann dennoch einen großen Beitrag zur Kinder- und Jugendpsychiatrie geleistet. Fasst man die Geschichten vom Zappelphilipp,

von Hanns Guck-in-die-Luft und dem bösen Friederich in einer Person zusammen, so ergibt sich eine erste Beschreibung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in der Literaturgeschichte. Motorische Unruhe, Unaufmerksamkeit und Impulsivität bilden ein typisches Syndrom gemeinsam auftretender Verhaltensweisen bei Kindern, aber auch – wie wir heute wissen – bei Erwachsenen. Hoffmann hat dieses Verhalten an sich und seinem Sohn Carl Philipp beobachtet, ihm jedoch nicht die Qualität einer Krankheit beigemessen. Wie konnte und sollte er auch?! Was wusste seine Zeit von der Funktion des Gehirns, von psychischen Dispositionen und psychiatrischen Erkrankungen? Wer hatte jemals das Verhalten von Kindern in einer homogenen Gemeinschaft systematisch analysiert, zumal unter reproduzierbaren wissenschaftlichen Bedingungen?

Um die Mitte des 19. Jahrhunderts gab es längst noch nicht in allen deutschen Staaten eine Schulpflicht. Ungeachtet einer insbesondere seit der Aufklärung wachsenden Zahl pädagogischer Schriften gab es weder gesellschaftsweite Erziehungsprinzipien noch gar eine homogene erzieherische Praxis. Adelige und Kinder des Großbürgertums wuchsen anders auf als die des unteren und mittleren Bürgertums, jüdische Kinder vielfach anders als christliche, Kinder in den Städten anders als jene auf dem Land. Das Rousseausche Erfahrungslernen mag für den Nachwuchs der Oberschicht ein frühes pädagogisches Programm gewesen sein. Die Kinder der Bauern und Handwerker, der Industriearbeiter und einfachen Bediensteten hingegen machten diese nicht selten harten Erfahrungen an jedem Tag ihres Lebens; sie wurden fraglos in eine Welt und Gesellschaft hineinsozialisiert, in der abweichendes Verhalten nicht nur scharf sanktioniert war, sondern vielfach keine Option darstellte.

Wie sollten diese Kinder die Idee eines anderen Lebens haben, wie den Gedanken an die individuelle Bedeutsamkeit des eigenen Handelns fassen? Gleichermaßen sinnlos musste es den Eltern und Lehrern erscheinen, den Ideen ihrer Kinder freien Lauf zu lassen, ihren Gedanken zu folgen, mithin das Verhalten der Kinder zu beobachten und in seinen Bedingungen zu ergründen. Für die meisten Menschen dieser Zeit gab es vernünftigerweise nur dieses eine machbare Leben, das sie führten. Sie hatten es selbst erfahren und lehrten es ihre Kinder: Widerstand gegen die Gesellschaft war zwecklos. Heinrich Hoffmanns sozialpolitische Haltung war zwar nicht im gleichen Maße hoffnungslos, doch ein Unterstützer republikanischer Umsturzpläne wie auch umfassender sozialer Reformen war er nicht. Daher appellierte seine Pädagogik auch an den reflektierten Willen zur Anpassung, nicht an einen blinden Mut zur Veränderung. Und darin lag nun doch ein erster Gedanke des Psychiaters an eine Verhaltensstörung, war doch nicht einzusehen, dass Zappeln, Träumen und Wüten jemals ge-

sellschaftlich anerkanntes Handeln sein könnten.

Ungeachtet der Epoche und historischen Umstände, die Hoffmanns Denken und Handeln bestimmten, war die Zeit reif für grundlegende Veränderungen im wissenschaftlichen Blick auf das menschliche Verhalten. Mehrere Faktoren trugen dazu bei. Zum einen die wachsende Homogenisierung der Industriegesellschaften in ihren Bedingungen des Lebens innerhalb dieser Gesellschaften. Zugleich ging mit der Homogenisierung eine zunehmende Erfassbarkeit und systematische Beschreibbarkeit der Lebensbedingungen einher: Tausende von Menschen arbeiteten in derselben Industrieanlage, lebten in denselben Siedlungen; ihre Kinder besuchten dieselben Schulen, erhielten denselben Unterricht – verhielten sie sich unterschiedlich, musste es jenseits sozialer Konditionen andere Faktoren des Verhaltens, der Verhaltenssteuerung geben.

Genetische Disposition und soziale Evolution

Zum anderen wuchs das Wissen über die Natur des Menschen rasant an. Am 24. November 1859 veröffentlichte Darwin nach jahrzehntelangen Vorarbeiten „On the Origin of Species“, das zu einem zentralen Ausgangspunkt der Evolutionsbiologie wurde. Sieben Jahre später publizierte der Ordenspriester Gregor Mendel seine „Versuche über Pflanzenhybriden“, 1870 den Aufsatz „Über einige aus künstlicher Befruchtung gewonnene Hieracium-Bastarde“. Zwar wurde Mendels Anteil an der Begründung des erst Anfang des 20. Jahrhunderts „Genetik“ genannten Forschungsfeldes lange übersehen, doch war seine Arbeit die Manifestation einer neuen, quasi industriellen Empirie, die rasch alles in der Natur erfasst hatte: Tiere, Pflanzen, den Menschen und sein Verhalten. Bereits 1869 veröffentlichte Francis Galton – auf Beobachtungen basierend und weitgehend unabhängig von einer damals noch vagen Vererbungslehre – die erste empirische Studie zur menschlichen Verhaltensgenetik. „Hereditary Genius“ war die positive Variante einer Lehre, die Verwandtschaft sowohl sozial als auch biologisch begriff. Von ihr war es ein weiter, verschlungener Weg zur „genetic disorder“, den Verhaltensbiologie, Psychologie und Medizin selbst heute längst noch nicht gänzlich erkundet haben, und doch auch kaum mehr als ein logischer Schritt.

Noch 1867 rechnete Henry Maudsley (1835–1918), ein Pionier der britischen Psychiatrie, in seinem Buch „The Physiology and Pathology of Mind“ die unruhigen Kinder zur Krankheitsgruppe des „affektiven oder moralischen Irreseins“. Wiewohl ätiologisch vage, erscheinen Emotionen und Verhalten in Maudsleys Konzept, der Begrifflichkeit bereits der Antike verwandt, als Aspekte eines moralischen Bewusstseins, das der gesunde Mensch hat, der geistesranke jedoch nicht. Neuronale Verhaltensdisposition und konkrete Verhaltensmanifestation werden nicht klar voneinander getrennt. Und doch stellt Maudsleys Sicht auf den Geist

und seine Erkrankung eine qualitative Veränderung in der Beschreibung des „Irreseins“ dar: „Mental disorders are neither more nor less than nervous diseases in which mental symptoms predominate, and their entire separation from other nervous diseases has been a sad hindrance to progress.“ (Body and Mind, 1870/71). Es gibt etwas in unserer Physis, unserer Leiblichkeit, das unsere geistigen Leiden gleichermaßen bedingt wie unsere körperlichen Erkrankungen. Gestörtes Verhalten war für Maudsley mehr als die fehlende Einsicht in Konventionen der Gesellschaft – es war Ausdruck einer individuellen körperlichen und geistigen Verfassung des Menschen, die der Arzt nicht einfach ignorieren durfte.

So nimmt es nicht Wunder, dass der deutsche Psychiater Hermann Emminghaus (1845–1904), ab 1886 Ordinarius für Psychiatrie an der Albert-Ludwigs-Universität in Freiburg im Breisgau, kaum zehn Jahre später in seinem Werk „Allgemeine Psychopathologie zur Einführung in das Studium der Geistesstörungen“ (1978) von ihrer „Vererbung und Degeneration“ sprach. Die Medizin begann zu begreifen, dass Krankheiten, nachgerade auch psychiatrische Erkrankungen, die Folge einer körperlichen Anlage sowie des physischen Verfalls sein können. Emminghaus prägte dafür den Begriff der „Psychopathologie“. Denken und Verhalten waren keine vom Körper abgehobenen Phänomene eines freien Geistes, sondern Epiphänomene des Gehirns, eines Organs als einem Teil des menschlichen Körpers. In der krankhaften Abweichung des Körpers hatte die Geisteskrankheit nun erstmals einen zwar noch vielfach unverstandenen, jedoch konstitutiven Grund.

Das Nervenkostüm der Moderne

War das Fundament einer medizinischen Wissenschaft psychischer Auffälligkeiten erst einmal gelegt, setzte sich der Auf- und Ausbau der diesbezüglichen Forschung dank einer wachsenden internationalen Vernetzung der Wissenschaftler rasant fort. Dabei reflektierten nicht nur die materiellen Grundlagen der Wissenschaft, sondern nachgerade auch ihre Inhalte die gesellschaftlichen Strukturen, in welchen sich der Wandel vollzog. 1880 veröffentlichte der amerikanische Arzt George Miller Beard (1839-1883) ein zweibändiges Werk unter den Titeln „A Practical Treatise on Nervous Exhaustion (Neurasthenia)“ und „American Nervousness, With its Causes and Consequences“. Beard führte damit nicht nur den Begriff der „Neurasthenie“ in die Medizin ein, der im Vorfeld des Ersten Weltkriegs zum Modegrund der Wehruntauglichkeit des gebildeten Bürgertums in Europa wurde, sondern brachte die Nervosität seiner Landsleute mit dem technischen Fortschritt in Verbindung: Dampfkraft, Tagespresse, Telegrafie, Wissenschaften sowie die geistige Aktivität von Frauen belasteten das Nervensystem der Menschen.

Mag diese Liste aus heutiger Sicht beliebig und auch lächerlich erscheinen, so nahm sie doch jene Faktoren eines

sich wandelnden sozialen Lebens in den Blick, welche die Existenz der Mehrheit grundlegend berührten. Was hatte die Lebenswelt der Masse zuvor je so erschüttert wie die Mechanisierung von Arbeit und Mobilität, die Ausrichtung an aktuellen Informationen, der gesellschaftsweite Zugang zur Bildung? Musste ein Leben in großen Städten, unter dem Eindruck einer fortwährenden, niemals ruhenden Aktivität, dem Gebot einer bislang unbekanntenen persönlichen wie medialen Erreichbarkeit folgend, nicht zwangsläufig unruhige Menschen hervorbringen, ständig erregt und gleichermaßen erregbar, zumal die Sicherheit und Gelassenheit vermittelnden jahrhundertalten Konventionen von Religion, Moral und sozialer Rolle zu verfallen schienen?!

Beards Zeitgenossen nahmen seine Ansichten so ernst wie die westlichen Gesellschaften vor 50 Jahren die Thesen eines Marshall McLuhan, der bereits damals das „global village“ beschwor, oder vor 30 Jahren die Warnungen eines Neil Postman, der „The Disappearance of Childhood“ (1982) oder „The Surrender of Culture to Technology“ (1992) beklagte. Heute postulieren viele Pädagogen, aber auch manche Psychologen und Ärzte, die ADHS sei eine Folge des Medienkonsums, der Überfrachtung des Geistes mit Informationen, seiner Traumatisierung durch Aktivität statt Aufmerksamkeit. Liegt das nicht ebenso nahe wie seinerzeit das Konzept der Neurasthenie? Letztlich mussten die Veränderungen der industriellen Revolution den Arzt nicht weniger beunruhigen als seine Patienten. Und was verstehen die Pädagogen, Psychologen und Ärzte unserer Tage von einer Technik und Kultur, die mit Computer, Smartphone und Internet bald jeden Winkel auch des Alltags der Kinder erfasst? Zu keiner Zeit der Menschheitsgeschichte hat sich die Kindheit der Schüler mehr von der Kindheit ihrer Lehrer unterschieden als heute. Können sie überhaupt noch begreifen, was das Verhalten ihrer jungen Klientel bedingt?

Die Pädagogik entdeckt ihre Grenzen

Erst vor diesem Hintergrund wird die Dimension des Wandels verständlich, den Pädagogik und Medizin in der Auseinandersetzung mit dem Verhalten von Kindern während der letzten Jahre des 19. Jahrhunderts durchliefen. 1890 veröffentlichte der Philosoph und Pädagoge Ludwig von Strümpell (1812-1899) seine „Pädagogische Pathologie oder die Lehre von den Fehlern der Kinder“, in der er Unruhe und Unaufmerksamkeit als „konstitutionelle Charakterfehler“ bezeichnete. Verwies die Bezugnahme auf den „Charakter“ noch immer auf das Konzept einer gleichermaßen individuellen wie normativen Moral, so wurde das Defizitäre des Charakters zugleich als „konstitutionell“ markiert. Unruhe und Unaufmerksamkeit, die von Strümpell in seinem Spätwerk „einer Grundlegung für gebildete Eltern, Studierende der Pädagogik, Lehrer, sowie für Schulbehörden und Kinderärzte“ bereits als miteinander verbun-

den betrachtete, waren bei ihm nicht länger Unarten, die pädagogisch zu kurieren sind, sondern Teil des Wesens der betroffenen Kinder. Zwar musste mit dem Verhalten dieser Kinder im Alltag von Familie und Schule umgegangen werden, doch ihre unbedingte Zurichtung für die Gesellschaft erschien nicht länger realistisch.

Das Konstitutionelle der ADHS-Symptomatik rückte nun mehr und mehr ins Blickfeld insbesondere der Pädiatrie, die sich in diesen Jahren als eigenständiges medizinisches Fachgebiet etablierte. 1895 wurde Otto Heubner, der Leiter der Kinderklinik an der Berliner Charité, zum ersten ordentlichen Professor für Kinderheilkunde in Deutschland berufen. Sein Nachfolger Adalbert Czerny (1863-1941) gründete dort die „Internationale Pädiatrischule“. Wiewohl die Kindermedizin in den USA bereits rund 40 Jahre früher institutionalisiert wurde, so begründete die Verbindung von Pädagogik, Medizin und Trophologie in Czernys Werk doch seinen besonderen weltweiten Ruhm. Google widmete dem deutschen Kinderarzt zu dessen 150. Geburtstag am 25. März 2013 sogar eines seiner „Doodles“ auf der Startseite der Suchmaschine.

In zwei Schriften befasste sich Czerny direkt mit dem pädagogischen Auftrag des Arztes: „Der Arzt als Erzieher des Kindes“, ein 1908 erstmals erschienener Vorlesungsband, sowie „Die Erziehung zur Schule“ aus dem Jahr 1916. In beiden Büchern beschäftigte sich der Pädiater mit dem Verhalten von Kindern, das er wesentlich durch die elterliche Erziehung geprägt sah. Zugleich beobachtete er in seiner klinischen Praxis eine Gruppe von Kindern, deren Verhalten durch einen auffälligen Bewegungsdrang, mangelnde Ausdauer sowohl im Unterricht als auch im Spiel, mangelhafte Konzentrationsfähigkeit sowie Unfolgsamkeit imponierte. Er ordnete sie zwischen normalen und „geistig minderwertigen“ Kindern ein, – eine Begrifflichkeit, die heute irritiert, in der Frühzeit der Intelligenzmessung jedoch die durchschnittlich begabten und lernbehinderten Menschen von jenen mit geistiger Behinderung schied.

Wie von Strümpell mochte sich Czerny nicht vom historischen Anspruch einer erzieherisch zugänglichen, moralischen Qualität des Verhaltens verabschieden. Dennoch schien das Handeln der unruhigen, unaufmerksamen und impulsiven Kinder, je ausgeprägter es war, durch etwas bedingt zu sein, das sich in Teilen der Prägung durch die Umwelt entzog. Nicht anders als eine fehlende intellektuelle Begabung, die durch noch so viel Unterricht einschließlich (aus Czernys Sicht völlig verfehlter) Prügel nicht auszugleichen war, vermochte die Erziehung diese „neuropathische Konstitution“ nicht zu heilen.

Die Vermessung des Menschlichen

Vielleicht war es das weiterhin ungenügende medizinische Wissen über die Struktur und v. a. die Funktion des Gehirns,

das Adalbert Czerny davon abhielt, der Neuropathie eine zwar anzunehmende, jedoch nicht zu belegende neurophysiologische Ursache zuzuweisen. Erst 1929 veröffentlichte Hans Berger die ersten Daten zur fünf Jahre zuvor von ihm entwickelten Elektroenzephalographie des Menschen. Es dauerte weitere 50 Jahre, bis die Computertomographie (CT) erlaubte, die Hirnstruktur ohne physischen Eingriff schichtweise abzubilden und zu analysieren. Eine Dekade später begann mit der Magnetresonanztomographie (MRT) das Zeitalter der bildgebenden Hirnfunktionsmessung. Nun erst konnten zunächst Wissenschaftler, dann auch die Ärzte und Psychologen in mehr und mehr Kliniken spezifische Bereiche des Gehirns eines Patienten in ihrer Funktion beobachten. Bis in die letzten Jahre des vorigen Jahrhunderts waren die ätiologischen Konzepte psychischer Erkrankungen vielfach hochspekulativ. Und noch heute verstehen wir die Interaktion verschiedener Hirnstrukturen und Botenstoffsysteme nur ansatzweise, geschweige denn, wie sie dem Menschen erlauben, auf Grundlage dieses neuronalen Netzes ein Bewusstsein zu entwickeln, das die Voraussetzung jeder willentlichen Verhaltenssteuerung ist. Dass Ärzte wie der schottische Psychiater Thomas Smith Clouston (1840-1915) bereits 1899 über die Ursachen von „Stages of Overexcitability, Hypersensitiveness and Mental Explosiveness and Their Treatment by the Bromides“ schrieb (veröffentlicht im „Scottish Medical and Surgical Journal“), ist die Folge einer vergleichenden Verhaltensbeobachtung. Clouston konnte die von ihm postulierte Dysfunktion im Hirncortex, die er auf eine gestörte Reaktionsfähigkeit der Neurone der höheren Hirnregionen zurückführte, nicht messen. Dennoch sah er im klinischen Alltag, wie der Londoner Kinderarzt George Frederick Still (1868-1941), junge Patienten, deren Verhalten jenem ähnelte, das andere Krankheiten hervorbrachten, über deren Ätiologie bereits mehr bekannt war. Clouston erkannte dabei Parallelen zur Überaktivität des motorischen Cortexes bei Epilepsien.

Still äußerte in seiner Vorlesungsreihe über 20 hyperaktive Kinder, die er 1902 am „Royal College of Physicians“ der englischen Hauptstadt hielt, hingegen einen anderen Verdacht. Er hatte Schädigungen des Gehirns durch Unfälle oder akute Erkrankungen beobachtet, die lokalisierbar waren. Nachdem er diese Patienten sowie Kinder, die in desolaten Familienverhältnissen aufwuchsen, aus seinen Studien ausgeschlossen hatte, blieb ein Rest motorisch überaktiver Kinder, v. a. Jungen, deren Symptomatik weder auf diagnostizierbare Läsionen noch eine kritische Sozialisation zurückzuführen waren.

Abgesehen von der Unruhe seiner kleinen Patienten war Still über deren „abnorme Unfähigkeit, die Aufmerksamkeit aufrecht zu halten“ erstaunt; dies führte, so der Kinderarzt, trotz normaler Intelligenz häufig zu Schulversagen. Der von Still reklamierte Zusammenhang von Aufmerksamkeit,

Begabung und Schulleistung war für seine Zeit insofern bemerkenswert, als die Intelligenzmessung zu Beginn des 20. Jahrhunderts noch in ihren Kinderschuhen steckte. Zwar hatte Alfred Binet 1889 an der Gründung des ersten psychologischen Forschungslabors in Frankreich mitgewirkt und mit „L'année psychologique“ die erste Fachzeitschrift seiner Disziplin im Lande gegründet, doch der weltweit erste standardisierte und normierte Intelligenztest für Kinder, der Binet-Simon-Test, erschien erst 1905. Die Begabungsdiagnostik war jedoch eine notwendige Voraussetzung für ein valides Konzept der Aufmerksamkeit, die als Teilleistung an der Intelligenz, der Summe aller höheren kognitiven Funktionen, beteiligt ist.

Wie es der Entdeckung von Bakterien und Viren bedurfte, um die Übertragung vieler Krankheiten zu erklären, so bedurfte es der Begabungsforschung, um zu erkennen und zu verstehen, inwiefern die spezifische Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit das Symptom einer psychischen Störung sein konnte. Zuvor wurde die kognitive Leistungsfähigkeit eines Menschen allein anhand der Erfüllung normativer gesellschaftlicher Ansprüche beurteilt. Woran die Erfüllung dieser komplexen Normen scheiterte, wurde hingegen kaum gefragt. Die logische Konsequenz war eine pauschale Pathologisierung, wie sie Maudsleys Konzept des „affektiven oder moralischen Irreseins“ oder von Strümpells „konstitutionelle Charakterfehler“ markierten. Für Still war die Schulleistung nicht länger ein Äquivalent der Begabung, sondern die Folge eines Zusammenwirkens mehrerer Faktoren: Gesunde Entwicklung in einer dafür förderlichen Umgebung, Intelligenz sowie die Fähigkeit zur willentlichen Steuerung der Aufmerksamkeit. Waren die ersten beiden Bedingungen gegeben, wurde das Fehlen der dritten Bedingung zum Syndrom und damit zur Störung.

Mit seinen präzisen Fallbeispielen legte Still den Grundstein für die erstmalige wissenschaftliche Beschreibung der ADHS, wenngleich das Störungsbild diesen Namen erst rund 80 Jahre später erhalten sollte. Zugleich gaben die Befunde seiner Forschung dem ätiologischen Verständnis der ADHS eine fatale Richtung vor, welche die Auseinandersetzung mit der ADHS als Krankheitsentität jahrzehntelang bestimmte. Irgendwo schlummerte in den Gehirnen der Kinder eine minimale cerebrale Dysfunktion (als MCD später begrifflicher Vorläufer der „Hyperkinetischen Störung“ HKS sowie der ADHS), wie auch immer sie entstanden sein mochte, und begründete ihr ungestümes Verhalten. Nach welchen Ursachen der Pathologie sollte die Medizin nun aber suchen, wenn der Hirnschaden so klein war, dass er nicht festgestellt werden konnte?

Über eine hyperkinetische Erkrankung im Kindesalter

Die deutsche Kinderheilkunde ging derweil einen anderen Weg. Im Schatten von Adalbert Czernys Wirken an der Berliner Charité entstand unter dem Ordinariat des Psychiaters

Karl Ludwig Bonhoeffer im Jahr 1921 eine „Kinder-Kranken- und Beobachtungsstation“ – eine der ersten kinderpsychiatrischen Abteilungen weltweit. Leiter dieser Station wurde der Psychiater Franz Kramer (1878-1967), später Stellvertreter Bonhoeffers an der Charité. 1932 veröffentlichten Kramer und sein Assistent Hans Pollnow (1902-1943) in der „Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie“ (Bd. 82 S. 1-40) einen umfangreichen Artikel „Über eine hyperkinetische Erkrankung im Kindesalter“. Bereits zwei Jahre zuvor hatten die Autoren im „Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie“ (Bd. 57, S.844-845) erstmals über „Hyperkinetische Zustandsbilder im Kindesalter“ berichtet.

Franz Kramers und Hans Pollnows Artikel machte die Namen seiner Autoren für Jahrzehnte zum Inbegriff der Hyperkinese. Das in Deutschland für mehrere Dekaden als „Kramer-Pollnow-Syndrom“ bekannte Störungsbild beschrieben die Ärzte mit zahlreichen Beispielen und großer Genauigkeit der Beobachtung. Wie schon bei Clouston und Still war auch im Bericht von Kramer und Pollnow die Hyperaktivität der Ausgangspunkt und das Zentrum der Beobachtungen. „Das Symptombild [...] wird in erster Linie durch eine oft erstaunliche Bewegungsunruhe charakterisiert. [...] Meist kommt der Beginn der Unruhe zwischen dem dritten und vierten Jahre, selten später. Ihr Höhepunkt scheint um das sechste Lebensjahr herum zu liegen.“ Dann zitierten die Autoren aus den „Vorlesungen über die Psychopathologie des Kindesalters“ von August Homburger, die im Jahr 1926 erschienen waren: „In unverbundenen Einzelhandlungen wird ein augenblickliches Begehren befriedigt, ohne daß irgendeine von ihnen in ihrem Erfolg Befriedigung gewährte ... Allen Bewegungen ist eine gewisse Heftigkeit eigen und das ganze Bewegungsbild ist durch den Mangel regelnder Abmessungen gekennzeichnet. In alledem liegt weder Sinn noch Ordnung.“

Auf drei Seiten skizzierten Kramer und Pollnow in bis heute weitgehend gültiger Fassung die Symptome der Hyperaktivität, einer altersungemäßen Unruhe, die rast- und ziellos ist und deren Bewegungen impulsiv und ungesteuert erfolgen. Mehr noch: Kramer und Pollnow nannten mit der Erwähnung des sechsten Lebensjahres als Hauptzeit der Manifestation der Hyperkinese bereits ein Kriterium, das gemäß hierzulande gebräuchlicher „International Statistical Classification of Diseases“ (ICD-10 F90.0) bis heute eine Bedingung der Diagnose der „Hyperkinetischen Störung“ ist, wie die Weltgesundheitsorganisation die ADHS noch immer nennt. Tritt die Symptomatik der ADHS erstmals nach Vollendung des sechsten Lebensjahres auf, darf die Diagnose nicht gestellt werden.

Auch die Aufmerksamkeitsstörung beschrieben Kramer und Pollnow in allen noch heute relevanten Aspekten. Sie beobachteten eine „gesteigerte Ablenkbarkeit; gestellte Aufgaben können nicht festgehalten werden. Oft hören die Kin-

der nicht auf Anruf, geben auf Fragen keine Antwort, auch wenn sie den Sinn verstehen und über die erforderlichen Fähigkeiten verfügen, sich sprachlich zu äußern.“ Obschon die Ärzte angesichts der von ihnen stationär behandelten Kinder von einer im Mittel eingeschränkten intellektuellen Begabung der Betroffenen ausgingen, erkannten sie, dass deren begrenzten Fähigkeiten zur willkürlichen Ausrichtung der Aufmerksamkeit das Wahrnehmen und Erinnern beeinträchtigten.

Zugleich erfassten sie eine wesentliche Verbindung von Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörung: „Die Gegenstände der Umwelt werden nur als Objekte benutzt, an denen sich Bewegungstendenzen verwirklichen können; sie interessieren nur, solange sie als Reize wirken.“ Die Aufmerksamkeit der auffälligen Kinder schien äußeren Anregungen ungehemmt zu folgen, anstatt, wie es mit zunehmendem Alter zu erwarten war, sich bewusst den Gegenständen zuzuwenden und diese intentional zu gebrauchen. Es bedurfte der langen und sorgsamten Beobachtung unter kontrollierten stationären Bedingungen, um solche durch Reize getriggerten Verhaltenstendenzen von erratischem Verhalten oder einem unzureichenden Verständnis des Objektgebrauchs abzugrenzen. Das Verhalten der kleinen Patienten wirkte zwar unruhig und ungesteuert, doch es trat weder nur zufällig auf noch ließ es jeden Bezug zur Umwelt vermissen.

Selbst den dritten Symptombereich der ADHS, der erst in den letzten 25 Jahren ins Zentrum der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Störungsbild rückte, beschrieben Kramer und Pollnow mit erstaunlicher Genauigkeit. Heute wird in der Forschung zur ADHS die Impulsivität, wiewohl nicht Bestandteil des Namens, als Kernsymptomatik der Störung angesehen. Die eingeschränkte Verhaltenshemmung, die ihre Ursache v.a. in einer unzureichenden Funktion des präfrontalen Cortex hat, bedingt nicht nur ein spontan anmutendes Ausagieren innerer Impulse, sondern zugleich eine hohe Erregbarkeit durch äußere Reize. Diese situativ weitgehend ungesteuerte Reagibilität lässt die Aufmerksamkeit von Reiz zu Reiz springen, während kaum eine sekundäre Kontrolle unwillkürlicher Bewegungsimpulse durch die dafür vorgesehenen Instanzen des Gehirns stattfindet. Was Kramer und Pollnow zu ihrer Zeit nicht verstehen konnten, in der typischen Einheit der Symptomatik jedoch eindrücklich beschrieben, ist die zentrale Bedeutung der Exekutiven Funktionen des Frontalhirns zur Planung und Steuerung von Aufmerksamkeit und Verhalten.

Vor diesem Hintergrund wiesen die Autoren bereits vor über 80 Jahren auf die sozialen Folgen der Symptomatik hin: „Diese Aggressionen treten übrigens nicht nur reaktiv auf, wenn ihnen etwas nicht paßt, sondern sie kommen auch spontan zustande. Eben darum, weil sie auch ohne

jeden äußeren Anlaß schlagen, stoßen und knuffen, sind die Hyperkinetiker meist sehr unbeliebt bei anderen Kindern, die der elementaren Vehemenz, mit der die erkrankten Kinder ihren Impulsen folgen, leicht hilflos gegenüberstehen.“ Hyperaktivität, Unaufmerksamkeit und Impulsivität waren ganz offensichtlich mehr als nur ein individueller Ausdruck von Temperament oder kindlicher Befindlichkeit – sie waren das Symptom einer basalen Einschränkung der Anpassungsfähigkeit an die Regeln des Zusammenlebens, sie waren eine systematische Bedingung des Scheiterns des gestörten Einzelnen in der Gemeinschaft.

Pathologische Dimensionen kindlichen Verhaltens

Kramers und Pollnows Patienten wurden nicht monatelang in einer Klinik behandelt, weil ihre Eltern überbesorgt oder gleichgültig, ihre Lehrer überfordert oder bequem waren, weil Krankenhäuser und Pharmafirmen nach neuen Märkten suchten und die saturierten Bürger einer Wohlstandsgesellschaft nach Erregung. Franz Kramer und Hans Pollnow hatten die Extremfälle eines Leidens beschrieben, das schon lange bestand, doch erst durch die wissenschaftlichen und sozialen Veränderungen eines Jahrhunderts an die Oberfläche des gesellschaftlichen Bewusstseins drängte. Es bedurfte der Homogenisierung der Lebensumstände, der Normierung von kindlicher Entwicklung durch Schulpflicht und allgemeine Erziehungsprinzipien, des medizinischen Fortschritts sowie einer systematisierten Empirie der Verhaltensforschung, um zu erkennen, dass, aller Individualität des Daseins zum Trotz, eine evolutionär verfeinerte Natur den Menschen im Allgemeinen zur kognitiven Höchstleistung zivilisatorischer Selbstkontrolle und Anpassung befähigte. Erst in diesem komplexen System, das die Integration des Einzelnen nicht nur in eine Dorfgemeinschaft oder den überschaubaren Rahmen eines Berufes und Standes, sondern in eine zur sozialen Norm gewordene bürgerliche Gesellschaft verlangte, in der jeder lesen, schreiben, rechnen, Verträge schließen und Parlamente wählen sollte, wurde sichtbar, wie schwer es einem Teil der Kinder fiel, diese „Selbstzwangapparatur“ (Norbert Elias) auszubilden.

Der soziale Wandel seit den Zeiten Heinrich Hoffmanns hatte die ADHS nicht geschaffen, sondern manifestiert. 1848 stand der Frankfurter Arzt an vorderster Front eines Bürgertums, das seinen Einfluss in einer zur Nation amalgamierenden Gesellschaft durch Anpassung und Leistung erstrebte, nicht durch Revolution und Verweigerung. Hoffmann ahnte, dass die Generation seines Sohnes Carl Philipp politisch und sozial mächtiger sein würde als die seine. Die Kinder der kommenden Generationen würden nicht nur ihre Politiker, sondern auch ihre Berufe, ihre Partner, ihren Wohnort und Lebensstil mehr oder minder frei wählen. Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, mussten die Carl Philipps der neuen Zeit verstehen, was ihr Verhalten bewirkte, und lernen, es selbst zu kontrollieren.

88 Jahre nach dem Weihnachtsfest, zu welchem die „Lustige[n] Geschichten und drollige[n] Bilder für Kinder von 3-6 Jahren“ des erst später „Struwwelpeter“ betitelten Buches auf dem Gabentisch der Hoffmanns lagen, ist aus dem Zappelphilipp der Hyperkinetiker geworden, aus dem Hanns Guck-in-die-Luft das in der Gemeinschaft großer Schulklassen kaum mehr zu unterrichtende unaufmerksame Kind, aus dem bösen Friederich der sozialverhaltensgestörte Kevin, dem die amerikanische Autorin Lionel Shriver in ihrem Roman „We need to talk about Kevin“ ein extremes Denkmal setzte. Natürlich wussten Franz Kramer und Hans Pollnow nicht, was die Medizin des 21. Jahrhunderts über die ADHS weiß. Doch ihre Beschreibung einer „hyperkinetischen Erkrankung im Kindesalter“ hatte aus systematischen Beobachtungen ein valides, empirisch belegtes Störungsbild geschaffen, das seiner Zeit das Verhalten dieser Kinder zwar nicht verständlich, jedoch begreiflich machte.

Wie die ADHS eine amerikanische Krankheit wurde

Warum das Störungsbild erst in den Jahrzehnten nach dem Zweiten Weltkrieg populär wurde, und warum diese Popularität von den USA ihren Ausgang nahm, hat mehrere Gründe. Nach dem Ende des Ersten Weltkriegs lag die politische Ordnung Europas, wie sie sich seit dem Wiener Kongress herausgebildet hatte, in Trümmern. Einst mächtige Staaten wie die österreichisch-ungarische Monarchie zerfielen. Deutschland, die europäische Kontinentalmacht unter preußischer Führung, verlor große Gebiete im Osten, die nicht zuletzt kulturell bedeutsam waren. Zwar verblieben alte Universitätsstädte wie Königsberg und Breslau innerhalb des Deutschen Reiches, doch u. a. die renommierten Universitäten in Krakau und Lemberg, die zu Österreich-Ungarn gehörten, lagen nun innerhalb der neu gegründeten Republik Polen.

Berlin profitierte zunächst von der Westverschiebung der deutschsprachigen Kultur und Wissenschaft. Schon zur Zeit des Kaiserreichs praktizierten und lehrten viele bedeutende Ärzte in Berlin, die aus dem Osten Europas stammten oder zeitweise dort wirkten: Rudolf Virchow war in Pommern geboren; Robert Koch forschte parallel zu seiner Tätigkeit als Kreisphysikus in Wollstein (Posen) am Milzbranderreger; Ferdinand Sauerbruch begründete in seiner Zeit an der Universitätsklinik Breslau die Thoraxchirurgie. Karl Ludwig Bonhoeffer hatte sich 1897 in Breslau habilitiert und war dort, unterbrochen durch kurze Aufenthalte in Königsberg und Heidelberg, bis zu seiner Berufung an die Berliner Charité der Leiter der Psychiatrischen Klinik.

Franz Kramer war in Breslau geboren, sein Mitarbeiter Hans Pollnow in Königsberg. Beide entstammten, wie so viele Wissenschaftler dieser Zeit, dem liberalen deutschen Judentum. Auch Leo Kanner, der als erster den frühkindlichen Autismus beschrieb, war das Kind einer jüdischen Familie aus Klekotow in Galizien, damals österreichisch-

ungarisches Kronland. Während Kanner bereits 1924 in die USA gezogen war und ab 1930 am Johns-Hopkins-Hospital in Baltimore die erste kinderpsychiatrische Station des Landes aufbaute, emigrierte Pollnow im Mai 1933 nach Frankreich. Dort wurde er im Februar 1943 verhaftet und am 21. Oktober 1943 im österreichischen KZ Mauthausen erschossen. Kramer arbeitete noch bis 1935 an der Charité, dann wurde auch er entlassen. Im August 1938 wanderte er in die Niederlande aus, wo er den Krieg überlebte.

Nach dem Ende des Dritten Reiches lag die deutsche Wissenschaft am Boden. Viele bedeutende Forscher waren bereits vor dem Krieg kaltgestellt oder vertrieben worden. Nun verließen weiterte Wissenschaftler das Land, da die deutschen Universitäten vielfach zerstört, mittellos und vom internationalen Austausch abgeschnitten waren. Ungarische und deutsch-jüdische Emigranten, allen voran Albert Einstein, hatten in den USA wesentliche Anstöße zur Entwicklung der Atombombe gegeben, da man einen militärtechnischen Vorsprung des nationalsozialistischen Deutschlands fürchtete. Amerika gewann jedoch nicht nur diesen Wettlauf. Als der Krieg in Europa 1945 zu Ende war, hatten Rassismus und Zerstörung der wissenschaftlichen Dominanz des alten Kontinents auch auf anderen Gebieten, nicht zuletzt der Medizin, ein Ende gesetzt.

Zugleich konnten die USA in den Jahren nach dem Zweiten Weltkrieg die emigrierten Psychiater gut gebrauchen. Nach und nach kamen Hunderttausende traumatisierter, psychisch auffälliger Soldaten aus den Kriegen in Europa und Asien in ihre Heimat zurück. Dort trafen sie auf eine Psychiatrie, deren Krankheitskonzepte noch überwiegend tiefenpsychologisch geprägt waren. Hatte die Mehrzahl der Psychiater vor dem Krieg in eigenen Praxen gearbeitet, waren sie nach 1945 überwiegend Angestellte staatlicher Krankenhäuser und Gesundheitsdienste. An ihrer individuellen diagnostischen und therapeutischen Praxis änderte dies zunächst nichts. Nicht selten kam es daher vor, dass die Mitarbeiter derselben Klinik analoge Symptomatiken unterschiedlichen Störungen zuordneten. Noch größer waren die Abweichungen zwischen den Einrichtungen, zumal dann, repräsentierten diese in ihrer Funktion als Lehrkrankenhäuser unterschiedliche psychotherapeutische Schulen. Nun fiel auf, dass viele psychiatrische Störungsbilder ungenau beschrieben, ätiologisch fragwürdig begründet und diagnostisch nicht systematisch erfasst waren.

Manuale für eine digitale Welt

Was der Psychiatrie fehlte, war ein einheitliches Diagnose-Manual, das die Grundlage aller Ärzte und Psychologen in Kliniken und Praxen sein sollte. Als das „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM) 1952 in erster Ausgabe erschien, enthielt es 106 psychiatrische Störungsbilder. Keines davon war spezifisch für das Kindes- und

Jugendalter. Schließlich hatte die „American Psychiatric Association“ (APA), die das Manual bis heute herausgibt, erst 1950 die Vorarbeiten der Militärs, die bereits im Krieg begonnen hatten, übernommen und weitergeführt. Erst die zweite Ausgabe von 1968 nahm die „Hyperkinetic Reaction of Childhood“, namentlicher Vorläufer der ADHS, als eines der Störungsbilder in die neu geschaffene Gruppe der Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend auf.

Treibende Kraft der Etablierung der ADHS als anerkannter Störung war der amerikanische Psychiater Leon Eisenberg, der Leo Kanner, mit dem er seit 1952 zusammenarbeitete, im Jahr 1959 als Chef der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Johns-Hopkins-Hospital ablöste. Durch seine empirische Forschung zum Autismus wusste Eisenberg nur zu gut, wie sehr überkommene ätiologische Konstrukte und soziale Vorstellungen die Krankheitsbegriffe der Psychiatrie prägten. Sein Zugang zu psychiatrischen Erkrankungen war ein anderer. Eisenberg spekulierte nicht über Konflikte und Neurosen, sondern beobachtete die Symptome seiner jungen Patienten, für die er eine Abhilfe suchte. 1958 erhielt er als erster Wissenschaftler überhaupt staatliche Fördermittel zur psychopharmakologischen Forschung mit Kindern. Zugleich führte er ein Studiendesign ein, das beispielhaft werden sollte für die systematische Erprobung von Medikamenten: die zufällige Zuweisung von Patienten zu Interventions- und Kontrollgruppen.

Für die geplanten Studien suchte sich Eisenberg einen jungen Psychologen, der ihn bei der Durchführung unterstützen sollte. Gemeinsam mit Keith Conners, einem in Harvard promovierten ehemaligen Rhodes Scholar, führte er in den kommenden Jahren einige bahnbrechende Untersuchungen zur Psychopharmakotherapie bei Kindern durch. Die von Conners entwickelten Frage- bzw. Beurteilungsbögen zur Symptomatik der ADHS, später zu den „Conners Comprehensive Behavior Rating Scales“ (CBRS) thematisch ausgeweitet, machten ihren Autor zu einer der bekanntesten Personen der ADHS-Forschungsgeschichte. Darüber hinaus operationalisierten die Skalen ein neues, phänomenologisches Störungskonzept, das 20 Jahre später zur empirischen Grundlage der dritten Ausgabe des DSM werden sollte: Die Beschreibung von Syndromen anhand statistisch eng miteinander verbundener Symptome.

1961 ließ die „Food and Drug Administration“ (FDA) den Wirkstoff Methylphenidat (MPH, u. a. in Ritalin enthalten) zur Behandlung von Kindern mit Verhaltensproblemen zu. Dass Stimulanzien aus der Substanzklasse der Amphetamine günstig auf das Verhalten hyperaktiver Kinder wirken konnten, wusste die medizinische Fachwelt bereits seit einem Aufsatz des Kinderarztes Charles Bradley aus dem Jahre 1937. Unter dem Titel „The Behavior of Children Receiving Benzedrine“ hatte Bradley im Novemberheft des „American Journal of Psychiatry“ erstmals über den Ein-

satz von Amphetamin in der Behandlung verhaltensauffälliger Kinder geschrieben. Bereits 1963 veröffentlichten Eisenberg und Conners die Befunde ihrer ersten Studie zu den „Effects of Methylphenidate on Symptomatology and Learning in Disturbed Children“, wiederum in der Novemberausgabe des „American Journal of Psychiatry“.

Auf die Fortentwicklung des DSM hatte die Forschungsarbeit von Eisenberg und Conners jenseits der Aufnahme kindheitsspezifischer Störungen zunächst wenig Einfluss. Daher wurde auch die auf 182 Störungsbilder erweiterte zweite Ausgabe des DSM von 1968 weiterhin von psychodynamischen Störungskonzepten dominiert. Sichtbar wurde das am Beispiel der Homosexualität, die seit der Erstausgabe von 1952 als psychiatrische Störung im Manual enthalten war. Erst mit dem Erscheinen der siebten Auflage des DSM-II im Jahr 1974 fand sich innerhalb der APA eine Mehrheit für die Streichung der Homosexualität – dies allerdings nur gegen den erklärten Widerstand der „American Psychoanalytic Association“. Danach bedurfte es sechs weiterer Jahre, bis im DSM-III von 1980 aus der „Hyperkinetic Reaction of Childhood“ die „Attention Deficit Disorder“ wurde. Nun hatte mit dem Wegfall der Reaktion als Teil des Störungsbegriffs auch die spätere ADHS ihre letzte offensichtliche Referenz auf eine psychoanalytische Ätiologie eingebüßt. 1987 änderte die Revision der dritten Ausgabe den Namen schließlich zur bis heute gültigen „Attention Deficit Hyperactivity Disorder“ (ADHD), dem das deutsche Akronym ADHS nachgebildet ist.

Die ADHS als Spiegel der Zeit

Der deutsche Journalist Jörg Blech schrieb 2012 in seinem SPIEGEL-Artikel „Schwermut ohne Scham“ (Heft 6 vom 06.02.2012), Leon Eisenberg habe sich 2009 in einem Gespräch wenige Monate vor seinem Tod vom neurophysiologischen Konzept der ADHS distanziert und diese „ein Paradebeispiel für eine fabrizierte Erkrankung“ genannt. Warum aber sollte Eisenberg dies gesagt haben? Mag sein, er bereute gegen Ende seines Lebens – mit sorgenvollselbstkritischem Blick zurück auf die bemerkenswerte Karriere des von ihm definierten Syndroms und seiner über die Jahrzehnte exorbitant angestiegenen medikamentösen Behandlung – seinen Anteil an der Aufnahme der ADHS in das DSM-II. Doch konnte er ernstlich glauben, er allein habe die ADHS „fabriziert“ und mithin eine Krankheit erfunden, die eine Heerschar von Ärzten und Psychologen in der Folge bei vielen Millionen Kindern weltweit diagnostizierte und zu deren Erforschung und Therapie inzwischen viele Milliarden Dollar ausgegeben wurden und noch immer werden? Vielleicht reflektierte Leon Eisenbergs jahrzehntelanges Wirkens als Forscher und Arzt in gewisser Weise eine vergleichbar elementare Veränderung der Lebensbedingungen von Kindern, wie sie seit der Zeit Heinrich Hoffmanns bis zur Arbeit Franz Kramers und Hans Pollnows an der Berliner Charité stattgefunden hatte. Nach dem Ende des

Zweiten Weltkriegs setzte in den USA ein immenser sozialer Wandel ein: die Refokussierung der Menschen auf eine Zivilgesellschaft, in welcher die Aufmerksamkeit wieder mehr dem Schicksal des Einzelnen galt, weniger dem Schicksal des Staates; der automobilen Auszug des Bürgertums aus den Großstädten in die Vororte, wo die Mütter kaum etwas anderes tun konnten und sollten, als sich um ihre Kinder zu kümmern; eine in der Geschichte beispiellose Pädagogisierung des kindlichen Alltags.

Eisenberg konnte am Ende seines Lebens nicht vergessen haben, woher die kleinen Patienten in seiner Klinik gekommen waren: aus einer bildungsbeflissenen und leistungsorientierten Mittelschichtkultur, die nun zumeist Zeit und Geld genug hatte, ihren Alltag an den realen wie vermeintlichen Bedürfnissen der Kinder auszurichten, anstatt die Kinder nolens volens auf den Alltag der Erwachsenen. Hoffmanns Sohn Carl Philipp erhielt ein Bilderbuch, um ihn für die Selbstkontrolle seines Verhaltens zu gewinnen. Clouston und Still beruhigten ihre Patienten in Schule und Familie mit Kaliumbromid. Kramer und Pollnow setzen in der Klinik das seit 1912 verfügbare Barbiturat „Luminal“ (Phenobarbital) ein.

Als Eisenberg und Conners ihre Versuchsreihe mit Methylphenidat aufnahmen, bot sich das Amphetaminderivat zur Behandlung verhaltensauffälliger Kinder an, da es erwiesenermaßen wirkte und offensichtlich kaum Nebenwirkungen hatte. Mit den Symptomen der ADHS beschrieben die beiden Wissenschaftler zugleich statistisch valide und unabhängig von der subjektiven Perspektive des Diagnostizierenden die spezifischen Aspekte der Verhaltensauffälligkeit, die mittels MPH zu therapieren waren: Hyperaktivität, Unaufmerksamkeit und Impulsivität. Die ADHS war sowohl als psychiatrische Störung wie auch als Störungsbild, das sich im Kontrast zu gesellschaftlichen Normen manifestierte, so real, wie ein Leiden nur sein konnte.

Freilich setzte dieses Leiden einen Referenzrahmen voraus – Gesundheit oder Normalität – sowie eine Empfindsamkeit für das Leid. Beides war gegeben. Die Mehrheit der Kinder passte sich weitgehend problemlos an das neue Leben in Ganztagschulen und pädagogischen Institutionen an. Diese Kinder fanden sich mit der permanenten wohlwollenden Observanz von Eltern, Lehrern und Erziehern leichthin ab oder schätzten sie sogar, da sie die Erwartungen der Erwachsenen erfüllten. Manche Kinder hingegen, durchschnittlich eines in einer Klasse von 20 Schülern, hatten demgegenüber Schwierigkeiten mit den neuen sozialen Strukturen, welche ja weiterhin Anpassung verlangten, jedoch weder ihre Grenzen klar aufzeigten noch die Einhaltung ihrer Regeln in unbedingter Weise einforderten.

In einer Zeit und Gesellschaft von „political correctness“ und „nonviolent communication“ (Marshall Rosenberg)

mussten Kinder auffallen, deren hemmungsloses Verhalten von inneren Impulsen und äußeren Reizen bestimmt wurde. Auch diese Kinder wussten, was man von ihnen erwartete, doch sie konnten die Erwartungen ihrer Umwelt ohne besondere Hilfen nicht erfüllen. Sie, ihre Eltern und sogar ihre Lehrer und Erzieher litten an dem sichtbaren Scheitern in der Gemeinschaft, das nun möglich geworden war, da die Lebensentwürfe der Erwachsenen nicht länger ihre Gültigkeit auch für die Kinder zu erzwingen vermochten, die „special needs education“ eine gleichermaßen fördernde wie stigmatisierende Alternative zur Regelschule darstellte und das Funktionieren der Kinder innerhalb und außerhalb der Familie im sozialen Vergleich zum Kriterium des gesellschaftlichen Funktionierens auch der Eltern wurde.

Das Ende der Erziehung, das Ende des Leids?

War es denn denkbar, dass die Pädagogisierung des Alltags, die seit der Mitte des 19. Jahrhunderts immer weitere Schichten der westlichen Industriegesellschaften erreicht hatte, wieder rückgängig gemacht würde? Und war es überhaupt wünschenswert, zu den oppressiven Strukturen früherer Zeiten und Gemeinschaften zurückzukehren, zu Autoritätshörigkeit und einer Sozialisation der Kinder ins vermeintlich unvermeidliche Schicksal?! Nein! Dann aber war es doch nur sinnvoll, dem offensichtlichen Leiden der unruhigen, unaufmerksamen und ungestümen Kinder in dieser „brave new world“ (Aldous Huxley) einen Namen zu geben – ADHS – und ihnen die Therapien angeheißen zu lassen, die den Betroffenen nachweislich halfen, wie ihre Altersgenossen eigenständig in dieser neuen Welt zu bestehen.

Anders als der amerikanische Politologe Francis Fukuyama es darstellt, der Ritalin in „Second thoughts: the last man in a bottle“ (erschienen 1999 in der Zeitschrift „The National Interest“) als das „Soma“ unserer Tage bezeichnete, entspricht das Methylphenidat eher dem „Moksha“ in Huxleys 1962 erschienenem Roman „Island“, der positiven Gegenutopie des Autors zur 30 Jahre zuvor entworfenen „Brave New World“. Doch ganz gleich, ob man die Medikation der ADHS als ein Mittel begreift, Kinder gefügig zu machen oder aber als eine Hilfe, sich willentlich in Gemeinschaften einzufügen – der historische Siegeszug der ADHS ist aus beiden Perspektiven nicht zu leugnen. So wurde die ADHS, mehr als jedes andere Störungsbild zuvor, zu einer Diagnose sowohl des gestörten Einzelnen als auch der Gesellschaft, ganz im Sinne von Adornos Verdikt aus den „Minima Moralia“, es gebe kein richtiges Leben im falschen.

Letztlich ist der Begriff jedweden menschlichen Leidens einer Geschichte unterworfen, die erst retrospektiv ihre Logik offenbart. Im bereits angebrochenen Zeitalter des Quantified Self und Cognitive Enhancements werden Diagnosen wie die ADHS den Schrecken des Stigmas endgültig verlieren. Das nüchterne Eingeständnis der eigenen Unzulänglichkeit wird sodann weder in die Resignation des

Einzelnen noch zwangsläufig in seine soziale Ausgrenzung münden. Vielmehr wird die Eliassche Selbstzwangapparatur zunehmend als Selbstoptimierung verbrämt werden, zumindest dort, wo sich Substanzen und Techniken mit Aussicht auf Erfolg einsetzen lassen.

Schon heute erscheint die Diagnose nicht nur der ADHS vielen Menschen als probater Zugang zu Medikamenten und Therapien, die anderweitig nicht zu erhalten und/oder zu finanzieren sind. Wie sinnvoll es ist, die Pathologisierung zur Voraussetzung von Hilfen zu machen, die erreichen lassen, was eine Mehrheit längst als soziale Norm internalisiert hat und aus eigenem Antrieb erstrebt, muss an dieser Stelle offen bleiben. Die Geschichte der ADHS jedoch wird

weitergehen, solange Eltern fürchten, dass ihr Kind „untergehe in der Flut des alltäglichen gemeinen Lebens“, wie Heinrich Hoffmanns Vater es Anno 1823 in seinem Brief an den 14-jährigen Sohn formulierte. Obgleich der erfolgreiche Arzt und Politiker seinem Vater das Gegenteil bewies, gab Hoffmann die Sorge an seinen eigenen Sohn Carl Philipp weiter. Vielleicht ist das In-Sorge-Sein ja tatsächlich die Bestimmung des menschlichen Daseins, wie Heidegger es formulierte. So gesehen ist die Geschichte der ADHS nicht mehr als eine Episode, ein Kapitel in der weitaus größeren Geschichte der Erziehung des Menschengeschlechts. Noch aber schreiben wir an diesem Kapitel.

■ Dr. Johannes Streif



KASIFRO

Das ist KASIFRO

Er war anfangs ein Teil der Zeitschrift für Kinder und hatte seinen Ursprung in einer Handpuppe:

Veronica wurde damals in Hamburg von einer Ärztin, Frau Dr. Klemm, diagnostiziert. Es gab viele Verhaltensanweisungen, wie man mit dem Kind umgehen sollte. Auf dem Heimflug hat Familie Seegers am Flughafen einen Raben als Handpuppe entdeckt und nach der Ärztin benannt. Es passte sehr gut, da Raben bekanntlich klauen – und dies regional auch „klemmen“ genannt wird.

Der Rabe hatte der Familie symbolisch geholfen einiges durchzustehen. Als die Idee mit der kleinen Zeitschrift für die Kinder aufkam, wurde eine Karikatur des Raben angefertigt, da er ja alles wusste und auch erlebte. Seinen Name „Kasifro“ entstand aus den Silben der Namensvorschläge, die von den anderen Kindern kamen. Er wirkte auf diese Weise sehr positiv.

Die Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS), früher „Hyperkinetisches Syndrom“



Dr. Klaus Skrodzki

ADHS als Modekrankheit?

ADHS scheint in der Öffentlichkeit aber auch in Pädagogik, Psychologie und sogar bei den Krankenkassen zur umstrittensten Störung des Kindes- und Jugendalters zu werden. Überall wird davon geredet, heftige Richtungskämpfe ausgefochten und die Medien tun das ihre dazu, um durch Mischung von geschickt recherchierten Sendungen und Sensationsshows ohne sachlichen Hintergrund noch mehr Verwirrung zu stiften. Sekten machen sich breit und bieten ihr Heil an, um problembeladenen Eltern auch noch Geld aus der Tasche zu ziehen. Handelt es sich um eine ähnliche Erkrankung wie bei der sogenannten „Hysterie“, die im ausgehenden 19. Jahrhundert zur vermeintlich häufigsten Krankheit, ja fast zur Volksseuche der Frauen wurde. Heute existiert sie nicht mehr und wenn wir davon lesen, können wir nur den Kopf schütteln darüber, wieviel Zeit und Arbeit in eine „eingebildete Krankheit“ gesteckt wurde. Sollte es sich bei der Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätsstörung um eine ähnliche Zeiterscheinung, um eine Modekrankheit der Kinder handeln?

Versuchen wir Beispiele, Hypothesen, Beschreibungen und Fakten zusammenzutragen, um ein einigermaßen realistisches Gesamtbild zu erstellen, immer in dem Bewusstsein, dass wir nur ein Abbild unseres derzeitigen Wissens aufstellen können.

Zum praktischen Erscheinungsbild:

Bevor morgens ihre 2. Schulstunde beginnt, beklagen sich einige Schüler der Klasse über Thomas, er würde ihnen die Mütze herunterreißen!

8:50 Uhr: Thomas dreht sich verkehrt herum und schreit laut.

8:51 Uhr: Er rutscht auf seinem und dem freien Nachbarstuhl hin und her, steht auf und schiebt die Stühle wie Kinderwagen vor sich her.

8:52 Uhr: Er dehnt einen Gummi zwischen beide Hände und spielt damit.

8:53 Uhr: Er ruft grundlos den Namen eines Mädchens.

8:55 Uhr: Er legt sich auf den Tisch.

8:56 Uhr: Er spielt wieder mit dem Gummiring und zielt auf Kinder. Nach einer Mahnung, den Gummi herzugeben, schiebt er ihn in den Ranzen.

8:58 Uhr: Thomas steht auf und schlägt um sich. Er zieht Grimassen dazu.

8:59 Uhr: Er durchwühlt grundlos seinen Ranzen.

9:10 Uhr: Er steht auf und schlägt Charlotte.

9:15 Uhr: Thomas fällt vom Stuhl.

9:22 Uhr: Thomas schlägt Anna ohne ersichtlichen Grund, rennt im Klassenzimmer herum und wischt Tische ab.

9:25 Uhr: Er schlägt mit Fäusten auf Markus, rauft mit ihm.

9:27 Uhr: Thomas schiebt seinen Tisch den vor ihm sitzenden Kindern in den Rücken, dann schiebt er seine Knie zwischen Stuhl und Tischkante hoch.

9:30 Uhr: Er legt die Beine auf den Stuhlrücken, dreht der Tafel den Rücken zu.

9:32 Uhr: Thomas steht auf und schreit plötzlich: „Superman“.

9:34 Uhr: Thomas zieht Grimassen und legt sich auf seinen Tisch.

9:35 Uhr: Ende der Stunde und man hört förmlich das Aufatmen der Lehrerin.

Kinder mit einer ADHS fallen überall aus dem Rahmen, nicht nur in der Schule, sondern meist auch im häuslichen Milieu und im sozialen Umfeld. Meist störend bereiten sie Eltern, Erziehern, Umwelt und nicht zuletzt sich selbst erhebliche Schwierigkeiten.

Um das Ausmaß der Störungen quantifizieren zu können wurden verschiedene Fragebögen eingeführt.

Wenn also folgende Dinge auffallen, sollte man an das Krankheitsbild denken und Abklärung anstreben:

- Extreme motorische Unruhe (Hyperaktivität)
- Unaufmerksamkeit, ständiges Träumen, vermehrte Ablenkbarkeit
- Übermäßige Impulsivität (Wutausbrüche, vermehrte Reizbarkeit)
- Übermäßiges Störverhalten
- Auffallende Langsamkeit bei der Aufgabenlösung
- Frustrationsintoleranz
- Auffallende Diskrepanz zwischen der offenkundigen Intelligenz und der Leistung

Nicht alle genannten Verhaltensauffälligkeiten müssen nebeneinander bestehen und ebenso wenig müssen alle Auffälligkeiten gleich stark ausgeprägt sein. Die große Variation in Qualität und Quantität des Erscheinungsbildes

macht es schwierig, diese Verhaltensstörung zu erkennen und die einzelnen Problemfelder zuzuordnen.

Die beiden folgenden Beispiele sollen solche Kinder in verschiedenen Umgebungen vorstellen:

1. Ein typisches Sprechstundenerlebnis

Die Mutter kommt mit dem achtjährigen Alexander in mein Sprechzimmer, um ein Problem zu besprechen. Der kleinere, zweijährige Bruder ist auch mit dabei. Während die Mutter das Problem schildert, können sich beide Kinder frei im Raum bewegen. Es sind Spielzeug und Bilderbücher reichlich vorhanden. Alexander geht zur Liege, einmal um die Liege herum, klappt die Tür des Instrumentenschrankes auf, nimmt den Reflexhammer heraus, klappt die Tür wieder zu, klopft mehrfach erst auf die Liege, dann auf das Holz des Schrankes. Die Mutter und ich sprechen ihn an, zeigen ihm Spielzeug und Bücher. Alexander nimmt ein Buch in die Hand, legt es wieder hin, geht zur Liege, nimmt den Hammer und klopft an das Metallgestänge der Liege, fragt mich, wozu das da sei, legt den Hammer hin, läuft zur Waage, steigt drauf, zieht den Messstab für die Größe zu sich herab, klappt ihn zehnmal auf und zu. Er wippt auf der Waage, steigt auf meine Bitte, das sein zu lassen, von der Waage herunter. Er läuft zur Babywaage, drückt drauf, freut sich, dass sich der Zeiger dreht, versucht es weitere Male, bis die Waage anfängt zu schaukeln und ich ihn bitte aufzuhören. Er greift nach der Messmulde für Säuglinge, schiebt die Messlatte hin und her, fragt wozu das Papier ist, zerknüllt es, indem er den Größenschieber mit Gewalt darüber schiebt, wird von der Mutter ermahnt und zu ihr geholt. Er läuft zum Bücherregal zieht mehrere Bücher heraus, lässt sie auf den Boden fallen. Lläuft zur Liege, nimmt den Reflexhammer, klopft mehrfach auf den Schrank, legt den Hammer hin, ehe wir etwas sagen können; nimmt das Stethoskop, steckt es in die Ohren, läuft zur Mutter, will ihr die Bluse aufknöpfen und sie abhören. Er läuft wieder zur Waage, beginnt den Messstab zu biegen, bis ich ihn bitte, das sein zu lassen. Er beginnt das Ausgleichsgewicht der Waage abzuschrauben, läuft zum Bruder, der auf dem Boden mit der Eisenbahn spielt, nimmt ihm die Eisenbahn weg, hakt die Wagen aus, hakt sie wieder ein, verdreht sie, bis ein Haken abbricht und stellt sie wieder dem Bruder hin. Während der ganzen Zeit versucht die Mutter ihn mehrmals zu ermahnen und lässt ihn nur auf meine Worte hin weitermachen. Nach 10 Minuten – solange hat das Ganze gedauert – brechen wir das Gespräch ab und vereinbaren einen Termin ohne Alexander, um uns in Ruhe über eben dieses Problem unterhalten zu können.

Der zweijährige Bruder hat während der ganzen Zeit mit einer Eisenbahn und Bauklötzen auf dem Boden gespielt!

2. Bericht einer Mutter über den 12-jährigen Florian!

Er kommt grantig und übellaunig aus der Schule und sagt:

„Ich habe keinen Hunger, ich will nichts essen!“ Befragt: „Wir haben soviel Hausaufgaben auf. Blöde Schule!“ Nach dem Essen (wenig): „Ich will noch keine Hausaufgaben machen!“ „Aber du hast dich doch für 3.00 Uhr verabredet?“ „Ja, ich will aber noch keine Hausaufgaben machen! Blöde Schule!“ Stampft mit dem Fuß auf, packt seinen Ranzen, wirft ihn an einer anderen Stelle hin: „Blödes Deutsch!“ Gutes Zureden hilft schließlich, ihn zum Hinsetzen und Auspacken zu bewegen. Das Heft wird auf den Tisch geknallt, das Buch fällt gleich runter, das Mäppchen wird aufgerissen – dabei gemurrt und gemault. Unter Tränen: „So viel haben wir auf, immer so viel. Der blöde Lehrer!“ Tritt gegen das Tischbein. Die Mutter schimpft: „Hör endlich auf und nimm dich zusammen, das kleine Stück haben wir doch gleich. Guck mal, so wenig.“ „Wenig? Päh, soviel! Gemeinheit!“ Führt sich auf wie Rumpelstilzchen. Die Mutter schreit. Tränen. Florian: „Du bist immer so gemein zu mir, ganz gemein.“ Die Mutter traurig: „Ich geh jetzt weg!“ – „Ach so hab ich's nicht gemeint. Nicht weggehen, bitte nicht! Ich mach's ja!“ Setzt sich hin und plötzlich geht es voran. Die Mutter wieder ruhig, lobt ihn nach zwei Wörtern „Siehst du, es geht ja prima!“ Und in 10 Minuten sind 2/3 der Hausaufgaben fertig. „Jetzt brauch ich aber eine Pause!“ „Ach komm, wir machen erst zu Ende.“ „Nein! Jetzt brauch ich die Pause, nur fünf Minuten!“ Und das ganze Kampfspiel beginnt wie oben.

Handelt es sich um eine Modeerscheinung?

Schon 1808 beschrieb Dr. Haslam, Leibarzt Kaiser Napoleon I. ein „moralisch krankes Kind, Sklave seiner Leidenschaften, Schrecken der Schule, Qual der Familie, Plage der Umgebung“.

1844 entstand in Frankfurt das Buch „Der Struwwelpeter“ von Heinrich Hoffmann. Dieser Frankfurter Arzt beschrieb aus eigener Erfahrung typische Erscheinungsbilder hyperkinetischer Kinder: den Zappelphilipp, den fliegenden Robert, Hanns Guck-in-die-Luft und den bösen Friederich.

1881 beschrieb Scherpf „das impulsive Irresein als häufigste kindliche Seelenstörung“.

1902 erforschte der englische Kinderarzt Still Kinder mit „Defects in Moral Control“.

1917 schrieb Professor Czerny über „Schwererziehbare Kinder“ und

1937 Dr. Charles Bradley über die hilfreiche Wirkung der Stimulantien auf verhaltensauffällige Kinder. In den Jahren nach der ersten Beschreibung Bradleys befassten sich anfangs Kinderärzte und Kinderpsychiater, später Kinderpsychologen mit diesem Krankheitsbild. Es fand erst in den USA, später über Neuseeland, Holland, England und Skandinavien Beachtung. In Deutschland erschienen die ersten

Berichte Mitte der 60er Jahre. Dann allerdings zahlreiche Publikationen; allein im deutschsprachigen Raum 1965 bis 1985 über 250 Arbeiten, die sich ausschließlich mit diesem Thema beschäftigen von medizinischer, psychologischer und pädagogischer Seite.

1985 veröffentlichte der Kinderarzt Dr. Walter Eichleder in München das erste deutschsprachige Buch zu ADHS: „Unkonzentriert? Hilfen für hyperaktive Kinder und Eltern“.

1996 nannte R. Barkley ADHS eine „Entwicklungsstörung der Selbstkontrolle“.

1997/99 entwickelten wir im Auftrag des Kultusministeriums München einen Film und eine Handreichung für Lehrer: „Aufmerksamkeitsgestörte, hyperaktive Kinder im Unterricht“.

1998 veröffentlichten Droll, Krause/Krause und Trott die erste Leitlinie für Erwachsene: „ADHD im Erwachsenenalter“.

2002 wurde das „Eckpunktepapier des BMGS“ erarbeitet und

2005 die Stellungnahme des wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer zu ADHS veröffentlicht.

Inzwischen ist die Zahl der Veröffentlichungen, aus allen Teilen der Welt, so groß, dass eine Literaturrecherche (nur bei namhaften wissenschaftlichen Blättern) jeden Monat ca. 200-300 Arbeiten erfasst.

Begriffsabgrenzungen:

Unter ganz verschiedenen Namen wurden bisher von verschiedenen Autoren Kinder und Jugendliche mit sehr ähnlichen Problemen beschrieben:

MCD: Minimale cerebrale Dysfunktion war lange Zeit eine typische Bezeichnung

MBD: Minimal Brain Dysfunction/Damage

POS: Psycho-organisches Syndrom in der Schweiz üblich

HKS: Hyperkinetisches Syndrom in ICD 9

ADDs: Attention Defizit Disorder Syndrom mit/ohne Hyperaktivität und Sozialstörungen war in den USA lange Zeit üblich.

Gebraucht wurden auch von verschiedenen Fach- und Berufsgruppen:

Hirnfunktionsstörung, Partielle Hirnreifungsstörung, Hirnorganisches Psychosyndrom, Teilleistungsstörung, mini-

male cerebrale Bewegungsstörung, hyperaktive Kinder, ungeschickte Kinder, aufmerksamkeitsgestörte Kinder, Kinder mit besonderem Förderbedarf, schwerkraftverunsicherte Kinder.

Alle Namen umfassen nur Teilaspekte der Störung und sind nicht identisch, aber sie überschneiden sich in großen Bereichen. Heute gilt ADHS (Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung) in Deutschland und ADHD (Attention-Defizit-Hyperactivity-Disorder) im englischsprachigen Raum als die korrekte Bezeichnung (DSM IV/V).

Es handelt sich mit Sicherheit nicht um eine Modeerscheinung, sondern um die Erkenntnis eines Problems, das erst spät in unser Bewusstsein gedrungen ist. Denn in früherer Zeit, als das Überleben eines Kindes im Vordergrund stand, waren derartige Probleme zweitrangig. Entweder fielen die Schwierigkeiten, beispielsweise in einer großen Bauernfamilie, nicht sehr ins Gewicht, oder aber die Kinder galten als schwarze Schafe der Familie, ohne dass man die Ursachen ihres Versagens hinterfragt hätte. Erst in unserer Zeit der bewussten Elternschaft, der gezielten Förderung der wenigen Kinder, ist das Störungsbewusstsein größer geworden. Denn wenn man sich als Eltern oder Lehrer in hohem Maß um die optimale Entwicklung eines Kindes bemüht, ist es verständlicherweise frustrierend, wenn das Kind den Erwartungen nicht gerecht wird.

Der Symptomenkomplex in den verschiedenen Altersstufen

Das Erscheinungsbild dieser Kinder (Symptomenkomplex) soll in den verschiedenen Altersgruppen beschrieben werden, wobei nochmals betont sei, dass stets nur ein Teil der beschriebenen Symptome auf ein Kind zutrifft und das Erscheinungsbild sehr variabel ist.

Säuglingsalter:

Viele dieser Kinder schreien oft ungewöhnlich viel, ausdauernd und besonders schrill und sind in ununterbrochener Bewegung, quengelig, reizbar, werden schnell wütend und schätzen körperlichen Kontakt wenig. Selten wirken sie entspannt, meist missmutig und unzufrieden und sorgen für erhebliche Schlafstörungen der Eltern. Wenn die Eltern mit ihnen schmusen wollen, schmiegen sie sich nicht an. Die Mutter wird durch diese Verhaltensweise verunsichert und fragt sich „Mach ich etwas falsch? Ich muss mich wohl mehr um das Kind kümmern!“ Aber auch vermehrte mütterliche Zärtlichkeit wird wenig erwidert und für so manche Mutter ergeben sich daraus Probleme, und das Kind wird als schwierig bezeichnet. In der Familie herrscht Gespanntheit, nervöse Gereiztheit und eine gewisse Frustration vor.

Kleinkindesalter:

Meist besteht eine ausgeprägte Trotzphase. Typisch ist eine Erprobungsphase, die für die Umwelt besonders strapa-

ziös ist: Die Eltern berichten, dass das Kind die Fähigkeit habe, aus jeder Situation ein „Happening“ zu machen, d. h. alles, was es in die Hände bekommt wird zerlegt und im Vorbeigehen um- oder ausgeschüttet oder in einer Weise damit verfahren, dass es speziell sinnwidrig ist und für die Eltern in Arbeit ausartet. Sinnvolles, konstruktives Spielen entwickelt sich kaum, die Spiele sind vor allem destruktiv und chaotisch. Das Kind läuft häufig weg, klettert über den Zaun und auf die Straße, gefährdet sich selbst. Wenn Besuch kommt oder anderswo ein Besuch gemacht wird, muss das Kind ständig beobachtet und alles verschlossen werden. All diese Dinge treten bei anderen Kindern auch auf, aber nicht so im Übermaß. Oft vermeiden die Eltern Besuche und werden zunehmend isoliert. Wenn das Kind in den Kindergarten kommt, baut es keine Bauklötzchen, setzt kein Puzzle konstruktiv zusammen, sondern es zerstört nur: Bauwerke der anderen werden umgeworfen, es ärgert die anderen Kinder, kann nicht alleine spielen, es spielt nicht ausdauernd. Kein Spielzeug wird mehr als einige Minuten und damit nicht sinnvoll benutzt und oft sagt es „mir ist langweilig“. Die Kindergärtnerin berichtet, dass es Gruppenspiele nicht mitmacht, oft in der Einzelspielecke sitzt oder dass es ständig zappelt, herumrutscht und nie entspannt ist. Als Folge werden Eltern des Öfteren in den Kindergarten bestellt und ermahnt, konsequenter in der Erziehung und aufmerksamer zu sein, da das Kind erhebliche Störungen aufweise. Es wird gesagt: „Das Kind ist ungezogen, sie müssen strenger sein“. Zum Kinderarzt kommen die Eltern mit auffallendem Essverhalten: „Es frisst bedenkenlos alles in sich hinein“, oder „es isst nur ganz wenige spezielle Dinge“, mit Schlafstörungen: „Es kann keinen Abend einschlafen, jede Nacht kommt es zu uns, und wenn es dann bei uns ist, ist es so unruhig, dass wir selbst nicht schlafen können“; „Wenn es in den Raum kommt, verbreitet es Unruhe, wir werden alle nervös“. „Es kann sich nicht selbst anziehen, zieht alles verkehrt herum an, macht nie einen Knopf zu“ und es gibt Probleme mit der Sauberkeitserziehung. Wer die Kinder nur gelegentlich oder kurzzeitig erlebt, sieht keine Probleme: Benjamin, Thomas oder Florian geht mit der Oma oder der Tante weg und ist für einen halben Tag das liebste Kind und die Eltern bekommen zu hören: „Seht ihr, wenn er will, dann kann er“ und „man muss nur konsequent und streng sein“.

Im Vorschulbereich sind die Probleme für die Eltern meistens noch zu bewältigen: der Kindergarten fordert noch keine so strenge Reglementierung und man erwartet, dass dieses Kind einfach von alleine reifer und vernünftiger wird. Allerdings kennen heute viele Kindergärten diese Probleme und fordern Hilfen, sowohl für ihre Gruppen als auch Einzelmaßnahmen, für Kind, Eltern und Familie. Meist wird Frühförderung und Ergotherapie gefordert, gelegentlich auch psychologische Therapie und Medikation.

Schulalter:

Wenn das Kind in die Schule kommt, werden die Anforderungen erheblich größer. Es soll sich sozial integrieren in eine Klassengemeinschaft und soll bestimmte Spielregeln akzeptieren lernen, aber genau da liegt das Problem: In der Zweierbeziehung können einfache Regeln noch akzeptiert und verstanden werden, doch sind mehrere Kinder beteiligt, eine Gruppe, und sollen strengere Regeln – wie sie für die meisten Spiele ja gelten – eingehalten werden, so ist es nicht mehr möglich. Das Kind versucht, die Regeln nach seinem Geschmack zu ändern, und wenn die anderen nicht mitmachen, gibt es Spannung und Streit. Bereits nach kurzer Zeit kommt es zur Ablehnung durch die Kameraden, weil sie nicht bereit sind, den Herrschaftsansprüchen eines Kindes zu folgen und sie selbst ja die gültigen Spielregeln akzeptieren. Will das Kind es besonders gut machen und versucht, die Regeln einzuhalten, missglückt ihm dies. Enttäuscht fängt es an zu weinen und wird dafür von den Kameraden auch noch ausgelacht, weil es nicht gelernt hat, sich zu beherrschen. Diese Affektlabilität und Frustrationsintoleranz ist eigentlich typisch für das Kleinkindesalter. Es weint wegen Kleinigkeiten, gerät gleich in Zorn und seine Stimmung schlägt plötzlich um; es kommt zu unverschämten, provokanten und aggressiven Redeweisen. Im Schulalter ist diese Phase bei anderen Kindern meist schon überwunden, nicht jedoch bei unserer Gruppe von Kindern mit psychosozialer Entwicklungsverzögerung (früher als Hirnreifungsstörung bezeichnet) – sie sind in einem kleinkindhaften Verhalten stehen geblieben. Wenn sie etwas wollen, muss der Wunsch sofort erfüllt werden. Sie können nicht warten, sondern kriegen wieder einen Wutanfall. Genau so schnell sind die Wünsche bei Ablenkung oft wieder vergessen. Andererseits freut sich das Kind wenig und wirkt nach außen hin traurig, missmutig, und wenn man sich mit ihm unterhält, zeigt es häufig depressive Verstimmung. Ja es ist sogar ein Kennzeichen, dass eine unglückliche Grundstimmung besteht, oft überspielt durch äußerliche Unbekümmertheit. Eltern berichten, dass sich ihr Kind „überfreut“ oder „überärgert“ hat, und es dann meistens völlig unerträglich sei.

Es handelt sich also nicht um sehr lebhaft, vergnügte, bewegungsfreudige Kinder, wie man nach dem Namen hyperaktiv – „überaktiv“ meinen könnte und wie es in der Öffentlichkeit oft auch (fälschlicherweise) gebraucht wird, sondern um Kindern, die unter ihrem Zappeln, ihren unkoordinierten und ungezielten Bewegungen und ihrer Unaufmerksamkeit und deren Folgen oft leiden.

Impulsivität und Aggressivität sind bei diesen Kindern weit verbreitet und sie scheinen manchmal keinerlei Angstgefühl zu haben: Ohne schwimmen zu können, sprang Ludwig mit drei Jahren ins tiefe Wasser; als Vierjähriger vom 3-m-Brett, als 11-jähriger Kopfsprung vom 5-m-Turm. Fahrradunfälle waren häufig, weil er Rennfahrer werden wollte.

Sturz vom Baum. Beim Luftanhalten schaffte er es ohnmächtig zu werden. Beim Skifahren konnte die Mutter nicht mehr mitgehen, weil er so wild und gefährlich den Hang hinunterraste. Es gibt aber auch Überängstliche, oft motorisch ungeschickt, die sich nicht von den Eltern trennen können und mit ihrer Unsicherheit die Überbehütung durch die Eltern herausfordern.

Die Impulsivität geht so weit, dass diese Kinder in der Schule den Finger heben zur Antwort, ehe die Frage fertig gestellt ist und oft ist es ihnen lieber, überhaupt eine Antwort zu geben, als die richtige. Wenn sie nicht drankommen, platzen sie mit ihrer Antwort einfach so heraus. Ihre Aufmerksamkeitsspanne ist außerordentlich kurz. So wie sie früher kein Puzzle fertig machen konnten und keinen Turm mit mehr als vier oder fünf Klötzen bauten, so wird später keine Zeichnung fertig. Im Basteln und Spiel wird alles angefangen – „sie sind sehr unternehmungslustig“ – aber nichts zu Ende geführt. Es liegen Dutzende von angefangenen Schiffs-, Flug- und sonstigen Modellen herum und keine Handarbeit kommt soweit, dass sie zum vorgesehenen Zweck angewendet werden kann. Das Gleiche gilt für die Hausaufgaben: da die Aufmerksamkeitsspanne so sehr kurz ist, fällt dem Kind ständig etwas Neues ein: es muss sich am Bein kratzen, das Lineal aufheben, den Radiergummi anders hinlegen, den Bleistift spitzen, aus dem Fenster gucken: „Da ist eine Schwalbe“, das Eselsohr im Buch herausblättern oder ein Neues auf der anderen Seite hineinknicken, auf der Seite vorher nachgucken, wie die Aufgabe gestern war und den Hamster füttern. Als Folge gehen die Hausaufgaben nicht voran, sie werden schlecht gemacht und benötigen außerordentlich lange Zeit. Genau das Gleiche erlebt der Lehrer im Unterricht: da die Aufmerksamkeitsspanne nicht groß genug ist, sieht, hört und fühlt das Kind ständig neue Dinge – und handelt auch danach.

Man darf nun nicht glauben, dass alle Kinder dieser Krankheitsgruppe wirklich ein hyperaktives Verhalten zeigen. Es gibt durchaus auch das Gegenteil: die Hypoaktiven, das sind Kinder, die überhaupt nicht herumzappeln und nicht unruhig wirken, eher apathisch. Sie fallen auf diese Weise zwar weniger auf, aber sie haben alle anderen Störungen (erinnern Sie sich an die sieben Punkte zu Anfang): Störungen der Konzentrationsfähigkeit, abnormes Sozialverhalten, sind ruppig bis explosiv und wirken nach außen hin unbegabt, leistungsschwach und sozial isoliert. Das trifft besonders oft für Mädchen zu. Sie zeigen weniger oft motorische Unruhe als die Jungen.

Adoleszentenalter:

Bei vielen ADS-Kindern tritt die Pubertät später auf als bei den Gleichaltrigen. Das passt zu ihrer psychosozialen Reifungsverzögerung. Dann aber erscheinen alle Probleme der Vorpubertät und Pubertät in verstärktem Maße. Die Ablehnung der Umwelt ist durch das erheblich gestörte

Selbstwertgefühl stärker als üblich. Die Schwierigkeiten und Streitigkeiten mit den Eltern, der Widerspruchsgeist im Ablösungsversuch von der Familie nehmen Formen an, die unerträglich werden. Oft besteht Selbstgefährdung, tiefe Depression bis hin zu Selbstmordgedanken, Neigung zu Asozialität, Kriminalität und Drogensucht, und immer wieder finden sich kleinkindhafte Verhaltensweisen, wenn z. B. der 14-jährige aus dem Badezimmervorhang die dunklen Karos des Musters ausschneidet!

Aus der Hyperaktivität wird jetzt häufig eine „Nullbock“-Mentalität, d. h. sie haben keinerlei Interesse, keinen Antrieb etwas anzufangen, geschweige denn eine Arbeit oder Aufgabe zu Ende zu bringen. Die Berufswahl wird zur Katastrophe, da sie eigentlich gar nichts interessiert oder höchstens etwas, das sie mit ihren bisherigen schulischen Leistungen nicht erlernen können. In der Berufsausbildung haben sie es besonders schwer, weil sie oft muffig, schlecht gelaunt und faul wirken. Wenn sie dann auch noch frech und vorlaut sind, ist das Arbeitsverhältnis oft sehr schnell wieder gelöst. Wenn man frühzeitig Interessen und Hobbys unterstützt hat, kommen diese jetzt manchmal zum Tragen und können von großem Nutzen für die Berufswahl sein, da auf Lieblingsgebieten bei diesen Jugendlichen oft ein ganz erstaunliches Wissen besteht.

Im Erwachsenenalter:

Schwierigkeiten mit Aufmerksamkeit und Konzentration bleiben bestehen. Aus Hyperaktivität wird jetzt teilweise Inaktivität, gepaart mit Nervosität. Weiter bestehen Stimmungsschwankungen, ausgeprägte psychische Labilität mit stark schwankender Emotion und Impulsivität (geschäftlich, finanziell, privat), die zu unüberlegten Entscheidungen führt, zu Ungeduld und Jähzorn und leider oft zur Unfähigkeit sich und das Leben zu organisieren.

Die niedrige Stresstoleranz, fehlende Ausdauer, Egoismus, z. T. gepaart mit unbegrenzter Großzügigkeit, führen zu Unzuverlässigkeit und schnell wechselnden Freundschaften und Bindungen. Suchttendenzen (Spiel-, Kauf-, Drogen-, Alkohol-) können schließlich Beruf und Karriere zerstören.

Häufig bestehen viele positive Eigenschaften wie Phantasie, Kreativität, Hilfsbereitschaft, grenzenlose Einsatzbereitschaft, Spontaneität und Wärme, die aber leider in unserer Gesellschaft oft nicht hoch genug bewertet werden, um ihre Schwierigkeiten auszugleichen.

Zusammenfassung:

Fassen wir noch einmal die wichtigsten Punkte zusammen, die diese Kinder behindern und den Umgang mit ihnen schwierig und aufreizend machen: Hyperaktivität oder Inaktivität zur falschen Zeit, Träumen und Unaufmerksamkeit, Ablenkbarkeit, Impulsivität mit vermehrte Reizbarkeit,

Störverhalten, Trödeln und nervenzehrende Langsamkeit, Frustrationsintoleranz und Diskrepanz zwischen Intelligenz und Leistung. Als Folge bestehen nahezu immer Schul- und Berufsschwierigkeiten. Wenn zusätzlich noch Teilleistungsstörungen bestehen, wie z. B. Lese-, Rechtschreib-, Rechenschwäche, Koordinations- und Wahrnehmungsstörungen der verschiedensten Art, haben die Kinder und Jugendlichen trotz normaler Intelligenz allergrößte Schwierigkeiten in der Schullaufbahn. (Der berühmte Erfinder T. A. Edison hatte eine ausgeprägte Lese-Rechtschreib-Schwäche!). Oft landen sie schließlich in Sonderschulen und in Anlernberufen, und finden ihre „Freunde“ nur noch in Drogen- und kriminellen Kreisen. Dann beschränkt sich ihr Vergnügen auf das Suchen von „gefährlichen“ Situationen (S-Bahn-Surfen, Autorennen, u. ä.), Computer- und anderen Spielen.

Häufigkeit:

In allen Ländern, in denen bisher Untersuchungen zur Häufigkeit der ADHS durchgeführt wurden, fand man zwischen fünf und 14 % verhaltensauffällige Kinder. Unterschiede bestanden nach Beurteilern, also Ärzten, Lehrern, Erziehern oder Eltern; der Unterschied zwischen den Kulturen – USA, Kanada, ehemalige DDR, Neuseeland, Rotchina oder auch bei den Hopi-Indianern im Reservat – war nicht signifikant. Realistisch sind ca. 5 % Betroffene, wobei Jungen ca. fünf mal so häufig betroffen sind wie Mädchen (zumindest im Kindesalter, später gleicht sich das Verhältnis zunehmend an). Auffallend ist eine deutliche familiäre Häufung mit z. B. gemeinsamer Betroffenheit von eineiigen Zwillingen.

„Wahrnehmungsstörungen“ als bedeutsames Merkmal des HKS

Bei der medizinischen Untersuchung erkennt man oft einen unharmonischen Bewegungsablauf und damit eine deutliche Diskrepanz zu anderen Kindern: Während die Bewegung gesunder Kinder meist rund und wellenförmig ist, wirken diese Kinder ausgesprochen eckig, ruckartig und ungeschickt. Neurologisch finden sich zum Teil mäßige Störungen der Feinmotorik, der Balancefähigkeit, der allgemeinen Geschicklichkeit, also insgesamt Zeichen einer leichten motorischen Störung.

Das hat Auswirkungen besonders auf die Schrift: Allein der motorische Vorgang des Schreibens ist für sie eine Qual und mit großer Anstrengung verbunden: Der Stift wird verkrampft gehalten, die Hand ist schweißnass und die Buchstaben werden ins Papier eingekerbt. Ihre Schrift gefällt ihnen auch nicht, aber es geht nicht besser. Und wenn sie einmal ein paar gute Zeilen zu Papier bringen, ernten sie kein Lob, sondern nur den Tadel: „Siehst du, du könntest ja, wenn du nur wolltest“.

Bei diffiziler Untersuchung entdeckt man zahlreiche Wahr-

nehmungs- und Programmsteuerungsstörungen und fast immer erhebliche Verzögerungen in der psychomotorischen Entwicklung und der sensorischen Integration. Unter sensorischer Integration versteht man die sinnvolle Ordnung, Aufgliederung und Zusammenfassung von Sinneserregung, um diese nutzen zu können. Die Nutzung besteht in der Wahrnehmung und Erfassung des Körpers in Bezug zur Umwelt. Durch die sensorische Integration wird erreicht, dass alle Abschnitte des zentralen Nervensystems zusammenarbeiten, die erforderlich sind, damit ein Mensch sich sinnvoll mit seiner Umgebung auseinandersetzen kann und Befriedigung dabei erfährt.

Die wichtigsten Wahrnehmungsstörungen:

Verminderte Erfassungsspanne

Wird ein vierjähriges Kind beauftragt, drei Gläser, zwei Gabeln, zwei Löffel und Senf aus der Küche zu holen, so hat es außer dem Senf das meiste vergessen, ehe es die Küche erreicht. Eine so große Zahl von Information kann sein Gehirn noch nicht aufnehmen. Bereits Ende des Grundschulalters erreicht die sog. Erfassungsspanne Erwachseneniveau und erfasst rund 7 ± 2 Einzelelemente. Je vertrauter eine Information ist, desto mehr Umfang kann das Einzelelement haben. Bei vielen Kindern mit ADHS ist die Erfassungsspanne jedoch nicht altersgemäß entwickelt. Diese Verminderung hat in der Schule verheerende Folgen: Weil vieles nur halb aufgenommen wird, entstehen große Lücken und das Kind muss sein Halbwissen dauernd mit eigenen Überlegungen und Schlussfolgerungen zu kompensieren versuchen.

Verminderte Kanalkapazität

Alles was man gleichzeitig hören, sehen, riechen, schmecken, tasten und fühlen kann, fließt wie in einem Sammelkanal auf uns zu und wird registriert. Dieser Kanal hat nur ein bestimmtes Fassungsvermögen, was seine Kapazität übersteigt, geht verloren. Die Kanalkapazität ist die Summe der Erfassungsspannen aller Sinnesbereiche. Je umfangreicher ein Teilgebiet ist, desto geringer ist die Kapazität für andere Teilaspekte. Die vielen Sinnesreize, die mangels Kanalkapazität nicht mehr aufgenommen werden können, führen aber zur viel zitierten Reizüberflutung. Das Übermaß an nicht verarbeiteten Reizen bewirkt entweder Überaktivität, also Zappeligkeit oder völliges Abschalten mit nachfolgender Handlungsunfähigkeit. So ist der fehlende Blickkontakt vieler dieser Kinder wahrscheinlich eine vernünftige Reaktion, um wenigstens einen Teil der visuellen Reize auszuschalten.

Verminderte Diskriminationsfähigkeit

Vieles in unserem Verhalten wird gesteuert durch die Fähigkeit, Unterschiede wahrzunehmen und die Bedeutung dieser Unterschiede zu erkennen. Wenn ein Kind also Eindrücke nicht in allen Feinheiten differenzieren kann, kann es Wichtiges und Unwichtiges nicht voneinander unter-

scheiden und es verhält sich daher unangepasst und ihm fehlt eine wesentliche Kontrolle seines Verhaltens. Es hat Mühe zu bemerken, „was es geschlagen hat“.

Veränderte Reizschwelle

Für manche Sinnesqualitäten ist die Reizschwelle bei diesen Kindern herabgesetzt, so dass z. B. körperliche Zärtlichkeiten einen unangenehmen Reiz bedeuten können oder innere Unstimmigkeiten aus dem körperlichen oder seelischen Bereich intensiver empfunden werden und das Kind zum Schrei-Baby wird. Für andere Sinnesqualitäten kann die Reizschwelle erhöht sein, so dass z. B. Schmerz viel weniger bemerkt wird. Bei gemindertem Berührungsempfinden werden Spielsachen auch später noch auffallend häufig in den Mund genommen, um zusätzliche Information zu gewinnen. Dabei sind diese Kinder allgemein sehr sensibel, erspüren Stimmungen ihrer Umwelt – insbesondere Ablehnung - und leiden deshalb in einer problemgeladenen Atmosphäre mehr als andere.

Verlangsamte Umstellungsfähigkeit

Wenn eine Arbeitstechnik einmal angelernt ist, fällt es Kindern mit ADHS besonders schwer, eine neue Arbeitstechnik zu erlernen. Ungeeignete Programme werden nicht unterdrückt, sondern laufen immer wieder ab. Solange alles im gewohnten Trott läuft, können sie sich zurechtfinden, wird jedoch rasche Umstellung verlangt, sind sie überfordert und versagen.

Intermodale Störung

Informationen aus verschiedenen Sinnesmodalitäten, also visuelle, auditive und taktile Informationen werden nicht sinngemäß koordiniert, so dass diese Kinder Mühe haben, Erfahrungen aus einem Lebensbereich in einen anderen zu übertragen. Schon der halbjährige Säugling weiß, dass etwas zum Hören auch etwas zum Sehen ist und dreht deshalb den Kopf nach einer Geräuschquelle. Genauso hat er gelernt, dass etwas zum Tasten auch etwas zum Sehen ist und führt Gegenstände, die ihm in die Hand gelegt werden, vor die Augen. Das Kleinkind, das Spielzeug in den Händen dreht, aber mit den Augen anderswo ist, verbindet Tasten und Sehen nicht ausreichend miteinander. Wenn die intermodale Störung anhält, entstehen auch beim Schreiben und Lesen dadurch Probleme.

Serielle Störung

Durch lückenhafte Wahrnehmung können zeitlich nacheinander folgende Abläufe einer Handlung schlecht erkannt und reproduziert werden. Schon im 2. Lebensjahr weiß ein Kind, wenn ihm die Mutter den Pullover über den Kopf zieht, dass jetzt nacheinander erst der eine und dann der andere Arm durch den Ärmel gesteckt werden muss und hebt den entsprechenden Arm hoch. Diese Fähigkeit, Handlungsabläufe zu erkennen und nachzuvollziehen, ist außerordentlich wichtig. Bei mangelhaftem Nachahmen im

Kleinkindesalter kommt es zu unbefriedigendem Spielverhalten und später in der Schule zu Schwierigkeiten in allen Bereichen, die bestimmte Abläufe beinhalten. Durch mangelhaftes Nachahmen entgehen diesen Kindern Erfahrungen, denn vieles, was das kleine Kind nachahmend spielerisch einübt, muss das serial gestörte Kind später mühsam und bewusst erlernen.

Mangelhafte Codierung und Optimierung erlernter Abläufe

Wenn wir etwas neu erlernen, so speichern wir erst Einzel-elemente im Gehirn. Später – mit mehr Erfahrung – werden Gruppen von Einzelementen gespeichert, so dass mit einem einzigen Impuls eine ganze Gruppe von gespeicherten Eindrücken abgerufen werden kann. Nur dadurch können Prozesse mit großer Geschwindigkeit ablaufen. Der Vorgang „Schuhe binden“ ist für den Erfahrenen ein einziger Impuls, der automatisch abläuft. Für das Kind mit ADHS bleibt es eine große Summe von Einzelementen: „Schnürsenkel auf beiden Seiten anziehen, Bänder untereinander durchführen zum Knoten, den Knoten zuziehen und festhalten. Ein Band zur Schlaufe legen, das zweite Band um das erste legen, umknicken und darunter durchschieben, beide Enden festhalten und gleichmäßig ziehen, ohne dass die Enden herausrutschen“. Ganz ähnlich sieht es beim Schreiben aus: Trotz zahlreicher Wiederholungen bleiben für diese Kinder ganze Bewegungsabläufe immer noch die Summe einzelner Bewegungsschritte, d. h. sie benötigen für die Wiederholung dieser Vorgänge ungleich mehr Zeit und Energie und dadurch kommt es schneller zur Ermüdung und zum Überdruß.

Fehlerhafte Suchstrategien

Der Zugriff auf gespeicherte Daten ist nicht immer direkt möglich. So müssen Suchstrategien eingesetzt werden, um ans Ziel zu kommen: Man kann ein Feld systematisch absuchen oder durch Assoziation über andere gespeicherte Daten eine Lösung finden. Fehlt eine Suchstrategie, wird eine Lösung bestenfalls zufällig gefunden. Kinder mit ADHS suchen meistens wahllos herum, übersehen ganze Felder, suchen andere mehrfach ab, erscheinen auf den Beobachter impulsiv und unsystematisch im Denken, oft sogar unlogisch und dumm, da sie nicht selten – des Suchens müde – irgendeine zufällige und damit oft falsche Lösung anbieten. Diese Darstellung wurde schon vor vielen Jahren von der Entwicklungsneurologin Ruf-Bächtiger aus Basel gewählt. Untersuchungen solcher Wahrnehmungsstörungen gibt es von Affolter, Frostig, Virginia Douglas aus Toronto, Hans Grisseman aus Zürich und anderen mehr. Inzwischen können die Ergebnisse umfangreicher neuro-psycho-physiologischer Forschungen in zahlreichen Arbeiten aus der ganzen Welt nachgelesen werden.

Ursachen (Hypothesen) des Krankheitsbildes

Erziehung/Umwelt

- ☒ Vererbung (genetisch)
- ☒ Hirnorganische:
 - o Störung der Hirnfunktion, der Wahrnehmung, der Sensorischen Integration,
 - o Unterstimulation (Under Arousal)
 - o minimale Hirnschäden durch Sauerstoffmangel, Alkohol
- ☒ Neuroanatomische: Asymmetrien, Volumendifferenzen von Gehirnbereichen gegenüber „normalen“
- ☒ Neurochemische:
 - o Neurotransmitter-Störung an der Nervenendplatte
 - o Störung der Durchblutung im zentralen Kernen
 - o Störung der Glucoseutilisation
 - o Vergiftung durch Schwermetalle (Blei)
- ☒ Allergische:
 - o Salizylate (B. Feingold)
 - o Phosphate/Zucker/Farbstoffe (H. Hafer)
 - o Pseudo- Allergene (Prof. Egger, München)
- ☒ Ernährung

In den letzten 50 Jahren wurden am häufigsten Erziehungsfehler, Elternproblematik, Vernachlässigung, Deprivation und frühkindliche Traumata für die Ursache gehalten und die Störungen als soziales und pädagogisches Problem angesehen. Alle neueren Untersuchungen sind sich jedoch einig, dass diese Faktoren nicht die Ursache sind, wohl aber die Ausprägung und das Erscheinungsbild erheblich beeinflussen können. Man stellte fest, dass Kinder mit ADHS auch in heilen Familien vorkommen, nicht nur in gestörten Familien. Oft finden sich in Familien unauffällige Kinder und „Problemkinder“ nebeneinander. Häufig sind die innerfamiliären Probleme sekundär, d. h. ein Grund für die interfamiliären Streitigkeiten sind unterschiedliche Auffassungen über die Erziehung eines schwierigen Kindes. Der Lehrer, der Psychologe, der Familienberater, der das Kind mit sieben oder acht Jahren und die Zerwürfnisse in der Familie sieht, zieht den Schluss, dass das Verhalten der Eltern, das Milieu, das Kind so gemacht hat. Die Vorstellung, dass schwieriges Verhalten eines Kindes seit der Geburt auch das Verhalten der Eltern – und der Eltern untereinander – bestimmt und zu der jetzt sichtbaren Familiensituation geführt haben kann, muss sich erst sehr langsam und mühevoll einbürgern. Und viele Eltern leiden schwer unter der Vorstellung, schuld zu sein am problemreichen Verhalten der Kinder.

Die Forschungsergebnisse der letzten 30 Jahre zeigen, dass genetische Faktoren und/oder Störungen in der Zeit der Gehirnentwicklung zu einer Andersartigkeit, zu einer Funktionsstörung des Neurotransmitter-Systems unseres Gehirns führen. Neurotransmitter sind Überträgersubstanzen am Nervenende, dort, wo ein Spalt am Übergang von einem Nerv zum nächsten Nerv besteht. Kommt ein bestimmter elektrischer Reiz über den Nerv an, muss er durch chemische Substanzen, eben die Neurotransmitter,

über diesen Spalt hinweg transportiert werden, um den neuen Nerv zu erregen. Diese Substanzen, die bekanntesten sind das Serotonin, das Dopamin, das Noradrenalin, müssen von der anderen Seite wieder über die Synapse zurückgebracht werden. Eine Störung in Zusammensetzung, Mangel oder fehlerhafter Verarbeitung und Rückführung dieser Überträgersubstanzen führt zur gestörten Reizweiterleitung und Reizverarbeitung und damit zur mangelhaften Information und endlich zur Hirnfunktionsstörung. In bestimmten Hirnarealen konnte mit aufwendigen Untersuchungen Imbalancen, Minderdurchblutung, andersartige Verschaltungen und anatomische Veränderungen nachgewiesen werden. Damit sind wir vom grundlegenden Wissen um die Ursachen noch weit entfernt, können aber zumindest sagen, dass es nachweisbare organische Veränderungen gibt.

Als äußere zusätzliche Ursache für die Störung wurden auch zahlreiche Nahrungsmittelbestandteile angeschuldigt. In Amerika der 50er Jahre die Salicylate von Benjamin Feingold, in Deutschland seit den 70er Jahren von Herta Hafer, insbesondere die Phosphate und Nahrungszusatzmittel und von Professor Egger, München, sogenannte Pseudoallergene und in modernen Untersuchungen Nahrungszusätze und Farbstoffe. Der wissenschaftliche Nachweis für die Wertigkeit dieser Befunde steht noch aus.

Diagnostische Maßnahmen:

Ausführliche und genaue Anamnese:

- ☒ Familiengeschichte, Beschreibung der Eigenentwicklung des Kindes
- ☒ Fremdbeschreibung von Kindergarten (VBV, FBB HKS für Vorschulkinder u. a.) und Lehrern (FBB HKS, erweiterter Connersbogen für Lehrer u. a.)
- ☒ Eingehende Ganzkörper-, neurologische und motoskopische Untersuchung
- ☒ Psychologische Tests:
 - z. B.: Haus-, Mann, Baum, Verzauberte Familie in Tieren – Hawik-IV, Frostig, Benton, SCSIT u. a.

Zum Ausschluss anderer Erkrankungen, die ähnliche Erscheinungen zeigen könnten bei Bedarf:

- ☒ EEG
- ☒ Blutuntersuchung (Schilddrüse, Allergien)

Überprüfung: Hören, Sehen

Differentialdiagnosen (hier nur ein Teil der häufigeren):

- ☒ Altersentsprechende hohe Aktivität (3.-5. Lebensjahr)
- ☒ Chaotische Familienverhältnisse
- ☒ Tourette-Syndrom (Tic-Erkrankung)
- ☒ Ausgeprägte, isolierte Teilleistungsstörung (Lese-, Schreib-, Rechenschwäche)
- ☒ Schulische Überforderung bei Minderbegabung
- ☒ Akute, erhebliche Familienkonflikte (Trennung, Misshandlung, schwere Erkrankung der Eltern)

Mögliche Therapieformen bei ADHS

Überblick:

- Psychoedukative Maßnahmen (Beratung der Familie und Betreuer)
- Erziehungskonzept und Lenkung des Freizeitbereichs (sportlich, musisch, handwerklich)
- Verschiedene Formen der Kombination von Bewegungs-, Beschäftigungs-, und Verhaltenstherapie
- Altersabhängige begleitende Maßnahmen
- Behandlung spezieller Teilleistungsstörungen
- Psychologische Maßnahmen (z. B. Verhaltenstherapie)
- Medikamentöse Therapie (primär: Stimulantien)

Nahezu immer ist **Multimodale Therapie** erforderlich, aber nicht alle Patienten brauchen alles:

Beispielhafte Therapieformen im Einzelnen:

Erziehung

Mehr als alle anderen Kinder brauchen Kinder mit ADHS ein ganz striktes, klar erkennbares Erziehungskonzept. Regeln und Maßnahmen müssen so klar strukturiert sein, dass das Kind „genau weiß, wo es lang geht“. Die Erziehung muss ihm rechts und links ein Geländer an die Hand geben und ihm damit klar den Weg weisen. Der Tagesablauf soll möglichst gleichmäßig geregelt sein, Machtkämpfe und Diskussionen sind zu vermeiden. Das, was das Kind nicht kann, nämlich: Anhalten, Hinhören und Hinsehen vor dem eigentlichen Handeln, muss der Erzieher umso mehr. Eine kurze Denkpause vor dem Handeln soll ihm helfen, die Nerven nicht zu verlieren. Hat er aber einmal eine Entscheidung getroffen, soll er diese auch durchsetzen: nämlich handeln statt reden. Die Eltern müssen mit verbaler Kritik, Ermahnung und Schimpfen sparen, da die Kinder nur zunehmend „elterntaub“ werden. Die Eltern müssen trotz aller Unaufmerksamkeit mit ihrem schwierigen Kind sprechen, ihr Sprechen aber durch klar erkennbare Handlungen untermauern. Und schließlich müssen die Eltern lernen, die richtige Einstellung zu diesem Problem zu finden, denn das Problem wird mit Sicherheit über lange Zeit, wenn nicht immer, weiterbestehen.

Programme zur Verbesserung der psychomotorischen Koordination, der sensomotorischen Integration und zum Abbau der verschiedenen Wahrnehmungsstörungen (Psychomotorik, Ergotherapie, Heilpädagogik).

Hier eignet sich besonders die Psychomotorik, bei der die Kinder Freude an und mit der Bewegung haben, spielerisch die Steuerung ihres Körpers und den Umgang mit Raum, anderen Kindern und der Gruppe erlernen („Gas und Bremse gebrauchen lernen“, siehe Prof. Jonny Kiphard).

In der Ergotherapie wird besonders die Körperwahrnehmung in allen ihren verschiedenen Bereichen gefördert. Manchmal kann das – insbesondere im Vorschulbereich –

sehr sinnvoll sein. Insgesamt fehlen aber Untersuchungen über die Effektivität dieser Therapien und deren Übertrag in den Alltag.

Bei Teilleistungsstörungen müssen entsprechende Therapieprogramme eingesetzt werden.

Solche Maßnahmen können Besserung erzielen, wenn die Fähigkeiten der Kinder gefördert und nicht die Störungen und Leistungsschwächen betont werden. Ein Problem ist hierbei, dass oft nur wenige Therapeuten mit Erfahrung zur Verfügung stehen, so dass deren nützliche Hilfe (als Therapie einer grundlegenden Störung) nicht oft genug und nicht überall angewandt werden kann und dass viel zu selten Gruppentherapien durchgeführt werden. Nur im Kontext mit Gleichaltrigen lernen Kinder ihr Sozialverhalten adäquat zu steuern.

Psychologische und pädagogische Beratung

Familientherapie, nicht um den Eltern Ratschläge zu erteilen, sondern ihnen zu helfen mit ihrem eigenen Problem im Umgang mit dem schwierigen Kind fertig zu werden und die Familie an diesem Problem nicht zerbrechen zu lassen. Hier sind besonders die Erziehungs- und Familienberatungsstellen gefordert.

Elternt raining wird in vielen Formen angeboten und ist derzeit die am meisten angesagte Therapiemaßnahme. Der Nachweis der Wirksamkeit steht noch aus.

Beschäftigungs- und Spieltherapie kann hilfreich sein, wobei sich nach meiner Erfahrung die non-direktive Spieltherapie für ADHS Patienten nicht eignet.

Verhaltenstherapie ist bisher die einzige psychologische Therapie, für die es positive Evaluationen gibt.

Diät

Unter einer bestimmten Auslassdiät (allergenarme Ernährung), die ganz individuell erprobt werden muss, kommt es bei einem Teil der hyperkinetischen Kinder zu einer Reduzierung ihrer Störungen. Diese Beobachtung wurde von vielen Eltern und praktisch tätigen Ärzten gemacht, in großen wissenschaftlichen Studien konnte der Effekt bisher jedoch nicht sicher bewiesen werden. Es gibt Ansätze für eine „allergenarme“ Kost (Prof. Egger). Die Schwierigkeiten der Diät sind die

- * große individuelle Streuung der Substanzen, die stören sollen,
- * starke Ausrichtung der gesamten Familie auf diese Kost für ein Kind und die Mühe bei Einkauf und Herstellung
- * Erfahrung, dass manche Kinder ihr Verhalten mit „Diätfehlern“ zu entschuldigen versuchen und sich dann nicht mehr für ihr Handeln verantwortlich fühlen.

Ab etwa dem 10. Lebensjahr ist Diät praktisch kaum mehr durchführbar, da die Kinder sich selbst andere Nahrungsmittel leicht besorgen können. Dabei werden sie durch strenge Diätvorschriften noch mehr zu Außenseitern (Auf der Party wird nicht die Torte, sondern das mitgebrachte Spezialbrot verzehrt). Und der 14-jährige klagt notfalls, um auch bei McDonalds essen zu können. Es gibt Ausnahmen, wenn z. B. eine Jugendliche ganz bewusst eine Diättrichtung, die ihr zu bekommen scheint, einschlägt und durchhält.

Medikamentöse Therapie

Hier handelt es sich nicht um Medikamente aus dem Bereich der Tranquilizer und Sedativa, die hyperaktiven Kinder dämpfen sollen (Pillen für den Störenfried) und bei vielen dieser Kinder sogar eine gegenteilige Wirkung haben, sondern um Substanzen, die ähnlich aufgebaut sind wie unsere körpereigenen Neurotransmitter und offensichtlich zum Teil die Grundstörung (gestörte Reizleitung und Verarbeitung) verringern oder sogar aufheben. Die heutige wichtigste Gruppe sind die sog. Stimulantien.

Stimulantien können im nichtmedizinischen Gebrauch als Suchtmittel dienen und zur Abhängigkeit führen. Für Kinder mit einer ADHS sieht die Wirkung völlig anders aus: ½ Stunde nach Einnahme werden diese Kinder ruhiger, aufmerksamer, ausgeglichener und die Aggressivität sinkt. Die Wirkung hält ca. vier Stunden an. Heute gibt es außerdem zahlreiche retardierte Zubereitungen, die eine unterschiedlich lange Wirkdauer und unterschiedliche Verteilung der Wirkdosis über den Tagesverlauf haben. Abhängigkeit oder Toleranzentwicklung gibt es nicht. Kurzfristige Nebenwirkungen sind Appetitlosigkeit, gelegentliche Kopf- und Bauchschmerzen und bei falscher zeitlicher Dosierung Schlafstörungen. Ganz häufig aber werden schon vorher bestehende Schlafstörungen unter der Therapie geringer. Langzeitnebenwirkungen sind bei bisher fast 60-jähriger Beobachtung nicht erkennbar. Größe, Gewicht, Blutdruck und Puls müssen aber regelmäßig überwacht werden. Über 80 % sprechen auf das Medikament an. Die Verhaltensänderung unter Medikation ist für die Eltern, Erzieher, Lehrer und die Kinder selbst oft verblüffend: Die Betroffenen sind plötzlich in der Lage, ihre Umgebung richtig wahrzunehmen, Informationen regelrecht zu verarbeiten und damit Leistungen zu erbringen und Verhalten zu zeigen, das ihrer eigenen Persönlichkeit und ihrem Vermögen entspricht. Schrift, Stil und Rechtschreibung verbessern sich oft schlagartig. Es kommt zur Entspannung der familiären und schulischen Situation, zur Vermeidung weiterer Aggressionen und Frustrationen, die sonst als sekundäre Folgen das spätere Leben dieser Kinder in schwerster Weise beeinträchtigen. Zu angepassten kleinen Erwachsenen - wie manchmal behauptet wird - werden sie nicht, sondern sie behalten sehr wohl ihre persönlichen Eigenarten.

Die Dosierung des Medikamentes muss individuell bestimmt werden und das ist nur vernünftig durchführbar bei differenzierter und genauer Rückmeldung der Betreffenden, d. h. der Eltern, der Lehrer und Erzieher. Dabei ist eine langsame Dosissteigerung (am besten in Wochenabstand) und eine für den Einzelnen passende Höchstdosis bei niedrigster Nebenwirkungsrate anzustreben. Die Dosierung ist stets nach Wirkung und nicht nach Körpergewicht einzustellen. Inzwischen stehen auch andere Medikamentengruppen (Nichtstimulantien) zur Behandlung zur Verfügung.

Wir wehren uns heute - z. T. sicher mit Recht - gegen medikamentöse Therapien und wollen „natürliche“ Methoden und Hilfen, aber nur ein völlig Verantwortungsloser und Unwissender käme auf die Idee, einem Diabetiker sein Insulin vorzuenthalten, weil er gegen Medikamente ist. Für viele Kinder mit einer ADHS stellt aber die medikamentöse Therapie oft die wirkungsvollste Möglichkeit dar, mit ihnen überhaupt wieder ins Gespräch zu kommen, eine Bereitschaft bei ihnen zu wecken, eine Familientherapie, ein Lernprogramm oder eine Verhaltenstherapie überhaupt mitzumachen. Da die Kinder ihre Störbarkeit kennen und darum vor jeder Leistung Angst haben, ist es wichtig, ihnen erst einmal Hilfe zum Erfolg zu geben.

Mütter und Erzieher haben unter den Stimulantien weniger Notwendigkeit, ins Spiel oder in die Arbeit einzugreifen und die Selbständigkeit wird dadurch gefördert. Die Frage „pills or skills (Fertigkeiten)“ ist falsch gestellt. Es geht nicht darum, eine Ideologie für Medikamente und gegen andere Maßnahmen zu entwickeln, sondern diesen Kindern bei der Lösung ihrer Probleme zu helfen. Wir arbeiten nicht gegen die Fehler, sondern für das Fehlende! (Mohr 1965).

Um die Medikamentenwirkung zu stabilisieren und eine längerfristige Besserung zu erreichen, sind Hilfen durch Eltern, Erzieher und insbesondere Lehrer von größter Bedeutung. Hier eine kleine Auswahl, die aber jeder mit Erfahrung und persönlichem Engagement ausarbeiten und verbessern kann:

Strenge, aber liebevolle Führung, d. h. Konsequenz in allen wichtigen Dingen, die mit Bestimmtheit und Nachdruck durchgeführt werden müssen, aber auch Nachsicht bei Unwichtigem und Nebensächlichem. Wenn das Kind spürt, dass man ihm grundsätzlich wohlgesinnt ist, seine Schwierigkeiten kennt und ihm bei der Umgehung dieser Schwierigkeiten helfen will, übersteht es viele unerfreuliche Situationen unbeschadet.

Ständige Zuwendung und Lob: Aus Experimenten weiß man, dass alle Kinder sich auf Lob verbessern und ohne Lob verschlechtern, aber nur die Kinder mit einer ADHS verschlechtern sich ganz besonders bei unregelmäßigem

Lob, denn sie können sich auf den Wechsel nicht einstellen.

Ausschaltung unnötiger Reize: Wenn das Kind möglichst weit vorne beim Lehrer und neben einem ruhigen Kind platziert ist und sich auf seiner Pultfläche nur das befindet, was es zur gegenwärtigen Arbeit benötigt, kommt es besser zurecht. Wenn es aber besser arbeiten kann, wenn es einen Bleistift zerkaut, ist das zu tolerieren.

Direkter körperlicher und Blickkontakt: Der Lehrer, der das Kind während der Arbeit öfter direkt ansieht oder im Vorbeigehen stehen bleibt und die Hand auf seine Schulter legt, wird die Arbeit unterstützen und helfen, bessere Leistungen zu erbringen.

Kurze Arbeitszeiten mit Strukturierung der Aufgaben in Einzelschritten: Wegen der geistigen Ermüdung bei Kompensation von Wahrnehmungsstörungen kann das Kind bei kurzen Arbeiten besser zeigen, was es wirklich kann. Außerdem kann man ihm z. B. erlauben, auf einem Rechenblatt zuerst alle Plus- und dann nachher alle Minusrechnungen zu machen, anstatt sie gemischt bewältigen zu müssen.

Versagensangst abbauen, indem man dem Kind möglichst oft behilflich ist Versagen zu umgehen.

Legal die **Erlaubnis zur Bewegung**, z. B. Tafel putzen, etwas holen oder Mitschülern die Hefte zu verteilen. Churchill durfte pro Stunde einmal um die Schule laufen.

Ertragen der Langsamkeit, z. B. Aufgaben in und nach der Schule reduzieren oder Textaufgaben (in der Mathematik) mehrfach deutlich vorzulesen, damit Kinder, die mit dem Lesen Schwierigkeiten haben, dann die Aufgabe begreifen können.

Schließlich **Geduld, unendlich viel Geduld.** Kein Kind will Misserfolg, Strafe, Ablehnung. Kein Kind will schlecht sein. Sagen Sie bitte nicht: „Er, sie, es kann ja, wenn es will!“ Die Technik – sich adäquat und angepasst zu verhalten – wird von diesen Kindern erst viel später und sehr mühevoll erworben. Diese Geduld kann man vielleicht nur dann aufbringen, wenn man weiß, wie sehr die Kinder selber unter ihrer Störung leiden.

Ausblick

Trotz aller Therapiemöglichkeiten bleiben Schwächen in vielen einzelnen Gebieten „Teilleistungsstörungen“. Diese

Schwächen schließen aber eine überdurchschnittliche Leistung in anderen Gebieten nicht aus. Oft sind diese Menschen später eine Bereicherung für die Welt, da sie den sogenannten Normalen etwas voraushaben: Mit kindlicher Begeisterungsfähigkeit, erfrischendem Neugierverhalten, originellen Problemlösungen bringen sie Leben in einen grauen Alltag. Mit ungewöhnlichen Verhaltensweisen und anders strukturierter Sensibilität sind sie oft so phantasie reich und farbig, dass Gleichaltrige neben ihnen alt erscheinen. Eine allen Pädagogen wohlbekannte Persönlichkeit wird in einer Biographie in einer Art und Weise geschildert, dass man sicher sein kann, dass es sich um ein hyperkinetisches Kind gehandelt haben muss. Ich zitiere: „Er hatte schon früher den Ruf eines etwas sonderbaren Menschen. Meist schien er tief in Gedanken versunken zu sein. Immer wieder erwähnen Zeitgenossen seine sprichwörtliche Zerstreuung ... Was sein Äußeres betraf, so lachte man in Freundeskreisen darüber und schalt ihn seiner vernachlässigten Kleidung und seiner ungepflegten, struppigen Haare wegen. Ebenso auffällig schien sein Gang: Entweder stolperte er oder er kam so zögernd daher, als habe er etwas verloren. Rock, Halstuch und Strümpfe waren stets irgendwie zerknüllt oder verschoben. Verneigungen glückten ihm nie; wenn er eine gefüllte Teetasse ein Stück weit zu tragen hatte, endete das meist mit einem Unglück ... Seine Lehrer rühmten zwar seine Intelligenz, entrüsteten sich aber über seine Art zu lernen ... ja sogar die Orthographie und Interpunktion beherrschte der sonst sprachgewandte Schüler nur sehr mangelhaft. Seine Studien brach er dann auch vorzeitig ab“. Es handelt sich um Heinrich Pestalozzi.

Vielleicht sollten wir in Zukunft, wenn wir über ein solches Kind nachdenken, nicht von einem hyperaktiven Kind oder einem Kind mit ADHS sprechen, sondern sich ein Kind mit einem „Pestalozzi-Syndrom“ vorstellen, von dem später vielleicht Großes zu erwarten ist.

Wenn Eltern, Erzieher, Lehrer, Ärzte und Psychologen zusammenarbeiten und alle heute möglichen Therapien sinnvoll anwenden, können wir helfen, das Leben dieser Kinder nicht im ständigen Misserfolg, Unglück und Verzweiflung verlaufen zu lassen und Kriminalität und Asozialität vorprogrammieren, sondern ihnen durch liebevolle und hilfreiche Integration den Weg zu einem besseren und erfüllten Leben zu bahnen.

■ Dr. Klaus Skrodzki

Ein großer Mensch ist, wer sein Kinderherz nicht verliert.

Chinesisches Sprichwort

ADHS im Erwachsenenalter, Unterschiede zwischen Männern und Frauen

Auf Grund der unterschiedlichen Verteilung des hyper- und hypoaktiven ADS, sowie den geschlechtsspezifischen Unterschieden zeigen sich spezifische Konstellationen

Frauen haben häufiger ein hypoaktives ADS. Es gibt die These, dass bei Frauen das ADS nicht seltener auftritt als bei Männern, sondern dass das ADS des unaufmerksamen Typs häufig unentdeckt bleibt und damit in seiner Bedeutung und Häufigkeit unterschätzt wird. Das ADS des unaufmerksamen Typs zeichnet sich dadurch aus, dass die Hypoaktivität und die Unaufmerksamkeit im Vordergrund stehen, während die Impulsivität nicht stark ausgeprägt ist. Im Lebensverlauf von Frauen zeigt sich das ADS in folgenden Problembereichen

- Selbstwertgefühl
- Arbeitsstörungen, Selbstorganisation
- Beziehungsstörungen
- Ängste, Depressionen
- Essstörungen
- Reifestörung

Man kann vielleicht sehr schematisch und vereinfachend sagen, dass der vom hyperaktiven Typus des ADS-Betroffene die Gefühle in die Welt schleudert. Hierbei nimmt er keine Rücksicht auf die Konsequenzen und explodiert geradezu mit seinen Emotionen. Im Gegensatz dazu implodiert der hypoaktive ADSler, was bedeutet, dass Betroffene ihre Gefühle „in sich hineinfressen“ und gegen sich selbst richten. Während das hyperaktive ADS laut und ungestüm ist, zu heftig, zu schnell und ungesteuert, ist das hypoaktive ADS genau das Gegenteil – zu leise, zu langsam, abwesend, verdrängend. Der Hyperaktive bebzt vor Wut, die Hypoaktive steht unter Tränen.

Es ist wichtig, darauf hinzuweisen, dass hier nur Stereotype skizziert werden, denn Mädchen können nicht nur die hypoaktive ADS-Form haben, sondern auch hyperaktiv sein. Im Erwachsenenalter ist der Mischtyp, also die Kombination zwischen hyper- und hypoaktivem Typ am häufigsten.

Das hypoaktive ADS-Mädchen ist schon als Kind reizoffen, reizüberflutet und ängstlich. Es reagiert auf Veränderungen mit Angst und Anklammerung und neigt zu Rückzug und Selbstzweifeln. Es kann sich nur schwer konzentrieren und den Scheinwerfer der Aufmerksamkeit nur kurze Zeit auf etwas gerichtet halten. Es ist hypersensibel, verletzlich und schnell zu verunsichern. In der Schule macht es häufig die Erfahrung, dass es den Schulstoff nicht so recht



Dr. Astrid Neuy-Bartmann

behalten kann, dass es trotz lernen schlechte Noten schreibt und dass es sich nur schwer gegenüber seinen Mitschülern durchsetzen kann. Es ist wenig belastbar, bricht schnell in Tränen aus und tritt eher den Rückzug an, statt an Auseinandersetzungen zu wachsen und Selbstbehauptung zu trainieren. Es stellt zunächst einmal sich selbst in Frage, statt Widerstand zu leisten oder für seine Meinung zu kämpfen. Sehr früh entwickelt es ein Gefühl von Schwäche und Minderwertigkeit. Es hat ein sehr gutes Gedächtnis für Kränkungen und Negativerfahrungen während es die eigenen Erfolge nur wenig wertschätzen kann. Die positiven Erfahrungen und Erfolge erscheinen so flüchtig, während Kritik und Misserfolge sich tief in das Erfahrungsgedächtnis einzugraben scheinen. Das betroffene Mädchen entwickelt auch im Laufe des Lebens nur ansatzweise Problemlösestrategien und so ist es oft auch noch im Erwachsenenalter voller Selbstzweifel, wobei die Selbstkritik sich bis zu Selbstzerfleischung steigern kann. Seine Grunderfahrungen sind Ohnmacht und das Gefühl von Ausgeliefertsein. Die Zweifel nagen immer wieder, zum einen, weil es so überempfindlich ist, zum anderen aber auch, weil sich oft im Laufe des Lebens so viele Misserfolge ansammeln und es viele Situationen erleben musste, in denen es vermeintlich oder real gescheitert ist. Die Mädchen nehmen sich alles sehr zu Herzen und die Welt scheint so schnell unterzugehen. Oft entwickeln sie auch eine gehörige Portion Selbstmitleid, mit dem sie sich als ewig zu kurz gekommen und ungerecht behandelt wännen. So lässt sich kein stabiles Selbstwertgefühl verinnerlichen und häufig machen sie auch noch die Erfahrung, dass sie von Mitschülern gemobbt oder gehänselt werden. Mit ihrer Passivität provozieren sie andere, weil sie sich nicht zur Wehr setzen und sich nicht ausreichend abgrenzen. Sie haben auch nur wenig Erfahrung mit Kämpfen gemacht. Meist haben sie anderen das Feld kampfflos überlassen, weil sie sich müde und energielos gefühlt haben. Viel zu früh haben sie die Segel gestrichen, weil sie zu schnell entmutigt und resigniert waren. Ihnen fehlen oft die Worte und erst viel später, wenn die Situation längst vorbei ist, fallen ihnen gute Argumente ein, die sie dann nicht mehr anbringen können. Sie sind wenig robust und können auch

nur wenig wegstecken, weswegen Kleinigkeiten oft zu großen Problemen werden. Sie sind irritierbar und schnell aus der Fassung zu bringen. In ihren quälenden Selbstzweifeln neigen sie dazu sich ständig mit anderen zu vergleichen und sich selbst damit weiter abzuwerten. Sie können sich nur ansatzweise annehmen und wertschätzen und neigen so dazu andere zu idealisieren und sich selbst klein zu machen. Da sie nicht ausreichend die Erfahrung machen oder verinnerlichen konnten, dass sie liebenswert und intelligent sind, versuchen sie immer wieder ihre vermeintliche Schwäche zu kompensieren. Sie versuchen verzweifelt sich anzupassen oft unter dem Preis der Selbstaufgabe.

Sie sind so stark auf die Bestätigung anderer angewiesen, weil sie sich selbst keinen Wert geben können. Das macht sie sehr abhängig von anderen und geht zu Lasten ihrer Individualität und Reifeentwicklung. Ihr Unglück ist, dass sie durch Anpassung ihr Selbstwertgefühl nicht verbessern können, sondern sich vielmehr damit unter Druck setzen. Sie haben das Gefühl um Anerkennung und Bestätigung buhlen zu müssen und befürchten das Schlimmste, wenn die Bestätigung von anderen ausbleibt. Sie sind dadurch fremdbestimmt, was ihre Selbstzweifel nur noch vergrößert. Oft schlüpfen sie auch in die Position des Helfers, entwickeln sozusagen ein „Helfersyndrom“, weil sie sich einen schwachen Partner suchen, der ihre Hilfe benötigt. Diese nutzen sie aber dadurch oft gleichzeitig aus und können die Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen nicht wahrnehmen. Die Überanpassung hat ihre Tragik, nämlich dass sie durch solche Partner noch mehr ausgesaugt werden und letztlich weiter an Selbstwertgefühl verlieren, obwohl sie sich doch so sehr anstrengen. Da sie ihre eigenen Bedürfnisse selbst nur wenig wahrnehmen, können sie auch schlecht nein sagen und ihre eigenen Grenzen erkennen. Sie neigen dann dazu, sich permanent zu überfordern und sich selbst auszubeuten. Zusätzlich können sie aber auch nicht nein sagen, weil sie es nicht aushalten könnten, dass jemand auf sie sauer sein könnte. Sie sind ja auf die Bestätigung und Wertschätzung der anderen angewiesen. Häufig sind sie auch viel langsamer und müssen sich immer wieder kontrollieren, weil sie Angst vor Fehlern haben, die sie nur allzu gut kennen. Manche Mitmenschen erleben sie als „Schlaf-tablette“ und lassen sie das auch spüren. Als Kompensationsversuch ihrer Schusseligkeit zeigen sich manchmal auch zwanghafte Züge, die das eigene Tempo noch mehr verlangsamen.

Der Selbstwert wird oft auch an das Äußere gekettet und so geht dann eventuell auch die Welt unter, wenn sich ein Pickel zeigt, den die ADSlerin dann 100-fach vergrößert im Spiegel wahrnimmt, oder aber sie quält sich damit, weil sie vermeintlich an Gewicht zugenommen hat. Es sind die kleinen inneren Katastrophen, die ihr immer wieder die Fassung raubt. Hier wird auch immer deutlicher, warum Essstörungen häufig mit ADS vergesellschaftet sind. Es

ist die Suche nach dem perfekten Körper, dem perfekten Aussehen, was die selbst empfundene Unfähigkeit und die Selbstzweifel kompensieren soll. Bei der Esssüchtigen ist es das rauschhafte Essen, die Ersatzbefriedigung, die hinwegtrösten soll über all die Misserfahrungen und Misserfolge. Bei der Bulimie ist es das Streben nach dem makellosen, begehrenswerten Körper und gleichzeitig die maßlose Gier alles in sich hineinzuschlingen, weil man sich sonst so leer und ausgebrannt fühlt. Bei der Magersüchtigen ist es der Wunsch nach totaler Kontrolle und der Illusion, nichts mehr zu brauchen und unabhängig zu sein. Das Ketten an Äußerlichkeiten verstärkt aber nur die Verletzbarkeit und Selbstzweifel und führt immer tiefer in den Abgrund von Selbstentwertung und Selbstverachtung. Es ist das falsche Selbst, was hier genährt wird. Neben den Essstörungen kann es auch zur Entwicklung anderer Süchte kommen, wie Nikotin oder Drogenabhängigkeit, Kaufsucht, Fernsehsucht etc. ADSlerinnen wissen oft nicht genau, was sie wollen. Damit haben sie den Menschen gegenüber keine Chance, die klare Ziele und Vorstellungen besitzen.

Im Erwachsenenalter haben sie ein erhöhtes Risiko von bis zu 30 % an Depressionen und Ängsten zu erkranken. Ihre enorme Verletzbarkeit macht sie verwundbar. Hinzu kommen die schnellen Stimmungswechsel, die durch kleinste Auslöser in der Außenwelt ausgelöst werden. Da ist eine nichtige Kränkung und schon ist das Selbstwertgefühl wieder dahin. Aus all diesen Erfahrungen resultieren ausgeprägte Versagens- und Verlustängste, weil sie ja von dem eigenen Wert nicht überzeugt sind. Sie fühlen sich häufig als Opfer, ungerecht behandelt, nicht gesehen und geliebt und immer wieder von anderen ausgenutzt. Da sie auch nicht sagen können, was sie wollen und brauchen, wird von anderen ihre Bedürftigkeit nicht wahrgenommen. Sie werden verbittert und einsam, weil sie sich ständig übersehen fühlen.

Im Erwachsenenalter zeigen sich auch zunehmend Beziehungsschwierigkeiten. Wenn man sich selbst nicht akzeptiert, ist es kaum möglich, anderen Menschen zu glauben, dass man geliebt wird. Jeder gibt sich seinen Wert selbst und wenn man nicht in der Lage ist, sich selbst wertzuschätzen, dann wird man allen, die das tun, mit tiefen Misstrauen begegnen oder aber sich gleich Menschen suchen, die einen ähnlich schlecht und abwertend behandeln, wie man dies bereits mit sich selbst tut. Andere können einem letztlich nicht helfen, sondern man muss es selbst tun. Die Hilfe besteht in der Akzeptanz der eigenen Person, die oft nur in einer Therapie erarbeitet werden kann.

In Beziehungen kann die Partnerwahl ein großes Problem darstellen. Entweder man sucht sich den schwachen aussaugenden Partner, den es zu retten gilt. Hier geschieht nur leider meist das Gegenteil, nämlich dass der Retter mit in den Abgrund gezogen wird. Oder aber die ADSlerin sucht

in dem Partner ihren Retter, der sie von ihrem Unglück befreien soll. Es bestehen also unrealistische Erwartungen an eine Partnerschaft. Der Partner wird zunächst idealisiert und als nur gut erlebt. Sobald sich seine Schattenseiten und seine Schwächen zeigen, fällt dieser tief und er läuft dann Gefahr, ganz entwertet zu werden. Es ist das ewige Thema bei ADS – entweder ganz oder gar nicht, schwarz oder weiß, gut oder böse, Retter oder Versager. Es scheint für ADSler generell sehr schwer zu sein zu begreifen, dass die Welt nicht nur aus Polaritäten, aus Licht und Schatten besteht, sondern dass es ganz viele anderen Farben im Leben gibt. Der ADSler kennt nur die Extreme. Für die Mitte scheint er sich nicht zu interessieren.

Es ist für sie so schwer, eine ausgewogene, stabile und gleichberechtigte Partnerschaft zu haben. Entweder ist die ADSlerin ganz schwach und will errettet werden, oder aber sie ist stark und will erretten, oder aber sie kämpft mit einem gleich starken Partner, was nicht minder problematisch ist. In solchen Beziehungen gibt es dann einen dauernden Kampf und permanente Auseinandersetzungen. Es geht dann um Macht, Entmachtung, Triumph und Vergleich. Auch diese Beziehungen sind sehr anstrengend und haben meist wenig mit Liebe zu tun. Schon gar nicht taugen sie dafür, dass sich die ADSlerin stabilisieren kann und reift. Stattdessen reibt sie sich auf, erlebt die Kränkungen sehr schmerzhaft und führt einen aussichtslosen Kampf, an dessen Ende nicht Liebe, sondern Erschöpfung und Auszehrung steht. Da sie nur wenig Autonomie entwickelt hat, fällt es ihr oft schwer, sich aus einer solchen Beziehung zu lösen, auch wenn sie schon Jahre leidet und ein ständiges Martyrium aus Demütigungen erfahren hat. Tragisch ist es, wenn sie sich aus einer Abhängigkeitsbeziehung mit Mühe lösen können, um sich dann sofort in die nächste Beziehung zu stürzen, die aber mit dem gleichen Verhaltensmuster wieder zum Scheitern verurteilt sein wird. Sie lernen leider nur wenig aus ihren Erfahrungen. Dies könnte daran liegen, dass ADSler nur wenig auf ihre Vergangenheit und Erfahrungen zurückgreifen können. Das macht sie erfahrungsblind und so begehen sie häufig wieder die gleichen Fehler. Sie müssen mühsam lernen, ihre Erfahrungen auszuwerten und zu analysieren. Auch in der Sexualität kann es zu Problemen kommen. Am Beginn einer Beziehung kann sie Feuer und Flamme sein und Sex ganz im Vordergrund stehen. Häufig geht mit der Dauer der Beziehung das sexuelle Interesse deutlich zurück und es kann sogar sehr schwer für sie werden, beim Sex bei der Sache zu bleiben, weil sie so ablenkbar ist und sich in Gedanken schon mit etwas ganz anderem beschäftigt (z. B. mit der Einkaufsliste). So kann es sein, dass sie an Sex das Interesse verliert, weil sie einfach zu zerstreut ist, als dass Sex noch mit Genuss und Intensität erlebt werden könnte. Auch im Arbeitsbereich hat die ADSlerin erhebliche Probleme. Sie setzt sich oft unrealistische Ziele und statt das Ziel in mehreren Schritten erreichen zu wollen, gibt sie viel zu schnell auf und lässt sich entmuti-

gen. In ihrer Ausbildung ist sie häufig weit unter ihren Möglichkeiten geblieben, weswegen sie später frustriert und gelangweilt ist, weil sie sich in ihrem Job unterfordert fühlt. Hinzu kommen die nagenden Selbstzweifel. Sie ist außerdem eine „Chaosprinzessin“, schlecht organisiert, in ihrem Arbeitsstil sprunghaft, unstet und es fällt ihr schwer, angefangene Dinge zu Ende zu bringen. Sie kann sich nur schwer für etwas motivieren, was ihr keinen Spaß macht. Der innere Schweinehund ist groß und schwerfällig und so werden viele Tätigkeiten mehr schlecht als recht auf den letzten Drücker erledigt, was erfahrungsgemäß die ADSlerin auch schlecht gelaunt und ungenießbar macht und sie sich damit auch selbst immer wieder unnötigen Stress und Hektik produziert. Es fehlt ihr einfach an Selbstdisziplin und dies wird ganz besonders deutlich, wenn es nun darum geht, dass sie ihren eigenen Haushalt bewältigen muss oder um Kindererziehung. Solange noch genügend Struktur und Kontrolle da ist und auch die Verantwortung nicht allzu groß, kann sich die ADSlerin noch strukturieren. Oft wird das ganze ADS-Chaos erst richtig deutlich, wenn die ADSlerin nun alleine ihre Zeit einteilen muss und sie niemanden mehr hat, der ihr einen Rahmen vorgibt. Sie verliert sich in der Fülle ihrer Möglichkeiten, sie schiebt Arbeit immer wieder hinaus und die Haufen von liegengebliebener Arbeit werden immer größer. Berge von Wäsche und dreckigem Geschirr, Kinderspielzeug, was über die ganze Wohnung verteilt ist etc. Hinzu kommen dann die quälenden Fragen, warum sie nicht mit ihrem Haushalt zurecht kommt und die zermürbenden Selbstzweifel. ADSler scheitern an den Kleinigkeiten des Lebens, an den langweiligen Dingen des Alltags, für die sie sich nicht motivieren können. Sie verlieren den Überblick, haben keine Selbstmotivation, können das Wesentliche nicht vom Unwesentlichen unterscheiden und sie machen eher unsinnige Tätigkeiten, als das Notwendige zu erledigen. So steigern sich jeden Tag ein bisschen mehr der Unmut der Partner und die eigenen Selbstzweifel.

Sie verzetteln sich und ihr Stress führt dazu, dass sie immer unzufriedener, depressiver oder aber auch impulsiver werden. Haben eventuell auch die Kinder ADS, potenziert sich abermals das Chaos.

Nicht selten sind die Konsequenzen hieraus erhebliche Partnerschaftsprobleme, Depressionen, Angstzustände, Erschöpfung und psychosomatische Beschwerden. Bei Jungen mit der hyperaktiven Form des ADS zeigt sich schon früh eine andere Problematik. Sie sind ständig in Bewegung, brauchen „Action“, können sich nicht an Regeln halten und mit ihren ungestümen Gefühlen verletzen sie die Gemüter ihrer Mitmenschen. Oft sind sie „Mimosen mit einer Holzkeule bewaffnet“. Für sich selbst überempfindlich und verletzlich, aber überhaupt nicht zimperlich mit ihrer verbalen (und nicht immer nur verbalen) Keule anderen einen Schlag zu versetzen, wenn sie voll Wut oder Ärger sind. So können sie schon früh in eine Außenseiterposition

geraten, weil Gleichaltrige schnell auf Distanz gehen, wenn sie sich ungerecht behandelt fühlen oder aber sie bemerken, dass sich das ADS-Kind nicht an die allgemeinen Spielregeln hält. Sie erleben auch von Erwachsenen viel Ablehnung, weil sie sehr anstrengend, auflehnd und provozierend sind. Auch haben sie ein deutlich höheres Risiko zu verunfallen, weil sie keine Angst haben und auch nur wenig aus Erfahrung lernen. Sie sind ständig bis ins Erwachsenenalter auf der Suche nach Abwechslung und Langeweile ist ihnen ein Gräuel. Sie können nicht stillsitzen, sondern sie sind immer wieder getrieben von Nervosität und innerer Unruhe. So handeln sie oft unüberlegt nach dem Motto „erst gemacht und dann gedacht“. Selbst als Erwachsener kann man sich da oft nur wundern, wie verführbar, unüberlegt und einfältig Entscheidungen getroffen werden. Auch hier zeigt sich wieder, dass auch der Hyperaktive nur wenig aus Erfahrung lernt, denn nach dem Motto „aus den Augen aus dem Sinn“ wird die Erfahrung nicht ausgewertet und etwas aus dem Misserfolgten oder den Misserfolgen gelernt. Ihre innere Unruhe treibt sie wie ein Motor an. Sie sind häufig bis ins Erwachsenenalter wie kleine Kinder, unreif, trotzig, fordernd nach dem Motto: „Ich will jetzt sofort alles“. Sie sind maßlos in ihrer immerwährenden Suche nach sofortiger Bedürfnisbefriedigung und sie haben das Gefühl, nie genug zu bekommen und vom Leben benachteiligt zu sein. Eltern und Partner gehen unter dieser Anspruchshaltung in die Knie und häufig sind sie es, die in Wahrheit zu kurz kommen. Die Betroffenen haben einfach das Gefühl, dass ihnen die Welt etwas schuldet. Diese Maßlosigkeit, diese ständige Suche nach dem Glück und der perfekten Bedürfnisbefriedigung, prädisponiert die ADSler auch zur Suchtentwicklung. Das Leben hält eben auch Hürden, Niederlagen und Misserfolge bereit, die besonders von hyperaktiven ADSlern nur schwer verkraftet werden. Sie können schlechte Laune, Traurigkeit, Verzicht und Einschränkung wenig aushalten, fühlen sich persönlich beleidigt und zu kurz gekommen, wenn sie die normale Härte des Lebens trifft. Sie haben einen maßlosen Anspruch an das Leben und ihre Mitmenschen. Diese Haltung führt oft ebenso zu erheblichen Partnerschaftskonflikten. Der Partner wird verletzt und irritiert durch das ständige Austeilen „der Holzkeulen“, durch Endlosdiskussionen und zermürbende Auseinandersetzungen, in denen der ADSler immer wieder das Gefühl hat, dass sich die ganze Welt gegen ihn verschworen hat. Selbstkritik ist nicht die Stärke des hyperaktiven ADSlers und so ist es viel leichter, alle Schuld bei den anderen zu suchen, statt sich selbst in Frage zu stellen.

Auch in Beziehungen machen sie häufig nur das, was ihnen Spaß macht. Die Arbeit, das Grobe und Unangenehme überlassen sie gerne den anderen, wobei sie sich trotzdem noch als Opfer oder benachteiligt fühlen. Sie verstehen nur schwer, dass ihr egozentrisches Verhalten, ihre Weigerung Verantwortung zu übernehmen und ihre impulsiven Hand-

lungen Beziehungen zerstören können. Viele kleine Kränkungen brauen sich zu einem Riesenärgerkloß zusammen, der sich immer weiter verdichtet und der die Liebe immer weiter aushöhlt. Es fällt ihnen oft schwer sich in den anderen hinein zu versetzen, sie sehen, hören und machen nur das, was sie wollen. Sie können Bedürfnisse nur schwer aufschieben und die Wünsche ihres Partners berücksichtigen. Haben sie dann Kinder, kann es sein, dass es ihnen schwerfällt gegenüber den Kindern zurückzustecken und dass sie sich in der Konkurrenz zu ihren Kindern fühlen. Sie können schnell gekränkt sein, wenn sie zurückstecken müssen und nicht immer die Aufmerksamkeit ihrer Mitmenschen haben. Meist haben sie auch zwei Gesichter, d. h., wenn sie sich gut und entspannt fühlen, können sie durchaus ein großes Einfühlungsvermögen an den Tag legen. Andererseits kann sich diese Situation dann wieder innerhalb von Sekunden durch kleinste Anlässe ändern und der ADSler sich zum Rumpelstilzchen entwickeln und rücksichtslos seine Gefühle in die Welt schleudern. Die Partner entwickeln so häufig Stresssymptome, weil sie sich mit dieser unberechenbaren Art in einer Art Daueranspannung befinden und sie Situationen nicht einschätzen können. Es reicht ja schon die Fliege an der Wand, dass ein ADSler ausflippen kann. Auch der Hyperaktive ist chaotisch, sprunghaft, schlecht organisiert und hat keinen Überblick. Er ist vergesslich, hat eine schlechte Zeiteinteilung und er ist Meister in dem Erfinden von Selbstausreden und in der Abgabe von Selbstverantwortung. Er verschiebt ebenfalls alles auf den letzten Drücker und unter Stress wird er besonders ungenießbar und explosiv. Im Arbeitsbereich wähnt er sich als das Mobbingopfer, obwohl er seine Arbeitskollegen mit seiner Unzuverlässigkeit, seiner Unpünktlichkeit und seiner Weigerung, sich an Regeln zu halten, bereits sehr strapaziert hat. Er kann nur schwer planen und sich Struktur geben und so macht er irgendwann, irgendwie, irgendwas, ohne Plan und Überblick und reagiert dann gekränkt, wenn er sich damit Kritik einhandelt. Nicht selten entsteht so eine Spirale der Eskalation, die in einem zermürbenden Rosenkrieg oder vor Gericht enden kann. Der hyperaktive ADSler setzt seine Energien in Diskussionen und kann oft so gut argumentieren, dass er andere davon überzeugen kann, dass schwarz eigentlich weiß ist. Oder er kann so damit verwirren, dass der andere überhaupt nicht mehr weiß, was er eigentlich wollte. Vor allem aber überzeugt er sich selbst davon, dass er Recht hat und die anderen Unrecht und braucht so wieder einmal nichts zu verändern und die anderen gehen vor Erschöpfung in die Knie. Unter den Langzeitarbeitslosen und denjenigen, die sehr häufig ihren Job wechseln, finden wir eine hohe Rate von ADSlern.

Seine Maßlosigkeit kann zu jeder Form von Süchten führen, denn der ADSler kann alles zur Sucht machen. Hierzu zählt auch Sex und Arbeiten oder ein bestimmtes Hobby. ADSler sind Meister der Obsession, da sie schier alles übertreiben

und in den Exzess führen können. Sie sind Abhängige, weil sie so unruhig und unzufrieden sind und sie die Abwesenheit von Glück und Wohlgefühl nicht ertragen können. Sie wollen nur Spaß, Action und Abwechslung, lehnen aber die Pflichten ab, und dieses Beziehungsangebot ist weder für Arbeitskollegen noch für wirkliche Partner verlockend.

Hyperaktive ADSler verhalten sich häufig auch in Beziehungen wie Jäger. Solange sie (früher eine Antilope), heute eine Frau, einen Job, ein Auto im Auge haben, so lange können sie Berge versetzen, um es zu erreichen. Haben sie die begehrte Trophäe erobert, können sie schnell die Lust daran verlieren, und sie genießen dann nicht ihren Erfolg, sondern sind sofort wieder dabei eine neue Antilope, Frau, Job oder ein anderes Ziel ins Visier zu nehmen. Das erklärt auch, warum so mancher ADSler die Sterne vom Himmel holt und sich ein Bein für seine Angebetete ausreißt, die er schließlich erobert und fortan das Interesse an ihr verliert. Er kann so nicht zufrieden werden und für den Partner stellt dies eine große Kränkung und Enttäuschung dar.

Selbst wenn der ADSler immer noch große Liebesgefühle für seine Partnerin hat, fällt oft Treue schwer. So groß ist der Reiz des Neuen, das Jagdfieber des Eroberns und der Reiz nach Abwechslung, so stark ist die Verführbarkeit. Das kann auch intakte Beziehungen sehr belasten. Für hyperaktive ADSler ist Langeweile und Alltag schwer auszuhalten. Alles Neue ist spannend und übt eine ungeheure Anziehung aus. Aber in jeder stabilen Beziehung wird sich immer irgendwann der Alltag, Gewohnheit und manchmal auch Langeweile einstellen, was für den ADSler nur schwer zu akzeptieren ist. Auch das ist immer wieder ein Härtetest in Beziehungen. Das Leben hält eben nicht nur interessante, abwechslungsreiche und spannende Zeiten bereit. Um Stabilität und ein inneres Gleichgewicht zu erreichen, muss der ADSler eben auch lernen, die laueren Gefühle und Zeiten zu ertragen und sich festlegen zu können. Das bedeutet immer wieder auch eine Einschränkung und einen eigenen Verzicht auf das Ausleben aller Möglichkeiten. Als weiteres Problem ist noch das Autofahren zu nennen. ADSler halten

sich nur ungern an Verkehrsregeln. Da sie chronisch zu spät sind, keine Geduld haben und sowieso immer gehetzt sind, erleben sie Autofahrer, die sie auch nur für Sekunden behindern, als Zumutung. Sie drängeln, fahren mit Tempo 200 auf die Stoßstange ihres Vordermannes und könnten ins Lenkrad beißen, wenn sie im Stau stehen, weil nichts für sie schlimmer ist, als warten und aufgehalten zu werden. Sie fahren riskante Überholmanöver und halten Geschwindigkeitsbegrenzungen für einen Akt der Willkür und Gängelung. Auch im Erwachsenenalter ist der Anteil an schweren Verkehrsunfällen bei ADSlern überproportional hoch.

Ein weiteres Problemfeld ist noch der Finanzbereich. Hier haben ADSler oft gar keinen Überblick. Sie sind sorglos und neigen zu Spontankäufen, ohne sich zu überlegen, ob sie das überhaupt brauchen und finanzieren können. Rechnungen lassen sie meist lange liegen. Da sie keine Bedürfnisse aufschieben können und alles jetzt sofort haben wollen, können sie auch nicht auf ein Ziel hin sparen, sondern verschulden sich lieber. Nicht wenige von ihnen sind völlig überschuldet und statt sich diese Problematik einzugestehen und eine Entschuldung anzustreben, werden immer wieder neue Schulden gemacht, um die aktuellen Finanzlöcher zu stopfen, bis auf einmal gar nichts mehr geht und alles zusammenbricht.

Zusammenfassung: ADS bei Erwachsenen zeigt sich auf vielen verschiedenen Ebenen und ist sehr komplex. Die Auswirkungen sind oft bei Männern und Frauen sehr unterschiedlich. Unerkannt gleicht das ADS einem Geist, der durch das Leben der Betroffenen spukt und dort sehr viel Schaden anrichten kann. Wenn man das ADS erkennt und sich mit der Problematik intensiv auseinandersetzt, kann man gezielte Problemlösestrategien erlernen, mit denen man das ADS in den Griff bekommt und es den Betroffenen auch gelingen kann, die positiven Seiten des ADS, nämlich die Kreativität, die Originalität und diese besondere Art zu sein, konstruktiv zu nutzen.

■ Dr. Astrid Neuy-Bartmann

Zum Tage

Von dem Menschen zu träumen,
der du sein möchtest, heißt den
Menschen zu vergeuden, der du bist.

Verfasser unbekannt

Das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom bei über 60-Jährigen, ein Erfahrungsbericht aus der Praxis

„AD(H)S-60-Plus“ zu beschreiben gleicht einer Zeitreise durch die Geschichte des AD(H)S.

Aus meiner 16-jährigen Tätigkeit im AD(H)S-Kompetenzzentrum in Mainz und der Behandlung von weit über 2000 Patienten mit AD(H)S konnte ich viel darüber erfahren, wie es älteren Menschen mit AD(H)S geht. Die meisten Informationen über diese Generation lieferten mir deren Kinder oder Schwiegerkinder, die wiederum als Eltern ihr Kind zur Diagnostik und zur Behandlung eines AD(H)S in meiner Praxis vorstellten.

Nur sieben kamen als Patienten selbst, die meisten begleiteten ihre Enkelkinder in die ärztliche Praxis und berichteten spontan oder auf Nachfrage über ihre Kindheit oder ihren eigenen Lebensweg. Nur ganz vereinzelt kamen sie als Eltern junger Erwachsener, aber dann waren die Probleme von großer Tragweite.

Die Praxis zeigt, dass AD(H)S in jedem Fall über ein breites genetisches Spektrum vererbt wird, als Veranlagung oder Beeinträchtigung im Erwachsenenalter weiter bestehen bleiben kann, aber in seinem Verlauf vom sozialen Umfeld und vom Grad der Belastung geprägt wird. Der familiäre Stammbaum Betroffener bietet meist ein breites Spektrum AD(H)S-bedingter Störungen mit vielen interessanten Menschen und deren noch interessanteren Lebensläufen, denn das Leben der Generation über 60 mit AD(H)S im genetischen Profil verlief selten gradlinig. Sie lernten viele Klippen und Hürden zu nehmen und ahnten nicht, warum gerade sie sich viel mehr als andere anstrengen mussten und es ihnen trotzdem nicht so gut gelang wie den anderen. Erst jetzt durch die Diagnose ihrer Enkel erfuhren sie von einer Störung in der Informationsverarbeitung, deren Symptome ihnen schon längst bekannt waren, die sie aber nicht deuten und nirgends zuordnen konnten. Sie spürten nur immer wieder, dass sie irgendwie anders reagierten, ständig eine innere Unruhe spürten mit stets vielen neuen Gedanken im Kopf, aber auch manches viel besser durchschauten.

Die meisten Großeltern von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S, die Probleme in der Kindheit und/oder im Jugendalter hatten, begannen nach Kenntnis der AD(H)S-Problematik viele Ereignisse aus ihrer Kindheit anders zu sehen und konnten so ihr damaliges Verhalten besser verstehen. Allen gemeinsam war, dass sie sich spontan vorwiegend an Negatives erinnerten. Die Frage nach positiven Erlebnissen konnten sie oft erst nach einiger Zeit des Überlegens zögerlich beantworten. Über Schwierigkeiten in der Schule, in der Familie, mit Freunden und bei der Berufsausbildung



Dr. Helga Simchen

berichteten fast alle.

In den meisten Familiengeschichten mit AD(H)S-Betroffenen 60-Plus findet sich eine Häufung AD(H)S-typischer Begleit- und Folgeerkrankungen, und dann gibt es in vielen Familien noch einen Außenseiter, zu dem der Kontakt meist abgebrochen wurde.

Aus den Berichten der Jugendlichen und ihrer Eltern, sowie der Betroffenen selbst über ihre jetzige Befindlichkeit könnte man die Generation AD(H)S-60-Plus schematisch in drei Gruppen einteilen:

Die erste Gruppe ist mit sich ganz zufrieden, die Betroffenen waren erfolgreich im Beruf und erreichten mit scheinbar gutem Selbstwertgefühl eine gute Lebensqualität.

Sie waren nicht so stark vom AD(H)S betroffen, lernten damit umzugehen und dessen Vorteile genießen. Sie waren mit sich zufrieden, im Beruf erfolgreich, weil sie ihre Kreativität und weitere Vorteile einbringen konnten. Sie hatten einen passenden Partner gefunden (meist natürlich auch mit einer AD(H)S-Veranlagung), sich ein angenehmes soziales Umfeld geschaffen, dass sie so wie sie waren, akzeptiert. Sie stehen noch aktiv im Leben, sind geistig und körperlich sehr aktiv und noch immer gefragt wegen ihrer Kreativität. Sie würden es zu Hause auch gar nicht lange aushalten, sie müssen unter Leute und etwas bewegen. Sie sind immer unterwegs als Person oder in Gedanken. Sportvereine, Reisen, Enkelkinder betreuen, freiwillig helfen, Weiterbildungsveranstaltungen besuchen, selbst durchführen oder organisieren, das ist ihre Welt.

Zu dieser Gruppe gehören auch viele bekannte Persönlichkeiten mit hellen Köpfen in allen gesellschaftlichen Bereichen. Es sind die Kreativen, die Erfinder, die Mutigen, die die Gesellschaft voranbringen. Viele Künstler, ehemalige Spitzensportler, erfolgreiche Wissenschaftler, Moderatoren, Talkmeister und Kabarettisten fallen mir ein, denen ich eine AD(H)S-Veranlagung zuschreiben würde. Leider darf ich ihre Namen nicht nennen.

Ob diese hervorragenden Persönlichkeiten alle schon über 60 Jahre alt sind, vermag ich nicht zu entscheiden. Denn eines ist sicher, die meisten Menschen mit AD(H)S altern langsamer, sie wirken wesentlich jünger. Ursache dafür mag ihre geistige Kreativität, ihre motorische Beweglichkeit und ihr ständiger Erkundungstrieb sein.

Menschen mit AD(H)S sind immer unterwegs, ohne wirklich am Ziel anzukommen, soweit sie überhaupt eins haben. Aber ihr Tatendrang, ihr Optimismus, ihre Kampfeslust, ihr soziales Engagement, ihre Bewegungsfreudigkeit sind es, was sie geistig und körperlich fit hält. Sie dürfen sich nur nicht ausnutzen lassen und sich nicht überfordern, sonst droht ihnen ein Burnout.

Beispiele für ihre soziale Hilfsbereitschaft bieten uns täglich die vielen älteren, aber noch sehr aktiven Mitglieder von AD(H)S- und anderen Selbsthilfegruppen, die ihre ehrenamtliche Arbeit mit Begeisterung machen und für Betroffene eine unschätzbare Hilfe sind. Ich habe viele von ihnen persönlich kennen und schätzen gelernt und ihren Elan trotz 60-Plus bewundert. Das Gefühl gebraucht zu werden und anderen zu helfen ist es, was sie jung erhält.

Eine etwa zahlenmäßig gleich große zweite Gruppe von AD(H)S-Betroffenen-60-Plus braucht aber unsere Hilfe.

Sie leiden an psychischen und/oder psychosomatischen Störungen unterschiedlicher Schwere, die meiner Meinung und Erfahrung nach größtenteils aus dem AD(H)S-Spektrum stammen. Leider wird das immer noch nicht von vielen ihrer Therapeuten so gesehen, so dass sie noch zu wenig ursachenorientierte Hilfe erhalten. Viele von ihnen werden noch immer nach überholten Standards unzureichend behandelt. Das wären ein medizinischer Schwerpunkt und ein vorrangiger gesellschaftlicher Auftrag, so schnell wie möglich durch interdisziplinäre Zusammenarbeit die Betreuung dieser Betroffenen zu verbessern.

Leider „verschließen“ sich die Betroffenen dieser Gruppe und sie sind sehr skeptisch gegenüber jeder neuen Erkenntnis. Sie leben oft sehr zurückgezogen, haben resigniert und ihr Leben irgendwie eingerichtet, sich Meinungen gebildet und für sich Strukturen geschaffen, die sie nicht wieder aufgeben wollen und von allein auch nicht können. Die meisten von ihnen haben negative Erfahrungen mit den verschiedensten therapeutischen Hilfsangeboten gemacht. Leider war es auch in der Vergangenheit so, dass keiner so richtig wusste, wie man diesen Menschen wirksam helfen kann.

Zu dieser Gruppe möchte ich auch die Betroffenen zählen, die Ende 50, Anfang 60 sind und ausgelaugt mit letzter Kraft noch ihren beruflichen Pflichten nachgehen. Mit depressiver Verstimmung können sie sich im Beruf nicht mehr behaupten, sie und ihre Vorgesetzten sind unzufrieden. Sie streben eine Frühpensionierung oder den vorzeitigen Ruhestand an.

Andere AD(H)S-Betroffene dieser Altersgruppe, die schon frühzeitig arbeitsunfähig wurden, am häufigsten wegen therapieresistenter Depressionen oder Persönlichkeitsstörungen, berichten, „dass sie austherapiert seien oder eine gespaltene Persönlichkeit haben“. Oft verbirgt sich dahinter ein AD(H)S. Konnte es nachgewiesen werden, erfuhren sie die Ursache ihrer Symptome und deren Therapiemöglichkeiten. Tatsächlich konnten nach einer begonnenen Therapie einige von ihnen bald wieder ihrem Beruf nachgehen, den Haushalt besser führen und somit ihre Lebensqualität verbessern.

Wenn es gelänge, die Mitglieder dieser Gruppe zu motivieren, sich einem AD(H)S-Spezialisten für Erwachsene vorzustellen, könnte vielen von ihnen geholfen werden. Ich meine hiermit nicht nur durch Verschreiben von Medikamenten, davon haben sie meist genug in ihren Schränken, sondern ihnen erst einmal verständlich vermitteln, was sie haben und warum manches in ihrem Leben so anders lief.

Aber es gibt leider zurzeit noch zu wenig AD(H)S-Spezialisten für Erwachsene. Der erste Schritt ist getan: Die Medikamente für die Behandlung von Erwachsenen mit AD(H)S sind zugelassen und damit wird AD(H)S offiziell zur definierten Krankheit im Sinne der Krankenkassen. Die Kostenübernahme sollte damit geregelt sein.

Eine medikamentöse Behandlung dieser Altersgruppe ist sehr schwierig, weil viele von ihnen schon an manifesten organischen Erkrankungen leiden, bei denen die Verordnung von Methylphenidat schwierig bis unmöglich ist. Am häufigsten sind es Bluthochdruck, Herzkreislaufprobleme, Depressionen, Borderline- und Angststörungen, Burnout und Suchterkrankungen. Stressassoziierte Autoimmunerkrankungen der Schilddrüse (Hashimoto-Thyreoiditis) oder Fibromyalgie-Symptome fand ich immer wieder gehäuft in dieser Altersgruppe. Ein großes Forschungsgebiet erwartet uns hier in Zukunft.

Im nächsten ICD 11, dem internationalen Verzeichnis von psychischen Krankheiten, wird AD(H)S bei Erwachsenen erstmalig eine Nummer und eine Klassifikation erhalten; ein großer Fortschritt und ein wichtiger Meilenstein in der Geschichte des AD(H)S, die bisher von vielen Irrtümern und Unsicherheiten geprägt wurde und noch immer wird.

Von diesem wissenschaftlichen Fortschritt könnten die Betroffenen dieser zweiten Gruppe noch profitieren, wenn sie dazu noch die Kraft und den Mut haben. Hierzu gehört eine große Gruppe Betroffener, es sind vorwiegend Frauen, die an Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen leiden oder verhaltensauffällig mit Borderline-Struktur chaotisch, dominant und wenig kooperativ sind.

Eine weitere Gruppe von AD(H)S-Frauen-60-Plus können ihre jetzt bereits erwachsenen Kinder, die nun selbst schon

wieder Kinder haben, nicht loslassen und glauben unentbehrlich zu sein. Sie mischen sich in die Erziehung ein und glauben, vieles besser zu wissen. Ihre erwachsenen Kinder mit AD(H)S-Veranlagung und Selbstwertproblematik wagen nicht, sich dieser Bevormundung zu widersetzen. Die dadurch bedingte Pendelerziehung erschwert Erziehung und Behandlung der AD(H)S betroffenen Enkelkinder, ein bekanntes Problem für jeden Therapeuten.

Eine weitere Gruppe von Frauen-60-Plus mit AD(H)S-Symptomen klagt über Fibromyalgie und chronische Schmerzzustände. Sie haben meist unzählige Therapien hinter sich mit mäßigem Erfolg und bekamen viele Medikamente verordnet, die alle nur der Besserung von Symptomen dienten und nicht die Ursache ihrer Probleme beseitigten. Ich möchte diesen Frauen Mut machen, nach einem möglichen AD(H)S als Ursache für ihre durch negativen Dauerstress bedingten Beschwerden zu suchen. Manchen konnte dadurch schon bleibend geholfen werden.

Viele – und das betraf vorwiegend die Männer – hatten hohen Blutdruck und Herz-Kreislauf-Beschwerden und nahmen deshalb regelmäßig mehrere Medikamente ein. Bei den Männern dominierte starkes Rauchen und regelmäßiger Alkoholkonsum. Sie erklärten, damit Stress und ihre innere Unruhe herunterzuregulieren, um so ihre Gedanken besser ausrichten zu können.

Dauerstress begünstigt stressbedingte Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die AD(H)S-typische und genetisch bedingte Reizüberflutung verbunden mit Stressintoleranz belasten viele Betroffene lebenslang, wenn es ihnen nicht gelingt mit Hilfe entsprechender Techniken ihren Stress zu reduzieren, negativen Dauerstress zu vermeiden und Reizüberflutung zu verhindern.

Reizüberflutung bei negativem Dauerstress gepaart mit anlagebedingter Stressüberempfindlichkeit sind wesentlich die Hauptursachen für psychische und psychosomatische Störungen nicht nur bei AD(H)S-Patienten über 60. Dabei fungiert der Stress als Bindeglied zwischen psychischer Belastung und psychischer oder psychosomatischer Erkrankung.

Deshalb ist das Erlernen eines guten Stressmanagements ein wichtiger Therapiebaustein, wobei wegen der inneren Unruhe, wie sie bei AD(H)S-Betroffenen immer vorhanden ist, die Anwendung von Entspannungstechniken oft schwerfällt. Der Einstieg über die muskuläre Entspannung nach Jakobson gelingt erfahrungsgemäß besser.

Zur letzten Gruppe und dritten Gruppe von Menschen mit AD(H)S-60-Plus, von denen ich nur über ihre Kinder oder Verwandten in der Praxis erfuhr, sind jene, die glauben, im Leben gescheitert zu sein und sich hoffnungslos und verbittert zurückgezogen haben.

Als Einzelgänger und „Hypochonder“ gehen sie schon lange keiner beruflichen Tätigkeit mehr nach. Sie lehnen jedes Angebot einer Untersuchung ab und wollen von nichts Neuem mehr hören und schon gar nicht von einer neuen Krankheit, die sie haben sollen. Sie leben zurückgezogen, meist sind die Medien ihr einziger Partner und irgendeine Suchtform ist ihr Lebensinhalt. Von ihnen haben einige eine Esssucht und ich begriff, dass es sie wirklich gibt und wie hilflos man ihr ausgesetzt sein kann.

Aber zum Glück wird diese Gruppe in Zukunft immer kleiner werden, da sich immer mehr dafür einsetzen, dass AD(H)S im Erwachsenenalter bekannter wird, nicht nur als Krankheit, sondern als Herausforderung, um bei psychischen Störungen nach einer neurobiologischen und genetisch bedingten Ursache zu suchen und diese dann zu behandeln. Denn Menschen mit AD(H)S haben herausragende Fähigkeiten, sie brauchen aber meist eine zweite oder dritte Chance, um diese für die Gesellschaft und zur eigenen psychischen Stabilisierung nutzen zu können.

Dann werden wir von den älteren Betroffenen in der Praxis hoffentlich nicht mehr so oft diese Worte hören:

„Mein Leben wäre bestimmt anders verlaufen, wenn ich damals gewusst hätte, was ich heute weiß. Hoffentlich begreifen das möglichst viele, damit die Betroffenen nicht so leiden, wie ich es früher permanent musste und keine andere Wahl hatte.“

■ Dr. Helga Simchen

Wir leben nicht, um zu glauben,
sondern um zu lernen.

Dalai Lama

ADHS und Substanzmissbrauch



Prof. Dr. K.-H. Krause und Dr. Johanna Krause

Eine gehäufte Komorbidität von ADHS und Substanzmissbrauch ist bekannt (Bukstein 2006; Carroll et al. 1993; Charach et al. 2011; Kaminer 1992; Krause u. Krause 2003; Schubiner 2005; Wilens et al. 1994; Wilens et al. 1998; Wilens 2004; Wilens u. Biederman 2006). In Kollektiven von jugendlichen Erwachsenen mit **Drogenabusus** fanden sich erhöhte Raten von ADHS (Clure et al. 1999; Ralph u. Barr 1989). Bei Erwachsenen mit persistierender ADHS beschrieben Mannuzza et al. (1993) in 50 % der Fälle Substanzmissbrauch. Biederman et al. (1993) fanden bei 52 % Erwachsener mit ADHS anamnestisch Drogenabusus im Vergleich zu 27 % der Kontrollpersonen. In einer späteren prospektiven Studie bei Kindern mit ADHS *ohne Störung des Sozialverhaltens* wurde aber ein erhöhter Suchtmittelabusus nicht bestätigt (Biederman et al. 1997). In einer Untersuchung aus Bern bei 100 Erwachsenen mit Opiatabhängigkeit wiesen nur vier eine ADHS ohne begleitende Störung des Sozialverhaltens in der Kindheit auf, 47 dagegen eine Störung des Sozialverhaltens ohne Symptome einer ADHS, sieben Patienten zeigten die Kombination beider Störungen (Modestin et al. 2001). Es ist somit davon auszugehen, dass häufig das komorbide Vorliegen von antisozialer Persönlichkeitsstörung bzw. Störung des Sozialverhaltens einen besonderen Risikofaktor für Drogenabusus bei Patienten mit ADHS darstellt (Brook et al. 2010; Disney et al. 1999; Molina u. Pelham 2003; Schubiner et al. 2000; s. auch Kap. 6.8, S. 182 ff). Dies bestätigte sich auch in der aktuellen Verlaufsstudie von Klein et al. (2012), in der bei Kombination von antisozialer Persönlichkeitsstörung und ADHS die Rate für einen Substanzmissbrauch vierfach höher lag als bei Patienten mit ADHS allein.

In einer weiteren Studie fanden Biederman et al. (1999), dass eine unbehandelte ADHS durchaus als Risikofaktor für die Entwicklung eines Substanzmissbrauchs anzusehen ist. In ihrer großen epidemiologischen Studie zur Komorbidität bei ADHS beschrieben Kessler et al. (2006) ein eindeutig erhöhtes Risiko für Substanzmissbrauch – insbesondere für Drogenabhängigkeit – bei ADHS (s. Tab. 6-3, S. 149). Eine signifikant höhere Rate von Substanzmissbrauch bei Patienten mit ADHS im Vergleich zu einem Kont-

rollkollektiv fanden auch Sobanski et al. (2007b); in der Longitudinalstudie über 33 Jahre von Klein et al. (2012) wies die Gruppe mit ADHS eine fast dreifach höhere Rate von nicht alkohol- oder nikotinbedingtem Substanzmissbrauch auf als das Kontrollkollektiv. Ursachen für dieses erhöhte Risiko von Drogenabusus bei Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS sind zum einen vermehrte Impulsivität im Rahmen der Grunderkrankung, Anschluss an problematische Peer groups, soziale Probleme infolge von Schulabbrüchen und Ärger am Arbeitsplatz sowie familiäre Probleme; zum anderen kann bei bisher unbehandelten Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS der Drogenabusus als Versuch einer missglückten Selbsttherapie angesehen werden (Khantzian 1985; 1990). Eine besondere Bedeutung von Hyperaktivität und Impulsivität für die spätere Entwicklung eines Substanzmissbrauchs fanden Elkins et al. (2007) in ihrer Studie; eine Aufmerksamkeitsstörung allein war dagegen mit einem deutlich geringeren Risiko verbunden. In einer prospektiven Studie, bei der hyperaktive Kinder über durchschnittlich 13 Jahre im Hinblick auf den Gebrauch von Drogen verfolgt wurden, fanden Barkley et al. (2003) keine signifikanten Unterschiede zwischen mit Stimulanzien behandelten und unbehandelten Patienten; ein höherer Kokainabusus bei der behandelten Gruppe war nicht auf die medikamentöse Therapie, sondern auf das zusätzliche Vorliegen von Störungen des Sozialverhaltens zurückzuführen. In einer Doppelblindstudie bei kokainabhängigen Erwachsenen mit ADHS fand sich unter Methylphenidat im Vergleich zu Placebo eine Reduktion des Kokainkonsums (Levin et al. 2007). Einen eindeutig erhöhten Suchtmittelabusus beschrieben Retz et al. (2007) bei jungen erwachsenen Straftätern mit ADHS. Zwei wichtige Arbeiten zum Zusammenhang zwischen Methylphenidat-Behandlung und späterem Substanzmissbrauch erschienen 2008 im *American Journal of Psychiatry*. In einer prospektiven Studie mit 176 sechs- bis zwölfjährigen Kindern mit ADHS ohne sonstige Verhaltensstörungen, die im Alter von 18 und 25 Jahren nachuntersucht wurden, zeigte sich, dass ein früher Therapiebeginn mit sechs oder sieben Jahren nicht mit einem höheren Risiko eines späteren Drogenmissbrauchs einherging als ein späterer Beginn mit acht bis zwölf Jahren (Mannuzza et al. 2008a). Ein Drogenmissbrauch entwickelte sich in dieser Studie sogar häufiger bei den Patienten mit späterem Behandlungsbeginn. Ob dies mit der Medikation zu tun hat, bleibt zunächst unklar; möglicherweise besteht ein Zusammenhang mit der Entwicklung einer antisozialen Persönlichkeitsstörung, was in der Gruppe mit späterem Therapiebeginn häufiger war. Die Nachuntersuchung von 100 Kindern und Jugendlichen mit ADHS im Alter von 6 bis 17 Jahren nach zehn Jahren erbrachte in einer anderen prospektiven Studie keinen

Hinweis, dass die Therapie mit Stimulanzien einen Einfluss auf die spätere Entwicklung eines Drogenmissbrauchs hat und bestätigte somit die Mehrzahl früherer Untersuchungen zu diesem Thema (Biederman et al. 2008b).

Die gebräuchlichste Droge ist Marihuana mit deutlichem Abstand vor Stimulanzien, Kokain und Halluzinogenen (Biederman et al. 1995); Opiode spielen auch nach eigenen Erfahrungen keine wesentliche Rolle bei ADHS-Patienten mit komorbidem Drogenabusus. Es wurde nachgewiesen, dass bei rechtzeitiger medikamentöser Behandlung betroffener Kinder mit Stimulanzien das Risiko eines späteren Drogenmissbrauchs abnimmt (Biederman et al. 1999; Huss u. Lehmkuhl 2002); Wilens et al. (2003b) fanden dies in ihrer Metaanalyse bestätigt. In Tierversuchen zeigten Ratten, die als Jungtiere im Alter von 20 Tagen – entsprechend der Kindheit beim Menschen – Methylphenidat erhalten hatten, später vermindertes Interesse an Kokain, während dies bei erst in späteren Altersstufen behandelten Tieren nicht der Fall war (Andersen et al. 2002; Brandon et al. 2001).

Viele Patienten berichten von Drogenerfahrungen:

- Eine Patientin mit Teilleistungsstörungen konnte nur unter dem stimulierenden Einfluss von illegal erworbenen Amphetaminen oder Kokain die im Rahmen ihres Studiums notwendigen Arbeiten vorlegen, was ihr ansonsten wegen Antriebs- und Konzentrationsstörungen nicht möglich gewesen wäre – sie hätte ihr Studium nicht erfolgreich abschließen können.
- Ein anderer Patient berichtete über sein Erstaunen, dass er gemeinsam mit einem Freund Kokain ausprobiert habe und dabei feststellte, dass er im Gespräch auffallend gut konzentriert war und ungewohnt gute Diskussionsbeiträge liefern konnte. Wegen dieses unerwarteten Erlebnisses stellte sich bei ihm eine Angst vor Abhängigkeit ein, die auch im Rahmen der Behandlung mit Methylphenidat erst dann nachließ, als er während der Ferien die Medikation absetzte und feststellte, dass er lediglich wieder unter seinen alten Symptomen litt.
- Eine Patientin mit ADHS und komorbidem erheblichen Alkoholmissbrauch berichtete nach Einhalten einer Abstinenz über mehrere Wochen von einer deutlichen emotionalen Stabilisierung; die ausgeprägten Schwankungen zwischen stark depressiver Stimmung und sehr gehobener Stimmung traten bei ihr nicht mehr auf. Diese sind häufig auch ohne Substanzmissbrauch bei der ADHS zu beobachten (s. Kap. 5.1.7, S. 102 ff.); Heinrich Hoffmann (1987), der Autor des „Struwwelpeter“, hat dies in eindrucksvoller Weise in seinem Dukatenbüchlein festgehalten (s. Abb. 6-3).

Bei Erwachsenen mit ADHS, die Drogenmissbrauch betreiben, muss vor Beginn einer medikamentösen Therapie mit Stimulanzien gesichert sein, dass eine Kombination mit bisher verwendeten Drogen – schon allein wegen der



Abb. 6-3 Rasche Stimmungsschwankungen, wie sie typisch für Patienten mit ADHS sind, dargestellt im „Dukatenbilderbüchlein“, das Heinrich Hoffmann, Autor des „Struwwelpeter“, seiner Tochter am 24.12.1876 schenkte (Sammlung Familie Jung). Mit freundlicher Genehmigung von Frau Jung-Jacoby, Struwwelpeter-Museum Frankfurt und Insel Verlag (Frankfurt am Main).

möglichen toxischen Interaktionen – unter keinen Umständen weiterhin erfolgt. Bei Patienten mit Drogensucht kann der Einsatz von Stimulanzien zur Therapie der ADHS überhaupt erst nach einer erfolgreichen Entzugsbehandlung diskutiert werden; eine solche Therapie sollte nur unter stationären Bedingungen in spezialisierten psychiatrischen Abteilungen durchgeführt werden. Eigene Erfahrungen mit dem Einsatz von Antidepressiva zur Unterstützung einer Drogenkarenz bei gesicherter Diagnose ADHS belegen die Schwierigkeit, dieses Patientenkollektiv zu einer dauerhaften Abstinenz zu führen. Bisher gibt es noch keine Untersuchungen bei Patienten mit ADHS, die die Rezeptorbindungen der verschiedenen Drogen berücksichtigen. Unserer Erfahrung nach scheint es jedoch so zu sein, dass beispielsweise Opiate nicht zu den bevorzugten Drogen Betroffener gehören, während THC (Cannabinoid), das nach amerikanischen Angaben die Filterfunktionen reizoffener Ecstasy-Konsumenten bessert, von jungen reizoffenen ADHS-Patienten bevorzugt im Sinne einer Selbstmedikation konsumiert wird.

Vermutlich auch als Selbstmedikation zeigen Jugendliche und Erwachsene mit ADHS ein deutlich höheres Risiko für Nikotinabusus im Vergleich zu Kontrollpersonen (Disney et al. 1999; Fuemmeler et al. 2007; Milberger et al. 1997; Ohlmeier et al. 2008; Pomerleau et al. 1995; Sullivan u. Rudnik-Levin 2001); dabei wurde vermehrter Nikotinabusus sowohl bei Erwachsenen beschrieben, die unter einer persistierenden ADHS litten, als auch bei solchen, die in der Kindheit, aber nicht mehr aktuell, Symptome der ADHS aufwiesen (Pomerleau et al. 2003). Eine Zwillingsuntersuchung bei 52 Zwillingen gleichen Geschlechts (mittleres Alter 37 Jahre) mit Diskordanz bezüglich des Rauchverhaltens zeigte, dass diejenigen, die in der Kindheit unter einer ADHS gelitten hatten oder aktuell diese Störung aufwiesen, doppelt so häufig rauchten wie ihre nicht betroffenen Geschwister

(Pomerleau et al. 2004). In einer großen longitudinalen Studie bei 15197 Adoleszenten zeigte sich eine eindeutige lineare Beziehung zwischen Nikotinabusus und Zahl der selbst berichteten Symptome von Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität (Kollins et al. 2005). Resultat einer Longitudinalstudie über 33 Jahre war, dass 30,4 % der Patienten mit ADHS eine Nikotinabhängigkeit aufwiesen im Vergleich zu 8,8% der Kontrollpersonen (Klein et al. 2012). Besonders enge Beziehungen fanden Greenbaum et al. (2006) bei rauchenden jungen Frauen zu Sensationslust, einem für ADHS typischen Symptom. Entsprechend zeigte sich in einer Untersuchung von Yakir et al. (2007) eine vermehrte Impulsivität bei rauchenden jungen Frauen im Vergleich zu Nichtraucherinnen; weiterhin war die Aufmerksamkeit bei den Raucherinnen signifikant beeinträchtigt. Interessant sind die Befunde von Kahn et al. (2003), die prospektiv 161 Kinder im Alter von sechs Monaten bis zum fünften Lebensjahr verfolgten; sie fanden höhere Scores für Impulsivität und Hyperaktivität bei Kindern, deren Mütter in der Schwangerschaft geraucht hatten und einen DAT-10/10-Genotyp aufwiesen, nicht dagegen bei Kindern von Müttern, die jeweils nur einen dieser Risikofaktoren hatten. Sie schlossen hieraus auf die Bedeutung von umweltabhängigen Kofaktoren zusätzlich zur genetischen Veranlagung. Leider wurden die Eltern nicht auf das Vorliegen einer ADHS untersucht. Timberlake et al. (2006) fanden hierzu passend eine negative Korrelation zwischen dem Vorliegen des 9-Repeat-Allels des DAT und Nikotinabusus. Eine Modulation der DAT-Funktion durch Nikotinrezeptoren im Striatum der Ratte wurde nachgewiesen (Middleton et al. 2004), wobei möglicherweise nicht Nikotin selbst, sondern der Nikotinmetabolit Nornikotin die entscheidende Rolle spielt (Middleton et al. 2007). Wir fanden Hinweise, dass Nikotin bei Patienten mit ADHS wie die Stimulanzien eine Verminderung der Dopamintransporter (DAT) im Striatum bewirkt (Krause et al. 2002b). Diese stimulanzienartige Wirkung von Nikotin auf die Dopamintransporter (DAT) konnte für Normalpersonen bestätigt werden (Newberg et al. 2007; Yang et al. 2008b).

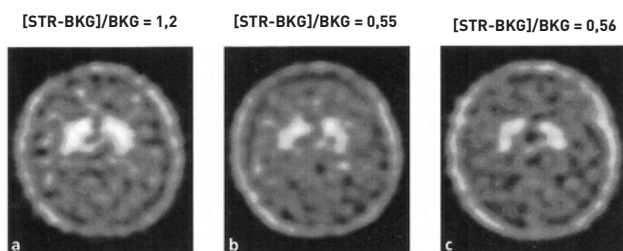


Abb. 6-4 Dopamintransporter-Dichte im Striatum ($[STR-BKG]/BKG$), gemessen im $[Tc-99m]TRODAT1$ -SPECT, bei einer 53-jährigen Normalperson ohne Medikation (a), nach Verabreichung von 20 mg retardiertem Methylphenidat (Ritalin SR®) (b) und nach fünfständigem Tragen eines Nikotinplasters mit 17,5 mg/24h (c) STR = Dichte im Striatum, BKG = Dichte im Background (Zerebellum).

Prinzipiell kann zunächst nicht ausgeschlossen werden, dass die von uns beobachtete Erniedrigung der DAT-Dichte im Striatum bei Rauchern mit ADHS Ausdruck einer neu-

rochemischen Adaptation an chronische Exposition mit Nikotin oder anderen Zigarettenbestandteilen ist. Hiergegen spricht das Resultat einer Untersuchung eines Gesunden ohne Nikotinabusus und ADHS, der sowohl unter 20 mg Methylphenidat als auch drei Monate später nach Tragen eines Nikotinplasters eine mehr als 50 %ige Reduktion der striatären DAT aufwies (s. Abb. 6-4). Ein weiteres Indiz für die Richtigkeit der These von der stimulanzienartigen Wirkung des Nikotins auf die DAT erbrachte das Resultat einer Nachuntersuchung bei einer Patientin mit einer erheblichen ADHS-Symptomatik und Nikotinabusus:

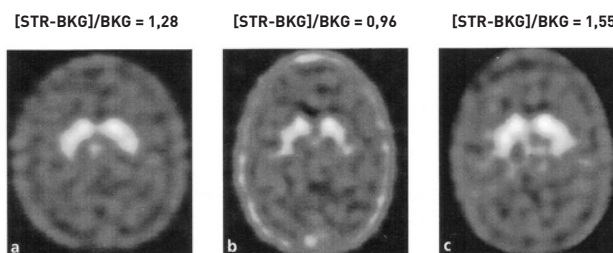


Abb. 6-5 Dopamintransporter-Dichte im Striatum ($[STR-BKG]/BKG$), gemessen im $[Tc-99m]TRODAT1$ -SPECT, bei einer 29-jährigen Patientin mit ADHS ohne Medikation, aber unter Nikotin (a), 4 Wochen später unter Nikotin und Einnahme von 3 x 5 mg Methylphenidat (b) und 2,5 Jahre später nach einjähriger Karenz bezüglich Nikotin und Methylphenidat (c). STR = Dichte im Striatum, BKG = Dichte im Background (Zerebellum).

Sie zeigte zunächst einen kaum erhöhten Wert für die DAT-Dichte, der sich nach Einnahme von Methylphenidat wie bei den anderen Patienten deutlich erniedrigte. Diese Patientin hatte bei einer Wiedervorstellung nach 2,5 Jahren zwischenzeitlich das Rauchen aufgegeben und die Therapie mit Methylphenidat abgebrochen. Bei der Kontrolle nach 2,5 Jahren waren die DAT nicht, wie bei zunehmendem Alter üblich, leicht abgefallen, sondern ganz im Gegenteil um 19 % höher als bei der Erstuntersuchung (s. Abb. 6-5). Dieser Befund bestätigt also wiederum die Bedeutung des Nikotins für die DAT-Dichte im Striatum (Krause et al. 2003). Bei Fortführung unserer Studie stellte sich heraus, dass die hyperaktiv-unaufmerksamen Patienten deutlich häufiger einen jahrzehntelangen Nikotinabusus betreiben als Patienten aus der Gruppe der ausschließlich Aufmerksamkeitsgestörten (s. Abb. 6-6). Erstaunlich ist, wie exakt die rauchenden ADHS-Patienten bei ganz unterschiedlichem Zigarettenkonsum die Dichte ihrer Dopamintransporter entsprechend der des Normalkollektivs einregulierten. Dieser beruhigende und damit paradox erscheinende Effekt des Nikotins wurde schon in der Zigarettenreklame mit dem „HB-Männchen“ vermarktet, wo es hieß: „Warum in die Luft gehen? Greife lieber zur HB!“ Der Verfasser dieses Werbespots muss die entspannende, nicht stimulierende Wirkung von Nikotin gekannt haben – die üblicherweise zu beobachtende Steigerung der vegetativen Funktionen tritt hier gänzlich in den Hintergrund (Krause u. Krause 1998a). Eine positive Wirkung von Nikotin auf die Symptome der ADHS wurde im Übrigen in Doppelblind-Studien mit Applikation von Nikotinplastern belegt (Gönners et al. 1996; Shytle et al. 2002).

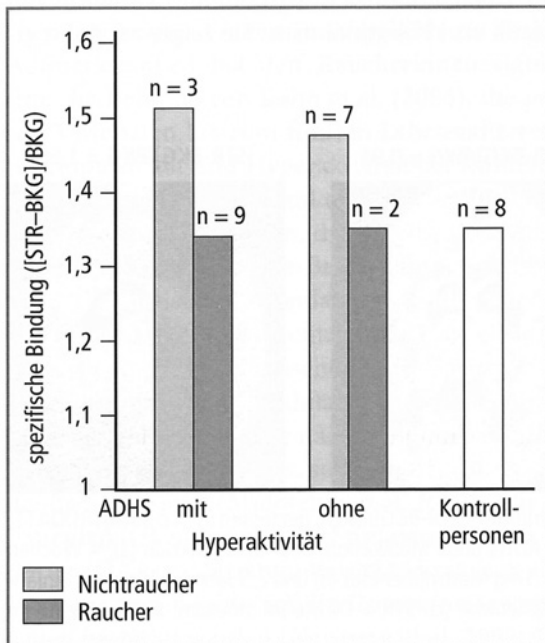


Abb. 6-6 Dopamintransporter-Dichte im Striatum ([STR-BKG]/BKG), gemessen im [Tc-99m]TRODAT1-SPECT bei 20- bis 40-jährigen ADHS-Patienten (Raucher vs. Nichtraucher) mit und ohne Hyperaktivität im Vergleich zu Normalpersonen. STR = Dichte im Striatum, BKG = Dichte im Background (Zerebellum).

Ein Patient bemerkte trocken: „Die Diagnose ADHS hätte da aber schon früh kommen müssen, ich habe schon mit 12 Jahren begonnen zu rauchen, und mit 14 Jahren habe ich recht regelmäßig Alkohol getrunken“. Seine Versuche, mit dem Rauchen aufzuhören, scheiterten meist daran, dass er infolge der Nikotinabstinenz depressiv wurde. Er war sicher ein gut begabtes Kind, das in einem sozialen Brennpunkt aufwuchs, wo niemand für seine Entwicklung Sorge trug. Die Geschwister untereinander halfen sich, aber die halbtags anwesende Mutter wurde als nicht vorhanden wahrgenommen. Der Vater war stets betrunken, wenn er zuhause war. Dies hinderte den Patienten als Kind jedoch nicht daran, selbst früh mit dem Trinken zu beginnen.

Saules et al. (2003) verglichen die ADHS-Symptomatik bei erwachsenen Rauchern mit und ohne zusätzlichen Kokainabusus. Sie stellten fest, dass Patienten mit Hyperaktivität deutlich mehr zum Kokainabusus neigten als diejenigen mit reiner Aufmerksamkeitsstörung. Dass Zigarettenrauchen auch bei Jugendlichen mit ADHS ein Einstieg zu späterem Drogenmissbrauch ist, belegt eine Studie von Biederman et al. (2006b). In einer prospektiven Studie bei Jugendlichen mit ADHS zeigte sich, dass die Gabe von Methylphenidat einen günstigen Einfluss auf das Rauchverhalten hatte: Während in der Gruppe der behandelten Jugendlichen nur noch 7 % rauchten, waren es bei den unbehandelten 20 % (Hammerness et al. 2013). Keinen sicheren Effekt auf die Erfolgsrate einer Raucherentwöhnungsbehandlung durch die Gabe von Methylphenidat im Vergleich zu Placebo sahen Winhusen et al. (2010). Bei einer kleinen Gruppe von neun erwachsenen Rauchern mit ADHS untersuchten Vansickel

et al. (2011) den Einfluss von unretardiertem Methylphenidat auf das Rauchverhalten in den vier Stunden nach Medikamentengabe. Sie fanden überraschenderweise eine leichte Zunahme der Anzahl gerauchter Zigaretten unter Medikation im Vergleich zu Placebo; leider wurde in dieser Studie nicht erfasst, wann innerhalb dieser vier Stunden geraucht wurde. Bei der bekannten Pharmakokinetik von unretardiertem Methylphenidat mit Erreichen des Wirkungsmaximums nach 1,5 bis 2,5 Stunden könnte es sich bei der beschriebenen Zunahme des Rauchens durchaus um ein Reboundphänomen gehandelt haben, also ein vermehrtes Verlangen nach Stimulation in der Abklingphase von Methylphenidat. Einen eindeutig positiven Einfluss der ADHS-Medikation im Sinne einer Abnahme des Nikotinabusus sahen dagegen Gehricke et al. (2011) bei 15 Rauchern mit ADHS, die unter ihrer Medikation im Vergleich zu Placebo signifikant niedrigere Cotinin-Spiegel im Speichel aufwiesen. Eine interessante Beobachtung machten Covey et al. (2011), die bei heftig rauchenden Erwachsenen mit ADHS einen positiven Effekt auf die Nikotinentwöhnung bei Gabe von retardiertem Methylphenidat im Vergleich zu Placebo nur beim kombinierten Typ der ADHS, nicht dagegen beim unaufmerksamen Typ fanden. Insgesamt ergeben die bisherigen Studien zum Rauchverhalten unter Methylphenidat noch kein klares Bild (s. hierzu auch Kap. 7.2, S. 256); es besteht weiterer Forschungsbedarf.

Ein gehäuftes Vorkommen von **Alkoholabusus** bei Patienten mit ADHS wurde in mehreren Studien gefunden:

- Shekim et al. (1990b) ermittelten bei 34 % von 56 untersuchten Erwachsenen mit ADHS Alkoholmissbrauch.
- Comings (1994) fand sowohl für Patienten mit ADHS als auch für solche mit Tourette-Syndrom eindeutige Hinweise auf vermehrten Alkoholabusus.
- Downey et al. (1997) stellten in ihrer Studie eine Häufigkeit von 33,3 % für Alkoholabusus oder -abhängigkeit bei 78 Erwachsenen mit ADHS fest.
- Biederman et al. (1998) beschrieben eine mit 44 % deutlich höhere Häufigkeit von Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit bei 239 Erwachsenen mit ADHS als bei einem Kontrollkollektiv von 268 Nichtbetroffenen mit 24 %.
- In einer kontrollierten Longitudinalstudie wurde bei 55 22-jährigen Patienten, bei denen eine ADHS im Alter von sieben Jahren diagnostiziert worden war und die nie medikamentös behandelt wurden, eine Häufung von Alkoholabusus im Vergleich zu 46 gleichaltrigen Kontrollpersonen festgestellt (Rasmussen u. Gillberg 2000).
- Molina et al. (2007) beschrieben dagegen in einer Longitudinalstudie mit 364 im Kindesalter diagnostizierten ADHS-Patienten einen gehäuften Alkoholabusus lediglich in der Gruppe der Adoleszenten (15 bis 17 Jahre), nicht bei den jungen Erwachsenen (18 bis 28 Jahre); bei

diesen bestand erhöhter Alkoholkonsum nur bei gleichzeitigem Vorliegen einer antisozialen Persönlichkeitsstörung.

Von 153 erwachsenen Patienten mit Alkoholsucht, die mittels Wender Utah Rating Scale (WURS) und Brown ADD Scales (Brown 1996) auf das Vorliegen von Symptomen der ADHS untersucht wurden, fanden wir bei 65 in der WURS Hinweise auf eine ADHS im Kindesalter, 28 hiervon hatten gemäß Brown ADD Scales persistierende Symptome im Erwachsenenalter, wobei Defizite bei Aktivierung und Affekt gegenüber Gedächtnisproblemen dominierten (Krause et al. 2002a). Bei 23 dieser Patienten wurden zusätzlich Symptome gemäß den Gönners' Adult ADHS Rating Scales (Gönners et al. 1999) erfasst; hierbei zeigten sich deutlich höhere Scores für die Symptome des Aufmerksamkeitsdefizits als für die der Hyperaktivität. Spezielle Probleme bestanden in Bezug auf das Selbstkonzept. Eine ähnlich hohe Rate von ADHS bei Alkoholkranken beschrieben Johann et al. (2003), die bei 314 Patienten in 20 % der Fälle die Kriterien einer ADHS erfüllt sahen; dabei wies diese Untergruppe höheren Alkoholkonsum, früheren Erkrankungsbeginn und gehäufte Komorbidität mit einer antisozialen Persönlichkeitsstörung bei entsprechenden forensischen Problemen auf. Mehr als die Hälfte der als Typ 2 nach Cloninger eingestuft Patienten hatte auch eine ADHS. Auch Ohlmeier et al. (2008) fanden mit einem ADHS-Anteil von 23 % bei einem Kollektiv erwachsener

Alkoholiker einen ähnlich hohen Wert. Da mit einem hohen Prozentsatz von Symptomen der ADHS bei Alkoholkranken zu rechnen ist, sollte bei diesen Patienten stets an das komorbide Vorliegen einer ADHS gedacht und gegebenenfalls eine adäquate medikamentöse Therapie eingeleitet werden (Boerner et al. 2001), die nach eigenen Erfahrungen sowie Mitteilungen anderer Autoren (Durst u. Rebaudengo-Rosca 1997; Schubiner et al. 1995) die Defizite verbessern und die Rückfallgefahr mindern kann. Nach Besserung von Symptomen wie Antriebsstörung und Reizoffenheit wächst die Motivation dieser Patienten, weiterhin abstinent zu bleiben.

- Dr. Johanna Krause
- Prof. Dr. Klaus-Henning Krause

Mit freundlicher Genehmigung der Schattauer GmbH/
Verlag für Medizin und Naturwissenschaften

Krause J, Krause KH. ADHS im Erwachsenenalter.
4. Aufl. Stuttgart; Schattauer 2014; 192-200.
ISBN 978-3-7945-2782-3

Schattauer GmbH
Verlag für Medizin und Naturwissenschaften
Hölderlinstraße 3
70174 Stuttgart



ADHS ist nicht gleich ADHS

Im Laufe der Jahre hat sich herausgestellt, dass das Ausmaß der Beeinträchtigung im täglichen Leben durch ADHS sehr unterschiedlich ist.

Was hilft wirklich?

Ganz ähnlich wie bei Asthma und Diabetes:
Aufklärung und Erklärung des **„Wahrnehmungs- und Reaktionsstils“** bei ADHS.

Erfahrungsgemäß genügt das nicht einmalig. Betroffene wissen es meist schon:

Bis man einen etwas komplizierteren Lerninhalt wirklich verinnerlicht hat, braucht man viel Wiederholung.

Nach einer möglichst frühen Diagnosestellung zur Reduktion des hohen Risikos weiterer Komplikationen und Komorbiditäten stehen Psychoedukation und Elternt raining an erster Stelle.

ADHS kommt selten allein ...

Früh gesellt sich hintergründig Angst und depressive Verstimmung dazu. Das passiert vor allem, wenn das **Schreiben-, Lesen- oder Rechnen-Lernen** nicht so klappt, aber auch, wenn die „Chemie“ mit dem Lehrer nicht stimmt – oder ein Elternteil sehr ungeduldig ist.

Die Diagnose ist entscheidend für die Therapie

Die Kombination der Diagnosen bestimmen das Vorgehen. Die Akzeptanz der Basisdiagnose ADHS ist entscheidend, wenn Interventionen gelingen sollen.

Der **„multimodale Behandlungsansatz“** bei ADHS (so empfohlen von den Leitlinien) beinhaltet Elternberatung, Elternt raining, Beratung der Schule und Kindertherapie sowie, wenn nötig, medikamentöse Behandlung.

„Die Therapie“ bei ADHS gibt es ebenso wenig wie „die Verhaltenstherapie“ im Sinne eines wirklich alltagstauglichen Gesamtmanuals, sondern nur störungsspezifische effektive Therapie-Bausteine.

BASISBAUSTEIN ELTERNTRAINING

Aufklärung und Rat

Zielführend erweist sich in einem Elternt raining, unter besonderer Berücksichtigung des (als Kind) eventuell selbst betroffenen Elternteils, in einer Gruppe nach der Vorstellungsrunde sowie Sammeln der Problemfelder (und typischen Ressourcen) freundlich und sach-



Dipl.-Psych., Dipl. Heilpäd. Cordula Neuhaus

lich die **„andere“ neuronale Netzwerknutzung und Funktionssteuerung** bei ADHS gut visualisiert, nachvollziehbar und plausibel zu erläutern. Es ist wichtig, dies mit treffenden Beispielen zu unterlegen, an denen die Eltern ihre Kinder wiedererkennen können.

Im zielführenden **alltagstauglichen Elternt raining** gilt das Motto, dass man alles, was man über Kindererziehung gehört hat, vergessen kann – vor allen Dingen ständige Appelle an Einsicht, das Aufarbeiten vergangener Missetaten, Verstärkerentzug, Strafen, Strafandrohungen usw. Wenig erfolgreich haben sich leider auch Punktepläne erwiesen, wenn die eingeforderten Regeln nicht **avisiert, präzise und klar genug (optimal: in Bildern)** definiert waren und die Belohnung nicht zeitnah erfolgte. Im Elternt raining wird daher sehr auf eine Kommunikation abgehoben, mit der **ADHS-Kinder und -Jugendliche „erreichbar“** sind. Sie sind regelrecht angewiesen auf ein freundliches und wertschätzendes Gegenüber, das eher knapp und klar formuliert, alles vorher ankündigt, auf Widerstand gefasst ist, Regeln nicht diskutiert, sondern tatsächlich und unaufgeregt einfordert, was angekündigt wurde, schnell Streitigkeiten deeskaliert, immer die Anstrengungsbereitschaft belohnt und nicht nur das Handlungsergebnis respektiert und respektabel ist. **Krisen werden bezüglich des Verlaufs untersucht und verhaltensanalytisch dargestellt**, denn nur über Veränderung des Vorlaufs ist eine Eskalation vermeidbar. Dies gilt natürlich auch in der Schule, in der ADHS-Betroffene Anleitung und Lenkung beispielsweise bei der Freiarbeit brauchen, da sie sich nur spontan oder gar nicht entscheiden können. Häufiges **Feedback und Kontrolle** sind unerlässlich. Gelernt werden kann alles, was **plausibel, nachvollziehbar** erklärt wurde und **anwendungsbezogen** ist – aber auch nur dann. Bei der Elternberatung und im Elternt raining wird angeraten, den Medienkonsum zu überwachen und zu begrenzen. **Computer** besitzen für Kinder und Jugendliche mit ADHS eine **magische Anziehungskraft**, da diese ihrem Wahrnehmungs- und Reaktionsstil sehr entgegenkommen. Sie hyperfokussieren schnell, sind beim Spielen (aber auch beim Arbeiten) mit dem Computer rasch sehr erfolgreich,

unter anderem durch das schnelle Feedback und dadurch, dass sie nur tippen und anklicken müssen.

Da sie kein Zeitgefühl haben und rasch in eine hohe Erregung kommen, ist es schwer, sie nach längerer Zeit friedlich vom PC wegzuholen.

Eltern, Lehrer und Kind – alle werden in die Therapie einbezogen.

Angesichts der nach wie vor hitzigen Diskussion um ADHS und die medikamentöse Behandlung muss hier mit viel Fingerspitzengefühl vorgegangen werden.

BASISBAUSTEIN SCHULBERATUNG

Anhand der Erkenntnisse der aktuellen Daten aus Langzeitstudien ist unbedingt die Sichtweise zu verändern. Es ist nicht so, dass sich die Kinder und Jugendlichen nicht anstrengen oder anpassen wollten, **sondern sie sind leider durch ihren Wahrnehmungs- und Reaktionsstil in allen wesentlichen Lebensbereichen eingeschränkt.** Entsprechend fordert beispielsweise Professor Hans-Christoph Steinhausen, dass man die Umgebung an die Bedürfnisse der Patienten anzupassen habe, zum Beispiel einen **festen Sitzplatz im Klassenzimmer**, so gut es geht gelenkte Beschäftigung und einen **strukturierten Tagesablauf**. Kinder mit ADHS können sich ihre Hausaufgaben ab der ersten Klasse **nicht ohne Aufschrieb** merken. Sie brauchen Anleitung bei der „Freiarbeit“, Unterstützung bei der Gruppenarbeit, **profitieren sehr von übersichtlichen Arbeitsblättern** – und einer Kommunikation, wie im ETKJ ADHS beschrieben.

Konzentrations- und Selbstinstruktionstraining als „Fertigkeitstraining“ an sich sind nicht effektiv, ebenso wenig das EEG-Neurofeedback als alleinige Maßnahme.

Entspannungsverfahren, vor allen Dingen das autogene Training, verschlechtern die Symptomatik meist sogar.

BASISBAUSTEIN VERHALTENS-TRAINING

Es zeigt sich im therapeutischen Alltag, dass Kinder und Jugendliche mit ADHS in „**Cheffunktion**“ bei einer **Fortbildung in eigener Sache** (die viel besser akzeptierte Bezeichnung für Therapie) durchaus bereit sind, **kompensierende Strategien** bezüglich Zeitplanung mit Visualisierungshilfen, Checklisten und Lerntricks aufzunehmen und anzuwenden, wenn es für sie **plausibel, machbar und konkret anwendungsbezogen** erscheint, sinnvollerweise an ganz konkreten Fragestellungen des Schulalltags.

Schwieriges und Langweiliges:

Zum gezielten Erlernen und Einüben der Verlängerung der Daueraufmerksamkeitsspanne, der Vergrößerung der Kurzzeitspeicherkapazität wird mit verschiedenen konzentrationsfördernden Materialien zunächst an der **sinnerfassenden, bedeutungsstiftenden Aufnahme von Instruktionen**, am Herangehen an subjektiv Schwieriges oder Langweiliges, der Systematisierung des Wahrnehmungsstils gearbeitet. Die Materialien sind auf die Spezifität der Wahrnehmungsdifferenzierungsschwäche zugeschnitten (visuell oder auditiv), werden ergänzt durch Hilfestellungen und Anpassung der Umsetzung an die Möglichkeiten des Kindes (z. B. Schreiben mit Druckbuchstaben, kleiner schreiben oder mit einem geeigneten Stift schreiben, etc.).

Die Behandlung erfolgt nach **lerntheoretischen Gesichtspunkten** mit Selbstinstruktionstraining, **mit viel Verstärkung der Anstrengungsbereitschaft**, verhaltensformend, strukturiert und strukturierend. Dabei wird bei Erfolg immer ein ganz kleines bisschen mehr eingefordert, als das Kind/der Jugendliche von sich aus leistet.

Hier greift am besten **ein heilpädagogisch-lerntherapeutischer Ansatz**.

Die konstitutionell bedingte Neurodynamik bei ADHS führt zu einer spezifischen Regulierungsdynamik mit unmittelbaren funktionellen Auswirkungen und somit zu einem Wahrnehmungs- und Reaktionsstil, der Betroffene von Gleichaltrigen unterscheidet. Wie die internationale seriöse wissenschaftliche Forschung immer eindeutiger belegt, besteht bei ADHS **eben nicht nur eine Aufmerksamkeitsstörung** in Form von Ablenkbarkeit und zu geringer Ausdauer bei „Konzentrationsmangel“, sondern beinhaltet vor allem, dass die Aufmerksamkeit nur bei subjektiv positiver emotionaler Vorbewertung einer Sache oder einer Person aktiviert werden kann. Angesichts einer schwierigen oder subjektiv langweiligen Aufgabenstellung erfolgt **schlagartiges „Ermüden“**. Beeinträchtigt ist z. B. auch die Fähigkeit, sich adäquat schnell von einer Situation auf eine andere umorientieren zu können, wenn die Aufmerksamkeit des Kindes bereits auf eine Sache oder Person gerichtet ist. Betroffene können **nach Unterbrechung oft nicht zurück zur Aufgabe finden**, schauen im Zusammenhang mit ihrer ebenso typischen Impulskontrollstörung oft nicht richtig hin und **erfassen oft Gelesenes so nicht sofort vollständig** (sinnerfassend und bedeutungsstiftend). Bedingt durch eine mittlerweile **belegbare Dysregulation des Hirnstoffwechsels im Stirnhirn**, aber auch durch einige strukturelle Unterschiede im Vergleich zu Nichtbetroffenen, muss erkannt werden, dass Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit ADHS offensichtlich ihre neuronalen **Netzwerke „anders“ nutzen**. So reift eine „automatische Servo-Verhaltenskontrolle“ nicht heran, die Kurzzeitspeicherkapazität bleibt zu klein bezüglich des Aufnehmens

und des Integrierenkönnens von Information innerhalb des Speichers über die Zeit. Durch eine deutliche Beeinträchtigung der „executive functions“ im Stirnhirn ist das **Setzen von Prioritäten nur schwer möglich**. Ein reifes, abgewogenes Entscheiden, ebenso ein ständiges, selbstangeleitetes inneres Sprechen mit der Fähigkeit, sich planend und zielgerichtet anzuleiten, entwickelt sich nicht ausreichend.

Der Spontanabruf von Wissen gelingt oft nur unzureichend oder verzögert.

Danichtgleichmäßig auf Altdaten im Langzeitspeicher zuverlässig zurückgegriffen werden kann, **können Kinder mit ADHS aus Erfahrung nicht lernen** (vgl. u. a. Schachar et al. 2004) und es entsteht kein Gefühl für Zeit, womit natürlich das Einteilen von Zeit auch schwierig ist, unangenehme Aufgaben bis auf den letztmöglichen Zeitpunkt „geschoben“ werden.

Die Symptome der Impulskontrollstörung beinhalten auch, dass **schnell emotional, sofort bewertend, polarisierend** wahrgenommen wird. Die Stimmung kippt extrem schnell aus geringstem Anlass. Die Gefühlslage wird rasch extrem von total begeistert bis furchtbar beleidigt, sehr sauer, in die Befürchtung der Befürchtung rutschend, plötzlich abgrundtief traurig entgleisend, mit einem „sich Hineinsteigern“, ohne dies zu wollen oder verhindern zu können, geschweige denn abzubremesen.

Die motorische Unruhe, die aber nicht bei allen Betroffenen besteht (und die dann eher langsam und verträumt wirken), weicht im Laufe der Kinderentwicklung einer **eher inneren Getriebenheit**, kann aber auch bei hoher Motivation oder Neuheitscharakter einer Situation intermittierend völlig verschwinden.

Motivation ist bei ADHS da oder nicht und hängt von der subjektiven, rein emotionalen Bewertung der Betroffenen ab, der seiner Gefühlslage regelrecht ausgeliefert zu sein scheint bei der syndromtypischen **Unfähigkeit zum Belohnungsaufschub**.

Neuere Forschungen zeigen, dass die **Strukturen des Kleinhirns im Vergleich zu Nichtbetroffenen kleiner sind** und somit offensichtlich eine diskrete Koordinationsstörung im Kindesalter mit mangelhafter Rhythmisierung der Bewegung und ein mangelhaftes, ständiges Unterstützen einer zielmotorischen Umsetzung durch die Augenbewegungen bei ADHS dazugehören.

Kinder und Jugendliche mit ADHS benötigen die **acht- bis 18-fache Zeit für die Verautomatisierung von Regeln**, subjektiv nicht unbedingt interessierenden Lerninhalten (Goldstein 1997). Die langjährige Erfahrung zeigt, dass die von Barkley 1997 geforderte „**seelische**

Entwicklungsverzögerung“ bei ADHS tatsächlich mindestens ca. 30 % im Vergleich zu Gleichaltrigen beträgt.

Ebenso problematisch ist, dass die normalerweise ab dem 4. Lebensjahr heranreifende **Fähigkeit zum „automatischen Perspektivewechsel“ nicht entsteht**, so dass Kinder und Jugendliche mit ADHS mit 12 Jahren eben auch bei ihnen gut bekannten und vertrauten Personen nicht in der Lage sind, vorwegnehmen zu können, wie das Gegenüber das, was sie sagen oder tun, sieht, geschweige denn in der Lage sind vorwegzunehmen, was daraufhin passieren wird. **Dies beeinträchtigt die situationsangepasste Selbstdarstellung gravierend** und führt im Laufe der lebensgeschichtlichen Entwicklung vermehrt zu Konflikten mit allen, mit denen sich die Betroffenen an sich gut verstehen wollen.

Um sich mit diesem Wahrnehmungs- und Reaktionsstil orientieren zu können, benötigen die Kinder **klare Regeln und deutlichste Strukturen** und eine **freundlich-wertschätzende, aber direkte Art**, mit ihnen zu kommunizieren, besonders, wenn sie stark betroffen sind. Oft entstehen zusätzlich Teilleistungsstörungen und eine recht große Anzahl hat gute bis weit überdurchschnittliche Begabungsressourcen.

Verhaltenstraining für Kinder und Jugendliche

Die ergänzende begleitende Elternarbeit ist verhaltenstherapeutisch-systemisch ausgerichtet. Ein rein systemisch-familientherapeutischer Ansatz erfolgt nicht (da völlig ineffektiv).

Bei den Kindern und Jugendlichen wird die therapeutische Arbeit sehr an den konkreten Anforderungen in der Schule ausgerichtet, beim Training der sozialen Kompetenz orientiert sie sich an tatsächlichen akuten Konflikten.

BASISBAUSTEIN SOZIALES KOMPETENZTRAINING

Effektiv ist ein Training der sozialen Kompetenz, das intensiv mit „**Störungsbildteaching**“ arbeitet – ein Strategietraining, das sich ganz konkret am aktuellen **Alltagserleben der Kinder und Jugendlichen** orientiert und spezifische Hilfestellungen aufbaut für das konkrete Umsetzen im Moment, in dem es nötig wird. Hierbei zeigt sich: Je besser ein ADHS-Betroffener weiß, wie er „funktioniert“, desto besser gelingt die **Akzeptanz einer Autorität** und deren Anweisungen, der **verbesserte Umgang mit Ärger und Frustration**, das Ignorierenlernen verletzender Interaktionsmuster und der Widerstand gegen Versuchungen. Beim verhaltenstherapeutischen Behandlungsansatz scheint die **Gruppentherapie** am wirkungsvollsten, sowohl zum Erarbeiten von Lernstrategien unter lerntheoretischen

Gesichtspunkten wie auch beim Training der sozialen Kompetenz (das allerdings eher ab dem Jugendlichenalter greift. Die Selbstwertsteigerung ist tatsächlich nur über Kompetenzverbesserung erreichbar.

Zum Training der sozialen Kompetenz (einem Programm nach Copeland und Walker 1995, von C. Neuhaus überarbeitet) sollen an **realen, konkreten Alltagssituationen** Strategien zur **verbesserten Kontrolle von Ärger** und Frustration, zur Akzeptanz einer Autorität und deren Anweisung, zur Sicherstellung und Bestätigung der eigenen Unabhängigkeit, zum positiven Umgang mit der Tatsache, anders zu sein und zum **Erlernen von Nichtbeachtung schwieriger, provokanter und verletzender Interaktionsmuster** geübt werden.

ger, provokanter und verletzender Interaktionsmuster geübt werden.

Vertieft wird dies durch emotionsprovozierende Spiele, mit Stressinduktion, aber immer an ganz konkreten, für die Kinder relevanten Situationen.

ADHS ist eine chronische Störung. Viele therapeutische Effekte halten nicht an, wenn die Verhaltenstherapie nicht mehr stattfindet, daher benötigen viele Betroffenen wiederholte Auffrischungen.

■ Dipl.-Psych., Dipl. Heilpäd. Cordula Neuhaus

ADHS: Was dabei in Schule wirklich wichtig ist



Prof. Dr. h. c. Hans Biegert

Begabung und Intelligenz sind schlechthin keine Garantien für Schulerfolg und gute Noten!

- Oder anders ausgedrückt:
Schlechte Noten, Sitzenbleiben bedeutet noch lange nicht, dass ein Schüler unintelligent oder unbegabt sei.
- Für Eltern, Lehrer, Schulberater lautet daher eine zentrale Frage:

Was kann Schule, was können – ja müssen! – wir Lehrerinnen und Lehrer tun, damit unsere Schüler im größtmöglichen Umfang über ihr Begabungspotential verfügen?

Eine Antwort darauf gibt der amerikanische Psychologe Paul Watzlawick (* 25. Juli 1921 in Villach/Kärnten, Österreich; † 31. März 2007 in Palo Alto, Kalifornien, bekannt durch sein Buch: *Anleitung zum Unglücklichsein*):

„Problemlösungsprozesse zwischen Menschen spielen sich zu 80 % auf der Beziehungsebene ab.“

Das bedeutet für Schule:

Die Fachkenntnisse eines Lehrers sowie Methodik und Didaktik des Unterrichts oder das fachliche Interesse des

Schülers sind eine notwendige aber keineswegs hinreichende Garantie für erfolgsorientierten Unterricht; sie wirken sich (nach Watzlawick) zu allenfalls 20 % auf den Unterrichtserfolg, die Unterrichtswirksamkeit aus.

80 % der Unterrichtseffektivität hingegen definiert sich demnach über die Beziehungsqualität zwischen Lehrer und Schüler (Schulsozialklima). Gelungener, guter, interessanter, erfolgreicher, schülerorientierter (auf wen oder was sollte sich denn Unterricht sonst orientieren?) Unterricht bedeutet demnach zu allererst gute Beziehungen zwischen Lehrer und Schüler.

Aber was hat dies mit ADHS, besonders bei Kindern und Jugendlichen im Schulalter, zu tun? Ein Beispiel:

Timo: Hört nicht zu, vergisst ständig etwas, bricht Arbeitsaufträge ab, zeigt keinerlei Ausdauer und ist durch geringste Kleinigkeiten ablenkbar. Er handelt unüberlegt, platzt im Unterricht rein, kann nicht abwarten, ist bei geringsten Schwierigkeiten frustriert, ist unorganisiert, unordentlich, reagiert übermäßig. Er hält sich nicht an Regeln, er zappelt ständig in seiner Bank, ist ratlos und kann sich keine fünf Minuten lang ruhig verhalten und redet übermäßig laut, viel und Unpassendes.

Dies alles – trotz immer wieder guten Zuredens und Ermahnens – in der Schule wie auch zu Hause, und begonnen hatte dies bereits im Kindergarten. Mediziner subsumieren diese Symptome unter Aufmerksamkeitsdefizit, Impulsivität, Hyperaktivität und bezeichnen dieses Syndrom immer dann als ADHS – Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung bzw. HKS – Hyperkinetisches Syndrom, wenn das

Störungsbild so ausgeprägt ist, dass eine alteradäquate Sozialintegration und begabungsgerechte Schulentwicklung des Kindes tiefgreifend gestört und nicht nachhaltig beeinflussbar ist. Wissenschaftliche Untersuchungen bestätigen, dass 4-6 % einer Jahrgangsstufe im Kindes- und Jugendalter von ADHS betroffen sind. D. h.: 500.000-700.000 Kinder zeigen dieses tagtäglich in deutschen Schulklassen ausgeprägte Problemverhalten.

- So zeigen bereits 30 % der Schüler mit ADHS versus 6,5 % ohne ADHS massive Probleme im Grundschulalter.
- So werden 30 % der Schüler mit ADHS versus 3 % ohne in Förderschulen überwiesen.
- So wiederholen 80 % der Schüler mit ADHS versus 25 % ohne ADHS in der Sek I mindestens einmal eine Klasse.
- So werden Schüler mit ADHS um den Faktor 10 im Unterricht häufiger ermahnt und negativ angesprochen und um den Faktor 8 häufiger des Unterrichts verwiesen.
- So scheitern bundesweit 100.000e von ADHS-Kindern und Kinder mit ADHS-typischen Problem-Verhaltensweisen trotz nachgewiesener hinreichender, vielfach überdurchschnittlicher Intelligenz in ihrer Schulentwicklung, erzielen keine begabungsadäquaten Schulabschlüsse und gelangen nicht in geeignete Ausbildungen und Berufe. So „Spiegel-Online“, Januar 2011. „Hochbegabter Randaleschüler: IQ 139, und keiner hat’s gemerkt“.
- So fühlen sich „betroffene“ Lehrer und Schulbedienstete hilflos, ausgebrannt, allein gelassen und unvorbereitet im schulpädagogischen Umgang mit derart massiven Unterrichts-/Verhaltensstörungen. „Die Not ist riesengroß!“ so die ZEIT Mitte Nov.2010 zur aktuellen Situation der Lehrer vor deutschen Schulklassen.

Dass angesichts dieser Bestandsaufnahme Kinder mit ADHS gerade nicht zur Kerngruppe der ausgesprochenen Beliebtheit bei Lehrerinnen und Lehrern gehören, scheint nachvollziehbar.

Was also ist zu tun, wenn wir dem Ansatz von Watzlawick folgen:

„Wirksamer Unterricht bedeutet zu allererst gute Beziehungen zwischen Lehrer und Schüler“.

Was heißt dies konkret für die schulpädagogisch-unterrichtliche Praxis?

- a) Angstfreies Lernen als pädagogisches Lernprinzip**
- b) Ermutigender Zuspruch als Verhaltensmaxime**
- c) Vertrauen als pädagogische Einstellung**
- d) Einfühlungsvermögen und Geduld als Grundhaltung**

a) Angstfreies Lernen als pädagogisches Lernprinzip
Humaner, am Kind orientierter Unterricht muss Ängste von Kindern und Jugendlichen offen werden lassen. Nur dann ist es möglich, lernhemmende Angst zu überwinden und die

Schularbeit so zu gestalten, dass ängstigende Unterrichtssituationen vermieden werden. Schulische Angst entsteht vor allem durch fehlenden menschlich-emotionalen Kontakt und durch unterrichtlichen Leistungs-/Könnensdruck. Also nicht Prüfung, Noten und Leistungsanforderung an sich ängstigen, sondern eine daraus abgeleitete Be-/Verurteilung und eine damit verknüpfte Befürchtung, nicht akzeptiert, desintegriert, beschämt zu werden. Die Folgen derartiger schulischer Angst sind lernstörend:

- Übergroße Angst macht sprichwörtlich „dumm“; sie behindert nämlich das Denken, weil sie Kinder und Jugendliche in einen Notzustand versetzt, in dem diese nicht mehr ruhig überlegen können, also nicht einmal über das verfügen können, was sie noch gestern einwandfrei konnten (ein Sachverhalt, der im Übrigen inzwischen naturwissenschaftlich neurobiologisch einwandfrei nachgewiesen ist).
- Andauernde Angst macht krank, weil sich dauerhaft verhängnisvoll übermäßige Anspannung auch körperlich ausdrückt, z. B. in Bauchschmerzen, Durchfall, unruhiger Schlaf, Ablenkbarkeit ...
- Starke Angst macht unkonzentriert, weil die Schüler abwehren wollen, was sie bedrückt und sich dabei nicht ungestörtem Lernen und Aufmerksamsein widmen können.
- Lähmende Angst macht stumm, den Kindern und Jugendlichen verschlägt es die Sprache, sie können nicht spontan mitreden und deshalb nicht erfolgreich lernen.

Oft „zeigen“ Schüler dann keine Angst mehr, sondern äußern sich in vermeintlicher Gleichgültigkeit gegenüber Lernen, Unterricht, Schule. Tatsächlich aber können Lernunwille und Apathie dabei Folge verdrängter Angst sein, weil diese auf Dauer nicht ertragen wurde. Angstfreies Lernen erwartet von uns Lehrern, dass wir uns von uns aus nach den Ängsten der Kinder und Jugendlichen erkundigen. „Pädagogischer Takt“ heißt dies und ist eine wichtige Voraussetzung für angstfreies Lernen, d. h. das Kind ganzheitlich, also stets gleichzeitig /synchron in seiner kognitiven, sozialen und emotionalen Entwicklung wahrzunehmen und zu begleiten. Dies muss bedeuten

- Achtung vor dem Kind
- Respekt für seine Rechte
- Toleranz für seine Gefühle
- Bereitschaft aus seinem Verhalten über sein Wesen zu lernen.

Ohne das Offensein für das, was ein Schüler uns durch sein Verhalten, seine Haftung mitteilt, ist uns kaum eine echte Zuwendung/Anteilnahme möglich. Wir brauchen diese Artikulation des Kindes, um es zu verstehen und begleiten zu können. Auf der anderen Seite benötigt das Kind seinen freien Raum, um sich adäquat kognitiv, sozial und emotional artikulieren zu können. Das Lernen ergibt sich so aus dem Hinsehen und Zuhören, was wiederum zum noch besseren

Zuhören und Eingehen auf das Kind führt. Pädagogischer Takt ist die Fähigkeit, sich in Kinder einzufühlen. Taktvoller Umgang äußert sich vor allem darin, dass wir uns wohlwollend, mit positiver Erwartungshaltung und rücksichtsvoll dem Schüler gegenüber verhalten. Wir vermeiden damit, diese durch Worte, Handlungen, Mimik und Gestik ja sogar durch vorweggenommene Be- oder Verurteilung und Erwartung zu verletzen, bloßzustellen oder in Versagenssituationen zu beschämen. Pädagogisch taktvolles Handeln achtet die Würde des Heranwachsenden und stärkt damit das gegenseitige Verständnis; dies ist in diesem Sinne keine „Forderung“ an den Lehrer, sondern eine Chance, in der Schule besser miteinander zu leben.

b) Ermutigender Zuspruch als Verhaltensmaxime

Ermutigender Zuspruch mindert Schulängste. Auch Lehrerinnen und Lehrer können in einer ermutigenden Arbeitsatmosphäre entspannter und damit besser lehren und lernen. Ebenso sollen auch die Schüler durch anerkennende Worte ermutigt werden; es gilt hier, die positiven Seiten des Schülers wahrzunehmen und die Kinder Wertschätzung spüren zu lassen. Eine Lernsituation ermutigend zu gestalten, heißt auch, mehr zu unterstützen, statt ständig zu beurteilen und zu bewerten; ständig abgefragt, geprüft, kontrolliert und zensiert zu werden. Zum ermutigenden Lernen gehört eben auch die Erfahrung des Fehlermachens, ohne sofort be- oder verurteilt zu werden. Methode des ermutigenden Unterrichts ist die Hinwendung zum Schüler, die Beziehungsaufnahme. Sie bedeutet eben nicht, auf den Schüler „einzuwirken“, sondern zu ihm in eine „helpende Beziehung“ einzutreten:

***auf-richten statt unter-richten!** (heißt die Devise).*

Lehrerinnen und Lehrer müssen in der Schule auch das Nichtkönnen ernst nehmen. Wir alle sind Könner und Nichtkönner zugleich, Schüler wie Lehrer. Wenn das so ist, wäre es doch eigentlich unsere Pflicht, beide Sachverhalte anzuerkennen. Ich habe aber den Eindruck, dass uns in der Schule stets nur das Können angenehm ist, während wir das Nichtkönnen (vor)schnell als Dummheit, Verweigerung, Faulheit, Desinteresse, elterliche Verwöhnung ... ständig diskriminieren. Das ist unmenschlich in dem Sinne, dass wir uns wünschen, Begrenztheit des Menschen möge nicht sein; das geht nicht! Wir dürfen unsere Schüler nicht zum Können zwingen, indem wir das Nichtkönnen diffamieren. Ganz im Gegenteil gilt: Nur dort, wo das Nichtkönnen auch seine legitime Chance hat, wird Können und Könnenlernen überhaupt erst richtig möglich. Zwang zum Können macht Angst vor dem Versagen und erzeugt Entmutigung. Das Akzeptieren von Nichtkönnen macht Mut zum Ausprobieren, zur Leistung, erzeugt also Ermutigung. Kinder sind verschieden, wir an der HEBO-Privatschule sorgen dafür, dass sie gleiche Chancen haben.

c) Vertrauen als pädagogische Einstellung

Dazu gehört für Kinder und Jugendliche in erster Linie liebevolle und anregende Zuwendung. Wenn wir, die beteiligten Lehrerinnen und Lehrer harmonisch zusammenarbeiten, uns Zeit für die Schüler nehmen, die Schüler ernst nehmen und achten, ihnen die Schulwelt positiv deuten und sie zu Leistungen ermutigen, die ihr Selbstwertgefühl stärken, dann wird damit das verlässlichste Fundament für Vertrauen gelegt.

Das Gefühl von Vertrauen leitet sich hauptsächlich von der Bindung des Schülers an seine Lehrer ab. Ausschlaggebend für das Aufbauen von Bindungen und Beziehungen zwischen den Schülern und uns Lehrern ist offenbar, welche Einstellung wir Lehrer zu unseren Schülern haben und in welchem Maße wir für ihre Mitteilungen und Gefühle empfänglich sind. Herzliche und warme Lehrer-Schüler-Beziehungen sind bindungsfördernd und vertrauensbildend, kalte, von emotionaler Ablehnung oder Gleichgültigkeit getragene Interaktionen sind bindungshinderlich und fördern Misstrauen.

Nur dann können Kinder zu psychisch stabilen, kooperationsfähigen und liebevollen Menschen heranwachsen, wenn ihnen vor allem Vertrauen in zwischenmenschlichen Beziehungen entgegengebracht wird. Im Hinblick auf pädagogisches Handeln in der Schule heißt das:

Der Art der zwischenmenschlichen Beziehung kommt eine entscheidende Rolle zu. Je nach Art der Beziehung zwischen Lehrern und Schülern wird sich auch das sachorientierte Handeln, das Lernen, die Anstrengungsbereitschaft und die Lernhaltung bei den Schülern unterschiedlich ausprägen und entfalten.

Die von Vertrauen geprägte Beziehung ist das tragende Fundament. Weil Schulkinder ihr Ich am Du des Lehrer-Gegenübers ausbilden, sehe ich die menschlich-persönliche Beziehung als das Wichtigste, das Umfassende an, in das alles pädagogische Handeln eingebettet sein muss. Das haben auch Pädagogen wie Pestalozzi, Schleiermeier, Nohl und der Philosoph Buber immer wieder hervorgehoben. Ich betone diese Einsicht, um der Auffassung von vornherein entgegenzutreten, Erziehung könne mittels Beziehungs- und Kommunikationstechniken nach Plan ablaufen und gehöre in den Bereich des „Machbaren“. Das, was in der pädagogischen Beziehung geschieht, ist stets persönlich, individuell und existentiell. Immer geht es dabei um einmalige Menschen in einmaligen Lebensumständen, die sich begegnen, die Erwartungen aneinander stellen, sich verstehen, verfehlen und sich gegenseitig beeinflussen, so drückte es der Pädagoge Andreas Flitner aus. Dadurch, wie ein Schulkind sein Ich in der Beziehung zum Du seines Lehrers ausbilden kann, wird sein weiterer Bildungs- und Lebensweg wesentlich beeinflusst.

d) Einfühlungsvermögen und Geduld als Grundhaltung

Kinder und Jugendliche suchen und brauchen Aufmerksamkeit für ihre Bedürfnisse, Wünsche und Erwartungen, was nicht heißt, dass diese immer erfüllt werden. Einfühlungsvermögen in der Schule meint im weitesten Sinne die Fähigkeit von Lehrerinnen und Lehrern.

- zuhören zu können
- sich in die Lage des Schülers hineinversetzen zu können
- mitzufühlen, einführend zu verstehen
- zu erkennen, wie es in dem Schüler aussieht und worum es ihm wirklich geht.

Wahre Anteilnahme zeigt sich darin, dass das Kind sich in seiner momentanen Befindlichkeit vom Lehrer angenommen fühlt, so dass ein Gefühl von Nicht-Verstandenwerden und Verlassenheit erst gar nicht aufkommen kann. Ein Kind, das sich gehört und ernst genommen fühlt, braucht seinen Wunsch usw. auch nicht ständig zu wiederholen oder langatmig zu erklären. Die „Botschaft“ ist ja gehört worden und nun kann/könnte abgewartet werden, was daraus wird. Voraussetzung für Einfühlungsvermögen ist also beim Lehrer

- die Bereitschaft wirklich zuzuhören und den Schüler dabei empathisch anzusehen
- zunächst wertfrei wahrzunehmen, was der Schüler vorbringt und dies einfach als seinen Standpunkt gelten lassen, auch wenn dies zunächst nicht akzeptierbar erscheint – gemessen an den eigenen Vorstellungen
- vorübergehende Distanz zu den eigenen Erwartungen und Wünschen.

In der Reflektion darüber, was uns als Lehrer/Schulleiter eigentlich daran hindert, den Kindern und Jugendlichen zuzuhören und sich vorübergehend in diese hineinzuversetzen, habe ich in meiner Schul- und Unterrichtspraxis immer wieder folgende Punkte feststellen müssen:

- Ungeduld/Zeitdruck (ne', jetzt auf keinen Fall!)
- Bequemlichkeit (wir haben nun wahrlich genug am Hals)
- Unsicherheit (das war schon immer so/das hat es ja noch nie gegeben!)
- Vorurteile (wie etwas sein sollte)
- Mangelnde Flexibilität (starres Festhalten an Bisherigem)
- Angst vor Neuem/Unbekanntem (wie sollen wir auch das noch schaffen?)
- Angst vor Überlastung (nicht Neinsagen können)
- Verstecktes Misstrauen (der will sowieso nur seinen eigenen Vorteil)
- Trotz/Beleidigtsein (der nimmt mich gar nicht ernst).

Unsere innere Haltung oder Einstellung bestimmt letztlich darüber, wie sehr wir uns unseren Schülerinnen und Schülern öffnen oder verschließen, ob wir eher Nähe zulassen

oder auf Distanz gehen. Hier spielt der Selbstwert, die Selbsteinschätzung, das Selbstbild und das Selbstkonzept des Lehrers eine große Rolle. Menschen mit einem stabilen Selbstwertgefühl haben einen relativ sicheren Stand. Sie können Nähe gut zulassen und sich folglich leichter in andere hineinversetzen, weil sie nicht so sehr befürchten, den eigenen Standpunkt durch neue Eindrücke zu gefährden. Sie sind dadurch bereit Ungewohntes auf sich einwirken zu lassen und offen zu sein für das, was sich daraus ergibt. Menschen mit schwachem Selbstwertgefühl und folglich ausgeprägten Selbstzweifeln und Unsicherheit haben hingegen einen unsicheren Stand, und sie strahlen genau dies auch aus. Sie neigen daher dazu, auf Distanz zu gehen, um sich damit vor einer möglichen befürchteten Verunsicherung zu schützen. Sie sind bemüht, Dinge von sich fernzuhalten, die sie beunruhigen oder verunsichern, und sie sind verschlossen gegenüber dem, was nicht ins eigene „Bild“ passt. Aus Angst, sich nicht durchsetzen, ihren vorgefassten Standpunkt nicht wahren zu können, hören sie gar nicht erst genau hin, reagieren vorschnell und mit Abwehr und verhalten sich tendenziell eher autoritär. Diese Haltung erschwert es tatsächlich, sich auf Kinder und Jugendliche einzustellen. Einfühlungsvermögen verlangt jedoch, sich selbst und die Schüler ernst zu nehmen und zu respektieren, das heißt, auch Schülern in der menschlichen Auseinandersetzung das gleiche Recht einzuräumen, das man für sich als Lehrer in Anspruch nimmt.

Was in Schule wirklich wichtig ist:

- a) Angstfreies Lernen als pädagogisches Lernprinzip**
- b) Ermutigender Zuspruch als Verhaltensmaxime**
- c) Vertrauen als pädagogische Einstellung**
- d) Einfühlungsvermögen und Geduld als Grundhaltung**

Gilt all dies schlechthin für alle Schülerinnen und Schüler, so in besonderem Maße für Kinder mit Lern- und/oder Verhaltensbesonderheiten wie ADHS, denn diese Kinder

- erleben in Schule noch viel mehr Situationen angstbesetzt
- erleben in Schule und Unterricht regelmäßig viel weniger ermutigenden Zuspruch, sondern eher negative Rückmeldung, Disziplinierung, Ausgrenzung
- erleben in Schule viel weniger Vertrauen, vertrauensvolle Zuwendung, akzeptierendes Verstehen. Sie, die Kinder mit den Lern- und Verhaltensbesonderheiten, und insbesondere jene mit ADHS, sind oft jene, denen viel weniger zugetraut wird, ständig konfrontiert mit dem sublimen Vorwurf „sie könnten ja, wenn sie nur wollten“
- erleben in Schule viel weniger Einfühlungsvermögen und Geduld; sie sind oft jene, die als Chaoten und Störenfriede diffamiert und bloßgestellt werden, viel schneller des Unterrichts verwiesen werden und Disziplinarmaßnahmen erfahren, bis hin zur Ausschulung.

Alle Lehrer-Schüler-Situationen sind mit Gefühlen geladen. Das ist unvermeidlich und muss auch so sein, denn nur, wenn wir in unserem Verhalten als Lehrer unsere positiven Gefühle für unsere Schüler erkennen lassen, können diese zu der Überzeugung gelangen, dass sie wichtig für uns sind. Emotional kalte und Schülern gegenüber gleichgültige Lehrer werden mit ziemlicher Sicherheit in ihrem Unterricht emotional gehemmte und tendenziell aggressiv-oppositionelle Schüler haben. Nicht auf einzelne pädagogische Maßnahmen kommt es an, sondern auf unsere richtige Einstellung zum Kind, zum Jugendlichen und (!) auf unsere Echtheit und Glaubwürdigkeit dabei. Mark Aurel drückte dies so aus:

„Eine positive Einstellung ist unüberwindlich, wenn sie echt* ist.“
*gemeint ist: „wenn sie gelebt wird“:

zu ermutigen	statt	zu verurteilen
zu verstehen	statt	auszugrenzen
zuzuhören	statt	wegzugehen
anzuerkennen	statt	zu ignorieren

usw.

Dass all dieses, was zunächst „nur“ wie pädagogisch-psychologisch philosophische Grundüberzeugungen klingt, in der schulpädagogischen Praxis sehr wesentlich für ein positives Schulsozialklima und dieses wiederum von zentraler Bedeutung für Unterrichtswirksamkeit, Schulqualität und Lerneffektivität ist, dies spiegeln die wissenschaftlichen Erkenntnisse der aktuellen empirischen Bildungsforschung zum Thema Unterrichtswirksamkeits- und Schulqualität wieder.

- a. 1993 veröffentlichte Andreas Helmke, Professor für Entwicklungspsychologie, Universität Koblenz-Landau, eine der umfassendsten Unterrichtswirksamkeitsstudien der Nachkriegszeit „*Unaufmerksamkeit in Schulklassen – Problem der Klasse oder des Lehrers.*“ Evaluiert wurde die Aufmerksamkeitswirksamkeit des Lehrerverhaltens vs. unterschiedlicher Klassenkonstellation in 52 Grundschulklassen über die jeweilige Dauer von 1.-4. Klasse; Ergebnis:

Neben Klassenführung und Adaptivität im Lehrerverhalten ist das „positive Schulsozialklima“,

» **die positiv-emotionale Lehrer-Schüler-Beziehung**

der dritte, gleichbedeutende unverzichtbare Wirksamkeitsfaktor für Unterrichterfolg und Schulqualität (unter welcher unterrichtlichen und schulpädagogischen Rahmenbedingungen lernen Kinder am effektivsten).

- b. Von besonderer Bedeutung ist eine weitere Studie (Fröhlich et. al. 2002) im Hinblick auf Lernwirksamkeit in der Schule und der hierbei dem Schulsozialklima

bzw. der positiven Lehrer-Schüler-Beziehung zukommenden Präferenz: Untersucht wurde die Entwicklung von ADHS-Kindern an der HEBO-Privatschule in Bonn sowie ADHS-Kinder Kölner Grundschulklassen, wobei die Wirksamkeit eines störungsbildspezifischen Selbstinstruktionstrainings evaluiert wurde. Ergebnis: Neben der Wirksamkeit von unmittelbaren verhaltensmodifizierenden Maßnahmen aus dem Selbstinstruktionstraining erwies sich die positive Lehrer-Schüler-Beziehung als der entscheidende Gesichtspunkt/Wirksamkeitsfaktor zur Verbesserung unterrichtlichen Verhaltens ADHS-betroffener Kinder:

„Der pädagogische Bezug zum Kind erwies sich als ein entscheidender Gesichtspunkt für den Erfolg der Arbeit.“

- c. Zum Schluss einige hochaktuelle (veröffentlicht in 11/2010 „Gehirn & Geist“) Ergebnisse der evidenzbasierten empirischen Bildungsforschung in diesem Zusammenhang:
- Prof. Dr. Victor Battistich, Psychologe, University of Missouri, St. Louis: „Schüler, die unterstützende persönliche Beziehungen in der Schule erleben, haben eine positivere Einstellung zum Lernen und insgesamt mehr Spaß an der Schule, mehr Interesse und Eigeninitiative in schulischen Angelegenheiten.“
 - Univ.-Doz. A. Univ. Prof. Dr. Ferdinand Eder, Leiter des Fachbereichs Erziehungswissenschaft, Universität Salzburg: „Ein schlechtes Schul- und Klassenklima geht einher mit erhöhter Prüfungsangst, mangelnder Leistungsbereitschaft und Disziplin sowie geringer Selbstachtung.“
 - Dr. Diana Raufelder, promovierte Erziehungswissenschaftlerin, TU Berlin: „Je positiver ein Schüler das Verhältnis zu einem Lehrer oder einer Lehrerin beschrieb, desto größer war auch das Interesse am jeweiligen Fach. Je mehr sie (die Schüler) subjektiv das Gefühl hatten, vom Pädagogen wahrgenommen zu werden, desto spannender erschien der Unterricht.“
 - Ph. D. Richard M. Ryan und Ph. D. Edward L. Deci, beide Psychologen an der University of Rochester: „Der Anreiz, gute Noten nach Haus zu bringen, kann vom Wunsch nach Anerkennung getrieben sein („extrinsisch“). Intrinsische Motivation speist sich dagegen eher aus dem Interesse und der Freude am Lerngegenstand. Extrinsische Motivation kann letztlich auch die intrinsische fördern: So stärkt die Bestätigung durch das soziale Umfeld (z. B. den Lehrer) das eigene Kompetenzerleben – der Betreffende traut sich selbst mehr zu, das hebt wiederum die Laune (=intrinsische Motivation) beim Lernen. Es sollte für uns selbstverständlich sein, Schule als einen Lebensort zu verstehen, an dem ein harmonisches Miteinander ebenso wichtig ist wie anderswo. Es trägt sehr viel dazu bei, dass Schüler und

Lehrer gern und mit Gewinn bei der Sache sind.“

ADHS?

Mein Fazit: „**Nicht ADHS ist das Problem, sondern wie wir in der Schule damit umgehen!**“

(Biegert 2000)

Und schließlich Inklusion:

Der gemeinsame Unterricht – Stichwort Inklusion – aller Schülerinnen und Schüler, mit und ohne Lern- und Verhaltensbesonderheiten, wird uns in diesen Tagen immer wieder als der größte „Wurf“ aller Schulreformen „verkauft“;

dies lässt mich an einen Satz unseres langjährigen (1970-1983) NRW-Kultusministers Jürgen Girgenson (1924-2007) erinnern, der sich zum Thema Schulreformen, und wie ich meine, in weiser Voraussicht mit Blick auf das Thema Inklusion dahingehend äußerte:

„Wenn es uns gelänge, lediglich Entmutigung aus unseren Schulen zu verbannen, wäre dies die effiziente Schulreform und jene, die den Namen wirklich verdiente!“

Na also!

■ Prof. Dr. h. c. Hans Biegert

„Minus mal Minus gibt Plus“?

Hilfe bei ADHS:

Auswege aus der Kooperationsblockade zwischen Schule und Elternhaus!

„Was Lehrer an Eltern hassen – und umgekehrt!“

(FOCUS-Titel vom 09. Mai 2005)

Was sich hinter diesem Titel verbirgt, sind neueste Umfrageergebnisse von Infratest und Angaben einer wissenschaftlichen Untersuchung der „Stiftung Bildungspakt Bayern“. Alles zusammen genommen, ist dies sozusagen die Flutwelle nach den beiden PISA-Erdbeben, die dem deutschen Schulwesen nun vollends den Rest zu geben scheint.

Nicht genug, dass uns PISA I und II bestätigt haben, dass Unterrichtsprofessionalität und Unterrichtseffizienz, Lehrerausbildung und Schulpraxis im internationalen Vergleich weit unterdurchschnittlich sind, nun zeigen die FOCUS-Analysen auch noch, dass zwischen der Institution Schule und dem Elternhaus anstatt Zutrauen und Kooperation nur „Sand im Getriebe“ ist. (Was Sachkundigen übrigens schon lange vor der FOCUS-Veröffentlichung klar war!)

Elternkritik

- Fast die Hälfte der Eltern sind mit dem Schulklima unzufrieden.
- Mehr als die Hälfte der Eltern kritisieren die mangelhafte Pflege der Schule.
- Mehr als die Hälfte der Eltern kritisieren fehlendes Engagement der Schulleitung.
- Weit mehr als die Hälfte vermissen Hilfe und Lösung bei Schulproblemen ihrer Kinder.
- Während bereits in der zweiten Klasse nur noch 2/3 aller Eltern mit Unterrichtsqualität, Förderung und Pausenbetreuung zufrieden sind, sinkt dieses Zufriedenheitsmaß bis zur neunten Klasse auf nicht einmal

1/3 aller Eltern. In der Klasse 10 sind fast 70 % aller Eltern mit Unterrichtsqualität, Förderung und Betreuung total unzufrieden.

- Keine 20 %, also nicht einmal jeder fünfte Lehrer, zeige gegenüber Eltern aufgeschlossenes Kontaktverhalten, gehe aktiv auf Eltern zu, rufe sie an und sei an Feedback interessiert. Mehr als 1/3 aller Lehrer werden sogar als rigoros kontakunwillig bezeichnet.

Lehrerschelte

- Lehrer kritisieren eine „Abgabementalität“, Eltern möchten sich am liebsten um nichts kümmern, Kinder nur in der Schule abgeben und am Ende mit dem Stempel „Abitur“ abholen.
- Eltern würden ihren Kindern signalisieren, Schule sei unwichtig, bestimmter Lehrstoff unwesentlich und die Regeln des Schulalltags sekundär; dazu passe, dass man Ferienregelungen ignoriere und vor Ferienbeginn in den Urlaub starte.
- Ein Großteil der Eltern zeige null Aufmerksamkeit für die Schullaufbahn ihrer Kinder. Die Enttäuschung, wenn das Kind keine höhere Schule besuchen könne, sei so groß, dass man sich fortan aus der Erziehung ausklinken würde.
- Viele Eltern empfänden die Erziehung ihrer Kinder häufig als zu anstrengend und es gäbe große Hilflosigkeit in Erziehungsfragen.
- In vielen Familien gäbe es keine Rituale mehr, wie gemeinsames Essen, Zuhören, Abwarten ... alles wofür nun die Schule geradestehen habe.

Soweit für alle Eltern und Lehrer, schlechthin. Bei Kindern/Schülern mit ADHS wird die gegenseitige Vorwurfsspirale nochmals „aufgeheizt“, da wird an weiteren Unterstellungen und Vorwürfen nicht gespart.

Seitens der Eltern:

- Bereitschaft zur Fortbildung zeigen nicht einmal 30 % der Lehrer. Bei Vorträgen und Fortbildungsangeboten zu ADHS sind ausgerechnet Lehrer regelmäßig unterrepräsentiert.
- Lehrer haben keine Lust auf Kinder mit Verhaltensproblemen, ADHS-Kinder werden als Störer dann kurzerhand in die letzte Reihe verbannt, vor die Tür gesetzt und von Klassenfahrten ausgeschlossen.
- Selten sind Lehrer bereit mit Ärzten und Therapeuten zu kooperieren, Fragebögen über Verhaltensentwicklung auszufüllen oder bei ADHS-Pharmakotherapie die Medikation in der Schule zu unterstützen.
- Lehrer akzeptieren nicht die ADHS-bedingte Lerndisposition des Kindes, nicht einmal die tägliche Kontrolle, dass Hausaufgaben und Tafelbild vollständig ins Heft übernommen wurden, klappt.
- Bei ADHS-Kindern wird immer nur das Negative gesehen. Anstrengungsbereitschaft und Fleiß werden als normal und standard erst gar nicht belobigt. Und falls mal ein Lob kommt, sodann mit negativem Unterton: „Siehst Du, Du kannst ja, wenn Du nur willst“ (womit klar wäre, dass es nur am mangelnden Willen liegt).

Seitens der Lehrer:

- ADHS ist doch nur eine Modediagnose, die in den meisten Fällen bei elterlichem Erziehungsversagen herhalten muss.
- Gerade bei den sogenannten „gut informierten“ Eltern aus den ADHS-Selbsthilfegruppen dreht sich nur noch alles um ADHS, und die meinen alles und jeder habe darauf Rücksicht zu nehmen.
- Ärzte und Pharmaindustrie sitzen doch in einem Boot und verdienen sich an ADHS eine goldene Nase, indem sie den Eltern mit der ADHS-Diagnose einen Persilschein ausstellen.
- Eltern mit ADHS-Kindern lassen ihren Kindern nur allzu gern Psychopharmaka verschreiben, um hyperaktive Kinder ruhigzustellen. Die dramatisch zunehmenden Verschreibungen in den letzten Jahren bei ADHS sprechen für sich.
- ADHS-Kinder gehören schlicht und einfach auf eine Sonderschule.
- Lehrer erfahren weder im Studium noch im Referendariat etwas über ADHS und erst recht nicht über wirksame Umgangsformen für betroffene Schüler. In Klassen mit 30-32 Schülern ist man schlicht überfordert.

Beide Listen ließen sich beliebig verlängern. Das eigentlich Dramatische dieser Ergebnisse ist, dass sich die offenbar fehlende Kooperationsschnittmenge zwischen Schule und Elternhaus auf den gemeinsamen Bildungsauftrag, nämlich den Kindern und Jugendlichen erfolgreich eine begabungsadäquate Schulbildung und die Kompetenz zur gesellschaftlichen Integration zu vermitteln, geradezu

verheerend auswirkt. Denn

1. dort, wo Eltern die Leistungen von Schule und Lehrern als schlecht wahrnehmen, wird dies den Kindern direkt oder indirekt, in jedem Falle aber wirksam vermittelt. Folge: eine negative Einstellung zu Schule – Lehrer – Unterricht überträgt sich auf das Kind und führt vorprogrammiert zu Motivationseinbrüchen und Leistungsminderung und endet nicht selten in einer Lernstruktur von Misserfolg und Verweigerung.
2. dort, wo Lehrer Eltern Erziehungsdefizite und Desinteresse in schulischen Angelegenheiten zuschreiben, wird dies auf Schüler im Unterricht direkt oder indirekt, in jedem Falle aber wirksam übertragen. Folge: Eine negative Einstellung zu Elternengagement und Erziehungswirksamkeit des Elternhauses führt bei Lehrern zu Überforderungsgefühlen, Abwehrhaltung in Erziehungsfragen und geradezu vorprogrammiert zu einer Beeinträchtigung von Lehrer-Schüler-Beziehungen in Schule und Unterricht. Wenn Interaktionsstudien und Therapiewirksamkeitsuntersuchungen (die sich problemlos auf Unterrichtswirksamkeit übertragen lassen) beweisen, dass sich guter und effizienter Unterricht zu mindestens 60 % auf eine gute Lehrer-Schüler (und Lehrer-Eltern)-Beziehung gründet, ist klar, welche verheerende Auswirkungen diese negative Lehrer-Schüler-Beziehung haben muss.

Um diesen negativen Kreislauf der Kooperationsblockade zwischen Schule und Elternhaus aufzubrechen, müssen Schule und Lehrer „den ersten Schritt“ tun! Das heißt: ohne Vorbedingungen Eltern und Schülern vermitteln, wie wichtig ihnen – der Schule und den Lehrern – eine intensive Kooperation mit den Eltern und eine gute Beziehung zu den Schülern ist.

Was bedeutet dies?:

- Vorurteile ablegen über elterliches Erziehungsverhalten (bei weitem nicht alles, was ein Kind in der Schule an fleghaftem Verhalten produziert, hat es sich ausgerechnet zu Hause bei den Eltern abgeguckt).
- Zeit nehmen für regelmäßige Lehrer-Schüler-Gespräche nach der Stunde, nach dem Unterricht, dies signalisiert dem Kind „Du bist mir wichtig“ und erzeugt mehr Motivation als so manches „fachwissenschaftlich begründetes“ theoretisches Didaktikkonzept.
- Von sich aus als Lehrer die Initiative ergreifen, Eltern bei Verhaltens- und Leistungsänderungen des Kindes umgehend zu informieren. Die Lehrerarbeitszeit endet bekanntlich eben nicht mit dem Abschluss der letzten Unterrichtsstunde.
- Den Kontakt zu den Eltern nicht nur bei Negativereignissen suchen (wie wär’s, wenn Eltern mal einen Anruf erhalten, weil eine Arbeit unerwartet gut ausgefallen ist).
- Von sich aus lehrerseitig Hilfe anbieten, Lösungsan-

sätze bei Problemen unterbreiten (aber bitte nicht mit erhobenem „pädagogischen Zeigefinger“).

- Mitteilen statt urteilen („ihr Kind benutzt gegenüber Mitschülern beleidigende Schimpfworte“ – ohne im Hinterkopf zu haben „weil das wahrscheinlich der Umgangston zu Hause ist“).
- Zuhören! Die Sicht der Eltern auf das Kind wahrnehmen und die eigene Lehrersicht vorwurfsfrei darlegen.
- Nicht das „Feindbild Eltern“ aufbauen, nach einem Schuldigen suchen, sondern die Perspektive der Eltern berücksichtigen.
- Anliegen gegenüber Eltern nicht in fordernder oder gar aggressiver Form vorbringen.
- Neben Schulleistungsschwächen nicht die anderen Neigungen, Vorzüge, Fähigkeiten des Kindes übersehen.
- Wünsche vortragen, nicht belehren, also nicht formulieren, was Eltern „gefälligst tun müssen“, sondern welche Veränderungen beim Kind aus welchen Gründen für das Kind förderlich sind.

Auch diese Liste ließe sich beliebig verlängern.

Schule muss sich wieder als Dienstleistungs„unternehmen“ verstehen, darstellen und auch so agieren, das heißt:

- Von sich aus engagiert und mit Initiative die Belange von Eltern und Schülern erkennen, wahrnehmen und annehmen!
- Bedürfnisse von Eltern und Kindern akzeptieren und in Hilfe und Unterstützung umsetzen!
- Eine solche Herausforderung nicht als zusätzliche Belastung verdrängen, sondern als Chance nehmen!
- Wenn das alles schon so läuft, kein Grund zum Beleidigtsein – weiter so! (Die unter Mitwirkung von Schulbehörden und Lehrern erstellte FOCUS-Analyse zeigt allerdings, dass aktuell vielerorts noch reichlich Handlungsbedarf besteht).

Zentrale Forderung an die Eltern ist dabei:
„Ein Miteinander anstreben“!

- In der Tat geht die Lehrerausbildung in weiten Teilen an den pragmatischen Schulalltagsnotwendigkeiten vorbei:
 - Lehrer lernen i.d.R. nichts über Konfliktregulation, Gesprächsführung, konstruktiven Umgang mit Beschwerden etc.
 - Sie lernen i.d.R. nichts über eine „diagnostische“ Wahrnehmung von Teilleistungsschwächen, Legasthenie, Dyskalkulie, ADHS.
 - Sie erfahren nichts über wirksame pädagogische Interventionen bei aggressivem, impulsivem, hyperaktivem Schülerverhalten.
- Mangelnde Professionalität erzeugt Hilflosigkeit und Abwehrhaltung. Wenn Eltern dann auch noch von vornherein Desinteresse und fehlendes Engage-

ment unterstellen, entkrampft dies die Eltern ./ Lehrer-Blockade nicht.

- Zuhören fördert das Gespräch. Die Sicht des Lehrers auf das Kind wahrnehmen. Kinder verhalten sich im Klassenverband in der Tat häufig anders als zu Hause.
- Sich auf das Eltern-Lehrer-Gespräch gut vorbereiten, Notizen machen über das, was man besprechen möchte. Das Kind in die Vorbereitung mit einbeziehen.
- Emotionale Objektivität (nicht zu verwechseln mit Misstrauen) zu den Schilderungen des eigenen Kindes bewahren. Kinder schildern bisweilen angeblich unkorrektes Lehrerverhalten übertrieben, um von eigenen Defiziten (hat gerade eine 5 zurückbekommen) abzulenken.
- Nicht selbst noch zusätzlich in Gegenwart des Kindes durch abwertende Aussagen über Schule-Unterricht-Lehrer „in die gleiche Kerbe schlagen“.
- Chance zur Verständigung geben. Nicht von vornherein den Lehrer als Feindbild aufbauen, nicht ins Gespräch gehen, um nach einem Schuldigen suchen.
- Auch mögliche Ängste des Lehrers bedenken. Trotz eigener Ängste in die Sprechstunde gehen, aber bedenken, dass auch Lehrer Ängste vor Eltern haben. Anliegen nicht in aggressiver Form vortragen.
- Auch Lehrer brauchen positives Feed-Back (insbesondere von Eltern). Kein Lehrer macht nur und immer alles falsch. Berichten, wenn und worüber sich das Kind positiv geäußert hat.
- „Aus einer Mücke keinen Elefanten machen.“ Nicht generalisieren. Wenn ein Lehrer sich gegenüber dem Kind einmal nicht korrekt verhalten hat, so folgt daraus nicht gleich die generelle pädagogische Unfähigkeit des Lehrers ...
- Keine ADHS-Überzeugungsmachtkämpfe! Gerade Eltern aus ADHS-Selbsthilfegruppen verfügen häufig über bessere Kenntnisse (betreffend ADHS). Umso wichtiger ist sachliche Argumentation statt Besserwissen/Rechtshaberei. Handlungsvorschläge nicht als persönlichen Angriff unterbreiten.

Das, was für die Mathematik gilt, nämlich „Minus mal Minus gibt Plus“, lässt sich eben nicht auf schulisch pädagogische Beziehungskonstrukte übertragen. Aus negativ gepolten Eltern und Lehrern kann fürs Kind nichts Positives erwachsen:

Das Ziel der gegenseitigen Verständigung, die Gemeinsamkeit im pädagogischen Prozess um das eine Kind muss für Eltern und Lehrer ganz oben anstehen. Bei einem Gegeneinander gibt es ganz sicherlich immer einen Verlierer: das Kind!

Nicht alle Differenzen können und müssen - und erst recht nicht immer sofort - ausgeräumt werden. Solange aber ein Eltern-Lehrer-Gespräch so endet, dass es von beiden

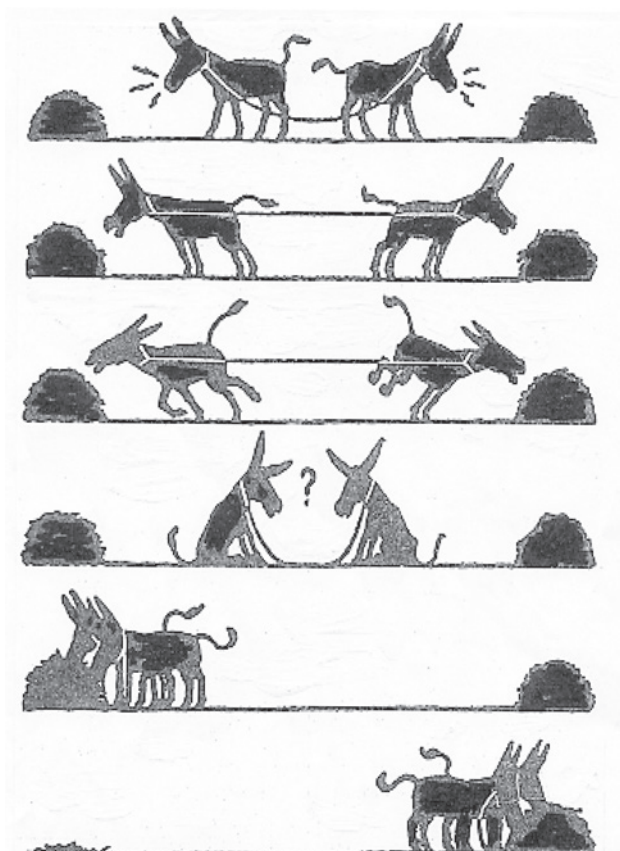
Seiten weitergeführt werden kann und möchte, haben beide – Eltern und Lehrer – viel erreicht; und es profitieren alle davon!

Es gibt sehr wohl Schulen, die beweisen, dass ein solches Konzept von **Schule-Elternhaus-Kooperation**, bestehend aus **Lehrer-Eltern-Erziehungspartnerschaft** und **positiver Lehrer-Schüler-Beziehung**, nicht nur machbar ist, sondern mit großem Erfolg für ALLE Beteiligten funktionieren kann.

Die Betonung liegt dabei auf „ALLE“, denn eine schülerorientierte Kooperation zwischen Schule und Elternhaus entlastet am Ende insbesondere uns Lehrerinnen und Lehrer. Packen wir's gemeinsam an!

- **Wer wirklich etwas tun will, findet für sich einen Weg!**
- **Wer nichts ändern möchte, sucht nach Gründen bei anderen!**

■ Prof. Dr. h. c. Hans Biegert



Intelligenz ist die Fähigkeit,
seine Umgebung zu akzeptieren.

William Faulkner

AD(H)S und Hochbegabung – eine Balance zwischen hohem Selbstanspruch und ständiger Enttäuschung

Hochbegabte Kinder zeichnen sich durch sehr früh entwickelte, weit überdurchschnittliche Fähigkeiten und Interessen aus, worin sie Gleichaltrigen deutlich voraus sind. Sie spüren ihre Fähigkeiten und entwickeln einen hohen Selbstanspruch an sich und andere. Bisher gelten ca. 3 % aller Kinder als hochbegabt, d. h. deren Intelligenzquotient liegt über 130 %. Trotzdem haben nicht wenige dieser hoch oder weit überdurchschnittlich begabten Kinder und Jugendlichen mehr oder weniger große Probleme in der Schule. Ihre Lernerfolge und ihr Sozialverhalten entsprechen nicht ihren oder den Erwartungen ihrer Eltern und Lehrer. Bisher machte man dafür eine Unterforderung verantwortlich und bezeichnete die Betroffenen als „Underachiever“. Aber wesentlich für die Entwicklung dieser Kinder ist größtenteils nicht ihre zeitweilige Unterforderung, sondern eine schon länger bestehende Überforderung infolge einer anderen Art der Vernetzung ihrer Nervenbahnen im Gehirn.

Durch eine neurobiologisch bedingte Filterschwäche bei der Informationsaufnahme werden zu viele Informationen aufgenommen. Diese Überflutung beeinträchtigt die Ausbildung dicker Lernbahnen, die eine schnelle Automatisierung von Lernprozessen und Verhaltensabläufen im Gehirn ermöglichen. Abgespeichertes Wissen kann so schnell und korrekt aufgenommen und abgerufen werden.

Meine Spezialisierung auf eine sowohl individuelle, als auch intensive und wissenschaftlich fundierte Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S zeigte mir immer wieder, dass weit mehr als 3 % der AD(H)S-Betroffenen einen Intelligenzquotienten haben, der besonders im Verbalteil über 130 % liegt. Leider konnten diese Betroffenen meist nicht von ihrer guten Intelligenz profitieren, da der Handlungsteil viele Defizite aufwies. Auf Grund ihrer guten Reflexionsfähigkeit spürten sie diese Differenz deutlich früher als alle anderen. Den täglichen Ansprüchen nicht genügen zu können, trotz intensiven Bemühens, enttäuschte sie immer wieder und verursachte auf Dauer negativen emotionalen Stress. Der kann psychisch sehr belasten, wenn der Leidensdruck immer größer, das Selbstwertgefühl dagegen immer geringer wird. Ein Kampf zwischen Anspruch und Enttäuschung wird zum traumatisch besetzten Konflikt, der unerkannt und unbehandelt zu psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen führen kann.

Deshalb ist im Interesse dieser Kinder ein Umdenken im Umgang mit sehr hochbegabten Kindern und Jugendlichen, die unter Problemen in den Leistungs- und Verhaltensbereichen leiden, dringend angezeigt. Denn alle bisherigen

Bemühungen halfen ihnen nicht wirklich dauerhaft, d. h. Selbstwertgefühl und soziale Kompetenz konnten diese Betroffenen nicht bleibend verbessern.

Selbstwertgefühl und soziale Kompetenz zu verbessern, sind die wichtigsten Ziele bei der Behandlung von hoch- und sehr begabten Kindern mit AD(H)S-bedingten Lern- und/oder Verhaltensschwierigkeiten.

Therapie bedeutet für diese hochbegabten Kinder und Jugendlichen das Beseitigen des Konfliktes zwischen ihrem Anspruch und der täglich erlebten Enttäuschung und dem Schaffen von Voraussetzungen, damit sie uneingeschränkt über ihre Fähigkeiten verfügen können. Denn Erfolge und Anerkennung von Seiten ihres sozialen Umfeldes erwarten und brauchen sie, um ein stabiles Selbstwertgefühl aufzubauen.

Wird ihnen nicht rechtzeitig geholfen, reagieren sie in ihrer Hilflosigkeit mit Verhaltensauffälligkeiten, Schulversagen, Ängsten, Aggressionen, oppositioneller Verweigerungshaltung oder weiteren Störungen, entsprechend dem Schweregrad ihrer AD(H)S-bedingten Beeinträchtigung. Der Gesellschaft geht dadurch ein großes geistiges Potential verloren und das meist unwiederbringlich. Dagegen wäre eine frühzeitige Suche nach möglichen neurobiologisch bedingten Ursachen und deren frühzeitige Behandlung für diese Kinder eine große Hilfe; Frühdiagnose mit gezielter Frühförderung, wenn erforderlich schon vor der Einschulung, um mögliche Störungen in der Wahrnehmungsverarbeitung zeitig zu erkennen, damit die Schulzeit nicht durch negativen Dauerstress zur psychischen Belastung wird.

Die oben beschriebene, besondere Art der neuronalen Vernetzung im Gehirn ist typisch für AD(H)S und deshalb sollte bei allen Hochbegabten und sehr begabten Kindern, deren Lern- und Verhaltensprobleme bisher als Folge einer Unterforderung angesehen wurde, an ein ADS mit oder ohne Hyperaktivität als eigentliche Ursache gedacht werden.

AD(H)S ist weit mehr als ein Zappelphilipp-Syndrom, sondern das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom mit und ohne Hyperaktivität (ADS/ADHS) ist eine angeborene, neurobiologisch bedingte veränderte Wahrnehmungsverarbeitung mit Beeinträchtigung im Verhalten, in den kognitiven und motorischen Fähigkeiten und in der Gefühlssteuerung. Neurobiologisch bestehen beim AD(H)S Unterfunktionen in Stirnhirn- und einigen anderen Hirnbereichen, sowie eine Dysbalance an Botenstoffen.

AD(H)S wird über verschiedene Gene vererbt mit unterschiedlicher Schwere und sehr variabler Symptomatik. Die wichtigsten Funktionsbeeinträchtigungen des AD(H)S, die jede noch so gute Intelligenz in ihrer Verwirklichung begrenzen und somit die Entwicklung nicht nur von hochbegabten Kindern wesentlich beeinträchtigen können, sind:

1. Eine angeborene Filterschwäche für alle vom Gehirn aufgenommenen Wahrnehmungen und Informationen.
2. Das Arbeitsgedächtnis wird dadurch überlastet, Aufmerksamkeit und Konzentration **können nicht willentlich** gesteuert und aufrecht erhalten werden.
3. Durch diese Reizoffenheit wird das Gehirn ständig mit Reizen überflutet, ein Ausblenden unwichtiger Reize erfolgt nicht, was eine andere Art der neuronalen Vernetzung zur Folge hat.
4. Zwischen Kurz- und Langzeitgedächtnis kommt es dadurch zu Informationsverlusten, da die entsprechenden Leitungsbahnen durch die Reizüberflutung nicht dick genug ausgebildet werden und Botenstoffe fehlen.
5. Durch diesen Mangel kann sich die Abrufbarkeit von gespeichertem Wissen, Erfahrungen und Gefühlen nur unzureichend und stark verzögert automatisieren. Erfahrungen können nicht sofort genutzt werden, Gefühlssteuerung und verbale Reaktionen erfolgen dann spontan und unkontrolliert.
6. Die Selbstmotivation, das Erledigen von Routinetätigkeiten erfordern viel mehr Anstrengung und führen schneller zur Erschöpfung.
7. Eine psychomotorische innere und äußere Unruhe ist gepaart mit schneller Ablenkbarkeit und oberflächlicher Wahrnehmung.
8. Mehrere motorische Bereiche können in ihrer Funktion beeinträchtigt sein und behindern die Wahrnehmungsverarbeitung noch zusätzlich.

Unter all diesen Beeinträchtigungen leidet das Selbstwertgefühl dieser Kinder und Jugendlichen, da sie die Ursache für ihre Problematik nicht kennen und sich für Versager, für „dumm“ oder nicht selten für psychisch krank halten.

Diese angeborene Reizfilterschwäche ermöglicht aber auch, dass bei diesen Kindern sehr viel mehr Nervenzellen erhalten bleiben und ihr Netz an Leitungsbahnen viel diffuser verzweigt ist. Aber je besser aktuell unwichtige Informationen ausgeblendet, wichtige dagegen wiederholt vom Arbeitsgedächtnis ins Langzeitgedächtnis weitergeleitet werden, umso besser und schneller entwickeln sich die entsprechenden Leitungsbahnen. Aber gerade deren Ausbildung ist beim AD(H)S beeinträchtigt, die Betroffenen haben zu wenige „Autobahnen“, sondern ein viel zu verzweigtes Netz von zu vielen „Nebenstraßen“.

Durch diese fein verzweigten Bahnen erreichen die aufgenommenen Informationen nur unvollständig und verzögert das für sie zuständige Langzeitgedächtnis im Gehirn. Dieses weit verzweigte Netzwerk von Nervenbahnen ermöglicht aber auch das für AD(H)S typische kreative Denken

und Handeln, als ein wichtiger Bestandteil der Intelligenz. Die gute Kreativität in Verbindung mit einem fördernden sozialen Umfeld und ihrer sehr guten Intelligenz ermöglichen den Betroffenen AD(H)S-bedingte Defizite mehr oder weniger lange zu kompensieren.

Infolge der Reizüberflutung haben Menschen mit AD(H)S immer zu viele Gedanken im Kopf, so dass es ihnen schwer fällt, bei der Sache zu bleiben. Ferner haben sie Probleme, Entscheidungen zu treffen, Prioritäten zu setzen und begonnene Tätigkeiten zu Ende zu bringen. Sie suchen immer nach neuen und für sie interessanten Tätigkeiten.

Deshalb fällt so manches hyperaktive Kind schon frühzeitig auf durch:

- seine große Wissbegierde,
- seinen unermüdlichen Bewegungs- und Beschäftigungsdrang,
- seine fließende Sprache mit großem Wortschatz,
- seine Kreativität verbunden mit unermüdlichem Schaffensdrang,
- sein schnelles Begreifen,
- seine gute Kreativität und Merkfähigkeit auch für Kleinigkeiten und Erfahrungen, die mit positiven oder negativen Emotionen verbunden waren.

Ein solches hyperaktives Kind ist für alle Aufgaben offen und will aus eigenem Antrieb schon vor der Schule rechnen, lesen und schreiben lernen. Alles deutet auf eine sehr gute Intelligenz hin, die eine erfolgreiche Schullaufbahn mit einem selbstzufriedenen Kind verspricht.

Dagegen wird eine sehr gute Intelligenz bei Kindern mit ADS ohne Hyperaktivität, vom vorwiegend unaufmerksamen Typ, den sog. „Träumern“ oder hypoaktiven Kindern, nur selten bemerkt. Bei ihnen wird Hochbegabung gar nicht erst vermutet, denn diese Kinder fallen zunächst überhaupt nicht auf. Sie sind eher schüchtern, äußern manchmal Ängste vor der Schule, vor fremden Kindern und vor der Trennung von den Eltern. Sie scheinen im Begreifen langsamer zu sein, im Handeln umstellungerschwächer, gegenüber Kritik empfindlicher und weinen leicht. Sie beschäftigen sich gern allein, nehmen scheinbar von den Geschehnissen der Umgebung wenig Notiz, träumen vor sich hin und langweilen sich. Viele wichtige Informationen werden gar nicht erst aufgenommen.

Während das hyperaktive Kind durch seine Reizoffenheit und seinen vermeintlich unstillbaren Wissensdrang von seiner AD(H)S-Veranlagung zunächst profitieren kann, fordert das hypoaktive Kind wenig Aufmerksamkeit und Zuwendung von seiner Umgebung und wird dadurch meist weniger gefördert. Seine Intelligenz droht zu „verkümmern“, da sich diese Kinder vor der Umwelt verschließen, vieles gar nicht mitbekommen und keine Kontakte mit Gleichaltrigen schließen.

Beiden Subtypen ist aber gemeinsam, dass diese Kinder, wenn sie über eine sehr gute Intelligenz verfügen, vorhandene Defizite lange Zeit kompensieren können, so dass ihre Besonderheiten vom sozialen Umfeld lange unbemerkt bleiben. Manchmal fällt nur ihr eigenartiges Verhalten auf, aber an den Beginn einer möglichen Entwicklungsbeeinträchtigung wird nicht gedacht. Die betroffenen Kinder dagegen bemerken ihr „Anderssein“ meist viel deutlicher und früher, als ihre Eltern oder Betreuer. Es verunsichert sie, es macht sie aggressiv oder ängstlich. Beides sind nicht selten die ersten Signale einer inneren Verunsicherung verbunden mit Hilflosigkeit, unter denen sehr intelligente Kinder mehr als alle anderen leiden.

Beim AD(H)S zeigt das Leistungs- und Verhaltensspektrum typische Defizite, die vorwiegend Folge der veränderten Informationsverarbeitung sind. Den Betroffenen fällt es schwer, ihr Leistungsniveau trotz ihrer sehr guten Intelligenz bei zunehmender schulischer Belastung konstant zu halten und es in gute Noten umzusetzen. Das bedarf oft einer enormen Anstrengung, die bei Erfolglosigkeit jede Lernmotivation blockiert. So ist es keine Seltenheit, dass selbst hochbegabte Kinder mit AD(H)S in der Hauptschule landen und selbst dort wegen ihres Verhaltens, ihrer Lese-Rechtschreib- oder Rechenschwäche Schwierigkeiten haben bis hin zur Verweigerungshaltung.

Damit es nicht so weit kommt, sollte schon vor der Einschulung bei allen Kindern intensiver nach Schwächen in der Wahrnehmungsverarbeitung gesucht werden, die die Lernfähigkeit mit Sicherheit beeinträchtigen. Um gute schulische und soziale Leistungen erbringen zu können, ist eine genaue, detailgetreue und schnelle Wahrnehmungsverarbeitung bei guter Konzentrationsfähigkeit erforderlich und der Fähigkeit, abgespeichertes Wissen und gemachte Erfahrungen sofort abrufen können. Das setzt eine Automatisierung im Lernprozess voraus, was Lernerfolge wesentlich erleichtert, die motivieren, sich weiteren Anforderungen zu stellen.

Die Verfügbarkeit über die vorhandene Intelligenz wird wesentlich von der Schwere folgender AD(H)S-Symptome beeinflusst:

- der Fähigkeit zur Gefühlssteuerung
- der Merkfähigkeit
- der Aufmerksamkeit
- der Fähigkeit zum Eigenmotivieren zum Lösen von Aufgaben und Problemen
- der Wahrnehmungsverarbeitungsfähigkeit
- dem Sprachvermögen und der Ausdrucksfähigkeit
- dem inneren Drang, alles zu hinterfragen und nach Gesetzmäßigkeiten zu suchen
- dem Arbeitstempo und der Arbeitsorganisation
- der altersentsprechenden Entwicklung motorischer Fähigkeiten

- dem Umgang mit negativem Stress und Niederlagen.

Hochbegabung und AD(H)S bilden eine Wechselbeziehung

Was zeichnet hochbegabte Kinder aus? Woran kann man sie erkennen?

- Sie haben einen schnellen, meist frühen Spracherwerb
- Ihre statomotorische Entwicklung ist altersgemäß oder beschleunigt
- Sie haben eine hohe Lerngeschwindigkeit und großes Interesse an Problemlösungen
- Ihre Denkweise ist kreativ und produktiv, sie suchen nach kausalen Zusammenhängen
- Sie beschäftigen sich gern und intensiv mit Symbolen
- Sie haben ein hohes Konzentrations- und Beharrungsvermögen bei meist selbst gestellten Aufgaben
- Sie haben ein gutes Gedächtnis
- Sie sind sensibel und können sich selbst gut einschätzen
- Sie haben einen hohen Anspruch an sich selbst und an andere, wie Eltern, Geschwister, Freunde und Lehrer
- Sie haben eine gute Urteils-, Kritik- und Wahrnehmungsfähigkeit.

Die Intelligenz gilt als ein über weite Lebensabschnitte hinweg stabiles Merkmal. Das ist bei ADS-Kindern nicht immer der Fall, wie es Verlaufsuntersuchungen des Intelligenzquotienten bei Kindern mit ausgeprägter ADS-Symptomatik beweisen.

Ein ADS mit Hyperaktivität beeinträchtigt die Intelligenz durch:

- verminderte Konzentration und Daueraufmerksamkeit
- geringe Merkfähigkeit
- psychomotorische Unruhe
- emotionale Steuerungsschwäche und hohe Ablenkbarkeit
- grob- und feinmotorische Beeinträchtigungen
- Wahrnehmungsverarbeitungsstörungen
- Teilleistungsstörungen
- Selbstwertproblematik mit innerer Verunsicherung
- soziale Kontaktschwierigkeiten mit drohender Ausgrenzung
- das Gefühl, nicht verstanden zu werden.

Die Intelligenz beim ADS ohne Hyperaktivität wird beeinträchtigt durch:

- innere Unruhe mit hoher Ablenkbarkeit
- Unfähigkeit zur Konzentration bei Routineaufgaben
- zu langsames und umstellungserschwertes Denken
- Selbstbeschuldigungen und schlechtes Selbstwertgefühl
- Ängste und Probleme in der sozialen Eingliederung
- mangelnde Fähigkeit, sich zu entscheiden und eine Arbeit beginnen zu können

- viel zu langsames Arbeitstempo mit erhöhter Fehlerquote
- Abgelenken ins Träumen mit Informationsverlusten.

Diese hypoaktiven Kinder und Jugendlichen reagieren vorwiegend introvertiert und bekommen frühzeitig psychosomatische Beschwerden. Sie halten sich für Versager und flüchten in eine Traumwelt. Sie gelten als sozial schwach und werden oft gemobbt. Erst nach erfolgreicher Behandlung, die bei schwerer Beeinträchtigung durch die ADS-Problematik fast immer eine Gabe von Stimulanzien erforderlich macht, können diese Kinder von ihrer sehr guten Intelligenz profitieren und die von ihnen so lang ersehnte Anerkennung bekommen.

Die hyperaktiven Kinder und Jugendlichen dagegen lernen zeitig, die Schuld für ihre Probleme anderen zuzuschreiben. Sie reagieren sich aggressiv nach außen hin ab und leiden anfangs weniger unter ihrem Verhalten als ihre Umwelt. Sie werden zum Klassenclown, zum „schwarzen Schaf“ und dann zum Außenseiter.

Eine Stimulanzienbehandlung, eingebettet in eine individuelle lern- und verhaltenstherapeutische Begleitung mit Einbeziehung der Eltern als Coach, kann die angeborene Funktionsstörung im Stirnhirnbereich und den Mangel an Botenstoffen bei der Reizverarbeitung weitgehend ausgleichen. Sie wird aber niemals primär die Intelligenz als solche verbessern, sondern sie macht die ursprünglich vorhandene Intelligenz für den AD(H)S-Betroffenen erst wieder verfügbar. Verlaufsbeobachtungen zeigen, dass bei Nichtbehandlung ein Abfall des IQ-Wertes um bis zu 15 % keine Seltenheit ist, und dass umgekehrt mit Hilfe einer multimodalen Therapie ein Anstieg des IQ-Wertes um die gleiche Punktzahl möglich ist. Wahrnehmung, Konzentration, Merkfähigkeit, Antrieb und emotionale Steuerung werden durch die Therapie verbessert. Die Kinder und Jugendlichen genießen wieder Anerkennung und Erfolge, welche zu Leistungen motivieren, Selbstwertgefühl und soziale Kompetenz verbessern.

Hochbegabung und Unterforderung

In der Schule und auch schon im Kindergarten sind hochbegabte Kinder oft unterfordert. Sie sollten dann vorzeitig eingeschult werden, evtl. eine Klasse überspringen und wenn möglich, eine Schule besuchen, die Förderprogramme für hochbegabte Kinder anbietet. Sie brauchen außerdem eine kontinuierliche, strukturierte und fördernde Beschäftigung für den Nachmittag. Die Symptomatik der Unterforderung kann oberflächlich betrachtet dem AD(H)S sehr ähnlich sein, die nötigen Konsequenzen wären dann jedoch ganz andere. Aber bisher wird bei einem hochbegabten Kind, das unkonzentriert ist, sich langweilt, den Unterricht stört, gute Denkleistungen erbringt, aber schlechte Noten in den Arbeiten schreibt, noch viel zu oft nur eine Unterforderung

als deren alleinige Ursache vermutet, an eine mögliche AD(H)S-Problematik wird gar nicht erst gedacht. Hier ist noch viel Umdenken erforderlich, damit professionelle Hilfe auch zur richtigen Diagnose führt.

Diagnostik bedeutet hierbei folgende Fragen zu beantworten:

- Wann, wo, wie und warum ist das Kind auffällig?
- Wie reagiert sein soziales Umfeld darauf?
- Wie psychisch stabil ist es?
- Wie ist seine Intelligenz?
- Ist seine Wahrnehmungsverarbeitung beeinträchtigt?
- Liegt ein Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom bei Verwandten 1. oder 2. Grades vor?
- Wie war seine Entwicklung?
- Hat es typische AD(H)S-Symptome?

Wenn im Intelligenztest, z. B. im HAWIK, eine große Diskrepanz zwischen den Werten im Verbal- und Handlungsteil besteht, sollte an das Vorliegen von Beeinträchtigungen in der Wahrnehmungsverarbeitung gedacht werden. Eine der häufigsten Ursachen für einen deutlich niedrigeren Handlungsteil sind Störungen der Wahrnehmungsverarbeitung, wie sie bei AD(H)S-Kindern trotz guter oder sehr guter Intelligenz in typischer Weise vorhanden sind.

Gerade hochbegabte und sehr begabte Kinder mit einem AD(H)S merken sehr zeitig die Diskrepanz zwischen dem, was sie vom Kopf her alles erfassen und wissen und dem, was sie auf Anforderung abrufen können. Sie merken, dass sie anders wahrnehmen, anders reagieren und dass ihnen oft in wichtigen Situationen die richtigen Worte fehlen. Die Diskrepanz zwischen hohem Selbstanspruch und ständiger Enttäuschung bedingt eine innere Verunsicherung, worauf sie dann häufig aggressiv gegen sich und andere oder mit Resignation reagieren. Manche entwickeln Ängste oder flüchten in frühere Entwicklungsstufen, d. h. sie beginnen einzunässen, benutzen Babysprache, wollen immer auf dem Schoß der Mutter sitzen und klammern. Niemand würde hier ein hochbegabtes Kind vermuten!

Je intelligenter diese Kinder sind, umso mehr leiden sie. Leiden heißt hier, dass ihr Selbstwertgefühl immer schlechter wird, da sie sich chronisch unverstanden fühlen. Die psychische Belastung auf Dauer kann Ausgangspunkt und Ursache späterer psychischer Erkrankungen sein, wie Depressionen, Angststörungen, Zwänge, Suchtverhalten mit Dissozialität oder auch Autoaggressionen und Essstörungen. Eine kritische Zeit für die psychische Dekompensation dieser Kinder ist die Pubertät.

Was wäre zu tun?

Eine rechtzeitige Diagnostik und Behandlung könnte dazu verhelfen, die sehr gute Intelligenz dieser Kinder und Jugendlichen für sich und der Gesellschaft nutzbar zu

machen. Je zeitiger ihr AD(H)S erkannt und behandelt wird, umso weniger leiden Selbstwertgefühl und soziale Kompetenz. Sehr viele hochbegabte Kinder haben Teilleistungsstörungen, wie Lese-, Rechtschreib- oder Rechenschwäche. Hier sollte ebenfalls an ein AD(H)S als deren eigentliche Ursache gedacht werden. Die Symptome des AD(H)S können so verschieden sein und werden durch eine sehr gute Intelligenz lange kompensiert. Bis es einmal und dann meist völlig überraschend zu einer unerwarteten Reaktion der Betroffenen kommt, z. B. Panikattacken, Blackout-Reaktionen, Angst-, Zwangs- oder Essstörungen oder sogar zu Suiziddrohungen.

Denn je intelligenter ein Kind oder ein Jugendlicher ist, umso mehr leidet es unter seinem Unvermögen, nicht davon profitieren zu können.

Die Unterforderung als Ursache für Auffälligkeiten im Leistungs- und Verhaltensbereich von sehr oder hochbegabten Kindern sollte immer öfter hinterfragt und an das Vorliegen eines AD(H)S mit multiplen Wahrnehmungsverarbeitungsstörungen gedacht werden. Letzteres kann man erfolgreich behandeln; nur so kann die Lebensperspektive dieser Kinder und Jugendlichen um vieles verbessert werden.

■ Dr. Helga Simchen

AD(H)S und Ernährung im Verlauf der Jahre



Renate Meyer

Zusammenhänge zwischen Ernährung und Verhaltensstörungen werden seit Rowes Monographie über Nahrungsmittelallergien aus dem Jahr 1931 vermutet.

In Bezug auf AD(H)S propagierte zunächst Feingold in den 70er Jahren in den USA eine Diät ohne Salicylate sowie ohne Farb- und Konservierungsstoffe. Seine Hypothese wurde in zahlreichen Doppelblindstudien geprüft, der Konsensus der Studien war, dass zwar einzelne Patienten auf diese Substanzen reagierten, die meisten jedoch unter dieser Diät keine Besserung erfuhren.

Obwohl diese Studien sorgfältig geplant und durchgeführt wurden, weist ihr Studiendesign aus heutiger Sicht methodische Fehler auf. Hierbei wurde beispielsweise lediglich auf Sofortreaktionen geachtet, spätere Untersuchungen haben hingegen gezeigt, dass Reaktionen, die nach Stunden oder Tagen auftreten, bei weitem überwiegen.

Die *Feingold Association of the United States* besteht noch heute.

Zu Beginn der 80er Jahre führte in Deutschland die Pharmazeutin und Apothekerin Herta Hafer die Symptome des AD(H)S auf ein Übermaß an Phosphat in der Nahrung zurück. Sie setzte sich für die sog. phosphatarme Diät ein, mit der natürlicherweise phosphatreiche Nahrungsmittel, Phosphatzusätze in Lebensmitteln, Zusatzstoffe sowie Zucker gemieden und/oder reduziert wurden.

Zu dieser Diät, welche sie zuvor an ihrem Sohn erprobt hatte, veröffentlichte sie das Buch „Die heimliche Droge Nahrungsphosphat“, was nach einer Besprechung im Magazin „Stern“ damals zum Bestseller wurde.

In einer mit diesen Zusammenhängen befassten Mainzer Studie verbesserte sich zwar das Verhalten der Probanden, die Verhaltensstörungen ließen sich allerdings nicht durch die Gabe von Phosphaten reproduzieren.

Heute ist bekannt, dass bei AD(H)S-Betroffenen, die auf eine Ernährungsumstellung positiv reagieren, Phosphat nur ein Faktor von vielen ist. Die starre, nicht individuell angepasste phosphatarme Diät führte dennoch teilweise zu Symptomverbesserungen, weil hiermit zugleich Nahrungsmittel eliminiert wurden, welche bei den Symptomen des nahrungsmittelinduzierten AD(H)S eine Rolle spielen. Dies erwies sich durch die späteren Studien zur oligoantigenen Diät aufgrund der Rangordnung der Nahrungsmittel und Zusatzstoffe, die am häufigsten Verhaltensstörungen auslösten.

Beginnend mit den Untersuchungen von Dr. Josef Egger et al. im Jahr 1985 und den Anfang 1990 im Rahmen der vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebenen Studien zur Wirksamkeit einer oligoantigenen Diät bei Kindern mit expansiven Verhaltensstörungen (Prof Egger et al., Prof Schmidt et al.; Bezeichnung für AD(H)S hier: hyperkinetisches Syndrom) wird davon ausgegangen, dass jedes Nahrungsmittel bei entsprechender Disposition Verhaltensauffälligkeiten auslösen kann. Jedoch konnten nicht in allen nachfolgenden Studien die guten Ergebnisse reproduziert werden, da ebenso methodische Fehler eine Rolle spielten.

Mit einer in 2011 in The Lancet veröffentlichten Studie wurden die seinerzeitigen Ergebnisse von Egger et al. bestätigt.

Der überwiegende Teil der Probanden (64 %) reagierte positiv auf eine oligoantigene Diät und nahezu bei allen Probanden (63 %) ließen sich die Verhaltensänderungen auf individuell unterschiedliche Nahrungsmittel zurückführen. *Pelsser LM, Frankena K, Toorman J, Savekoul HF, Dubois AE, Pereira RR, Haagen TA, Rommelse NN, Buitelaar JK. Effects of a restricted elimination diet on the behaviour of children with attention-deficit hyperactivity disorder (INCA study): a randomised controlled trial. Lancet 2011; 377: 494-503*

Lidy MJ Pelsser, PhD sieht damit die Rechtfertigung zur Überarbeitung des Algorithmus zur multimodalen Diagnose und Behandlung von AD(H)S.

Pelsser LM, Food as a trigger for ADHD symptoms: time for a paradigm shift? ADHD IN PRACTICE 2012; Vol 4 No 3
Internet: <http://www.adhdenvoding.nl/cms/wp-content/uploads/2012/12/ADHD-in-Practice-download-24.pdf>

Die nach Prof. Egger modifizierte oligoantigene Diät ist keine dauerhafte Ernährungsform, sondern eine zeitlich begrenzte diagnostische Diät, mit nachfolgend reintroduktiver Phase, welche Grundlage für individuelle Diätempfehlungen ist.

Im Rahmen einer ärztlich, ernährungswissenschaftlich und psychologisch zu begleitenden Basisdiät (mehrfachen Eliminationsdiät) wird gezielt auf bestimmte Nahrungsmittel und Zusatzstoffe verzichtet, die häufig Auslöser für Nahrungsmittelunverträglichkeiten sind. Die Basisdiät wird für drei bis vier Wochen zur Austestung angewandt, bei welcher mittels Fragebögen eine Verhaltensbeurteilung dokumentiert wird. Die Ergebnisse hieraus sind ausschlaggebend dafür, ob die Diät mangels positiver Wirkung abgesetzt wird oder die nachfolgende Wiedereinführungsphase beginnt. In der Wiedereinführungsphase, bei der ebenso Fragebögen zur Dokumentation des Verhaltens geführt werden, werden Nahrungsmittel und Nahrungsmittelzusätze einzeln, in normalen Mengen, über bestimmte Zeitabstände und bei Verträglichkeit wieder dauerhaft eingeführt, sodass sich bei dem Betroffenen eine Verschlechterung der AD(H)S-Symptome auf das jeweilig individuell unterschiedliche Nahrungsmittel zurückführen lässt.

Alle Studien zur oligoantigenen Diät haben eins gemeinsam: Für einen Teil der Probanden bestätigte sich zwar die Wirksamkeit der Diät, die Frage, welche pathophysiologischen Wirkmechanismen diesem positiven Effekt zugrunde liegen, blieb allerdings bis heute unerforscht. Wie die Blutanalysen der letzten Studie zeigten, erscheint es zudem als nicht sinnvoll, eine Eliminationsdiät auf Basis einer IgE- oder IgG-Testung durchzuführen.

Bereits vor mehr als 20 Jahren wurde mit dem Ergebnisbericht der Studie zur Wirksamkeit einer oligoantigenen Diät bei Kindern mit expansiven Verhaltensstörungen (Schmidt

et al.) die Empfehlung gegeben, die Wirkmechanismen der oligoantigenen Diät und daraus resultierende Behandlungsmöglichkeiten in weiteren Untersuchungen zu überprüfen. Es wurden zugleich Überlegungen zum pathophysiologischen Mechanismus und zur Diagnostik angestellt sowie u. a. Reaktionen auf Getreideprodukte beschrieben, die nicht dem Soforttyp unterliegen und nicht durch positive Prick- und Scratch-Tests oder IgE-Befunde nachweisbar sind.

In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass in der Studie von Prof Egger et al. bei ca. der Hälfte der Probanden eine Unverträglichkeit von Weizen nachgewiesen und sowohl das Vorliegen der Zöliakie wie auch einer Weizenallergie labordiagnostisch ausgeschlossen wurde. Weizen zählt nach Farb- und Konservierungsstoffen, Kuhmilch und Schokolade zu den Nahrungsmitteln, die in der Rangordnung am häufigsten Verhaltensstörungen auslösten.

Aktuell beschäftigt sich die Wissenschaft (und zwar die Gastroenterologie) zunehmend mit einer Form der Getreideunverträglichkeit, der Weizensensitivität. Wobei die Forschung hierzu noch mehr oder weniger in den Kinderschuhen steckt. Beabsichtigt ist, labordiagnostische Tests zu entwickeln, die eine Weizensensitivität nachweisen können. Es wird davon ausgegangen, dass die mit glutenhaltigen Produkten assoziierten Amylase-Trypsin-Inhibitoren, die der Abwehr der Pflanzen gegen Fressfeinde dienen und mit dem höchsten Anteil im Weizen vorzufinden sind, zur Aktivierung des angeborenen Immunsystems führen.

Interessanterweise werden in der S2k-Leitlinie-Zöliakie (AWMF-Register Nr. 021/021 – 04/2014) unter *Nicht-Zöliakie-Nicht-Weizenallergie-Weizensensitivität* (Seiten 19/20) Aufmerksamkeitsdefizitstörungen und Hyperaktivität unter den extraintestinalen Symptomen dieser Unverträglichkeit aufgeführt. Zudem wird in der Leitlinie ausgeführt, dass es kein Leitsymptom oder keinen Symptomenkomplex gibt, der dem behandelnden Arzt nahelegt, an eine Zöliakie zu denken. Vielmehr seien primär die differentialdiagnostischen Überlegungen breit zu führen und somit relativ häufig eine Zöliakie auszuschließen.

Internet: http://www.dgvs.de/fileadmin/user_upload/Leitlinien/Zoeliakie/021-021l_S2k_Zoeliakie_05_2014.pdf

Vor diesem Hintergrund sind dringend weitere Studien notwendig, um die pathophysiologischen Wirkmechanismen, die eine Verschlechterung der AD(H)S-Symptome durch Nahrungsmittel induzieren, zu erforschen, wie es bereits vor mehr als zwei Jahrzehnten mit den Studien zur Wirksamkeit einer oligoantigenen Diät bei Kindern mit expansiven Verhaltensstörungen gefordert wurde.

■ Renate Meyer

ADHS und Emotionen

Aktuelle Forschungsergebnisse deuten auf einen direkten Zusammenhang zwischen den ADHS-Kernsymptomen Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität sowie Problemen mit der Emotionswahrnehmung und -verarbeitung. Diese Befunde unterstützen die Erfahrung sowohl von Therapeuten als auch der Betroffenen selbst. Aus diesem Grunde fokussieren neuere Therapieansätze auch auf die Verbesserung des Umgangs mit Emotionen.

Es ist interessant, dass dieser Zusammenhang von ADHS und Emotionen noch 1971 von Wender in seiner Beschreibung der damals sogenannten minimalen cerebralen Dysfunktion mit Problemen des Verhaltens, der Persönlichkeit und emotionalen Symptomen durchaus bekannt war. Trotzdem beschränkte sich das amerikanische Diagnosesystem DSM III 1980 auf die Kernsymptome Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität. Die Wender-Utah-Kriterien für ADHS im Erwachsenenalter (1981) beschreiben neben Aufmerksamkeitsstörung, Überaktivität/Ruhelosigkeit, Desorganisation und Impulsivität drei Bereiche, die mit Gefühlen im weitesten Sinne zusammenhängen: Temperament, Affektlabilität und emotionale Überreagibilität. Wie bekannt, hat sich auch in den späteren Diagnosesystemen ICD 10 und DSM IV nichts daran geändert, nur die Kernsymptome des ADHS für die Diagnosestellung zu werten.

Die Behandlung mit Stimulantien verbessert häufig die Emotionswahrnehmung und -verarbeitung. Dieses Problemfeld ist aber auch sehr gut einer psychotherapeutischen Intervention zugänglich, und davon soll dieser Artikel handeln. Der erste Teil stellt den theoretischen Überbau des Themas Emotionen mit Schwerpunkt auf die Besonderheiten bei ADHS vor, während der zweite Teil des Artikels eine kurze Einführung in das praktische Vorgehen zum besseren Umgang mit diesen Emotionen ist.

Was sind Emotionen?

Diese Frage ist nicht so einfach wie sie klingt. Eine Definition beschreibt eine Emotion als „Erlebenszustand, der aus bestimmten Bewertungen resultiert und dem bestimmte Handlungen folgen“ (Bernard Weiner). Diese Definition geht über den Begriff eines „Gefühls“, wie z. B. Angst, Wut, Trauer etc. hinaus, indem sie die Emotion in einen größeren Kontext menschlichen Verhaltens einordnet. Es gibt zahlreiche mehr oder weniger ähnliche Definitionen, ich verwende in diesem Artikel die beiden Begriffe synonym. Emotionen sind im Laufe der Evolution entstanden, um uns Menschen zu helfen, unsere Grundbedürfnisse zu schützen und unsere Ziele zu erreichen. In diesem Sinne sind sie automatisierte oder erlernte Reaktionen auf innere und äußere Reize. Emotionen haben immer ein Ziel, eine Aufgabe.



Silke Groß-Lesch, FA für Psychiatrie und Psychotherapie

Sie kommen und gehen meist rasch, besonders im Vergleich zu Stimmungen, die meist länger anhalten. Sie führen dazu, dass wir uns lebendig fühlen. Sie geben uns Informationen über andere und anderen Informationen über uns. Und – ganz wichtig – Emotionen drängen uns zu bestimmten, automatisierten oder erlernten Handlungen.

In diesem Zusammenhang muss man sich verdeutlichen, dass wir Menschen uns biologisch gesehen seit Jahrtausenden kaum mehr verändert haben. Die Emotionen als Reaktionsmuster haben sich in einer Zeit entwickelt, als der Mensch im wahrsten Sinne des Wortes um das Überleben kämpfen musste, als das Grundbedürfnis Stillung von Hunger und die Sicherung der Aufzucht des Nachwuchses war. Diese Sicht impliziert, dass die Emotionen in unserer heutigen Zeit nicht immer Verhaltensprogramme in Gang setzen, die unseren heutigen Bedürfnissen entsprechen. Dies kann man sich gut verdeutlichen, wenn man sich die Situation eines Steinzeitmenschen vorstellt, der plötzlich einem Tiger gegenübersteht. Das Gefühl, das dabei entsteht, ist Angst, und dieses Gefühl setzt dann das Verhaltensmuster „Flucht“ in Gang.

Emotionen werden in einem entwicklungsgeschichtlich älteren Teil unseres Gehirns, im sogenannten limbischen System, wahrgenommen. Besonders wichtig ist hier der sogenannte Mandelkern, die Amygdala. Dieser Mandelkern „scannt“ ununterbrochen, ob eine Situation primär „gefährlich“ oder „emotional“ ist. Wenn die Antwort „ja“ lautet, werden sofort Signale an andere Hirnbereiche weitergeleitet, die dann entsprechend eine Kaskade von Reaktionen in Gang setzen. Diese Bewertung erfolgt blitzschnell. Das kennen ADHS-Betroffene nur zu gut: Das schlagartige „Kippen“ der Gefühle, das sich der bewussten Wahrnehmung und noch viel mehr der willentlichen Steuerung völlig entzieht. Es ist im Gesamtbild der Funktion der Emotionen verständlich, dass dieser Bewertungsprozess so schnell stattfinden muss, geht es dabei – wie bei den Tieren – ums pure Überleben. Genauso rasend schnell wird auch das Verhaltensprogramm in Gang gesetzt. Der Gehirnbereich, in dem das abläuft, heißt vereinfacht auch Reptiliengehirn. Wir sind aber keine Lurche mehr: Wir Menschen unter-

scheiden uns durch die Größe ihres Gehirns sogar von den nicht-menschlichen Primaten. Ein Bereich des Großhirns kann helfen, die Verhaltenssteuerung bewusst zu beeinflussen. Hier ist die Rede vom Präfrontalkortex, der u. a. für die sogenannten exekutiven Funktionen zuständig ist. Selbstverständlich wissen wir alle, dass bei von ADHS-Betroffenen dieser Steuerungsbereich anders arbeitet als bei Nichtbetroffenen. Aus dieser „Fehlfunktion“ entstehen einige der typischen ADHS-spezifischen Probleme. Trotzdem können ADHS-Betroffene lernen, ihren Verhaltenssteuerungsbereich besser, effektiver einzusetzen.

Therapeutische Ansätze

Die (kognitiv gestützte) Verhaltenstherapie geht davon aus, dass Verhalten in einem gewissen Ausmaß erlernt wurde und ungünstiges Verhalten verändert oder umprogrammiert werden kann. Deshalb setzt die Verhaltenstherapie auf der Seite der Verhaltensänderung an. Viele Patienten haben gute Erfahrungen mit verhaltenstherapeutischen Methoden gemacht. Häufig gibt es aber Probleme, das veränderte, „bessere“ Verhalten über einen längeren Zeitraum durchzuführen. In der Therapiestunde klappt es, das Umsetzen zu Hause ist schwierig. Der Erfolg stellt sich nicht so schnell ein, es gibt Probleme mit dem Durchhalten. Der Kopf weiß schon, was man machen sollte, aber irgendwie funkt etwas dazwischen, das es einem unmöglich macht, das Neu-Erlernte umzusetzen. Die Eltern von ADHS-Kindern machen immer wieder die Erfahrung, dass die Kinder in einer entspannten Situation genau erklären können, wie sie sich verhalten sollten, sie bekommen es aber im entscheidenden Moment nicht hin. Dasselbe berichten die Erwachsenen, die „vom Kopf her“ wissen, was jetzt richtig wäre, aber dieses Wissen nicht anwenden können. Dieser Artikel handelt vom Umgang mit Gefühlen. Gibt es da vielleicht Ansätze, die dauerhaft helfen können, das Verhalten und daraus folgend das Befinden verbessern zu können?

Besonderheiten bei ADHS

Viele ADHS-Betroffene berichten, sie hätten gar keine Gefühle, während andere deutlich darunter leiden, zu viele Gefühle zu haben. Beiden Gruppen gemeinsam ist, dass sie immer wieder in Situationen geraten, in denen ihnen die Fähigkeit, über diese Situation selbst zu bestimmen, also „kopfgesteuert“ zu handeln, mehr oder weniger abhanden kommt. Man könnte überspitzt sagen, das „Reptiliengehirn“ als dem Sitz der Emotionswahrnehmung und -verarbeitung des ADHS-Betroffenen hat die Übermacht. Bei dem ausgeprägten Bedürfnis nach Selbstbestimmung des ADHS-Betroffenen ist nachzuvollziehen, dass dies eine Situation ist, die auf jeden Fall zu vermeiden wäre, wenn man nur wüsste, wie.

Bei beiden Gruppen kann man erkennen, dass Verhaltensmuster vorhanden sind, die von ihnen selbst oder der Umgebung als schwierig und unvorteilhaft wahrgenommen werden. Häufig bekommen die Betroffenen nur durch die

(aus ihrer persönlichen Sicht) unverständliche Reaktion der Umwelt eine Rückmeldung, dass hier irgendetwas schief läuft. Oder die Betroffenen merken plötzlich, dass sie „an der Decke hängen“, haben aber keinen persönlichen Zugang, was jetzt mit ihnen passiert ist. Viele berichten auch, dass sie alle Kraft auf sich nehmen, um die vorhandenen Gefühle unter Kontrolle zu halten, was die Verhaltenssteuerung deutlich beeinträchtigt und auf Dauer bis zur völligen Erschöpfung führen kann.

Aus dem bisher Dargelegten lässt sich ableiten, warum ein therapeutischer Ansatz, der seinen Schwerpunkt auf die Verhaltensänderung legt, zu kurz greifen muss. Der therapeutische Zugang über die Emotionswahrnehmung ermöglicht dagegen, deutlich flexiblere Verhaltensweisen zur Verfügung zu haben und dann gezielt aus diesen auszuwählen. Es ist sehr wichtig, ADHS nicht nur unter dem Begriff einer „Störung“ zu verstehen. ADHS-typisches Verhalten kann durchaus überlebenswichtig sein. Hier verweise ich gerne auf das Modell von Thom Hartmann vom Jäger und den Bauern. ADHS-spezifisches Verhalten hat der Menschheit das Überleben erst ermöglicht! Ohne ADHS wären wir vom Tiger gefressen worden, wir wären verhungert, weil wir beim durch die Steppe laufen nicht schnell genug reagiert hätten, wenn das Beutetier vor uns zu hören war, und wir hätten uns nie aufgemacht, die Gegend um uns herum zu erkunden. Die oben beschriebene sehr schnelle, im Wortsinn impulsive Verhaltensreaktion auf eine emotionale Wahrnehmung kann durchaus auch sehr positiv bewertet werden. Aus diesem Verhalten heraus entsteht dann das Engagement, das sehr viele ADHS-Betroffene auszeichnet, und von dem nicht zuletzt Selbsthilfegruppen leben!

Mein therapeutischer Ansatz beginnt bei der **Emotionswahrnehmung**, und es wird erst viel später – wenn überhaupt – um Veränderung, sei es von Emotionen oder von Verhalten, gehen. Es fällt vielen Patienten schwer, sich dem Thema „Gefühle“ zu nähern, noch dazu in einer Therapiestunde. Häufig bekomme ich zu hören, „ich habe keine Gefühle, ich kann das gar nicht“. Bei den meisten steht unausgesprochen eine Art Sorge im Raum, dass es „gefährlich“ sei, sich mit diesem Thema zu beschäftigen, man traut sich nicht aus Angst, die Situation nicht mehr kontrollieren zu können. Vielleicht steht auch ein überholtes Konzept hinter dieser Sorge, dass man Gefühle unterdrücken muss, häufig mit dem psychodynamischen Begriff „Verdrängung“ beschrieben.

Man entwickelt selbstverständlich im Leben Strategien, Gefühle wegzuschieben, sich nicht damit zu beschäftigen. Dies kann durchaus eine sinnvolle Strategie sein, und ich halte es für sehr wichtig, dass jeder frei für sich entscheiden darf, ob er sich mit dem Thema Emotion beschäftigen will oder nicht. Auch die Frage nach dem richtigen Zeitpunkt ist sinnvoll, und auch hier sollte jeder für sich feststellen,

ob der jetzige Zeitpunkt stimmt. Alternative Konzepte fordern das völlige Ausagieren von Gefühlen, man soll ihnen freien Lauf lassen. Auch dies entspricht nicht meinem Ansatz. Im zweiten Teil des Artikels, beim Umgang mit Emotionen, werde ich näher darauf eingehen. Die Ängste, sich dem Thema Emotionen zu nähern, beruhen häufig darauf, dass es sich meist um unangenehme Gefühle, also negative Emotionen dreht. Wenn jemand glücklich, froh, voller Liebe ist, wird er kaum therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen.

Der Umgang mit Gefühlen ist bei ADHS-Betroffenen nicht prinzipiell anders als bei Nicht-Betroffenen, er ist nur durch das spezifische strukturelle und funktionelle Anderssein des Gehirns möglicherweise erschwert. Trotzdem bin ich der Meinung, dass durch die ADHS-Symptome bestimmte Verhaltensmuster bevorzugt werden, und auch bestimmte Gefühle von ADHS-Betroffenen als besonders unangenehm erlebt werden. Bevor ich einzelne Gefühle in Bezug auf ADHS näher erläutern will, folgt erst eine Darstellung dieser **speziellen Verhaltensmuster**. Wichtig ist mir hierbei die Feststellung, dass dieses Verhalten nicht grundsätzlich falsch oder schlecht ist. Den ADHS Betroffenen fehlen nur häufig Verhaltensalternativen, um in verschiedenen Situationen flexibler zu handeln.

Wenn man Gefühle bemerkt, und dies gilt besonders bei negativen, unangenehmen Gefühlen, will man, dass dieses Gefühl so schnell wie irgendwie möglich verschwindet. In dem Bild vom Steinzeitmenschen und dem Tiger: Das Gefühl der Angst verschwindet, wenn ich weglaufe. Dieses „Weglaufen“ ist eine aktive, selbstbestimmte Handlung. Diese Methode „aktiv an die Sache herangehen“ haben viele ADHS-Betroffene über lange Jahre perfektioniert. Sie versuchen, die Situation, in der dieses Gefühl auftritt, zu verändern. Das ist oft die Triebfeder, sich für eine Sache einzusetzen. ADHS-Betroffene sind häufig sehr sensibel in der Wahrnehmung insbesondere von Ungerechtigkeiten, auch und gerade anderen gegenüber. Die bekannte motorische Hyperaktivität und die erhöhte Impulsivität unterstützen geradezu das Verhalten, sich einzusetzen, die als unangenehm bewertete Situation zu verbessern. Dieses Verhalten wird dann häufig dadurch verstärkt, dass man vom Gegenüber für das „ich mach‘ das schon“ eine positive Rückmeldung erfährt. Bestenfalls wird man angelächelt oder sogar gelobt – die vorher als unangenehm wahrgenommene Situation hat sich in eine angenehme verwandelt. Man erlebt demnach, dass ein Verhalten, das durch die Veranlagung ADHS verstärkt wird, positive Konsequenzen hat, und deshalb wird man immer wieder dieses Verhalten anwenden.

Es gibt aber leider auch eine andere Seite dieses Verhaltensmuster. Zum einen kann dies zu einer chronischen Überforderung führen, und viele ADHS-Betroffene kennen die Schwierigkeiten, „nein“ zu sagen nur zu gut. Leider

werden auch ADHS-Betroffene nicht jünger, und mit der Zunahme der Anforderungen, z. B. durch eine Familie und Beruf, können die vielen kleinen und größeren Gefälligkeiten, Zusatzjobs und sozialen Engagements nicht mehr in dem Maße wie früher erledigt werden. Viele ADHS-Betroffene haben einen sehr hohen Anspruch an sich selbst und setzen sich deshalb über einen langen Zeitraum bis zur völligen Erschöpfung selbst unter Druck. So entsteht ein negativer Teufelskreis, der mit sehr negativen Gefühlen einhergeht.

Und dann gibt es im Leben Situationen, in denen die Gefühle so stark im Vordergrund stehen, dass diese Strategie „ich handele, damit das Gefühl weggeht“ nicht (mehr) funktioniert. Manche Situationen kann man nicht, noch dazu möglichst schnell und möglichst perfekt, verbessern. Da aber der ADHS-Betroffene vor allem über die Strategie verfügt, zu versuchen, die Situation zu verändern, ist nachzuvollziehen, dass dieses vergebliche Bemühen dazu führt, dass immer mehr negative Gefühle entstehen, häufig auch im Umfeld.

Wahrnehmung von Emotionen

Die oben genannte Definition von Emotion hat diese als „Erlebenszustand“ beschrieben, der auf bestimmten Bewertungen beruht. Dieser „Erlebenszustand“ entspricht der subjektiven Ebene des Gefühls, während die Bewertungen die zweite, kognitive Ebene eines Gefühls darstellt. Auf der dritten, physiologischen Ebene werden körperliche Vorgänge und Stoffwechselreaktionen beschrieben. Die vierte, motorische Ebene bezieht sich auf die in der Definition erwähnten Handlungen und zeigt sich in dem auf eine Emotion folgenden motorischen Verhalten. Die Darstellung dieser vier Ebenen einer Emotion ermöglicht es, sich diesem erstmal so schwer zu fassenden Thema zu nähern.

Beginnen möchte ich die Darstellung mit der **subjektiven Ebene der Emotionen**. Dazu ist es wichtig, sich bewusst zu machen, dass Gefühle subjektiv im wahrsten Sinne des Wortes sind und sein dürfen. Es gibt auf dieser Ebene kein „richtig“ oder „falsch“, niemand kann mir vorschreiben, wie und was ich fühlen darf. Gefühle sind wahr, und ich muss mich nicht rechtfertigen, ein bestimmtes Gefühl zu haben.

Viele ADHS-Betroffene haben erhebliche Schwierigkeiten, Gefühle differenziert wahrzunehmen. Oft bemerken sie schon, dass da „auf der emotionalen Seite etwas passiert“, es ist aber sehr unbestimmt, nicht fassbar. Auch in der Literatur wird die genaue Unterscheidung Emotion/Gefühl nicht einheitlich gehandhabt, und ich verwende die Begriffe synonym. Übereinstimmung herrscht zumindest dahingehend, dass Gefühle auf der ganzen Welt und in jeder Kultur vorkommen. Dazu gibt es dann verschiedene Einteilungen von Grundemotionen. Diese kann man weiter unterteilen, um sie so noch genauer, differenzierter wahrzunehmen.

Die folgende Liste kann dabei helfen.

- Panik – Angst – Schiss – Bammel – Besorgnis
- Trauer – Kummer – Mitleid – Enttäuschung – Bedauern
- Scham – Geniertheit
- Glück – Freude – Zufriedenheit
- Liebe – Zuneigung – Sympathie
- Verzweiflung – Niedergeschlagenheit – Bedrücktheit
- Hass – Antipathie – Abneigung
- Wut – Ärger – Genervtheit – Unzufriedenheit

Auf der linken Seite steht jeweils das „Maximalgefühl“, je weiter man nach rechts geht, desto weniger stark dürfte das Gefühl wahrgenommen werden. Schon diese eher formale, vom Kopf gesteuerte Beschäftigung mit der Sortierung und Intensität, welches Gefühl das jetzt gerade ist, das ich spüre, kann schon dazu führen, dass man sich als kompetent und handlungsfähiger erlebt.

Gibt es „spezifische ADHS-Gefühle“? Ich würde diese Frage mit Ja beantworten. Viele ADHS-Betroffene erleben „Langeweile“ als sehr unangenehmes Gefühl, oder ist Langeweile die Abwesenheit von Gefühlen? Manche Betroffene beschreiben auch eine Art von unspezifischem „Druckgefühl“. Ich würde auch Hunger als Gefühl zulassen, und zwar sowohl Hungern nach Nahrung als auch als Suche nach etwas Spannendem, einem „Kick“. In dieser Liste fehlt auch das Gefühl der Hilflosigkeit, des Ausgeliefertseins im Sinne eines Kontrollverlustes, und das ist meines Erachtens das Wichtigste aller Gefühle, das ein ADHS-Betroffener vermeiden möchte.

Das Gefühl der **Enttäuschung** eignet sich als Einstieg in das subjektive Empfinden von Gefühlen sehr gut. Es ist für viele ADHS-Betroffene sehr überraschend und oft erschreckend, wie häufig sie diese Enttäuschung im Alltag erleben, ohne sich dessen bewusst zu sein. Gerade die Enttäuschung führt zu diesem extrem raschen Kippen der Stimmung – eben war doch alles noch gut, und jetzt ist irgendetwas passiert und die Stimmung ist im Keller. Für viele ADHS-Betroffene ist das der Super-GAU – „etwas“ passiert und sie haben keinen Zugang dazu, sie können es nicht beeinflussen, sind hilflos ausgeliefert. Dieses Gefühl der chronischen Enttäuschung kann sich schon in der frühen Kindheit entwickeln. ADHS-Kinder erleben leider immer noch zu häufig, dass sie scheitern. Trotz Anstrengung, obwohl sie fleißig gelernt haben, klappt die Probearbeit nicht wie gewünscht. Sie sind schusselig, ecken an, Dinge gehen zu Bruch, obwohl sie sich doch so große Mühe geben. Die Umwelt reagiert gleichgültig-herablassend bis vorwurfsvoll. Auf diese Weise entsteht eine Art von situativem Gefühlsgedächtnis, das immer wieder reaktiviert wird.

Manche Menschen können eine Art bildliche Vorstellung eines Gefühls spüren – sich mit diesem Bild zu beschäftigen, es z. B. zu beschreiben, wäre eine andere Möglichkeit der Emotionswahrnehmung. Die Angst vor einer Prüfung

fühlt sich an wie ein Strick um den Hals, der sich immer mehr zuzieht. Der Stress des vergangenen Jahres im Referendariat ist wie eine große, schwere Kugel, die auf dem Schreibtisch zuviel Platz einnimmt.

Dieses Gefühl der Enttäuschung ermöglicht, die **zweite, kognitive Ebene** der Emotionen, die Ebene der **Gedanken und Bewertungen** zu erläutern. Um enttäuscht zu werden, muss ich vorher eine gedankliche Vorstellung, wie etwas sein sollte, haben. Diese Vorstellung wurde aber aus Gründen, die ich nicht weiß und leider auch nicht beeinflussen konnte, nicht erfüllt, und das daraus folgende Gefühl ist dann dieser emotionale Absturz, die Enttäuschung. Meines Erachtens gibt es Gründe, warum gerade ADHS-Betroffene auch als Erwachsene dieses Gefühl der Enttäuschung so übermäßig oft erleben. Bedingt durch die ADHS-Kernsymptome erleben viele die Umwelt als chaotisch, ungeordnet, schwer zu verstehen. Viele Betroffene entwickeln deshalb eine Strategie, um das Chaos in den Griff zu bekommen – sie versuchen, alles um sich herum zu kontrollieren, zu bestimmen, im Griff zu haben. Es gibt durchaus gut strukturierte ADHS-Betroffene, die sowohl im Alltag als auch im Beruf problemlos zurechtkommen. Diese Menschen versuchen, alles perfekt durchzuplanen. Problematisch kann dieses Verhalten werden, wenn unvorhergesehene Dinge passieren, die den sorgfältig ausgearbeiteten Plan durcheinander wirbeln, oder wenn sich die Umgebung – absichtlich oder aus Versehen – nicht an den Plan hält. Die ADHS-Betroffenen haben Erwartungen an ihre Umgebung – das Problem ist nur, dass Erwartungen, im Gegensatz z. B. zu Bitten oder Forderungen, gerade nicht ausgesprochen, kommuniziert werden. Leider können die Gegenüber eines ADHS-Betroffenen nicht Gedankenlesen, und sie müssen es auch nicht.

Auf der kognitiven Ebene werden Bewertungen vorgenommen, wie man eine Situation einschätzt. Hier geht es um die Fragen „gut oder schlecht“, „richtig oder falsch“. Bewertungen sind im Laufe eines Lebens entstanden, sie wurden erlernt. Eltern vermitteln ihren Kindern bestimmte Wertvorstellungen, Menschen machen Erfahrungen. Einen ganz wesentlichen Anteil an diesen Bewertungen haben Erinnerungen an frühere Situationen, die häufig negativ erlebt wurden. Viele ADHS-Betroffene sind in der Lage, ihre ganz spezifischen Auslöser solcher Alterinnerungen zu benennen, die dann blitzschnell zu genau dem gleichen, schrecklichen, alten Gefühl führen. Diese spezifischen Auslöser können sehr unterschiedlich sein. Häufig handelt es sich um Gerüche, und es gibt mittlerweile Untersuchungen, dass ADHS-Kinder deutlich besser riechen können als Kinder ohne ADHS. Die Verarbeitung von Gerüchen im Gehirn geht sehr schnell und direkt und findet auch in Bereichen statt, die mit Emotionsverarbeitung zu tun haben. Auslöser können bestimmte Worte oder auch Tonlagen sein. Besonders ADHS-Jugendliche wissen genau, welche

Wörter und Stimmhöhen der Mütter oder Väter überhaupt „nicht gehen“. Auch Geräusche oder bildliche Vorstellungen werden in diesem Zusammenhang erwähnt. Es ist hilfreich, sich mit seinen persönlichen Auslösern, einer „Negativliste“, zu beschäftigen. Dadurch schlägt man zwei Fliegen mit einer Klappe: Man lernt sich selbst besser kennen und bekommt dadurch einen Zugang, warum die Stimmung so schlagartig abgekippt ist. Das eröffnet im nächsten Schritt die Möglichkeit, in Zukunft flexibler, bestimmter mit dieser Situation umzugehen. Es ist nicht „die Stimmung, die kippt“, sondern es hat etwas mit mir persönlich, mit meinen Wahrnehmungen und Bewertungen zu tun. Dieses Bewusstsein verändert das Gefühl der Hilflosigkeit, das sich ganz häufig sekundär aus dem Gefühl der Enttäuschung entwickelt. Ein weiterer spezifischer Auslöser für das Kippen der Emotionen ist häufig die Mimik des Gegenübers. Eine hochgezogene Augenbraue, ein Naserümpfen oder ein schiefer Blick können schon reichen, um bei einem ADHS-Betroffenen einen Gefühlsabsturz zu bewirken. Gerade Kinder sind hier oft besonders empfindsam, und innerhalb einer Zehntelsekunde wird darüber entschieden, ob ein Gegenüber akzeptiert wird oder eine Situation zu eskalieren droht. Die „Gefühlserinnerungen“ aus der Kindheit gehören in diese Kategorie der Auslöser und erklären die besondere Sensitivität vieler erwachsener ADHS-Betroffener in Situationen, die für einen außen stehenden Betrachter nicht „emotional“ sind.

Auf der **kognitiven Ebene** werden auch **Denkschwierigkeiten**, z. B. erhöhte Ablenkbarkeit und Konzentrationsschwierigkeiten, Verlust von Objektivität oder der Kontrolle über die eigenen Gedanken beschrieben. Auch die Wahrnehmung kann sich verändern, Objekte erscheinen unscharf, unwirklich, die Aufmerksamkeit ist nur auf sich selbst gerichtet oder man nimmt alles übergenau wahr. Das Denken wird insgesamt als eingeengt, verändert, schwerfällig erlebt. Viele ADHS-Betroffene beschreiben aus einem simplen, aber unangenehmen Gedanken heraus eine sich selbst entwickelnde Spirale katastrophisierender Gedanken, aus der es kein Entrinnen mehr gibt, man kommt von einem Gedanken in den nächsten, bis am Ende alles ganz schwarz und furchtbar ist. Häufig wird dieses Verhalten als Panikattacke missinterpretiert. Die Betroffenen können bei genauem Fragen sehr differenziert dieses „sich hineinsteigern“ beschreiben, während eine Panikattacke urplötzlich mit schwerer Angst beginnt. Unterstützt wird dieses Verhalten durch die Neigung zahlreicher ADHS-Betroffener, alle Dinge nur nach absoluten Schwarz-Weiß-Maßstäben zu bewerten, schon die bloße Vorstellung von Grau-Tönen zwischen den Extremen wird sehr negativ und unangenehm erlebt.

Häufig wechseln sich Gefühle miteinander ab oder überlagern sich, oder es gibt zwei Gegengefühle, die im Wettstreit miteinander stehen. Es ist sehr wichtig, diese einzelnen Gefühle getrennt wahrzunehmen! Das Gefühl Wut/

Ärger ist häufig mit Angst oder auch Trauer verbunden oder das Schuld- oder Schamgefühl sitzt „über“ einem tieferen Gefühl. Speziell bei ADHS-Betroffenen ist das Zweitgefühl sehr häufig das der Hilflosigkeit, des Ausgeliefertseins, und das vorausgegangene Gefühl, z. B. das Gefühl der Enttäuschung, des Kippens oder Absturzes wird in diesem Moment leider nicht bewusst wahrgenommen. Aus der getrennten Wahrnehmung heraus ergeben sich verschiedene Ansätze, besser mit den Gefühlen umzugehen.

Auf der **dritten, physiologischen Ebene** findet die körperliche Wahrnehmung der Gefühle statt. Vermittelt werden diese körperlichen Vorgänge durch verschiedene Transmitter, z. B. Adrenalin als dem Stresshormon. Dies werde ich nicht weiter ausführen, sondern mich auf die körperlichen Symptome beschränken.

Unsere Sprache kennt zahlreiche, sehr treffende Beschreibungen von Emotionswahrnehmungen: Das Herz rutscht einem in die Hose. Etwas schlägt einem auf den Magen, oder man hat Schmetterlinge im Bauch.

Bei manchen Menschen wird bei Angst der Hals eng, sie bekommen schlecht Luft, die Hände werden feucht oder kalt.

Angst kann körperlich als Anspannung, Zittern und Beben, als Ruhelosigkeit gespürt werden, bei anderen als Müdigkeit, Erschöpfung oder Konzentrationsstörung. Bei einigen Menschen führt Angst zu Herzklopfen, einem Kloß im Hals, Harndrang, Schwitzen oder Frieren, oder auch zu Magen-Darm-Beschwerden. Angst fühlt sich anders an als Trauer, Ekel als Scham, Freude als Wut.

Diese körperlichen Symptome der Emotionen stehen in einem engen Zusammenhang zur **vierten, motorischen Ebene**. Bei der Definition von Emotion wurde eine aus dem Gefühl kommende Handlung mitbeschrieben. Das bedeutet, dass ein Gefühl einen individuellen, aber durchaus spezifischen Handlungsimpuls nach sich zieht. Viele beschreiben den Handlungsimpuls von Angst als eine Art Lähmung oder Starre, man möchte sich im nächsten Mauselloch verkriechen, die Decke über den Kopf ziehen. Wut oder Ärger lösen einen ganz anderen Handlungsimpuls aus. Viele beschreiben eine Art Kraft, die nach außen gerichtet ist, man wird aktiv, will auf den Tisch hauen, schreit das Gegenüber an. Anhand des unterschiedlichen Handlungsimpulses kann man den Unterschied zwischen Wut und Ärger gut verdeutlichen. Evolutionsbiologisch führt die Emotion Wut dazu, in einer lebensbedrohlichen Situation gegen einen übermächtigen Gegner letzte Ressourcen zu mobilisieren. Das führt zu einer massiven Steigerung der körperlichen Kraft, einer Reduktion der Schmerzempfindlichkeit und von Angst, Schutzreflexe fallen aus. Hier geht es um alles oder nichts. Im Gegensatz dazu ist Ärger ein Gefühl, das auf eine konstruktive Veränderung hin arbeitet. Man versucht, seine Bemühungen zu intensivieren und Problemlösestrategien anzuwenden. Gerade diese Unterscheidung Wut/Ärger

fällt vielen ADHS-Betroffenen sehr schwer. Viele erleben diese Emotion als extrem stark, kaum zu steuern, man ist „blind vor Wut“ oder „sieht rot“. Hieraus wird deutlich, wie wichtig eine frühe Wahrnehmung der Emotion ist, um noch einen kleinen Handlungsspielraum zu bewahren. Auch die genaue Differenzierung der einzelnen Emotionen ist extrem notwendig, da die zeitgleiche Überlagerung von Wut/Ärger und Angst/Trauer zu diametral entgegengesetzten Handlungsimpulsen führen kann. Diese Überlagerung wird als besonders unangenehm beschrieben, häufig als Handlungsblockade, als ein Gefühl massiver innerer Anspannung und Unruhe, eine Art Druck, sich zu bewegen, und gleichzeitig ein Gefühl der Lähmung oder Starre. Es versteht sich von selbst, dass dieser Zustand das (sekundäre) Gefühl der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins verstärkt. Auf der anderen Seite wird Ärger/Wut manchmal als ein bisschen „angenehmer“, leichter zu ertragen erlebt im Vergleich zur „reinen“ Angst, weil es Energie freisetzt, es ist nach außen gerichtet, während die Angst sich gegen einen selbst wendet. Man kann das Gefühl von Ärger/Wut dann schon fast als eine Art von „Strategie“ beschreiben, das noch viel unangenehmere Gefühl der Angst oder Trauer nicht mehr spüren zu müssen. Meiner Meinung nach besteht hier ein direkter Zusammenhang zum impulsiven ADHS-Verhalten, das bei anlagebedingter „kurzer Reizleine“ sehr schnell zur unüberlegten Ausführung einer Handlung direkt aus der Emotion beiträgt. Wenn ich wütend reagiere, vermeide ich, ein anderes, noch unangenehmeres Gefühl zu spüren. Diese Strategie kann kurzfristig angenehmer sein, während sie als langfristige Strategie im Umgang mit anderen Personen auch zu negativen Emotionen führt.

Umgang mit Emotionen

Nach der ausführlichen Übersicht über die Wahrnehmung von Emotionen steht die Frage im Raum, was man mit diesem Wissen jetzt anfangen soll? Zu Beginn des Artikels habe ich dargestellt, dass der therapeutische Ansatz „Veränderung“ speziell bei ADHS nicht immer sinnvoll ist. Mein Ansatz lässt sich mit dem Begriff der **„Akzeptanz“** beschreiben, und erst aus dieser Akzeptanz einer Situation heraus erfolgt danach die Arbeit an der Veränderung. Der Begriff der Akzeptanz bedeutet auf keinen Fall, dass ich die Situation, so wie sie sich darstellt, für „gut“ befinde. Es geht bei diesem Begriff um eine durchaus schonungslose Beschreibung einer Situation wie sie ist. Schon das Wort Beschreibung impliziert eine **nicht bewertende Darstellung**. Es geht nicht um gut oder schlecht, sondern um das Bemühen um eine neutrale Sicht auf die Dinge, die passieren. Dorthin zu kommen ist eine Herausforderung, und es gibt Strategien, die dabei helfen können.

Die erste Antwort auf die Frage „was soll ich tun mit meinem Gefühl, das ich jetzt ein bisschen spüre“ lautet: **Innehalten!** Diese Antwort wird einen Menschen mit ADHS zum Widerspruch reizen. Vielleicht ist es hilfreich, sich das Bild der

Zündschnur vorzustellen, die bei ADHS-Betroffenen sehr kurz ist. Das Innehalten im Sinne von „erst einmal nichts tun“ verlängert diese Zündschnur um die entscheidenden Sekunden, die ich brauche, um selbstbestimmt zu handeln. Das Innehalten ermöglicht mir, für einen Moment die Situation mit allen Sinnen zu spüren. Dadurch verschaffe ich mir einen individuellen und persönlichen Zeit- und Steuerungsvorteil, damit ich dann im zweiten Schritt auch Dinge verändern kann – wenn ich es will. Das „Nichtstun“ bezieht sich auf den allerersten Moment nach der Emotionswahrnehmung – das Ziel ist eine bewusste Entscheidung für eine Handlung, ein Versuch, das automatisierte Verhalten direkt aus der Emotion heraus aktiv zu beeinflussen, die Verlängerung der Zündschnur. Ich habe bis jetzt noch keinen ADHS-Betroffenen gesprochen, der nicht die Situation gekannt hat, dass der Kopf völlig abgeschaltet war aufgrund einer heftigen Gefühlswahrnehmung, das Denken als völlig blockiert beschrieben wurde. Viele ADHS-Betroffene erleben sich ganz stark im Gefühl und beschreiben ein völliges Losgelöstsein von jeglichen rationalen Erwägungen. Auch die Eltern von ADHS-Kindern kennen das nur zu gut – im emotionalen Erregungszustand ist das Kind nicht zugänglich, die Eltern könnten genauso gut gegen die Wand sprechen. Aus dieser Beschreibung heraus leitet sich mein therapeutischer Ansatz ab. Ziel ist, die Ebene des „Denkens“ und damit rationalen Handelns so schnell wie möglich wieder mit der Ebene des Gefühls zu verbinden. Beide Bereiche zusammen ermöglichen ein besonders **„weises Handeln“**, ich bin flexibler, habe verschiedene Strategien, aus denen ich situationsadäquat auswählen kann. Diese Strategie erlaubt mir auch, auf mein Erfahrungswissen zurückzugreifen. Mir ist wichtig zu betonen, dass nicht die Ebene des Gefühls besser ist als die kognitive Ebene oder umgekehrt. Je genauer ich mich auf beiden Ebenen auskenne, desto handlungsfähiger bin ich. Für welche Ebene ich mich in einer bestimmten Situation entscheide kann durchaus wechseln – manchmal muss ich eine „Kopfentscheidung“ treffen, obwohl das Gefühl etwas anderes möchte, manchmal muss ich die Konsequenzen einer „Gefühlsentscheidung“ auf der „Kopfebene“ mittragen. Der Satz „ich bin nicht ein Gefühl- ich habe ein Gefühl“ kann eine Hilfe sein bei dieser Arbeit an einer Veränderung meines bisherigen Umganges mit meinen Emotionen.

Die Aufteilung in die vier Ebenen ermöglicht auf jeder einzelnen Ebene, an **Veränderungen** zu arbeiten. Beginnen möchte ich mit der **motorischen Ebene**, weil ich die Erfahrung gemacht habe, dass dies zu Beginn am schnellsten zu sichtbaren kleinen Erfolgen führt. Dazu kommt noch, dass die ADHS-Kernsymptome der Hyperaktivität und Impulsivität ein „Innehalten“ im Sinne von „nichts tun“ sofort unterlaufen. Das bedeutet, dass ich versuchen kann, anders zu handeln als bisher. Es ist für einen impulsiven ADHS-Betroffenen praktisch nicht möglich, in einer emotional aufgeladenen Situation nicht zu widersprechen, es können

Gegenstände durch die Gegend fliegen oder die Hand „rutscht aus“. Der Impuls der Emotion drängt zur körperlichen Handlung, die als massiver „Druck“ wahrgenommen wird. Deshalb empfehle ich als erstes, zu versuchen, die kritische Situation zu verlassen. Damit schlägt man zwei Fliegen mit einer Klappe: man nimmt sich die Möglichkeit, dem Gegenüber verbal oder direkt etwas an den Kopf zu werfen. Laufen ist eine körperliche Handlung, die den emotionalen Handlungsimpuls abschwächt. Es ist nicht sinnvoll, was früher häufig propagiert wurde, sich z. B. durch Schlagen auf ein Kissen abzureagieren. Dagegen ist es sehr hilfreich, eine durchaus banale, eher mechanische Handlung zu machen, z. B. ein Glas Wasser zu trinken oder eine Treppe hoch oder herunter zu gehen.

Da der Handlungsspielraum zu Beginn so klein ist, macht es Sinn, sich vorher in einer ruhigen Minute ein paar Gedanken zu machen, was in einer spezifischen Situation einem helfen könnte. Das bedeutet Arbeit auf der **zweiten, kognitiven Ebene**. In der Situation selbst bleibt nicht viel Zeit zum Überlegen. Wenn ich aber eine Erinnerung oder Idee habe, was mir jetzt helfen könnte, erhöht es meine Chance, dies umzusetzen. Eine Art Liste mit möglichen Strategien erweitert meinen Handlungsspielraum enorm – und das ist das Ziel! Statt wie bisher wie eine Maschine nur in eine vorbestimmte Richtung zu handeln, kann ich Alternativen ausprobieren – und verwerfen, wenn sie sich nicht als hilfreich herausstellen. Dadurch mache ich neue und vor allem bewusste, selbstbestimmte Erfahrungen.

In der Auseinandersetzung mit Kindern oder Partnern rate ich dringend, möglichst vorab zu klären, dass mein „Weglaufen“ nicht bedeutet, ich mag das Gegenüber nicht mehr oder ich laufe vor einer Auseinandersetzung davon. Kinder sind deutlich entlastet, wenn eine Mutter erklärt, dass eine Situation für beide als schwierig wahrgenommen wird und sie deshalb jetzt versuchen will, mit dieser Situation besser klarzukommen, und dass sie deshalb kurzfristig aus dem Raum geht und dabei das frühere, für beide belastende Verhalten wertfrei benennt.

Eine weitere Möglichkeit, auf der **kognitiven Ebene** an Veränderungen zu arbeiten, ist die Auseinandersetzung mit meinen **Erwartungen und Bewertungen**. Sehr viele ADHS-Betroffene sind ständig am Bewerten, wie ein Etikettierautomat, der jede Situation auf gut/schlecht oder angenehm/unangenehm scannt und dadurch das entsprechende Gefühl auslöst. Schon das sich bewusst machen dieses Prozesses der Bewertung ist ein erster Schritt zur Veränderung, weil es dann eben nicht mehr automatisch passiert, d. h. nicht von mir beeinflusst, sondern ich entscheide, ob und wie ich bewerte oder eben auch damit aufhöre – ich werde wieder handlungsfähiger und bin nicht hilflos ausgeliefert. Bewertungen haben viel mit Lerngeschichte zu tun, mit Erfahrungen aus der Kindheit, z. B. bestimmten Verhaltenstilen und Gebräuchen in der Familie. Es geht nicht darum, Bewertungen abzulehnen. Ich darf durchaus einen

Standpunkt vertreten – aber je genauer ich diesen Standpunkt kenne und als meinen eigenen vertrete und mir über die Gefühle, die dadurch ausgelöst werden, bewusst bin – umso selbstbestimmter bin ich und auch besser vorbereitet, mit den möglichen Konsequenzen meines Verhaltens umzugehen. Es macht einen großen Unterschied, ob ich versuche, eine Situation wie ein Außenstehender neutral zu beschreiben oder ob ich eine emotional gefärbte Bewertung vornehme. Ein neutrales Beschreiben ist kein Beschönigen, und eine Situation wird dadurch nicht besser oder schlechter. Hier kommt der zuvor genannte Begriff der **Akzeptanz** ins Spiel. Es geht um ein Akzeptieren so wie es ist, nicht um ein gut bzw. schlecht bewerten. Manche Situationen oder Ereignisse im Leben sind definitiv nicht gut oder angenehm, sondern traurig oder sorgenvoll. Häufig kommt zu dieser emotionalen Wahrnehmung als „Zweitgefühl“ dann Ärger dazu oder Schuld- oder Schamgefühle, und das macht den Umgang mit einer sowieso schon schwierigen oder unangenehmen Situation definitiv nicht einfacher, sondern führt noch mehr zu einer Blockade des Denkens. Zu Beginn kann es schwierig sein, den Unterschied zwischen Bewerten und Beschreiben zu verstehen – man kann versuchen, wie ein Journalist sich ein Bild zu machen, was da gerade passiert. Ich kann mich als **neutraler Beobachter** in Gedanken auf eine höhere Position begeben, z. B. einen Stuhl, um mir einen besseren Überblick zu verschaffen. Ich kann versuchen, „in die Schuhe des Gegenübers zu steigen“, um seine Perspektive einzunehmen. Diese unterschiedlichen Strategien führen direkt zu einer **inneren Distanzierung** des eigenen Gefühls, und durch den aktiven Vorgang des neutralen Beschreibens wird automatisch mein Frontalhirn, das Steuerungszentrum, aktiviert.

Es sind häufig immer wieder die gleichen Situationen, in denen ein ADHS-Betroffener emotional „über“-reagiert. Das eröffnet eine Strategie auf der **ersten, subjektiven Ebene** für den Umgang mit einer Emotion: Ich kann versuchen, mich auf diese Emotion, die in einer speziellen, gut bekannten Situation ausgelöst wird, im Voraus einzustellen. Wenn ich das unaufgeräumte Zimmer meines pubertierenden ADS-Sohnes betrete, ist die Wahrscheinlichkeit sehr groß, dass ich genervt bin, Ärger oder Enttäuschung verspüre, weil er doch versprochen hatte, heute ganz bestimmt aufzuräumen. Diese gedankliche **„Vorwegnahme der Emotion“** ermöglicht mir ein selbstbestimmteres Handeln. Die emotionale Wahrnehmung wird bei weitem nicht als so heftig und unvorhergesehen erlebt, da ich darauf vorbereitet bin. Dadurch reduziert sich die Wahrscheinlichkeit, dass sekundär das Gefühl des Ausgeliefertseins ausgelöst wird. Zum zweiten kann ich vorher überlegen, welche **Strategien** mir helfen können, mit dem Gefühl besser klarzukommen. Im Bild des „Absturzes der Enttäuschung“ gesprochen – in diese tiefe Grube kann ich z. B. vorher eine Leiter stellen, um wieder herausklettern zu können. Oder ich baue Sicherheitsnetze ein, um nicht so tief zu stürzen. Ich kann Flügel

mitnehmen, ein Seil, Luftballons – hier können der Humor und die Kreativität des ADHS-Betroffenen sehr gute Unterstützung leisten. Auch diese Strategie benötigt und benützt das Frontalhirn.

Auf der **Ebene des Handelns** kann ich auch Vorbereitungen treffen. Ich kann mir vorher überlegen, wie ich auf das unaufgeräumte Zimmer meines Sohnes reagieren will. Warum betrete ich eigentlich das Zimmer? Wie schätze ich die Wahrscheinlichkeit ein, dass er auf mein abfälliges Kritisieren des Zustandes des Zimmers in die Gänge kommt? Was ist mein eigentliches Anliegen, und wie kann oder will ich mich verhalten, um meine Chance zu erhöhen, dieses Anliegen erfüllt zu bekommen? Je genauer ich mir vorher eine **Strategie zurechtlege**, desto besser ist meine Chance, erfolgreich in Bezug auf mein Handeln zu sein. Allerdings gibt es bei dieser Strategie auch einen kleinen Pferdefuß. Mein Gegenüber hat grundsätzlich das Recht, eine Bitte oder Aufforderung von mir abzulehnen. Es ist deshalb sinnvoll, für diesen Fall einen „Plan B“ in der Tasche zu haben. Das kann ein richtiger „Plan“ sein im Sinne einer alternativen Vorgehensweise, häufig reicht auch schon, sich bewusst zu machen, dass es „anders kommen könnte“ als man es gerne hätte. Und in ADHS-Familien kommt es sicher häufiger „anders“ ... es ist eine Frage der Wahrscheinlichkeit, des Ungewissen – aber dadurch bleibt das Leben spannend!

Gerade im Umgang mit Kindern hilft diese Strategie, sich vorher schon Konsequenzen zu überlegen für das Kind, wenn es einer Aufforderung nicht nachkommt. Auch (ADHS)-Kinder lernen am besten über die Konsequenzen ihres Verhaltens. Mir als Mutter fällt es häufig schwer, dann in der akuten Situation eine angemessene Konsequenz zu finden, und zusätzlich muss ich auch noch in der Lage sein, diese einzufordern. Je genauer ich mir das vorher überlege, desto größer ist meine Chance, dies durchzusetzen. Auch das hilft mir, mich als kompetent wahrzunehmen und kompetent zu handeln und nicht in das Gefühl der Hilflosigkeit abzustürzen.

Im Abschnitt über die subjektive Ebene der Gefühls-wahrnehmung hatte ich von den **Bildern** gesprochen, als die manche Menschen ihre Gefühle sehen. Diese Bilder eröffnen noch eine weitere Möglichkeit, mich direkt mit den Gefühlen zu beschäftigen. Wie sieht mein Ärger aus? Welche Farbe hat er, welche Form, verändert sich diese?

Ich kann versuchen, ein Bild der Emotion zu malen, oder z. B. den grünen Wutkloß aus Knete zu gestalten. Manchmal hilft es, sich den Ärger oder auch die Trauer von der Seele zu schreiben, und ich kann diesem Text einen bestimmten Platz zuordnen.

Dieser kleine Artikel hat vielleicht ein paar Tipps geben können, wie man beginnen kann, mit sich, seinen Gefühlen und seinem ADHS anders umzugehen – und ich wünsche viel Erfolg auf dieser spannenden Reise! Vielleicht helfen auf diesem Weg zwei kleine Merksätze, die man sich als Orientierungshilfe aufschreiben kann.

Ich bin nicht nur ein Gefühl – ich habe ein Gefühl!

Nicht das ADHS beherrscht mich – ich beherrsche mein ADHS!

Nachwort

Am Ende eines Artikels ist im Allgemeinen eine Liste mit Literaturvorschlägen angegeben, falls jemand sich intensiver mit dem Thema auseinandersetzen möchte. Leider gibt es meines Wissens keine spezifische Literatur, die sich aus ADHS-Sicht mit diesem Thema beschäftigt. Eine Art von speziellem Training für die Wahrnehmung der Emotion und besonders für das Bewerten ist das sogenannte Achtsamkeitstraining, z. T. auch als „mindfulness“ bezeichnet. Hier gibt es spezielle Therapieformen (z. B. Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR oder MBCT). Kurse zum Erlernen von Achtsamkeit gibt es auch an Volkshochschulen oder Einrichtungen der Erwachsenenbildung. Auch für Kinder werden manchmal Kurse angeboten, und man findet im Internet oder in Buchhandlungen Literatur dazu.

Bei dem Konzept der Achtsamkeit handelt es sich nicht um ein Entspannungs- oder Aufmerksamkeitsverfahren, wie z. B. Traumreisen, PMR o. ä.

Um den sprachlichen Umgang ohne Bewertungen, der in ADHS-Familien sehr häufig zu deutlichen Konflikten führt, zu verbessern, kann man sich mit dem Thema „Gewaltfreie Kommunikation“ beschäftigen. In manchen Kliniken werden im Rahmen von Psychotherapien auch Kurse zum Training emotionaler Kompetenzen angeboten.

■ Silke Groß-Lesch, FA für Psychiatrie und Psychotherapie
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Schloss Werneck

Jede Minute, die man lacht,
verlängert das Leben um eine Stunde.

Chinesisches Sprichwort

Den richtigen Gang einlegen – Führerschein machen mit ADHS

„Heut hab ich dauernd den Schulterblick vergessen, der Fahrlehrer ist immer voll ausgetickt.“ „Das kenn ich. Ich krieg das mit der Vorfahrt nie hin, da wird meiner immer richtig sauer.“ „Welche Fahrschule bist du denn?“ „Da bei ... und du? Hast du die Theorie schon?“ „Ne, ich ...“

Der Führerschein: Kaum ein Thema sorgt von der 10. bis zur 13. Klasse für so viel Gesprächsstoff. Leute, die sonst kaum miteinander reden, sind jetzt ständig dabei, ihre Fahrfehler zu vergleichen oder über Straßenverkehrsordnungen zu fachsimpeln.

Zur gleichen Zeit fangen auch Verwandte an, wenn sie ein Update vom Zustand des eigenen Lebens vornehmen wollen, ihre Frage, nach der Schulbefindlichkeit um die Frage zu ergänzen, ob man eigentlich schon über das Thema Führerschein nachgedacht hätte.

Für alle scheint festzustehen: Jeder kann (und soll) Auto fahren.

Auch jeder mit ADHS? Gibt es da nicht ein paar Probleme? Schließlich erfordert Autofahren volle Konzentration. Man muss Befehle ausführen, deren Sinn man nicht kennt, muss „schnell schalten“ und tausend Dinge gleichzeitig tun. Man muss irgendwelche Nörgeleien wegstecken und sogar daraus lernen. Man darf sich nie ablenken lassen und nie träumen ...

Und richtig, obwohl einige (vielleicht eher hyperaktive?) ADHSlerInnen reibungslos durch ihre Fahrprüfung kommen und sie geradezu in Rekordtempo hinter sich bringen, brauchen andere ausgesprochen viele Übungsstunden oder trauen sich später nicht mehr hinters Steuer (man spricht bei ADHS auch vom Syndrom der Extreme).

Wie DU als FahranfängerIn trotz – oder gerade wegen – deines ADHS richtig gut in Fahrt kommen kannst, darum soll es jetzt gehen.

Du musst Autofahren wirklich wollen. Als ADHSlerIn lernst du fast nur aus einer Begeisterung heraus. Mach dir also, bevor du dich bei einer Fahrschule anmeldest, Gedanken, warum du Auto fahren willst, schreib es dir auf (und wenn du es vor allem wegen irgendwelcher anderer Personen machen willst, warte damit) und lies es immer mal wieder.

Eine Begeisterung für etwas (Neues), so ein „Schwung“ hält bei einem ADHS oft nicht lange an. Viele können ein Lied

singen von Dingen, die zuerst einen Riesenspaß gemacht haben und dann „stecken geblieben sind“ und denen man nur mit furchtbarer Unlust begegnet ist.

Um die eigene Motivation nicht unnötig zu überspannen, ist es daher gut, den Führerschein (oder einen der beiden Teile) „in einem Rutsch“ statt „tröpfchenweise über einen längeren Zeitraum“ zu machen. So ein Rutsch lässt sich zum Beispiel in die Sommerferien legen (das sollte man aber vorher mit der richtigen Fahrschule vereinbaren). Damit kann man zum Beispiel den Theorieteil lernen, ohne von anderen (Schul-)aufgaben abgelenkt zu werden und sich zu verzetteln. Man kann das Ganze auch mit einem Freund oder einer Freundin zusammen machen (wenn man ein ähnliches Lerntempo hat wie die Person).

Egal ob alleine oder zusammen: In einem solchen Rutsch kann man die Begeisterung, Auto zu fahren, weiter in sich schüren, indem man versucht, „auf allen Kanälen“ etwas darüber zu lernen.

Besorg dir Bilderbücher, in denen erklärt wird, wie Autos innen aufgebaut sind. Such auf Youtube nach Videos darüber, wie ein Motor funktioniert. Vielleicht kennst du jemanden, der von sowas Ahnung hat und mit dir mal seinen Wagen auseinandernimmt, so dass du begreifst, was „intern“ passiert, wenn du bremsst oder einen Gang einlegst. Von vielen Autoherstellern gibt es inzwischen Autos mit Hybridantrieben oder reinem Elektroantrieb (ganz ohne Gangschaltung!), die die Umwelt schonen und die wieder anders gebaut sind. Die Geschichte des Automobils (und der von Bertha Benz und Rudolf Diesel) oder auch, welche Rollen Autos für die Menschen zu verschiedenen Zeiten gespielt haben, ist sehr spannend. Hierzu gibt es wieder Online-Videos und -Texte, (Bücherei-)Bücher oder auch öffentliche Ausstellungen. Lade dir einen Fahr Simulator runter (hier durchfährt der Spieler in Echtzeit realitätsnahe Straßensituationen, gibt es für unter 10 €,) und besorg dir (nur zum Laune-und-Fahrgefühl-Machen, nicht zum „Üben“) PC-Spiele mit Autorennen (kostenlos ist z. B. eine ältere Version von „Nascar Racing“). Vielleicht kennst du auch Musik oder Spielfilme, wo es ums Autofahren geht.

Sinn der Sache ist neben dem Begeistern, dass du in „deiner Auto-Zeit“ Fahrtheorie und -praxis von mehreren Seiten siehst und direkt mit etwas anderem Spannendem verknüpfen kannst.

Der Theorieteil: Um die theoretische Prüfung ablegen zu

können, muss man 14 Theoriestunden besucht haben, was zum Lernen nicht ausreicht, da in den Theoriestunden oft nur die Fragebögen ausgefüllt werden. Es ist sehr zu empfehlen, sich ein Fahrschul-Lern-Programm (Vergleich im Internet, manche sind fehleranfällig) zu besorgen. So kann man in Ruhe, so lange wie man will und vor allem systematisch, nach Themen (wie Vorfahrtsregeln oder Gefahrenzeichen) geordnet lernen.

Nach der Theorieprüfung hat man ein Jahr Zeit, um die praktische Fahrprüfung abzulegen.

Der Praxisteil: Das A und O bei der Sache ist der Fahrlehrer oder die Fahrlehrerin (ich nehme aus Schreibfaulheit im Folgenden nur die männliche Form). Es muss jemand sein, der dir rundum sympathisch ist und der so erklärt, dass du es auf Anhieb verstehst. Am besten, du wechselst noch vor der Auswahl der Fahrschule ein paar Worte mit ihm (notfalls gehst du in eine sehr große Fahrschule, in der du den Lehrer auch mehrmals wechseln kannst). Stell ihm ein paar kompliziert ausgedrückte Fragen und fall ihm beim Antworten ein paar mal ins Wort. Versuche aus dem Bauch heraus zu beurteilen, ob du mit diesem Menschen kannst oder ob nicht und wende dich beim geringsten Zweifel sofort an jemand anderen! Die Möglichkeit, dass sich ein Fahrschullehrer im Laufe der Zeit an dich anpasst, besteht kaum. Dasselbe gilt, natürlich auch, wenn du schon mit den Fahrstunden angefangen hast: Du kannst deinen Fahrlehrer jederzeit und ohne Konsequenzen wechseln!

Traue dich zu sagen, wenn dich das Autoradio stört, die Klimaanlage oder das Gerede der Person neben dir! Greife auch mal in den Plan des Lehrers ein, wenn er die für dich falschen Sachen wiederholt, deine Fehlerquellen falsch deutet oder du sonstwie nicht zufrieden bist. Geht er nicht genug darauf ein, wechsele den Fahrlehrer.

Lass dich, wenn du Fehler machst, nicht aus deinem Fahrfluss bringen, dann passieren oft noch viel mehr Fehler und du hast das Gefühl, es gar nicht zu können. Das ist aber falsch!

Probier, ob es dir hilft, das Praktische zusätzlich auf Papier zu lernen. Mach Notizen von den Fahrstunden oder mal dir auf, ab welchem Gang du hochschalten musst und warum.

Ganz nebenbei bemerkt: Siehst du überhaupt 3D? Schon mal testen lassen (bei einem guten Optometristen)? Viele ADHSler haben eine Winkelfehlsichtigkeit und können kaum oder garnicht räumlich sehen.

Solltest du in der Fahrschule erzählen, dass du ADHS hast? Lieber nicht. Auch wenn du ein Formular u. a. zu deinen Vorerkrankungen ausfüllen musst, solltest du es nicht vermerken. Es ist hierfür nicht von Relevanz, aber kann dir Ärger einbringen. Deinem Fahrlehrer kannst du sagen, dass du manchmal ein bisschen verträumt bist oder dich nicht so gut konzentrieren kannst, oder was auch immer besonders auf dich zutrifft. Wenn er sich ein bisschen mit ADHS auskennt, wird er dich von selbst drauf ansprechen.

Medikamente beim Autofahren? Auf jeden Fall. Einige Studien belegen, dass das Unfallrisiko von Menschen mit ADHS, die keine Medikamente eingenommen haben, mehrfach erhöht ist¹, weswegen es in Ländern wie Schweden sogar verboten ist, als ADHS-Betroffener ohne die Medikamente Auto zu fahren. Achte auf Deine Medikamenteneinnahme vor der Fahrstunde, so verhinderst du, dass du während des Fahrens in einen Rebound (Abklingen der Dosis) kommst, auch das kann zu Fahrfehlern führen.

Vor Drogenkontrollen brauchst du trotzdem keine Angst zu haben. Erstens musst du dich nicht selbst belasten, zweitens nimmst du deine Medikamente nach Anordnung deines Arztes oder deiner Ärztin, die dir hierzu am besten eine Bescheinigung ausstellen sollten (und drittens handelt es sich, wie der Name schon sagt, um Medikamente, die, im Gegensatz zu Drogen, bei vorschriftsmäßiger Einnahme keinerlei Suchtgefahr bergen).

Hast du die Theorie verstanden? Dann gib Gas! Und immer dran denken: Es ist noch kein Meister vom Himmel gefallen!

■ Marie-Luise

¹Dr. med. Fallahpour, Maria (Red.).

Psychostimulanzien und Fahrtauglichkeit.

Wie beeinflusst Methylphenidat das Fahrverhalten?

In: INFO Neurologie & Psychiatrie;

Vol. 3 Nr. 6, Basel, 2008, S.16-21.

Hast du es eilig,
so mache einen Umweg.

Japanisches Sprichwort

Geschäftsführender Vorstand

1. Vorsitzender: **Hartmut Gartzke**
30916 Isernhagen
vorstand1@adhs-deutschland.de
2. Vorsitzender: **Dr. Johannes Streif**
81541 München
vorstand2@adhs-deutschland.de
- Schatzmeisterin: **Karin-Gisela Seegers**
14055 Berlin
seegers-berlin@gmx.de
- Schriftführer: **Patrik Boerner**
boerner@p-boerner.de
schriftfuehrer@adhs-deutschland.de

Weitere Vorstandsmitglieder

- Unterstützung
des Vorstandes: **Herta Bürschgens**
52249 Eschweiler
adhsde.buerschgens@gmx.de
- Telefonberatungsnetz: **Gerhild Gehrman**
25336 Elmshorn
telefonberatung@adhs-deutschland.de
- E-Mail-Beratung:
Erwachsenen-ADHS: **Dr. Astrid Neuy-Bartmann**
63739 Aschaffenburg
- Webredaktion: **Sabine Nicoletti**
38112 Braunschweig
web.redaktion@adhs-deutschland.de
- Kinder und
Jugendliche mit ADHS:
Organisation/
Fundraising: **Dr. Klaus Skrodzki**
91301 Forchheim
- Regina Lamparter**
71069 Sindelfingen
fundraising@adhs-deutschland.de
- Forum: **Susanne Gröpel**
70794 Filderstatt
forum@adhs-deutschland.de
- Schule: **Christiane Eich**
64293 Darmstadt
Schule@adhs-deutschland.de
- Regionalgruppen: **Bärbel Sonnenmoser**
71032 Böblingen
baerbel@adhs-bb.de

Unterstützung des Verbandes

- Geschäftsführung: **Dr. Myriam Menter**
gf@adhs-deutschland.de
- Europäische Kontakte: **Detlev Boeig**
B-3080 Tervuren
adhs@telenet.be
- Ernährung/
Stoffwechsel-
besonderheiten:
Jugendteam: **Renate Meyer**
61381 Friedrichsdorf
meyer.koeppern@t-online.de
jugendberatung@adhs-deutschland.de

Wissenschaftlicher Beirat

- Dr. Johanna Krause**
Fachärztin f. Neurologie, Psychiatrie u.
Psychotherapie, Ottobrunn
- Prof. Dr. Klaus-Henning Krause**
München
- Prof. Dr. Klaus-Peter Lesch**
Universität Würzburg
- Prof. Dr. Martin Ohlmeier**
Direktor des Ludwig-Noll-Krankenhauses, Kassel
- Prof. Dr. Alexandra Philippen**
Universitätsklinikum Oldenburg
- Prof. Dr. Marcel Romanos**
Direktor der Klinik u. Poliklinik f. Kinder- und Jugend-
psychiatrie, Psychosomatik u. Psychotherapie, Würzburg
- Dr. Helga Simchen**
Kinder- und Jugendpsych., Psychotherapeutin, Mainz

Therapeutisch-Pädagogischer Beirat

- Prof. Dr. h. c. Hans Biegert**
Leitender Schuldirektor u. Schulträger, HEBO-Schule Bonn
- Dipl.-Psych., Psych. Psychotherapeut Roberto D'Amelio**
Psychologische Beratung & Psychotherapie am
Universitätsklinikum des Saarlandes
- Dr. Fritz Jansen**
Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut,
Lehrtherapeut für Verhaltenstherapie, Neuried
- Dr. Rudolf Kemmerich**
Kinder- u. Jugendarzt, Weinstadt
- Dr. Roy Murphy**
Leitender Psychologe u. Qualitätsbeauftragter,
SchönKlinik Bad Bramsted
- Dipl.-Psych., Dipl. Heilpäd. Cordula Neuhaus**
Praxis mit Schwerpunkt ADHS, Esslingen
- Dipl.-Psych. Erika Tittmann**
Praxis f. Psychotherapie, Lörrach

Landesgruppenleiter

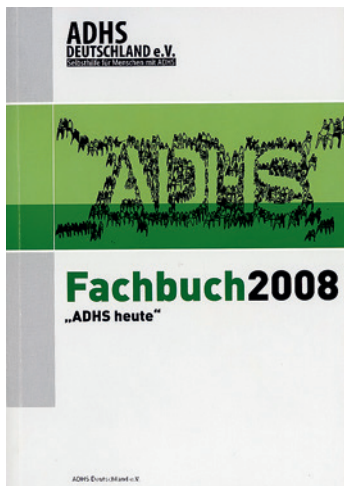
- | | |
|----------------------|-----------------------------------|
| Baden-Württemberg | Kirsten Riedelbauch |
| Bayern | Brigitte Nagler |
| Berlin | Karin-Gisela Seegers |
| Hamburg | Helga Meyer |
| Hessen | Astrid Bojko-Mühr |
| Niedersachsen/Bremen | Margit Tütje-Schlicker |
| Nordrhein-Westfalen | Herta Bürschgens |
| Sachsen-Anhalt | Monika Lehmann
(kommissarisch) |
| Schleswig-Holstein | Carola Kliemek |
| Thüringen | Andrea Wohlers |

ADHS DEUTSCHLAND e.V.

Selbsthilfe für Menschen mit ADHS

- Beratung für Betroffene und Interessierte
- Schulung und Fortbildung zum Thema ADHS
- Informations- und Öffentlichkeitsarbeit
- Networking
- Fachbücher und Infomaterial aus eigenem Verlag
- Verbandszeitschrift **neue AKZENTE**

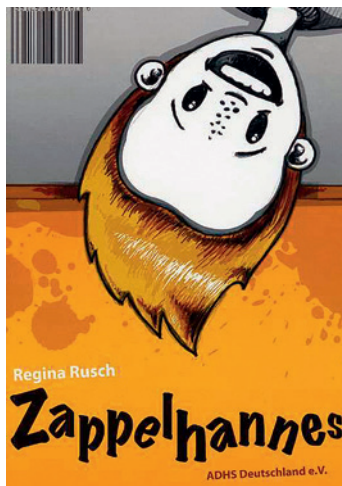
Aus unserem Verlag:



ADHS Deutschland e.V. (Hrsg.)
„ADHS heute“

ADHS Deutschland Verlag, 2008,
ISBN 978-933067-15-9
€ 9,50

Dieses Fachbuch behandelt drei aktuelle Themen: die Genderproblematik, d.h. inwieweit Männer anders betroffen sind als Frauen; Cognitive Enhancement, d.h. die Möglichkeit, mit Psychopharmaka, zu denen auch Methylphenidat zählt, seine geistige Leistungsfähigkeit zu steigern und die immer wiederkehrende Diskussion, ob es sich bei ADHS nicht doch um eine „Modekrankheit“ handelt.



Regina Rusch
„Zappelhannes“

ADHS Deutschland Verlag, 2009
ISBN 978-3-933067-16-6
€ 6,80

Hannes ist nicht dumm, im Gegenteil. Aber er kann nicht stillsitzen. Er kann sich nur dann konzentrieren, wenn ihn nichts ablenkt und er ganz bei der Sache bleiben darf. Und es fällt ihm auch sehr schwer, unterschiedliche Tätigkeiten aufeinander abzustimmen: Zu leicht rollt ihm dann ein Ei vom Tisch, oder er fällt mit dem Fahrrad um. Die Eltern und die anderen Erwachsenen haben es nicht leicht mit einem hyperaktiven Kind. Sie müssen viel Geduld mit Hannes haben. Und doch kann man bei aller Sorge um Hannes mit ihm über seine Mißgeschicke lachen.

ADHS Deutschland e. V.

Poschingerstr. 16; D-12157 Berlin
Tel.: 030 / 85 60 59 02
Fax: 030 / 85 60 59 70
E-Mail: info@adhs-deutschland.de
Internet: www.adhs-deutschland.de

Spendenkonto:

Pax-Bank eG
BLZ 370 601 93
Konto-Nr. 6 010 115 017
BIC : GENODED1PAX
IBAN: DE95370601936010115017

Beitragskonto:

Hannoverische Volksbank eG
BLZ 251 900 01
Konto-Nr. 221 438 500
BIC: VOHADE2H
IBAN: DE36 2519 0001 0221 4385 00



ADHS Deutschland e.V. (Hrsg.)
„ADHS und Recht“

ADHS Deutschland Verlag, 2011
ISBN 978-3-933067-17-3
€ 9,50

HKS/ADHS und rechtliche Aspekte

Versicherung und ADHS

Ist ADHS eine Behinderung?

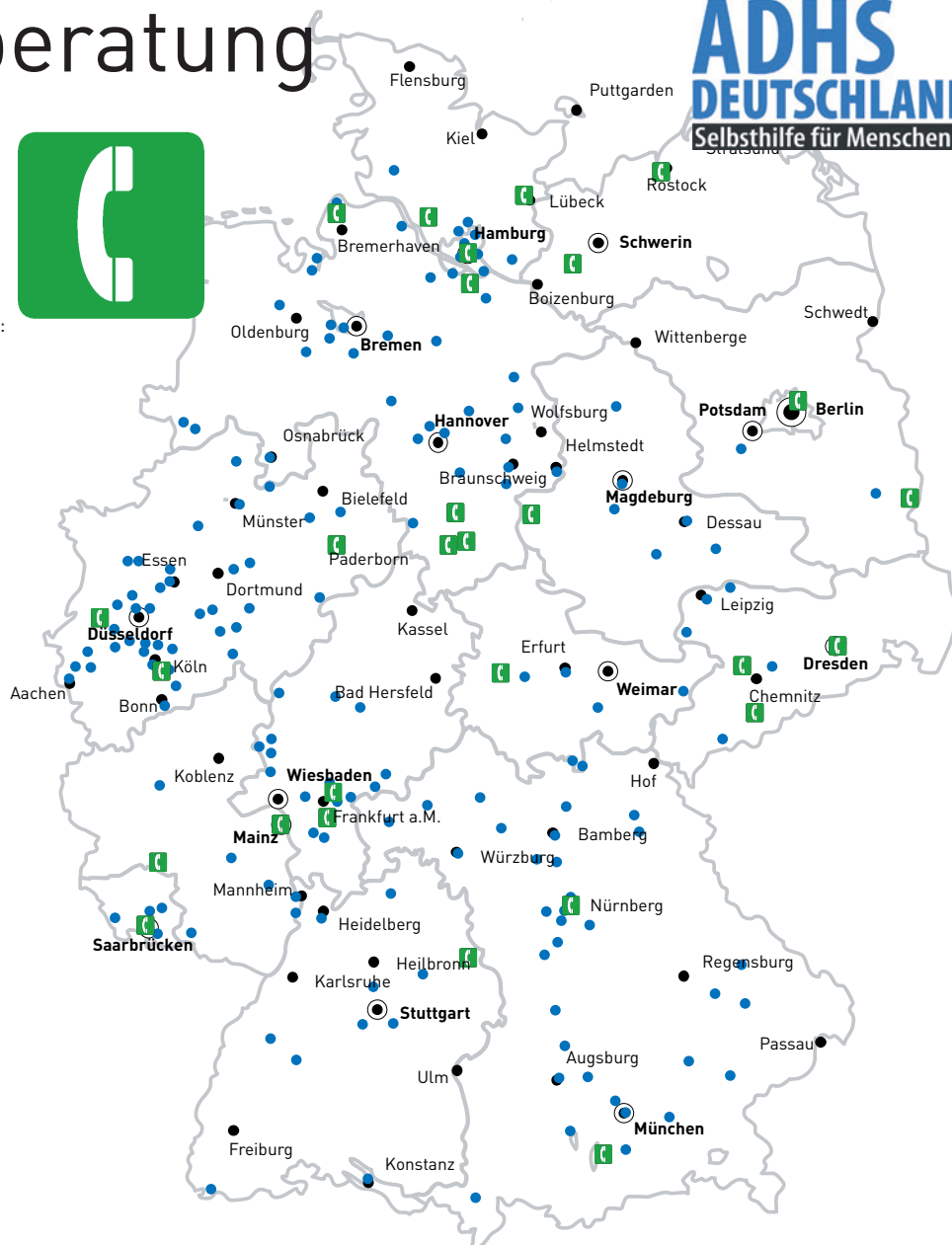
Hilfe für Menschen mit Behinderungen – spezielle Problematik bei ADHS

Leistungspflichten der Jugendämter gegenüber Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen mit ADHS

Telefonberatung



**ADHS
DEUTSCHLAND e.V.**
Selbsthilfe für Menschen mit ADHS



Bayern

Adele Cordes/Johanna Ebbinghaus:

08152 - 9 99 64 99

Ingrid Meyer-Kaufmann:

0911 - 9 56 63 51

Michaela Nagy:

09180 - 90 97 16

Ruth Wissing:

0951 - 9 68 47 89

Carolin Zaswoka:

09542 - 77 26 89

Baden - Württemberg

Regina Lamparter:

07031 - 38 00 95

Uwe Metz:

07156 - 1 79 87 51

Berlin

Karin-Gisela Seegers:

030 - 3 01 97 14

Petra Peilert:

030 - 65 91 56 10

Bremen und Umgebung

Ellen Köster-Schmidt:

0421 - 6 97 99 91

Hamburg und Umgebung

Birgit Weigel:

040 - 68 91 50 23

Hessen

Dagmar Beyer-Schweinsberg:

05684 - 16 59

Mecklenburg-

Vorpommern

Karin Heynen:

0381 - 7 69 80 16

Niedersachsen

Sabine Nicolei:

0531 - 22 45 91 45

Angela Schwager:

05554 - 99 56 46

Ellen Köster-Schmidt:

0421 - 6 97 99 91

(Kreis Wesermarsch)

NRW

Karin Knudsen:

0221 - 3 56 17 81

Ulrike Vlk:

02161 - 53 17 39

Sonja Adam:

01577 - 6 43 45 51

(mit Rückrufoption)

Rheinland-Pfalz

Sabine Berg:

0651 - 4 63 78 78

Sachsen

Susanne Voigt:

037341 - 4 98 30

Schleswig-Holstein

Kornelia Boldt:

04821 - 4 03 94 80

Gerhild Gehrman:

04121 - 80 72 72

Carola Kliemek:

0461 - 3 15 37 72

Saarland

Sabine Berg:

0651 - 4 63 78 78

Thüringen

Regina Schrage:

03691 - 87 22 22

Wir benötigen noch Verstärkung, besonders in den Bundesländern Brandenburg und Sachsen-Anhalt. Unsere Gruppenleitungen und Kontaktpersonen stehen ebenfalls für die Beratung zur Verfügung. Die aktuellen Adressen entnehmen Sie bitte unseren Internetseiten www.adhs-deutschland.de oder fordern Sie diese bei der Geschäftsstelle an.

ADHS Deutschland e. V.
Poschingerstr. 16
12157 Berlin
Tel. 030-85605902