

13. JAHRGANG 4/2003

# MIUSEION 2000

KULTURMAGAZIN GLAUBE, WISSEN, KUNST IN GESCHICHTE UND GEGENWART

## Humanismus

Ringen um ein  
neues Verständnis  
von Inspiration

## Säugetiere

Langer Anlauf bis zum  
grossen Entwicklungssprung

## Aufmerksamkeits- defizit-Syndrom ADS

verstehen und bewältigen



**verstehen** ● ●



## Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom ADS

# und bewältigen

Kennen Sie Kinder, die sich leicht ablenken lassen, mit Impulsivität und Ungeduld reagieren, unorganisiert und chaotisch wirken und dauernd in Aktion sind? Oder solche, die meist zerstreut und vergesslich sind, nicht zuhören können, vor sich hinträumen und mit ihren Arbeiten nie fertig werden? Die einen sind hyperaktive Zappelphilippe, die anderen die Träumer – beides Kinder mit ADS, einem Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom. Wie gut die Betroffenen damit zurechtkommen, hängt zum einen von ihrer Persönlichkeitsstruktur ab und zum andern vom Komplexitätsgrad der mit ADS einhergehenden Störungen und ob ihnen rechtzeitig und effektiv geholfen werden kann.

Viele von ihnen schaffen es als Erwachsene, wohl gerade kraft der ihnen eigenen Stärken, ihrer Kreativität, Phantasie und Spontaneität, erfolgreich zu sein. Andererseits gefährdet ein unzureichend oder nicht behandeltes ADS, so einschlägige Studien, bei Kindern und Jugendlichen das Selbstwertgefühl, und dies kann später zu Aggressivität, Depressionen und Suchtmittelmissbrauch führen.

Aus dieser Erkenntnis heraus versucht man heute, medizinisch und therapeutisch an den Aufmerksamkeits- und Wahrnehmungsstörungen direkt anzusetzen. Zudem bietet man Eltern und Betroffenen Leitlinien und praktische Tipps als wertvolle Unterstützung, damit die Kinder den Alltag zu Hause und in der Schule hinreichend zu bewältigen vermögen. Vielversprechend ist auch ein gezieltes Angehen von ADS bereits im Säuglingsalter.

Von Marianne Kreikenbaum

### Einleitung

Verhaltensauffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen bereiteten Eltern immer schon Mühen: So thematisierte der deutsche Arzt und Schriftsteller *Heinrich Hoffmann* in seinem kurz vor der Mitte des 19. Jahrhunderts erschienenen Kinderbuch »Struwwelpeter« solches Verhalten, das nach den gestrengen Vorstellungen des damaligen Bürgertums ein gesittetes Zusammenleben in Familie und Gesellschaft störte: Im Knaben Zappelphilipp, der sich trotz elterlicher Ermahnungen über Tischsitten hinwegsetzte und nicht stillsitzen konnte, begegnet uns eine heute als *Hyperaktivität* bezeichnete motorische Unruhe und Impulsivität; im Verhalten des Hans Guck-in-die-Luft sind es Unachtsamkeit, Ablenkbarkeit und Tagträumerei; sodann Eigenwilligkeit und Leichtsinns mit Nicht-Einschätzen-Können von Gefahr bei dem Mädchen namens Paulinchen; der wilde Jäger schließlich könnte als Beispiel für das Beibehalten von Verhaltensmustern bis ins Erwachsenenalter dienen. Zeigen sich solche Eigenschaften und Verhaltensweisen vor dem 7. Altersjahr und dauern sie über Monate, Jahre an, so spricht man heute von einem Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom.

Geändert haben sich im Laufe der Zeit nicht so sehr die Verhaltensauffälligkeiten, sondern, wie den Struwwelpeter-Geschichten zu entnehmen ist, vielmehr der erzieherische Umgang mit ihnen: Früher betrachtete man solches Verhalten in der Regel als kindliche Unart und pflegte darauf, entsprechend den Grundsätzen einer autoritären Erziehung, mit rigorosen Massnahmen, häufig mit Körperstrafen, zu reagieren. Im Zuge des Fortschritts in Pädagogik, Psychologie und Medizin und einer damit einhergehenden Sensibilisierung für die körperliche und seelische Gesundheit des jungen Menschen begann man Verhaltensmuster, die eine erfolgreiche Lebensbewältigung beeinträchtigen, zu hinterfragen und ihre Mechanismen aufzudecken. Je besser man deren Ursachen erforscht, umso genauer lassen sich Erziehungsmassnahmen und Therapien darauf abstimmen.

## Was bedeutet ADS beziehungsweise ADHS?

Für den vielschichtigen, weitgefächerten Symptomenkomplex, denschub- und wellenweisen Verlauf des leichten bis schweren Störungsbildes und die Folgeerscheinungen wurde in den 80er Jahren von amerikanischen Fachleuten der Begriff *ADD (Attention Deficit Disorder)* geprägt beziehungsweise bei zusätzlicher Hyperaktivität *ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)*. In der Erkenntnis, dass es sich bei den erwähnten Verhaltensauffälligkeiten bloss um *Symptome*, nicht aber um die eigentlichen Ursachen handelt, machte man dafür – auf der körperlich-physischen Ebene – Defizite der Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit, Störungen der Sinneswahrnehmung und Informationsverarbeitung, der Impulsregulierung und Gedächtnisbildung verantwortlich. Von der Weltgesundheitsorganisation wurde ADD bzw. ADHD als gesundheitliche Störung anerkannt und in der Folge in offizielle Klassifikationssysteme (ICD und DMS) aufgenommen und so zum international verwendeten

Begriff. Im deutschen Sprachgebiet bürgerte ersich als *ADS, Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom*, beziehungsweise *ADHS, Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung*, ein und ersetzt, wo zutreffend, frühere Begriffe wie *POS (Psychoorganisches Syndrom)* und *HKS (Hyperkinetisches Syndrom)*.

Je nach der Persönlichkeit, nach ihrer Wesensart, ihren Begabungen, Fähigkeiten und Kompetenzen nimmt der Symptomenkomplex der Aufmerksamkeitsdefizit-Störung eine individuelle Ausprägung an und äussert sich als leichte Behinderung bis hin zu schwerer Störung von Entwicklungs- und Lernprozessen. Am eindeutigsten festzumachen ist die hyperaktive Form, wie sie vorwiegend bei Knaben vorkommt, während sie sich bei Mädchen meist weniger auffällig als emotionale Impulsivität oder nach innen gerichtete Aggressivität zeigt. Ebenfalls schwierig diagnostizierbar ist die *hypoaktive* Form bei stillen, verträumten Kindern mit Trödelverhalten.

Es gilt aber festzuhalten, dass längst nicht alle unaufmerksamen, lebhaften oder verträumten Kinder ADS haben. Insgesamt weisen gegen 10 Prozent der Kinder (schwere Fälle 2 bis 5 Prozent) ADS mit oder ohne Hyperaktivität auf – im Schulalter sollen es angeblich noch mehr sein. Da alle Bevölkerungsschichten und Kulturkreise davon betroffen sind, ist die ADS-Problematik zu einem aktuellen Thema geworden, mit dem sich vor allem Fachleute intensiv, zurzeit recht kontrovers, auseinandersetzen. So befasste sich am 26. März 2003 auch das Ministerkomitee des Europarates in Strassburg damit, anlässlich seiner Antwort auf die Empfehlung der Parlamentarischen Versammlung über die »Kontrolle der Diagnose und Behandlung von hyperaktiven Kindern in Europa«. Das Komitee begrüsst die Sensibilisierung der europäischen Öffentlichkeit für ADHS und forderte eine Intensivierung der Forschung, der Ausbildung und berufsbegleitenden Fortbildung für Ärzte sowie eine verbesserte Information für Eltern und Lehrer; darüber hinaus machte es das Anrecht betroffener Kinder auf optimale ärztliche Behandlung



geltend, einschliesslich einer eventuellen medikamentösen Therapie im Rahmen eines multidisziplinären Behandlungskonzepts.

## Aufmerksamkeitsvermögen – Grundvoraussetzung für die Persönlichkeitsentwicklung

Der Störungsgrad des Aufmerksamkeitsvermögens ist bei jedem ADS-Betroffenen unterschiedlich – vor allem äussert sich dieses Defizit hinsichtlich einer länger andauernden konzentrierten Aufmerksamkeit, insbesondere für alltägliche, weniger interessante Dinge. Nach Meinung der beiden amerikanischen Mediziner *Stanley I. Greenspan* und *T. Berry Brazelton* – ihre wissenschaftliche und therapeutische Grundlagenforschung wurde in Heft 6/02 beziehungsweise 2/03 vorgestellt – zählt die Fähigkeit zu Aufmerksamkeit und Konzentration zum grundlegendsten Meilenstein kindlicher Entwicklung; denn auf ihm bauen alle Lernprozesse des Denkens, im emotionalen und im sozialen Bereich auf – so auch die Entfaltung der Fähigkeiten zu Bindung und Kommunikation.

Man kann daher das Aufmerksamkeitsvermögen als bedeutende Grundlage für die



## Hyperaktivität

Die eigentlichen Stärken wie Lebensfreude, Originalität, Spontaneität und Gefühlstiefe sowie körperliche und geistige Beweglichkeit werden bei ADS-Kindern häufig mehr oder weniger überschattet. Dadurch erscheinen sie innerlich und äusserlich unruhig, impulsiv, chaotisch oder gefühlslabil. Mitunter geraten sie wegen ihrer vorlauten, nicht selten aggressiven Reaktion in Konflikt mit dem Umfeld – eine für sie und andere nicht immer einfache Situation.



und Unbeständige im Bewusstsein des Kindes zu einer inneren Schöpfung zu organisieren, deren überraschende Merkmale sich bei jedem Kinde wiederholten. Das liess an das Leben eines Menschen denken, das sich zwischen den Dingen in einem niederen chaotischen Zustand verlieren kann, bis eine besondere Sache es intensiv anzieht und fixiert – dann erlebt der Mensch die Offenbarung seiner selbst, und er fühlt, dass er zu leben beginnt.«

## Zwei Beispiele unterschiedlicher Formen des ADS

Was es für Kinder und Jugendliche bedeutet, Defizite im Aufmerksamkeitsvermögen und in der Verhaltenssteuerung zu haben und dementsprechend in Lebensgefühl und Leistungsfähigkeit eingeschränkt zu sein, erhellt aus den beiden folgenden Beispielen. Dabei handelt es sich um individuell ausgeprägte, verschiedene Formen des ADS/ADHS sowie um unterschiedliche Beeinträchtigungen, die mit der betreffenden Persönlichkeit und ihrer Geschichte verknüpft sind.

Persönlichkeitsentwicklung nicht genug wertschätzen. Diesen hohen Wert mass der Aufmerksamkeit als eine der Ersten die herausragende Pädagogin *Maria Montessori* (1870–1952) bei, die 1896 als erste Frau Italiens zum Doktor der Medizin promovierte. Sie absolvierte zudem ein Pädagogikstudium, war an der Kinderabteilung der psychiatrischen Universitätsklinik in Rom tätig und leitete das medizinisch-pädagogische Institut mit Modellschule zur Ausbildung von Lehrern für geistig Behinderte. Hier und später in den von ihr gegründeten Kindergärten erlebte sie die persönlichkeitsbildende und ordnende Kraft bei Kindern: Wenn diese, so Montessori, in Spiel und Arbeit vertieft waren, verschwanden all die negativen Eigenschaften wie Launenhaftigkeit, Unordnung,

Schüchternheit und Faulheit, und es verblieben nur Konzentration, Disziplin und Soziabilität. (Vor allem letztere Fähigkeit bedarf bei ADS-Kindern erfahrungsgemäss des Einübens.)

»Jedes Mal, wenn eine solche Polarisation [Aktivierung und Bündelung der Kräfte] der Aufmerksamkeit stattfand, begann sich das Kind vollständig zu verändern. Es wurde ruhiger, fast intelligenter und mitteilbarer; es offenbarte aussergewöhnliche innere Qualitäten [...]. Es schien, als hätte sich in einer gesättigten Lösung ein Kristallisationspunkt gebildet, um den sich dann die gesamte chaotische und unbeständige Masse zur Bildung eines wunderbaren Kristalls vereinte. Nachdem das Phänomen der Polarisation der Aufmerksamkeit stattgefunden hatte, schien sich in ähnlicher Weise alles Unorganisierte

Eindrucklich zeigt sich bei einem Knaben mit ausgeprägter Hyperaktivität der mit Verhaltensstörungen einhergehende Verlauf, und man erhält nicht nur eine Vorstellung davon, mit welchen Problemen ein solches Kind zu kämpfen hat, sondern auch, welche Anforderungen dies an Eltern, Geschwister und das weitere Umfeld stellt. Eine Mutter schildert der deutschen Medizinerin und Psychologin *Roswitha Spallek*, die seit über zwei Jahrzehnten ADS-Kinder behandelt, die Geschichte ihres Sohnes:

»Robin begann, wie alle Neugeborenen, sofort nach der Geburt zu schreien. Er hörte damit jedoch nicht mehr auf. Nur wenn er gestillt wurde, gab er für kurze Zeit Ruhe. [...] Ab dem achten Lebens-tag lag er ständig quer im Stubenwagen, begann mit vier Wochen die gesamte

Staubwagenumrandung herauszu-  
ziehen. [...] Er machte eine sehr schnelle  
Entwicklung durch. Ich konnte ihn ab  
dem vierten Monat nicht mehr liegend  
auf dem Arm halten, er spannte den  
ganzen Körper an und war nur zufrieden,  
wenn er auf meinem Schoß stehen  
konnte. [...] Wenn ich ihm Spielsachen  
auf die Krabbeldecke legte, interessierte  
er sich nicht dafür, er wollte sich nur  
bewegen. Kurz vor seinem ersten Ge-  
burtstag begann er zu laufen, und zwar  
immer mit Tempo. [...]

Als er zum ersten Mal eine Steckdose  
entdeckte, war er nicht mehr davon weg-  
zubringen [...]. Er drückte unaufhörlich  
auf jeden Lichtschalter und tat dies noch  
bis ins vierte Lebensjahr hinein. Als wir  
einmal im Wartezimmer des Kinder-  
arztes längere Zeit warten mussten,  
begann er gezielt mit Klötzchen nach  
anderen Leuten zu werfen. [...] Er wollte  
sich nie anziehen lassen, lief immer weg  
und war dann nur schwer wieder ein-  
zufangen. Beim Einfangen wurde er  
immer wilder und sträubte sich heftig  
gegen das Anziehen. [...]

Im dritten Lebensjahr wurde das bis-  
herige Verhalten noch extremer und  
chaotischer. Einmal trug ich seine kleine  
Schwester im Autositz zuerst ins Haus  
und wollte mich gleich danach um  
Robin kümmern. Doch nun wollte er  
nicht mehr aus dem Auto heraus. Er  
tobte, schrie, schlug um sich und liess  
mich wie ein wildes Tier nicht mehr an  
sich heran. Ich konnte tun und lassen,  
was ich wollte.«

Als er vier Jahre alt war, kam er in den  
Kindergarten. »Zunächst ging Robin  
gerne dorthin, so nach dem Motto:

„Hier bin ich, was machen wir jetzt?“

Er schien ein sehr selbstbewusstes  
Kind zu sein. Allerdings machte er nie  
im Stuhlkreis mit. Er sass nie neben  
Kindern, sondern immer neben Er-  
wachsenen oder auf deren Schoß. [...]

Er spielte nie allein, sondern brauchte  
ständig einen Partner, so dass ich oft  
stundenlang mit ihm spielen musste.

Obwohl er mich ständig brauchte, tat  
er manchmal so, als gebe es mich nicht.

[...] Die Kindergärtnerin meinte, sie  
habe den Verdacht, dass Robin ein  
psychisches Leiden habe, da er begann,  
verschiedene Tics zu entwickeln. Er  
verzog das Gesicht, als ob er gähnen  
wollte, begann zu grimassieren und riss  
die Augen weit auf. [...] Der von uns

konsultierte Kinderarzt meinte, er sei  
nicht krank, sondern nur anders, indi-  
vidueller als andere Kinder und passe  
deshalb in keine Schublade. Er ver-  
suchte uns zu überzeugen, dass solche  
Menschen oft künstlerisch begabt seien  
oder andere aussergewöhnliche Inter-  
essen hätten, auf jeden Fall könne man  
sein Verhalten aber nicht als Krankheit  
bezeichnen. Es klang an, dass unser  
Kind hyperaktiv sein könnte.«

Aus Robins Geschichte erhellt  
ausserdem, dass selbst Erziehungs-  
fachleute und Ärzte nicht immer  
mit der ADS-Problematik ver-  
traut sind und Symptome unter-  
schätzen können. Demzufolge  
hatten sich Robins Eltern neben all  
den Schwierigkeiten noch mit Vor-  
würfen auseinanderzusetzen, da  
von Seiten der Erzieherinnen und  
Heilpädagogen allein das häusliche  
Milieu, angebliche Beziehungs-  
probleme, für Robins schwieriges  
Verhalten verantwortlich ge-  
macht wurden. Nichts aber ist – so  
namhafte Psychologen – kontra-  
produktiver als Verharmlosung  
oder ungerechtfertigte Kritik und  
Schuldzuweisung, da dies die Er-  
ziehungspersonen schwäche; der  
ethische Standpunkt erfordere viel-  
mehr, dass man die Familie ermutige,  
sich mit hoffnungsvoller Zuversicht  
den Problemen zu stellen, und diese  
fachmännisch angehe. Bei Robin  
waren erste Schritte zur Besserung  
erst möglich, als seine ADS-Störung  
behandelt wurde (siehe S. 19).

Im nächsten Beispiel stellt die  
deutsche Heilpädagogin, Psycho-  
login, Verhaltenstherapeutin und  
ADS-Spezialistin Cordula Neuhaus  
eine Jugendliche vor, deren ADS  
die Mutter mit folgenden Worten  
charakterisiert:

»Als Säugling und Kleinkind war  
unser erwünscht geborenes Töchter-  
lein ein Sonnenschein. Aber während  
fast ihrer kompletten Schulzeit, ganz  
besonders in den letzten Schuljahren,  
hat Katharina gegen ihre Unfähigkeit,  
sich auf den Lernstoff zu konzentrieren,  
angekämpft, wobei es zu Hause in der  
Ruhe ihres Zimmers besser klappte als  
in der Schule. Meistens hatte sie jedoch  
wenig Erfolg.«

Durch den Misserfolg und auch durch  
das Bewusstsein, in der Schule von  
der Lehrerin zunehmend als leistungs-  
schwach abgestempelt zu werden,  
wurde sie immer aggressiver. Ihr Selbst-  
wertgefühl und ihr Selbstbewusstsein  
litten stark, und schliesslich war sie nur  
noch von ihren Ängsten, ihre Arbeiten  
und Prüfungen nicht zu schaffen, blo-  
ckiert. Dazu kamen zwangsweise kaum  
erträgliche Spannungen im Familien-  
leben. Ausserdem entwickelte sie eine  
ausgeprägte Esssucht und damit eine  
derartige Gewichtszunahme, dass sie  
sich selbst nur noch ablehnte. Sie liess  
kaum einen Menschen an sich heran.  
Ihre Abiturprüfung hat sie letztendlich  
nicht bestanden, trotz aller möglichen  
Bemühungen ihrerseits. Das war eine  
bittere Enttäuschung. Nun hat sie das  
Fachabitur, die Voraussetzung für ein  
Studium der Heilpädagogik, macht sich  
aber grosse Sorgen, wieder zu scheitern,  
denn ihre starken Konzentrations-  
probleme bekommt sie ohne Hilfe nicht  
in den Griff.

Durch Zufall kamen wir auf einem Ge-  
burtstag mit Verwandten ins Gespräch  
und erfuhren etwas von ADHS. [...]

Wir haben uns informiert, und Katha-  
rina ist seitdem sehr erleichtert, weil  
sie jetzt mehr Klarheit hat. Und sie ist  
voller Hoffnung, dass endlich etwas  
Wirkungsvolles geschehen kann – wir  
finden jedoch keinen Ansprechpartner.«

Leicht lässt sich in beiden Fäl-  
len nachvollziehen, was es für Be-  
troffene und ihre Familien heisst,  
wenn ADS bis zum Kindergarten-  
oder Schulalter, ja sogar bis zur  
Berufsausbildung nicht richtig  
eingeschätzt wird und daher un-  
behandelt bleibt. So werden Kin-  
der, die sich nicht in eine Gruppe  
einordnen können, häufig noch  
als Aussenseiter oder Störenfriede  
ausgegrenzt und solche mit starken  
Lernbehinderungen als leistungs-  
schwach eingestuft. Erst eine pro-  
funde Diagnose schafft Klarheit und  
Erleichterung für alle Beteiligten,  
denn spätestens jetzt wird den oft  
stark verunsicherten Eltern klar, dass  
dem auffälligen Verhalten ein Auf-  
merksamkeitsdefizit-Syndrom mit  
Folgeerscheinungen zugrunde liegt.  
Heute stehen zwar mehr erfahrene  
Ärzte zur Verfügung, und Eltern

können sich an kompetente Fachstellen sowie Elternvereinigungen wenden oder Selbsthilfegruppen beitreten, dennoch ist vielenorts Aufklärung vonnöten.

## Anhalten der Symptome bis ins Erwachsenenalter

So war noch bis in die 90er Jahre selbst in Fachkreisen kaum bekannt, dass gewisse Symptome von ADS bei Nichtbehandlung über das Jugendalter hinaus bestehen bleiben können, wie dies am Beispiel von Katharina erhellt. Vielmehr wurden Eltern häufig damit vertröstet, Verhaltensauffälligkeiten verschwinden mit zunehmendem Alter des Kindes; doch dies trifft vielfach nicht zu. Wenn sich ADS bei Erwachsenen manifestiert, oft verdeckt in Sekundärsymptomen, sind sich die Betroffenen in der Regel darüber nicht bewusst. Ja nicht selten werden sie dessen erst gewahr, wenn eines ihrer Kinder wegen ADS behandelt werden muss. Denn erfahrungsgemäss hat häufig ein Elternteil oder ein nahestehendes

Verwandtes ebenfalls ADS, was, gestützt auf wissenschaftliche Studien, von denen weltweit noch welche im Gange sind, teilweise auf eine erbliche Veranlagung zurückgeführt wird.

Vielfach begeben sich Erwachsene erst im äussersten Notfall in Behandlung, wenn sie durch das unerkannte ADS in ihren Lebensaktivitäten erheblich eingeschränkt sind, weil sie unter Konzentrationsstörungen, extremer Antriebslosigkeit oder Depressionen leiden, so dass sie ihren Beruf nicht mehr zur Zufriedenheit ausüben können; oder wenn sie in gesellschaftliche und berufliche Isolation geraten, da

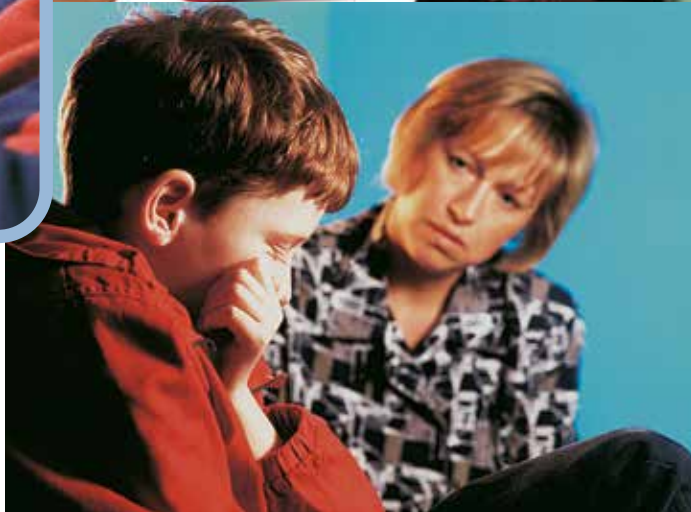
sie mit starken Emotionen, Angst, Ärger und Wut, nicht klarkommen; oder wenn es ihnen trotz grosser Anstrengung nicht gelingt, das Alltagsleben zu organisieren, und ihre Angst, den Über- und Durchblick zu verlieren, überhand nimmt. Unter solchen Umständen greifen Betroffene nicht selten zu Selbstmedikation, konsumieren übermässig Alkohol, Nikotin oder Drogen und geraten dergestalt in Abhängigkeit, dass sie fachkundiger Hilfe bedürfen, um davon loszukommen.

Angesichts solch möglicher Gefährdungen ist ein frühes, positives Angehen insbesondere ausgeprägter ADS-Probleme ratsam.



### Hypoaktivität

Von feiner Empfindsamkeit, häufig musisch begabt und phantasievoll, zu Vorsicht und Geruhsamkeit neigend, erscheinen Kinder mit ADS vielfach als vor sich hinträumend, trüdelnd und vergesslich, lebenspraktische Aufgaben vermeidend. Im Umgang mit Menschen sind sie öfters überängstlich und sehr scheu. Misserfolg und Kritik erleben sie wie andere ADS-Kinder als persönlichkeitsverletzend, was zu Selbstwertproblemen und depressiven Verstimmungen führen kann.



## Die neurobiologische Erklärung von ADS – Chancen des Ausgleichs

Das Wissen um das vielfältige Erscheinungsbild von ADS sowie neue Erkenntnisse aus Neurobiologie und Hirnforschung verhelfen zu einem grundlegend verbesserten

Verständnis von ADS und seinen Störungen. Auf der *körperlich-physischen* Ebene finden die im allgemeinen nicht immer leicht nachvollziehbaren Verhaltensmuster in gewissem Masse Erklärung, was Voraussetzung für einen kompetenteren Umgang mit ihnen ist. Zwar sind nach derzeitigem Forschungsstand bis heute

keine genauen Ursachen bekannt, doch geht man davon aus, dass, vereinfacht gesagt, eine »neurologische Prädisposition« mit im Spiele ist: Gewisse Hirnstrukturen reifen offenbar langsamer, möglicherweise auch etwas mangelhafter als normal, und ihre Aktivität sei herabgesetzt. Es handle sich also wahrscheinlich um eine biologische Funktionsstörung im Bereich der hochkomplexen Informationsverarbeitung zwischen einzelnen Hirnregionen; diese wurden aufgrund bildgebender Verfahren, wie der Positron-Emissions-Tomographie, als *solche* erkannt, die für die Aufmerksamkeit, Konzentration und Wahrnehmung sowie



### Verhaltenstherapie

Bei auffälligen Verhaltensstörungen haben sich in enger Zusammenarbeit mit den Eltern verhaltenstherapeutische Massnahmen und Vorgehensweisen bewährt, die mit verhelfen, entwicklungs-hemmende Verhaltensmuster zu überwinden. Spezifische Programme dienen dazu, dass das ADS-Kind im Alltag in Elternhaus und Schule besser zurechtkommt. Auf spielerische Weise eingeübte Wahrnehmungs- und Konzentrationsfähigkeiten bereiten es darauf vor, sich und seine Verhaltensweisen bewusster wahrzunehmen. In praktischen Übungen lernt es, planvoll und gezielt zu arbeiten. Im Hinblick auf den mitmenschlichen Kontakt wird der Umgang mit starken Emotionen geübt und werden soziale Fähigkeiten trainiert und, wenn möglich, zu Kompetenzen ausgebaut.

für die Aufnahme und Verarbeitung von Informationen und Sinneseindrücken mit verantwortlich sind – vorwiegend Stammganglien, Teile des Kleinhirns sowie der Frontallappen, dessen Hemmungsfunktion beeinträchtigt sein soll.

Brazelton äussert die Vermutung, dass in Bezug auf die Hyperaktivität eine von besagter Hirnregion auf das gesamte Nervensystem übertragene Überempfindlichkeit verantwortlich sei, denn es spreche auf jeden aufgenommenen Reiz an und leite sämtliche eintreffenden Signale weiter, ohne dass eine Auslese erfolge; ähnlich unkontrolliert würden dann die Impulse des Nervensystems in Handlungen umgesetzt. So könne ein hyperaktives Kind von der Notwendigkeit, unwichtige Reize auszublenden und sich auf wesentliche zu konzentrieren, überfordert sein



und sich aus dem Grunde von einer Sache zur andern getrieben fühlen.

Neben diesen wichtigen Einsichten geben neueste Forschungsergebnisse zu Hoffnung Anlass – insofern keine eigentliche Schädigung des Gehirns vorliegt: Denn es besteht die Möglichkeit, mit der andersartigen Funktionsweise besser umgehen zu lernen und einen gewissen Ausgleich zu schaffen, was am besten von frühester Kindheit auf gelingt, zumal dann das Gehirn noch nicht vollständig ausgereift und sehr plastisch ist. Da sich fortwährend Verstärkungen und Vernetzungen von Nervenfasern bilden, sind auch später noch, ja sogar zeitlebens, bereits angelegte Nervenzellverschaltungen modifizier- und reorganisierbar, wenngleich mit grösserem Aufwand.

So können, nötigenfalls mit Unterstützung von Medikamenten, sogenannten Stimulanzien wie Ritalin, aber in manchen Fällen erfolgreich auch mit sanfteren Heilmitteln, das Aufmerksamkeits- und das Wahrnehmungsvermögen verbessert werden. Es lassen sich neue Verhaltensweisen einüben und angewöhnen, was im Gehirn seinen Niederschlag unter anderem in neuen Vernetzungen findet. Gemäss dem deutschen Neurobiologen *Gerald Hüther* kommt es entscheidend darauf an, wie und wofür das Gehirn benutzt werde. So bedürfe ein Kind im Hinblick auf die Entwicklung eines hochvernetzten Gehirns guter Vorbilder, richtiger, auf sein Wesen und seine Entfaltung abgestimmter Erfahrungen und verlässlicher Strukturen, was über psychosoziale Einflüsse ermöglicht wird: In warmherzigen, von Optimismus getragenen Beziehungen kann das Kind im Rahmen der ihm gegebenen Möglichkeiten optimal lernen; denn positive Gefühle erleichtern die Wahrnehmungs- und Denkprozesse sowie das soziale Lernen und verhelfen mit, dass Lerninhalte besser verarbeitet und gespeichert werden können. Lernerfolge auch im Gefühls- und im sozialen Bereich fördern das speziell fürs ADS-Kind so notwendige Selbstvertrauen – vorausgesetzt, das Betreffende kann auf die Erfahrungs- und Lernangebote eingehen.

## Seelische Dispositionen?

Sich beider Komplexität von ADS-Störungen auf eine auf physisch-körperliche reduzierte Sichtweise abzustützen, würde der Problematik nicht gerecht: Denn das Gehirn steht – so der berühmte australische Hirnforscher *John C. Eccles* (1903–1997) – als bedeutsames Instrument oder Schaltzentrale des Nervensystems auch in enger Verbindung mit dem Selbst des Menschen. Versteht man darunter die *geistige* Persönlichkeit samt der ihr innewohnenden Seele, so wird klar, dass der Mensch Präzungen allem Anschein nach in Parallel- und Wechselwirkungen von innen *und* aussen erfährt.

So drängt sich im Hinblick auf das ADS-Störungsbild die Vermutung auf, dass seine Ursachen weit komplexer und wahrscheinlich auch tieferliegend sind als angenommen. Sie lassen sich wohl kaum allein an einer biologischen Dysfunktion des Gehirns oder – wie dies auch vertreten wird – gar einseitig an schlechter (antiautoritärer) Erziehung, gesellschaftlichen Unzulänglichkeiten (Hektik, zu starker Leistungsdruck), Reizüberflutung oder falscher Ernährung festmachen. Natürlich können sich Umwelteinflüsse und psychosoziale Faktoren *störungsverstärkend* auswirken. In Erwägung zu ziehen sind aber anscheinend auch seelische Dispositionen, die mit der individuellen Entwicklung, mit der Geschichte des Menschen und seiner ihm innewohnenden geistigen Persönlichkeit aufs engste verwoben sind.

Wie dem auch sei, entscheidend ist letztlich allein, dass das Betroffene in seiner Entwicklung hin zu seiner wahren Identität optimal gefördert werden kann, so dass es seine persönlichen Aufgaben in der menschlichen Gemeinschaft zu erfüllen imstande ist. Angesichts dieses angestrebten Zieles kann man die von Eltern, Betreuungspersonen und Therapeuten aufgebraachte grosse Geduld und innige Zuwendung nur bewundern, dank deren kompetenter Unterstützung die Betroffenen mit ihrem ADS und damit verbundenen Problemen

umgehen und das in ihnen vorhandene Potential nutzen lernen.

## ADS-Früherkennung schon im Babyalter

Weil im Hinblick auf die Vorbeugung und Bewältigung von Aufmerksamkeitsdefizit-Störungen, wie im vorausgehenden Kapitel über die Vorgänge im Gehirn deutlich wurde, Früherkennung optimal ist, soll dieses Thema zuerst angeschnitten werden. Verhaltensauffälligkeiten lassen sich anhand relevanter Beobachtungskriterien schon beim Baby festmachen. Ähnlich wie in Amerika *Berry Brazelton* und *Stanley Greenspan* hat die bereits erwähnte ADS-Spezialistin *Cordula Neuhaus*, gestützt auf jahrelange therapeutische Tätigkeit mit Familien und deren ADS-Kindern, in ihrem Buch »Das hyperaktive Baby und Kleinkind« (2003) solche Symptome beschrieben, die – wie am Beispiel von *Robin* (S. 9 f.) – mehr oder weniger auffällig zutage treten.

So seien manche ADS-Kinder schon im Mutterleib sehr unruhig oder ausnehmend still; hingegen lasse sich am Verlauf der Geburt im allgemeinen nichts Spezifisches feststellen – sie verlaufe nicht etwa nur schwer, sondern oft ganz unkompliziert, und die Eltern freuten sich auf das Kind. Bei vielen ADHS-Babys falle aber auf, dass sie hellwach wirkten und mit weit offenen Augen interessiert betrachteten, was um sie herum ablaufe. Manche seien überdurchschnittlich lebhaft und schwierig, Schreibabys, die sich mit durchdringender, hoher Stimme, tagsüber und auch nachts, alle paar Stunden melden, denn sie scheinen wenig Schlaf zu benötigen und keinen konstanten Wach-Schlaf-Rhythmus zu haben.

Schon Babys zeigen in mehreren Bereichen Regulationsstörungen: Sie reagieren überempfindlich und übererregt auf meist allen Sinneskanälen auf Reize aller Art: Sie spüren alles extrem, sind geruchs-, geräusch-, berührungs- und lageempfindlich. Ihr Muskeltonus ist gespannt, und so ist es für sie schwierig, sich zu entspannen und einen zufriedenen

Wachzustand herzustellen. Für viele Lernprozesse benötigen sie etwas länger und müssen, offensichtlich um Sicherheit zu erlangen und sich an etwas ausreichend zu gewöhnen, auch immer wieder die gleiche Erfahrung machen. Im Gegenzug verläuft ihre psychomotorische Entwicklung relativ schnell, doch zeigen sich Probleme mit der Feinmotorik.

Manche ADS-Babys benötigen bereits früh Unterstützung, um sich in der lauten und schnellen Welt zurechtfinden zu können, während andere sich im ersten Lebensjahr freundlich, sonnig und weitgehend unproblematisch verhalten und bei ihnen ADS erst etwas später auffällig in Erscheinung tritt, entweder wenn sie laufen lernen – oft ohne Krabbelphase – (Ende des 1. Lebensjahrs) oder während der Trotzphase (im 3. Lebensjahr).

### Wie sollen Eltern sich im Umgang mit ADS-Babys verhalten?

Wohl die meisten jungen Eltern haben, so Neuhaus, den festen Willen, im Umgang mit dem Baby und in seiner Pflege alles richtig zu machen, doch stellen sie schon bald fest, dass das Kleine oft nicht so recht mitmachen will. Jedenfalls sollten sie, selbst wenn sich das Baby auffällig verhalte und sie dies verunsichere, Ruhe bewahren und im Umgang mit ihm auf ihre Sensibilität und Intuition vertrauen. Wichtig zu wissen sei, dass solche Kinder von Anfang an der Ruhe, einer Struktur und fester Gewohnheiten bedürfen.

ADS-Babys profitieren noch mehr als andere davon, wenn man ihnen alles, was man mit ihnen macht, mit ruhiger, freundlicher Stimme vorher ankündigt und dann die Reaktion des Babys abwartet und genau beobachtet, was nützt. Gegebenenfalls spricht man das Baby noch auf einer anderen Sinnesebene an, indem man es vielleicht zart berührt. Hat man seine Aufmerksamkeit erreicht, kann es sich orientieren und verhält sich demzufolge weniger abwehrend.

Als anschauliche Ergänzung Berry Brazeltons Ausführungen:

*»Wenn Sie sich über die Überempfindlichkeit des Kindes im Klaren sind, können Sie mit seiner übersteigerten Reaktionsbereitschaft im Säuglingsalter und auch später besser umgehen. Sie können das Kind nach und nach beruhigen und Kontakt zu ihm aufnehmen, indem Sie ihm jeweils nur einen Reiz von geringer Intensität anbieten und sogleich das Tempo drosseln, sobald es seine Stirn runzelt, in einen anderen Bewusstseinszustand wechselt oder seine Reaktionsgeschwindigkeit sich verändert. Nehmen Sie das Baby langsam und behutsam hoch, und halten Sie es zärtlich im Arm, bis es sich zu guter Letzt entspannt. Erst dann können Sie ihm ins Gesicht schauen. Vielleicht versteift es sich zunächst wieder, doch schliesslich wird es wieder lockerer. Beginnen Sie dann, langsam und sanft zu singen oder zu summen. Vielleicht erstarrt es erneut, um sich dann wieder zu entspannen. Schliesslich können Sie das Baby gleichzeitig wiegen, anschauen und ihm etwas vorsingen. Es hat nun "gelernt", mehrere Reize auf einmal zu verarbeiten. In unseren Studien führen wir den Eltern dieses zeitraubende Vorgehen vor. Denn in ihrer Besorgnis tun sie meist zu viel des Guten, um in Kontakt mit dem Baby zu kommen, und sowohl bei ihnen selbst als auch beim Baby stellt sich daraufhin das Gefühl des Versagens ein. Nachdem wir den Eltern demonstriert haben, dass sie dem Kind nur jeweils einen Reiz vorgeben dürfen, sind sie meist imstande, ihre Vorgehensweise zu ändern. Wenn Sie das Kind füttern, wickeln, wiegen, mit ihm spielen und es schlafen legen, sollte das stets in einer schützenden, ruhigen, wenig ablenkenden Umgebung geschehen. Gehen Sie bei allen diesen Aktivitäten behutsam und gemächlich vor, damit das Baby lernen kann, mit seinem angeschlagenen Nervensystem zurande zu kommen. Die Eltern sind gefordert, sich von ihrer durchaus verständlichen übermässigen Besorgtheit zu lösen. [...] Wir wissen, dass viele dieser überempfindlichen Kinder, falls ihre Umgebung ihnen den nötigen Schutz bietet, mit der Zeit immer besser*

*zurechtkommen. Unser Ziel ist erreicht, wenn ein Kind zuversichtlich davon ausgeht, dass ihm das, was es sich vornimmt, trotz seiner Schwierigkeiten gelingen wird.«*

### Diagnose bei älteren ADS-Kindern mit Hilfe von Schrift und Zeichnungen

Nach den Ausführungen über die Vorteile der Früherkennung von ADS sei nun das Augenmerk auf jene Mehrzahl von Kindern gerichtet, bei denen ADS erst aufgrund überhandnehmender Probleme und Schwierigkeiten im Kindergarten-, Schulalter oder in der Adoleszenz erkannt wird. Von grosser Bedeutung ist eine sichere Diagnose, für die kein einzelner Test ausreicht. Vielmehr gilt es, einzelne Mosaiksteinchen – Fragebogen zur Abklärung von Verhaltensauffälligkeiten, neuromotorische Untersuchung, Messung der Hirnaktivität oder verschiedene psychologische Testergebnisse – aneinanderzusetzen, so dass aus vielen Einzelteilen ein vollständiges Bild entsteht. Denn erst eine gewissenhafte Abklärung bildet die solide Grundlage für eine individuelle, massgeschneiderte therapeutische Behandlung. Darüber hinaus wird so verhindert, dass voreilig ein jeder lernunlustige, unkonzentrierte, lebhaft junge Mensch oder unaufmerksame Träumer mit einem ADS belegt wird – zudem lassen sich auch andere Ursachen für Entwicklungsprobleme abgrenzen. Alle Abklärungskriterien erörtern zu wollen, würde den Rahmen sprengen; daher die Beschränkung auf Schrift und Zeichnung.

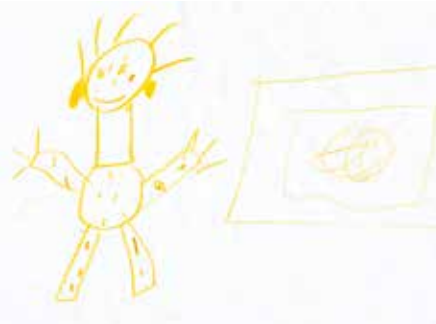
In der therapeutischen Praxis, in der sich vorwiegend auf Offenheit und fundiertem Wissen basierende verhaltenstherapeutische Massnahmen bewährt haben, befassen sich Psychologen und Psychiater meist mit solchen Kindern, deren komplexe und vielschichtige Aufmerksamkeitsdefizit-Störung das Wohlbefinden von Kind und Familie stark beeinträchtigt. Für eine genaue ADS-Diagnose und zur Abklärung des Schweregrads der damit verbundenen Störungen werden auch

## Zeichnen in der Therapie

In der therapeutischen Abklärung stellt sich heraus, dass ein 10½-jähriger Knabe mit deutlichem ADHS unter fein- und grobmotorischen Schwierigkeiten sowie unter Einschränkungen der visuellen und der akustischen Wahrnehmung leidet. Er zeichnet in schnellem Tempo einen Baum. Auf die Nachfrage der Psychiaterin, was der Baum sprechen würde, so er denn sprechen könnte, malt er ein Gesicht in die Krone und skizziert einen Sturm mit Blitzen: Der Baum erlebe gerade ein Sturmgewitter und fange Feuer; er rufe: »Hilfe!«

Spontan zeichnet er weiter, und so entsteht ein zweites Bild mit Sonne: Der Baum sei nun kleiner geworden, durch Feuer und Sturm 'zerbröckelt'; er wachse jedoch schnell wieder nach. Auf die Frage, was er als Gärtner hierzu tun könnte, entgegnet er, er gäbe ihm Wasser. Menschendarstellung: Der Junge zeichnet einen Knaben, der an Masern erkrankt ist und dem es nicht so gut geht. Im Bett daneben gehe der Knabe schlafen (er selbst leidet unter Einschlafproblemen).

Die Zeichnungen sprechen die Sprache der inneren Befindlichkeit des Knaben: Er befindet sich bildlich ausgedrückt in einem Sturm; dies führt zu harten Rückschlägen, verunsichert ihn und beeinträchtigt sein Selbstwertgefühl. Dass er selbst darunter leidet, wird in seiner Menschenzeichnung deutlich: Er fühlt sich gewissermassen krank. Des ungeachtet lassen sich in seinen Zeichnungen und Kommentaren auch Hinweise auf seine Widerstandskraft, seine inneren Ressourcen erkennen – unter anderem, dass der Baum schnell nachwächst.



Schriftproben und Zeichnungen – unter anderem Baum-, Selbst- und Familiendarstellungen – herangezogen. Aber auch die Art und Weise, wie ein verhaltensauffälliges Kind schreibt und malt, kann aussagekräftige Hinweise zur Ermittlung auch des kindlichen Entwicklungsstandes liefern. Geübten Augen wird so offenbar, welche altersgemässen Entwicklungsschritte noch nicht oder nur unvollständig vollzogen wurden; ersichtlich wird indes auch die Wirksamkeit einer Behandlung mit oder ohne Medikamente.

»Die meisten Kinder mit dem ADS mit und ohne Hyperaktivität haben Schwierigkeiten beim Malen und Schreiben und eine stark beeinträchtigte Fähigkeit des Dosierens grober Kraft (offensichtlich im Zusammenhang mit der mangelhaften Steuerungsfähigkeit

des Frontallhirns). Sie mögen diese Tätigkeit nicht und üben sie auch nicht. Ist darüber hinaus die Bewegungskoordination etwas gestört, wird der Schreibakt quälend.«

(C. Neuhaus, Das hyperaktive Kind)

So wurde beispielsweise ein 12-jähriger Junge in ärztliche Behandlung geschickt, weil unter anderem seine Schrift derart unleserlich war, dass sich die Lehrer weigerten, seine Aufsätze und Diktate zu korrigieren. Da der Knabe eher still und verträumt – also hypoaktiv – war, bezweifelten seine Eltern, dass ihr Sohn ADS habe. Die Ärztin schlug dann vor, zwei Schriftproben zu machen, und zwar eine Stunde vor Einnahme des Medikaments sowie eine Stunde danach. Das Ergebnis des Tests fiel so eindeutig aus, dass sich die Eltern von der Hypoaktivität ihres

Sohnes überzeugen liessen. Tatsächlich verändert sich laut Fachleuten mit der therapeutischen Behandlung meist auch die Schrift, und zwar umso deutlicher, je jünger das Kind ist, während bei Jugendlichen und Erwachsenen weniger deutliche Veränderungen feststellbar sind.

Zeichnungen enthalten für Therapeuten besonders aufschlussreiche Hinweise und Informationen, zumal das Kind beim Zeichnen und Malen bildlich unbewusste, seelische Inhalte mitteilt, die von grosser Aussagekraft sind. Zeichnungen geben zudem konkrete Anhaltspunkte, die auf Wahrnehmungsdefizite hinweisen, auf emotionale Zustände, psychische Schwierigkeiten und weitere Persönlichkeitsprobleme wie ein geringes Selbstwertgefühl.

Themen und Ausführungsweise von Zeichnungen, die Kinder mit deutlichen ADS-Störungen schufen, bringen ans Licht, dass es sich anscheinend nicht nur um ein physiologisches Problem handelt, was ja bereits angedeutet wurde. In zahlreichen Zeichnungen, besonders

hyperaktiver Knaben, finden sich immer wieder ähnliche Motive, so etwa Darstellungen kriegerischer Handlungen, Waffen oder Bomben, die auf psychische Dispositionen hindeuten, wie sie bei einem posttraumatischen Belastungssyndrom gegeben sind, das sich häufig nicht auf einen schwierigen Geburtsverlauf zurückführen lässt. Es scheint sich eher um von aussen in Gang gesetzte Reaktivierungsprozesse im Seelischen zu handeln. Diesen tieferen Ursachen seelischer Dispositionen nachzugehen und dafür wissenschaftlich und philosophisch haltbare Erklärungen zu finden, ist ein heikles Unterfangen, handelt es sich doch naturgemäss um ein nur schwer erforschbares Gebiet.

### Lösungsorientierte Therapie

Lösungsorientierte Mediziner und Therapeuten versuchen in enger Zusammenarbeit mit den Eltern bei jedem einzelnen ADS-Kind und -Jugendlichen unter Berücksichtigung der Gesamtpersönlichkeit in Erfahrung zu bringen, wie, wann und unter welchen Bedingungen das Leben des Betroffenen ausreichend gut verläuft. Sie suchen nach seinen besonderen Qualitäten, den ihm eigenen Stärken und positiven Eigenschaften, um ihm Erfolgserlebnisse zu vermitteln, damit es mehr Selbstvertrauen und ein besseres Selbstwertgefühl entwickelt und so Lernziele schneller erreicht. Auf diese Weise wird es ihm möglich, aus seinen eigenen, *individuellen Ressourcen* zu schöpfen, über die normalerweise ein jeder Mensch verfügt und deren er für eine angestrebte Veränderung bedarf (Thom Hartmann).

Diese lösungsorientierte Therapie zielt auf eine Verbesserung der sensorischen Wahrnehmung und Verarbeitung, der Impulsregulierung, der Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit sowie auf ein Training emotionaler und sozialer Fähigkeiten ab. Hierfür werden, je nach Persönlichkeit, entsprechende Erfahrungen und Übungen nötig, wodurch neue Fähigkeiten entwickelt werden: Ingezielten Übungen



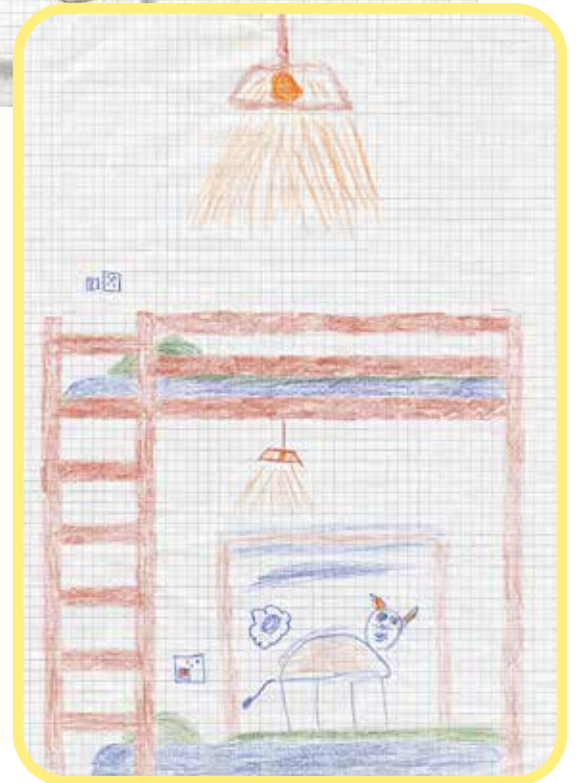
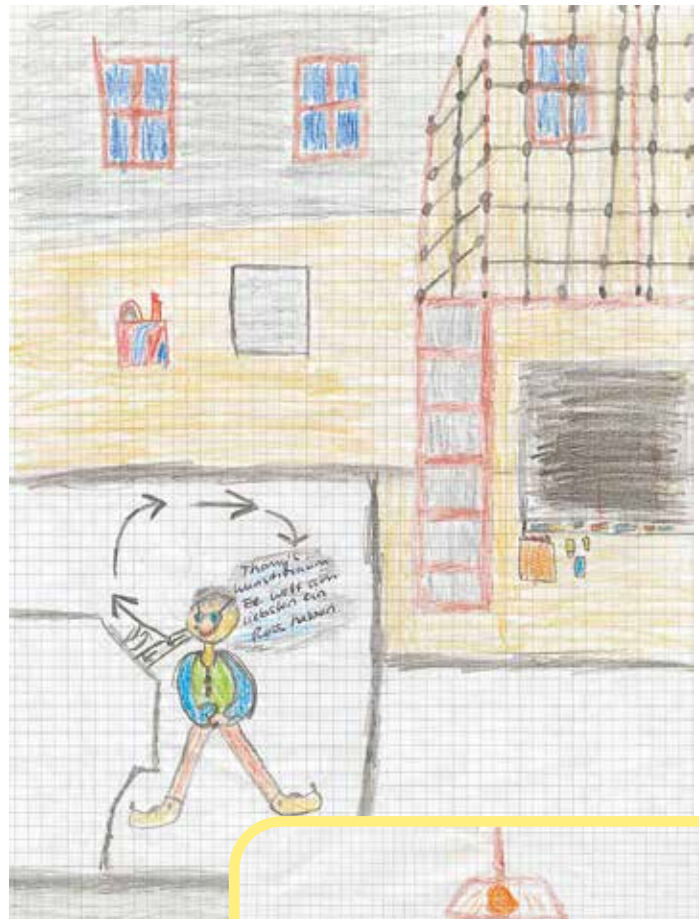
werden zum Beispiel im *Psychodrama* (Gruppentheaterspiel) der Umgang mit Gefühlen, Ordnungsstrukturen, das Sich-an-Regeln-Halten erlernt und in *Lerntherapien* Zeitmanagement, die Fähigkeit des Schwerpunktsetzens und Weiteres. Ziel des vielfältigen Therapieangebots ist, dass das Betroffene den persönlichen Tagesablauf strukturieren, sich sozial einbinden und den Freundeskreis erweitern kann.

Den Korrektur- oder heilenden Prozess versuchen Ärzte mit spezifischen, auf das Individuum abgestimmten Heilmitteln gezielt zu unterstützen. Bei stark beeinträchtigendem ADS werden zurzeit Stimulanzien eingesetzt, was nicht unumstritten ist, obgleich, wahlweise, die Nebenwirkungen, gemessen an der Einschränkung der

Lebensqualität eines solchen Kindes oder Jugendlichen, gering seien. Bewährt hat sich in vielen Fällen die Kombination von medikamentösen und psychotherapeutischen Hilfestellungen. Indes sucht man auch nach alternativen erfolgversprechenden Wegen, um die körperliche und seelische Befindlichkeit der Betroffenen zu verbessern.

### Beispiele

So haben sich, je nach Eigenschaften und Symptomen eines ADS-Kindes, entsprechende Vorgehensweisen bewährt: *Sehr aktive* ADS-Kinder, die mit überdurchschnittlich viel Energie ausgestattet sind, bedürfen Herausforderungen, die ihnen körperliche und emotionale Ausdrucksmöglichkeiten zu



### Zeichnungen und Schrift: **Gradmesser seelischer Befindlichkeit**

Ausgeprägt ist die Hyperaktivität eines zeichnerisch begabten, fröhlichen 6½-jährigen Knaben aus einer jungen, aufgeschlossenen Familie. An den drei Zeichnungen »Thomys Geschichte« (S.17) wird vor allem der verbesserte seelische Zustand nach Einnahme des Medikaments deutlich. Nicht nur vermag er sich besser zu konzentrieren, es kommen auch seine Stärken, seine Feinfühligkeit und gemütvollte Wärme, das auch vorhandene Ordentliche sowie Unternehmungslust, Mut und Selbstbewusstsein zum Vorschein, während in der Zeichnung ohne Ritalin (S.16) etwas Clownhaft-Unbeholfenes und Bedrückend-Bedrohliches zutage tritt.

Die Bilderfolge »Thomys Geschichte« kommentiert der Knabe folgendermassen:

1. Das ist Thomys Haus; das Auto daneben gehöre seinem Papi.
2. Thomy im Kindergarten: Die Puppenstube finde er sehr langweilig. Das Netz solle verhindern, dass die Jungen hinunterfallen. Darunter befindet sich eine Malwand mit vielen Kreiden, die überhaupt nicht langweilig sei. Thomy sagt (folge den Pfeilen): »Zu Hause besitze ich viel lässigere Spielsachen als im Kindergarten – sie sind tausendmal interessanter als die Puppenstube.« Sein Wunschtraum: Er möchte am liebsten ein Pferd haben.
3. Das ist Thomys Bett; wenn es ihm langweilig sei, male er.

Schriftproben aus Aufsätzen eines 10-jährigen Knaben:

Nach Uternachten fährt Hans  
in sein Bett. Er hat im Hotel  
Packerden Koffer ausgleich am  
ersten Tag kalten sie den Schlaf.  
Abwechselnd von Vater und Mutter  
vor

ohne Medikament

Die Vorstadtkochkelle  
verlängert von Felise  
Aber er oben war hatte er vergessen das  
noch runder muss weil er nicht scham  
fra war. Er dachte aber „Euch wenn ich es noch  
zeigen, ihr angebe.“ Seine kleine Schwester  
wurde immer unruher und frisst am  
zu beten. Sie betete Bitte lieber Gott lass me

nach Einnahme des Medikaments

## Einige wichtige Punkte für den Umgang mit ADS-Kindern

Neben Ruhe, Geduld, Gleichmut und Stetigkeit gilt es, noch einige weitere Punkte zu beachten:

1. Vorwurfsvollen Umgangston vermeiden; mit Entschiedenheit und einer Prise Humor wird mehr erreicht.
2. Bessere Leistungen werden durch weniger Leistungsdruck erzielt.
3. Arbeiten und Aufgaben durch Unterbrechungen auflockern.
4. Mit klaren Anordnungen und Grenzensetzen Streit vorbeugen.
5. Gemeinsame Abmachungen beidseitig ernst nehmen.
6. Fremdbestimmung erzeugt viel Widerstand; daher sukzessive die Eigenverantwortung und den verantwortungsbewussten Umgang mit Freiheit fördern.
7. Dauerhafte Besserung wird nur durch gegenseitiges Respektieren erzielt.
8. Viel Anerkennung und Lob aussprechen.
9. Positives Verhalten hat eine positive Signalwirkung.

bieten vermögen. Eine klare Führung, welche die Individualität und die Begabungen berücksichtigt, ist angezeigt, wenn Kinder schon früh eine *Tendenz zur Selbstbestimmung* zu erkennen geben, da ihr Streben nach Selbständigkeit sie nicht selten in Konflikt mit den notwendigen Grenzen und Regeln bringt. *Impulsive* Kinder müssen im besonderen an Disziplin herangeführt werden: Mit ihnen übt man an entsprechenden Übungen Geduld ein. Damit ihre Vitalität in konstruktive Bahnen gelenkt werden kann, wird ihnen die Gelegenheit gegeben, den Nutzen von Disziplin und Selbstbeherrschung zu erfahren. Schöpferische Begabung äussert sich bei ADS-Kindern bisweilen im *Tagträumen*; hier ist ein Angebot von kreativen, künstlerischen Tätigkeiten wichtig, um den Kindern notwendige Erfahrungen zu ermöglichen. *Empfindsame, scheue und ängstliche* Kinder sind auf die verständnisvollen Reaktionen von ebenfalls sensiblen Erwachsenen angewiesen, die ihnen Sicherheit bieten können. Das Wesentliche ist, dass dies alles in verlässlichen Strukturen, einem geordneten Rahmen geschieht.

Im folgenden erhellt an zwei Beispielen, wie individuell therapeutisches Vorgehen ist und wie viel Feingefühl es bedarf, um herauszufinden, welche Hilfestellung und welche Massnahmen für das einzelne ADS-Kind optimal sind.

### Gemeinsames elterliches Grenzsetzen mit wenig Worten

»Die sechsjährige Christiane bietet das gesamte ADHS-Spektrum. Dabei imponiert sie als sehr intelligent und feinfühlig. Sie hatte schon vor dem ersten Lebensjahr ein überdurchschnittlich weit entwickeltes Sprachverständnis und konnte mit zwei Jahren fehlerfrei komplizierte Sätze sprechen. Mit Einsetzen der Trotzperiode reagierte sie nur noch eingeschränkt und widerstrebend auf die Erziehungsbemühungen der Eltern, die mit grosser Freude und auch Stolz auf ihr offensichtlich gut begabtes und stets an Neuem interessiertes Töchterchen blickten. Christiane schien zu beanspruchen, dass jedermann sich der Verfolgung

ihrer eigenen Interessen unterordne. Die Eltern mochten sagen, was sie wollten: Christiane war von ihren Absichten nicht abzubringen. Trotz nachweislich hoher Intelligenz musste sie die erste Grundschulklasse wieder verlassen. Sie zeigte sich nicht dazu bereit, die in der Schule geltenden Regeln zu befolgen. Zu Hause ereignete sich allabendlich ein Drama: Nach dem Abendessen sollte Christiane ins Bad gehen und sich bettfertig machen. Sie ging aber nicht. Sie hatte noch dies und das zu tun. Auch nach zahlreich wiederholten Aufforderungen durch die Mutter, die sich nach dem sehr anstrengenden Tag nun endlich ausruhen wollte, blieb sie bei ihrem Spiel. Der Vater hatte sich bereits an seinen PC-Arbeitsplatz in der Wohnung begeben und wartete auf die ersehnte Ruhe, damit er die noch anstehenden Arbeiten für seine berufliche Weiterqualifikation erledigen konnte. Aber Christiane lief in der Wohnung herum, und das umso hektischer, je später es wurde. Schliesslich platzte dem Vater der Kragen. Mit lautstarken Vorwürfen an die Mutter ergriff er seine nun schreiende Tochter und schaffte sie ins Kinderzimmer. Christiane blieb jedoch nicht darin, kam zigmal wieder und verlangte schliesslich, im Bett der Eltern zu schlafen. Das wird ihr mit einem Alles-egal-Gefühl der Eltern gestattet. Erschöpft ging auch die Mutter wenig später zu Bett, während der Vater die verbleibende Stunde nutzte und sich dann im Kinderzimmer zur Nacht einquartierte.

In der Beratung wollen die Eltern zunächst dieses allabendliche Drama beendet wissen. Im Verlauf mehrerer Sitzungen entsprechend vorbereitet und instruiert, stehen beide Eltern ohne

Ankündigung vom Tisch auf, nehmen beide ihre Tochter bei der Hand. Sie führen sie wortlos und ruhig, ohne jede Heftigkeit ins Bad, sorgen dort beide für die Abendtoilette und bringen Christiane zu Bett. Zu ihrer beider Überraschung nimmt ihre Tochter die gemeinsame Aktivität der Eltern an. Ohne jede weitere Anleitung übertragen die Eltern diesen wortarmen Erziehungsstil mit gutem Erfolg auf andere Situationen am Tage, die das Setzen von Grenzen und Einhalten von Regeln verlangen. Die Mutter geniesst die tatkräftige Unterstützung des Vaters, der Vater geniesst den Zeitgewinn, zu dem er trotz seiner erzieherischen Mitwirkung gelangt, und freut sich auf sein eigenes Bett. Die Beruhigung des Mädchens wirkt sich auch auf die Situation in der Vorschule aus, so dass die reguläre Einschulung ins Auge gefasst werden kann.«

(Gerald Hüther/Helmut Bonney)

Aus Sicht der Familientherapie hat die Vaterlosigkeit oder oft nur eingeschränkte seelische Verfügbarkeit des Vaters in manchen Fällen einen Einfluss darauf, dass sich als Hyperaktivität bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten bei ADHS-Kindern weiterentwickeln und fortbestehen; auch die Psychoanalytik bestätigt dies. Die systemische Familientherapie setzt daher, soweit möglich, darauf, den Vater mit einzubeziehen.

### Besserung durch medikamentöse Therapie

Die eingangs von Roswitha Spaltek vermittelte Geschichte Robins soll hier nochmals aufgenommen

werden: Während des zweiten Kindergartenjahrs verschlimmerte sich seine Unruhe wieder, als er neue Erzieherinnen bekam. Im Kindergarten und zu Hause häuften sich die Konflikte: Er schlug seine Geschwister und litt unter Einschlafstörungen.

*»Mein Mann und ich beschlossen daraufhin, Robin aus dem Regelkindergarten herauszunehmen und in einen heilpädagogischen Kindergarten zu geben, auf den sich meine ganze Hoffnung richtete. Ich war mir nun sicher, dass unser Kind hyperaktiv war. Ich hoffte nur, dass dies auch andere erkennen würden. Nach acht Wochen Kindergartenbesuch jedoch sagten Ergotherapeutin und Erzieherin, wir hätten ein tolles, problemloses Kind. Mittlerweile war es auch zu Hause besser geworden. Man teilte uns mit, Robin könne ganz normal eingeschult werden. Wir meldeten ihm im Dezember in der Schule an, obwohl wir seit kurzem wieder enorme Probleme mit ihm hatten. Wir dachten, es sei die Vorfreude auf den Nikolaus und auf Weihnachten, denn an Festtagen war es schon immer besonders schwierig gewesen, mit ihm auszukommen. Auch für die Geschwister war es schlimm, dass sie nie ein Fest in entspannter Atmosphäre erleben konnten.«*

Als sich die Situation zuspitzte, wurden die Eltern im Januar mitgeteilt, dass der nun 7-Jährige noch ein Jahr länger im Kindergarten verweilen sollte; dies lehnten die Eltern aber strikte ab. Robins Verhalten wurde so schlimm, dass die Eltern schliesslich einen Arztaufsuchten, der Robin medikamentös behandeln sollte. Dieser kam ihrem Wunsche nach mit der Begründung, der Schulalltag stelle dann noch weit grössere Anforderungen an den Jungen als die momentane Situation. Die Wirkung des Medikaments war frappant: Robin konnte sich besser konzentrieren und war bald in der Lage, mit Freunden zu spielen. Allein, die Besserung war nicht von langer Dauer – Robin begann in alte Verhaltensweisen zurückzufallen. In einem Gespräch mit der Erzieherin schlug diese in Anwesenheit von Robin der Mutter eine Fremdbetreuung vor:

*»Robin sass während dieses Gesprächs ganz brav neben mir und war entsetzt, dass er so viel Ärger verursachte. Ich weinte, und er beteuerte, dass er das alles doch nicht gewollt habe. Er war den ganzen Tag über sehr lieb und machte keinen Ärger.«*

Nochmals nahm die Mutter alle Kraft zusammen, suchte Kontaktadressen der Vereinigung »Bundesverband für das hyperaktive Kind« in ihrer Region heraus, um wirksame Tipps und Hinweise zu bekommen. Schliesslich kam sie anhand einer Beschreibung in der Zeitschrift »Was nun?« darauf, dass das Medikament nicht richtig dosiert und nicht richtig über den Tag verteilt sein könnte; so unterteilte sie nach Absprache mit der Ärztin eine etwas höhere Tagesdosis auf fünf Einnahmedosen.

*»Seither hat sich die Lebenssituation der gesamten Familie dauerhaft verbessert. Unser Sohn kann sich morgens ohne Probleme anziehen und für die Schule fertig machen, und wir können ohne Konflikte aus dem Haus gehen. Wir können jetzt zu fünft im Auto fahren, ohne dass die Kinder sich streiten, weil die Geschwister grundlos von Robin geschlagen werden. [...] Robin kann Freunde einladen und allein mit ihnen spielen. Ganz wichtig für uns ist, dass wir jetzt wieder gemeinsam ausgehen und Veranstaltungen besuchen können. Offensichtlich hatte Robin die Fähigkeit, sich normal zu verhalten, immer in sich getragen, er hatte sie bloss nicht leben können. [...]*

*In der Schule gab es überhaupt keine Probleme mehr. Seine Lehrerin ist informiert und gibt ihm seine Tablette, die er während der Schulzeit einnehmen muss. Seine Leistungen sind sehr gut. Erst diese Woche hat er seinen ersten Aufsatz geschrieben. Die Lehrerin sagte, es sei schon eine tolle Leistung, die er da vollbracht habe. Robin macht die Schule Spass, und deshalb ist er auch sehr motiviert.«*

## Ansätze einer Heilung?

Ärzte mit jahrzehntelanger Praxiserfahrung berichten, dass aufgrund enger Zusammenarbeit mit den betreffenden Familien bei

zahlreichen Kindern durch die veränderte Einstellung sowie mit Hilfe von Heilmitteln oder sorgsam dosierten Stimulanzien, die in einigen Fällen sogar nach wenigen Jahren abgesetzt werden konnten, eine beachtliche Besserung der Symptome erzielt worden sei. Wie erwähnt ist die Forschung noch rege im Gange, um die mit ADS einhergehenden Symptome künftig noch wirksamer angehen zu können. Dabei wird die Vermutung geäussert, dass bei einem solchen Heilungsprozess eventuell eine Verbesserung der neuronalen Vernetzung durch neue Erfahrungen und Verhaltensänderungen in die Wege geleitet werde, was gleichsam einer »Nachreifung des Gehirns« gleichkäme. In Bezug auf die Verbindung zwischen Hirn und Selbst würde dies bedeuten, dass sich Verhaltensänderungen und Einstellungswandel im Sinne einer Reifung der Persönlichkeit auch im Seelischen verankern lassen. ☺

### Bildquellen

S. 5 o., 6/7, 9 o. und 11 re. o.: Corbis. S. 8/9, 9 u., 11 li. und re. u.: Focus/SPL. S. 12: W. Scheible. S. 17 u.: Aust-Claus, Hammer: Das ADS-Buch, Oberstebrink-Verlag. Übrige Bilder: ABZ-Bildarchiv.

### Literatur

Elisabeth Aust-Claus, Petra-Marina Hammer, Das ADS-Buch, Neue Konzentrationshilfen für Zappelphilippe und Träumer, Ratingen 2002. T. Berry Brazelton, Ein Kind wächst auf, aus dem Amerikanischen von Christoph Trunk, Stuttgart 1995. Christine Ettrich, Monika Murphy-Witt, ADS – So fördern Sie Ihr Kind, München 2003. Stanley I. Greenspan, Serena Wieder, Mein Kind lernt anders, Ein Handbuch zur Begleitung förderbedürftiger Kinder, aus dem Amerikanischen von Maria Buchwald, Anke Grube und Maren Klostermann, Düsseldorf 2001. Thom Hartmann, ADD: Veränderungen selbst bewirken, aus dem Amerikanischen von Heidi Garnatz, Lübeck 2000; Eine andere Art, die Welt zu sehen, aus dem Amerikanischen von Friedo Pagel und Ulrike Seeberger, Lübeck 2001. Gerald Hüther, Helmut Bonney, Neues vom Zappelphilipp, ADS/ADHS: verstehen, vorbeugen und behandeln, Düsseldorf 2002. Cordula Neuhaus, Hyperaktive Jugendliche und ihre Probleme, Berlin 2001; Das hyperaktive Kind und seine Probleme, Berlin 2002; Das hyperaktive Baby und Kleinkind, Berlin 2003. John J. Ratey, Catherine Johnson, Das Schattensyndrom, aus dem Amerikanischen von Max Looser, Stuttgart 1999. Uta Reimann-Höhn, ADS – So stärken Sie Ihr Kind, Freiburg im Breisgau 2001; Langsam und verträumt, ADS bei nicht-hyperaktiven Kindern, Freiburg im Breisgau 2002. Doris Ryffel-Rawak, ADS bei Erwachsenen, Bern 2002. Martin Schuster, Kinderzeichnungen, Wie sie entstehen, was sie bedeuten, Berlin 1994. Roswitha Spallek, Grosse Hilfe für kleine Chaoten, Ein Ratgeber bei kindlichen Aufmerksamkeitsstörungen, Walter Verlag, Düsseldorf 2000; Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom ADS, Düsseldorf 2002. Claudia Thierstein (Hg.), Unruhe, unkonzentrierte und auffällige Kinder im Alltag, POS, ADS und HKS, Bern 1999. Manfred Spitzer, Geist im Netz, Modelle für Lernen, Denken und Handeln, Heidelberg 2000. Lynn Weiss, Eins nach dem anderen, Das ADD-Praxisbuch für Erwachsene, aus dem Amerikanischen von Christian Rendel, Moers 2000. Daniel Widlöcher, Was eine Kinderzeichnung verrät, Methode und Beispiele psychoanalytischer Deutung, Frankfurt am Main 1989.