

Zielführende Hilfestellung bei ADHS mit/ohne Comorbiditäten – nicht nur in der Erziehungsberatungsstelle und im Jugendamt

Cordula Neuhaus

Diplompsychologin, Diplomheilpädagogin,
psychologische Psychotherapeutin, Kinder- und
Jugendpsychotherapeutin, Dozentin und
Supervisorin (KBV, DVT) für klinische
Verhaltenstherapie
Alleenstraße 29, 73730 Esslingen

Einleitung

Es kann hier nicht darum gehen, Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen im Jugendamt oder in der Erziehungsberatungsstelle vorzuschreiben, was sie zu tun haben. Es soll auch kein Diskurs erfolgen über die Anwendung des § 35a KJHG (Eingliederungshilfe)¹ oder des § 27 KJHG (Hilfe zur Erziehung), sondern darum, noch einmal gezielt über ADHS, die Hintergründe und entsprechende Beratungsmöglichkeiten zu informieren.

Ziel soll sein, dass die Symptomatik früh genug erkannt wird, um entsprechende Diagnostik/Differentialdiagnostik und wirksame Behandlung zu veranlassen, damit die Kinder mit ihren Eltern nicht wie schon seit Jahren weiterhin unter der Annahme nicht zutreffender Hypothesen „behandelt“ werden – wie man leider immer wieder von den Familien hören muss, ohne entsprechenden Erfolg und der sich daraus ergebenden Notwendigkeit, sich immer wieder woanders hinwenden zu müssen.

Ziel ist es, in die Lage zu versetzen, möglichst schnell und effektiv einzuwirken, z. B. auch mit Hilfe von Familienhelfern oder individuellen Einzelfallhilfen, mit hoffentlich auch immer mehr Wissen über ADHS.

Nicht nur die sozialmedizinische, sondern auch die volkswirtschaftliche Relevanz von ADHS mit und ohne Comorbiditäten ist leider noch viel zu wenig bekannt.

¹ Kinder- und Jugendhilfegesetz; heute Sozialgesetzbuch (kurz: SGB) VIII

Kompetenzen und Zusammenarbeit

In dem „Eckpunktepapier“ des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung (kurz: BMGS)² wird unter Punkt 9 die interdisziplinäre Zusammenarbeit gefordert, die in wechselseitigem Respekt(!) erfolgen soll. Dabei wird speziell darauf hingewiesen, dass die Verantwortung für die Koordination einer interdisziplinären Behandlung *beim Arzt* liegt.

Es muss klar sein, dass die Diagnose grundsätzlich nur durch einen approbierten Arzt oder einen approbierten psychologischen Psychotherapeuten / Kinder- und Jugendpsychotherapeuten gestellt werden darf, ganz sicher nicht durch einen Ergotherapeuten, einen Lehrer, auch nicht einen Sonderpädagogen, eine Diplompädagogen oder einen Erzieher.

Es kann auch nicht angehen, dass nach wie vor Diagnosen, die einmal gestellt worden sind, von Mitarbeitern des Allgemeinen Sozialen Dienstes, des Jugendamts, des Gesundheitsamts oder von Schulen „gekippt“ werden.

Ziel einer interdisziplinären Zusammenarbeit ist nach dem BMGS ein abgestimmtes, multimodales, störungsspezifisches Vorgehen zur Behandlung der Kernsymptomatik und der Begleitstörungen.

Somit ist es nötig, sich von dem scheinbar problematischsten Hauptsymptom der motorischen Unruhe, der Zappeligkeit zu trennen, die z. B. noch vielerorts von analytischen Kinder- und Jugendpsychotherapeuten auf zum Teil etwas absonderliche Art interpretiert wird in dem Sinn, dass ein Kind dadurch mit ziellosen Bewegungen zum Ausdruck bringe, seinen intrauterin abgestorbenen Zwilling zu suchen, frühe Trennungserlebnisse zu verarbeiten, etc.

ADHS ist keine Modediagnose. Immer mehr Kinder, Jugendliche und Erwachsene, die lange kompensieren konnten mit Intelligenz, guter Erziehungsumgebung oder Katastrophierung fallen inzwischen auf. So packt eine syndromtypisch vergessliche Mutter schon vorsorglich 14 Tage vor der Abreise der Familie in die Sommerferien die Koffer mit langen Listen und kontrolliert jeden Tag alle Koffer noch einmal durch, ob sie auch wirklich nichts vergessen hat.

Tatsächlich können Elternverbände davon berichten, dass immer noch lange Odysseen durchlaufen werden müssen, bis man endlich an einer

² s. Jahrbuch 2002 des BV-AH oder unter www.bv-ah.de → Neuigkeiten: scrollen bis „2002“ → erstes Dokument

Stelle ist, an der erkannt wird, um was es geht und wo dann auch entsprechende Behandlung erfolgt.

Auswirkungen der Diagnose ADHS

ADHS mit seiner Gesamtsymptomatik ist auch nichts Neues. Bitter beklagt sich eine Mutter bei einem Lehrer über ihren Taugenichts (nach Herondas, um 250 vor Christus) wie folgt:

„Leg‘ mir den Jungen über, hau‘ ihn durch.
Bis dass die Seele ihm, die miserable,
nur eben noch an seinen Lippen hängt.
Er hat mir Armen rein das Haus geplündert
mit seinem Kupferspiel.
Größerem Verderben treibt er zu. Des Lehrers Tür,
wo die liegt und wo ich am Monatsende mein Schuldgeld jammernd
zahle,
das weiß er kaum zu sagen; doch mein Spielplatz,
dort, wo die Eckensteher hausen und
entlaufene Sklaven, weiß er anderen recht,
genau zu zeigen. Und die arme Tafel,
die ich ihm jeden Monat mühsam wachse,
die liegt verwaist am Pfosten seines Bettes.
Wenn er nicht gar mit einem Höllenblick
sie ganz zerkratzt, statt schön darauf zu schreiben.
Nicht mal die Silbe „a“ kennt er beim Lesen,
wenn man nicht ihm dieselbe vorschreit“

Wesentlich zu wissen erscheint bei der Diagnose ADHS, dass viele einzelne Symptome auf viele Menschen *mal* zutreffen. Wenn eine Diagnose gestellt wird, dann geht es darum, wie lange, wie ausgeprägt, wie überdauernd die Symptomatik in welcher Häufung Facetten der Kernproblematik abbilden und den Betreffenden einschränken. Die Diagnosestellung steht und fällt mit einer höchst sorgfältigen Anamneseerhebung, wie Herr Dr. Huss vor kurzem deutlich darlegte, durch einen erfahrenen Kliniker mit Störungsbildkenntnis.

Die größte Falle ist, ADHS zu übersehen, und nicht, die Diagnose würde zu oft gestellt, wie es immer wieder von Ärzten und Therapeuten heißt, die offensichtlich eher selten mit Kindern und Jugendlichen mit ADHS zu tun haben.

Je länger ADHS nicht erkannt wird, desto schlimmer sind die sekundären Probleme, die vor allen Dingen in der Pubertät(!) entstehen können, wie

dissoziales Verhalten, aber auch Depression, Angst oder irgend eine Form von Sucht (Hochrisikosucht, aber auch Substanzmissbrauch u. v. m.).

In einem Bericht eines Mitarbeiters des Allgemeinen Sozialen Dienstes eines Jugendamts über einen zehnjährigen Jungen heißt es sehr reflektiert:

„Seine Beschulbarkeit scheiterte bisher an seinem Unvermögen, die in größeren Zusammenhängen notwendige Aufteilung der Aufmerksamkeit aller auf alle – welche ihn dann zwangsläufig aus dem Mittelpunkt rückt – hinnehmen zu können. Der Weg, den Jungen zu lehren, sich selbst weniger wichtig nehmen zu müssen, führt in der Tagesgruppe über die Behutsamkeit der sich nur langsam steigenden Intoleranz der Erzieher seinen aufmerksamkeitsfordernden Störmanövern gegenüber. Dies führt voraussichtlich zu einer Harmonisierung des Bedeutungsbedürfnisses des Jungen und damit zu angepassterem Verhalten seinerseits mit größerer Wahrscheinlichkeit, in einer Regelklasse beschult werden zu können.

Der klare und verlässliche Rahmen ist wichtig, dazu die Sicherheit emotionaler Zuwendung, unabhängig von aktuellen Konflikten.

Dass sein Problem überhaupt besteht, liegt vermutlich an seiner Bewertung seiner frühkindlichen Beziehungserfahrung – instabile Beziehung und Trennung seiner Eltern, sowie die Verdrängung aus der Alleinherrschaftsposition durch die Geburt des kleinen Bruders“.

Gute Beobachtung wird abgelöst durch Spekulation bei an sich zunächst sinnvoll erscheinenden Maßnahmen - zumindest auf den ersten Blick! Nach der dann leider wenig hilfreichen Interpretation bezüglich der Verursachung erfolgt die Empfehlung, dass die Eltern das Buch von Dreikus „Kinder fordern uns heraus“ lesen sollen – mit der Maßgabe einer Tendenz zur Überkorrektur durch Strafreize von unerwünschtem Verhalten – bei ADHS völlig contraindiziert.

Die Beobachtungen eines Mitarbeiters einer Erziehungsberatungsstelle sind äußerst differenziert:

„Er wirkt im Kontakt mit anderen, wenn Absprachen und Kompromisse gefordert werden, überfordert.

Er wirkt oft unbeholfen, ist über die Reaktion der Kinder, bzw. über die Folgen seiner Taten überrascht. Er versucht über Störung oder Beleidigung die Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen“.

Schade – auch hier, nach höchst differenzierter Beobachtung, die typische Bewertung nach dem Motto: das Kind **will** stören!

„Es fällt ihm schwer, Enttäuschung und Zurückweisung auszuhalten.“

Wieder phantastisch beobachtet – die Therapieempfehlung ist jedoch Spieltherapie zur Wiedergewinnung des Selbstwertgefühls bei vermuteter frühkindlicher Traumatisierung.

Wissenschaftliche Erkenntnisse über die ADHS-Problematik

Warnke betonte 2001, dass eine alleinige psychogene Begründung von ADHS inzwischen obsolet ist, auch wenn die Ursachen von ADHS noch nicht alle vollständig bekannt sind.

Der führende Forscher in Amerika, Russel Barkley, postulierte 2002, dass die Feststellung, ADHS gebe es nicht, schlicht falsch sei. ADHS sei auch keine gutartige Störung und ADHS abzustreiten sei dasselbe, wie zu behaupten, die Erde sei flach, das Gesetz der Schwerkraft zu diskutieren oder das Periodensystem in der Chemie als Irrtum zu bezeichnen.

Er forderte, dass in den Medien ADHS realistisch dargestellt werden solle – eine Forderung, der man sich in Deutschland nur anschließen kann.

Auch in Amerika bekommt nach Barkleys Einschätzung nur die Hälfte der Betroffenen Hilfestellung.

Bei uns ist das Know-how über die tatsächliche Problematik bei ADHS vielerorts noch wenig profund, bis hin zur vehementen Klage über einseitig „biologistisches“ Denken. Vor allem die äußerst negative Einstellung vieler im Helferberuf Tätiger gegenüber wirklich effektiven Hilfen einschließlich der Medikation verhindert meist aus reiner Unkenntnis heraus die notwendige Hilfestellung für die Betroffenen.

Bei der Kernsymptomatik

- der Aufmerksamkeitsstörung als Schwierigkeit, sich anhaltend konzentrieren zu können, wenn etwas nicht attraktiv ist,
- der Hyperaktivität als Schwierigkeit, die spontanen Bewegungsimpulse beherrschen zu können,
- der Impulsivität als Schwierigkeit, eine „automatische Servo-Verhaltenskontrolle“ zu entwickeln und
- der emotionalen Labilität als Schwierigkeit, eine gleichmäßige Gestimmtheit mobilisieren zu können,

kommt man nach dem Stand der derzeitigen wissenschaftlichen Forschung nicht mehr umhin, neurobiologische Hintergründe bei ADHS sehen zu müssen.

Der Neurotransmitter Noradrenalin, der das Verhältnis von Signalen zum Rauschen verbessert, spielt vor allen Dingen im hinteren Aufmerksamkeitssystem des Gehirns hinsichtlich Orientierung und Aktivierung/Vigilanz eine ganz entscheidende Rolle und ist bei ADHS dysreguliert, (d.h. das Gehirn scheint nur bei positiven oder sehr stark empfundenen Reizen „anzuspringen“). Entsprechend haben die Kinder das Problem, dass sie nur richtig „eingeschaltet“, wach und präsent sind, wenn für sie subjektiv empfunden etwas neu, interessant und spannend ist, wie die tagtägliche Beobachtung der Eltern, der Therapeuten, der Lehrer und auch der erfahrenen Kliniker zeigt.

Der Neurotransmitter Dopamin spielt im vorderen Aufmerksamkeitssystem des Gehirns mit filternder und bremsender Wirkung eine entscheidende Rolle in der Aufmerksamkeitssteuerung. Im exekutiven System des Stirnhirns erfolgt normalerweise Hemmung, Planung und Kontrolle – bei ADHS durch die Dysregulation dieses Botenstoffs nicht gut möglich. Derzeit wird diskutiert, inwieweit Dopamin auch im Belohnungssystem des Gehirns eine Rolle spielt bei der immer wieder zu beobachtenden nur kontextabhängigen Motivationsfähigkeit eines Betroffenen mit ADHS bei meist gleichzeitig vorliegender Unfähigkeit, einen Belohnungsaufschub ertragen zu können.

In den entsprechenden vorliegenden Untersuchungen wurden außerdem Befunde erhoben hinsichtlich einer verminderten Durchblutung des Stirnhirns, einer verminderten Dopa-Decarboxylase-Aktivität, einem reduzierten Glukose-Metabolismus vor allen links präfronto-orbital. Auch Volumenunterschiede werden derzeit diskutiert. Forschergruppen in Philadelphia und in München unternehmen Messungen der Dopamin-Transporterproteindichte, die bei ADHS erhöht ist und unter Methylphenidatgabe (Ritalin®, Medikinet®, Equasym®, Concerta®) einreguliert wird (Vgl. insgesamt dazu Krause & Krause 2003).

Das Stirnhirn, in dem auf neurobiologischer Basis das „Selbstbewusstsein“ angesiedelt ist (das im Alltagswortschatz häufig mit Selbstwertgefühl verwechselt wird), wird normalerweise das Arbeitsgedächtnis organisiert und strukturiert. Die sogenannten „Chef-Funktionen“ nach Ratey ermöglichen beim Hirngesunden ein Selbstbild für die Zukunft, das Abschätzen von Folgen, auch durch Hinderung an der Verschleppung langfristiger Ziele, die Einschätzung und Überwachung von Zeit, das Setzen von Prioritäten, das Ergreifen von Initiative, das Lenken der

Aufmerksamkeit auch hinsichtlich einer Verhinderung einer „Überkonzentration“.

Bei ADHS bleiben aber genau diese „Chef-Funktionen“ defizitär. Der Arbeitsspeicher (verbal und nonverbal) bleibt klein. Ein „automatisches“ Vergleichen mit Ereignissen aus der Vergangenheit erfolgt unzureichend, ein Lernen aus Erfahrung ist somit nicht oder nur schlecht möglich, ebenso ein Lernen aus „Einsicht“. Durch diesen mangelhaften Abgleich bleibt es einem Betroffenen mit ADHS verwehrt, ein „Zeitfenster“ zu entwickeln – er lebt im Hier und Jetzt und damit in der Krise. Die Emotionen, die das Stirnhirn spätestens ab dem 6. Lebensjahr erfolgreich dämpfen sollte, bleiben ungebremst. Nach Analyse eines Gedankens fällt es jemandem mit ADHS sehr schwer, den Gedanken wieder zusammenzubauen, um beim Thema bleiben zu können.

Beim Hirngesunden gelingt Selbstkontrolle, funktioniert automatisch das Abstoppen irrelevanter Antworten, können zielgerichtete Antworten gegeben werden, neue und komplexe Antworten ebenso. Es kann eine zielgerichtete Ausdauer mobilisiert und zukunftsgerichtet geplant werden. Ein nicht mit ADHS betroffener Mensch ist sensibel hinsichtlich einer Rückkopplung auf seine Antwort und kann flexibel im Verhalten darauf reagieren. Er kann auch nach Unterbrechung eine Aufgabe wieder aufnehmen.

Die „Ausführungsfunktionen“ oder „Executive Functions“ ermöglichen einem Menschen ohne ADHS ein ausreichendes Frustrationsmanagement, eine Modulation der Emotion, den Abruf aus dem Langzeitspeicher in dem Moment, in dem es notwendig ist, sowie Belohnungsaufschub und die Selbstregulation der „Aktivierung“.

Diese Ausführungsfunktionen sind im frühen Kindesalter für die „automatische Verhaltenskontrolle“ notwendig, um eine Entwicklungsaufgabe zu erfüllen, die da heißt „Abwarten können und eine Frustration aushalten können“, z. B. Verlieren können als Grundvoraussetzung dafür, in der Gruppe bildbar zu sein (als Voraussetzung für Schulreife!).

Im Schulalter bis zur Pubertät brauchen wir diese Ausführungsfunktionen für den Kompetenzerwerb der Lernleistungs- und Sozialregeln.

Ab dem Jugendalter ist das normale Funktionieren der „Executive Functions“ notwendig für die Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung, Selbsteinschätzung, Umsetzung auf allen Ebenen – und vor allen Dingen für den Perspektivewechsel. D. h. beginnend mit etwa 4 Jahren und vollendet mit 10 - 12 Jahren sich „automatisch“ vorstellen zu können, wie

das Gegenüber Äußerungen oder Handlungen empfindet und aus der Lernerfahrung vorweg nehmen zu können, was dann passieren wird – Regelbewußtsein implizierend.

Wachbewusstsein, Existenz Erfahrung, Realitätsbewusstsein, bewusste Handlungsplanung sowie bewusste Autorenschaft der eigenen Gedanken und Worte, Selbstreflektion, Existenz Erfahrung und Körperidentität entstehen und funktionieren, wenn das Stirnhirn richtig funktioniert.

Aber auch für die Wahrnehmung ist ein reibungsloser Stoffwechsel im Gehirn notwendig. So wird auf der ersten Funktionsebene des Wahrnehmungssystems entdeckt und gehört, auf der zweiten verstanden (durch Organisation und Transformation) und durch Kognition auf der dritten Ebene erkannt und begriffen.

Im Gehirn entstehen „Landkarten“ als Lernleistung durch Erfahrung. Sind diese entstanden, ist es möglich, bei Aufnahme minimaler Teilaspekte z. B. etwas wieder zu erkennen und entsprechend über „Wissen“ verfügen zu können.

Durch moderne bildgebenden Verfahren kann man immer besser und immer faszinierender den Menschen beim Denken zuschauen (vgl. u. a. Spitzer). Sieht z. B. ein Mensch einen Ziegenschwanz und hat eine stabile Landkarte von „Ziege“ irgendwo im Gehirn, leuchten im funktionellen Kernspin Areale auf, die das Objekt repräsentieren. Sieht ein Mensch z. B. ein schwarzweißes Kippbild und hat dafür keine „Landkartenrepräsentation“, leuchtet der primäre visuelle Kortex auf, und das Gehirn muss erst suchen, in welchem Netzwerk, in welcher Landkarte es etwas Entsprechendes findet. Das ist mühsam – genauso mühsam ist es für ein Schulkind, das von ADHS betroffen ist und zur Verautomatisierung einer Regel die acht- bis achtzehnfache Zeit braucht (nach Goldstein, 97). Bei unserer heutigen Methodik und Didaktik in der Grundschule kann es beispielsweise das Basiswissen der Orthographie nicht ausreichend üben, um dieses zu verautomatisieren.

Muss dann das eher dürftige Basiswissen in einer Umgebung mit viel Ablenkungen auch noch mit viel willentlicher Anstrengung und mit verkrampter Stifthaltung umgesetzt werden, sind Fehler vorprogrammiert. Immer in einer extremen Emotion sein zu müssen, einen „digitalen“ Wahrnehmungs- und Reaktionsstil haben zu müssen, nicht jederzeit über Gelerntes sofort verfügen zu können, schneller zu handeln oder zu sprechen, als es eigentlich sinnvoll ist, schafft Misserfolge - und dies oft schon im frühen Kindesalter.

Reaktionen des Umfelds

So fragt eine Mutter verzweifelt, warum sich das Kind immer wieder die Hand an der Kerze verbrenne, an der blauen, der weißen, der grünen, der gelben, der orangefarbenen, irgendwie sei es nervig, dumm, stur ... - Vielfältige Interpretationen liegen nahe.

Nahezu alle im Umfeld – nicht nur die Eltern(!) reagieren mit Kritik, Ermahnung, Rüge, worauf entweder keine Reaktion erfolgt oder spontan impulsive Abwehr, wütend explosiv vom eher hyperaktiven Kind oder beleidigt beim Kind vom „Träumerchen-Typ“. Wenn die Symptomatik nicht verstanden wird, wird darauf wiederum reagiert, meist im schärferem Ton appellierend oder beschwichtigend.

Je verärgerter der Tonfall, je gereizter die Stimmung der Bezugsperson ist, desto weniger effektiv ist eine Korrektur. Die Emotion des Kindes ist schlagartig negativ, die Aufmerksamkeit sackt weg, die Aktivierung des Gehirns entspricht dem Stadium des „Bildschirmschoners“, wie Benjamin mit 11 Jahren dies bezeichnete. Eine entsprechend angepasste Reaktion *kann* nicht erfolgen. Mit weiteren Vorhaltungen, Strafandrohungen oder tatsächlichen Maßnahmen erzielt man bei solchen Kindern das Gegenteil von dem, was man eigentlich erreichen möchte.

Im Laufe der Kinderentwicklung werden nun langweilige, schwierige Aufgaben, wie Anziehen, Ausziehen, Zähneputzen, Aufräumen und Hausaufgabenmachen zu Kampft Themen in der Interaktion und führen zunehmend zu „Vermeidungsreaktionen“ der Kinder mit Kaspern, Clownen, später Diskutieren und Hinterfragen. Es ist nicht sinnvoll, mit einem Kind mit ADHS diskutieren zu wollen, das immer das letzte Wort hat, und, wenn man ihm das sagt, dies bestätigt - und somit wiederum das letzte Wort hat. Kinder mit ADHS sind, wie Herr Biegert dies vor kurzem so schön ausdrückte, „diskussionsprofessionalisiert“. Satzanfänge wie „ja aber ...“ beim Dazwischenplatzen sind an der Tagesordnung. Kinder mit ADHS scheinen im Verhandeln besser zu sein als arabische Teppichhändler Es kann aber auch sein, dass ihrerseits schnell geschimpft, gemotzt, geschrien oder sogar tötlich agiert wird, oft schon im zweiten Lebensjahr beginnend.

Hilflose Korrekturmaßnahmen wie der Vergleich mit einem „braven“ Geschwister- oder Nachbarskind, Moralpredigten, aber auch positive Anreize erzielen in diesem Stadium keine Verhaltensänderung. Das offensichtlich ständig „hungrige“ Motivationssystem arbeitet nicht wie von der Umwelt gewünscht. Die emotionale Erregung und Abwehr nimmt

hingegen zu, der Misserfolg in der „Anpassungsleistung“ ist nicht mehr aufzuhalten.

Erfolgen daraufhin weitere erzieherische Maßnahmen, Vorwürfe, düstere Prognosen, das Kleben von Etiketten wie „nie“, „immer“, „ständig“ als Satzanfänge in der enttäuschten Gereiztheit oder auch herbe, verletzende Kritik, wird weitere Vermeidung unausweichlich. Je älter das Kind wird, reagiert es mit Tricksen, Mogeln, Lügen und zum Teil immer aggressiverem Abgrenzen – dabei richtet das Träumerchen die Aggressionen eher nach innen.

Soziale Auswirkungen

ADHS entspricht einem schwierigen Wahrnehmungsstil, den es in allen Begabungslagen von schwach- bis höchstbegabt gibt. ADHS ist in jeder Sozialisationsform anzutreffen. Eine „Multiproblemfamilie“ ist häufig aufgrund vorliegender ADHS eine Multiproblemfamilie mit Trennungen, Verlieren des Jobs, Umzügen, gegebenenfalls versuchter Selbstmedikation eines Familienmitglieds (in erster Linie mit Alkohol) etc.. Dies trifft genauso auf Familien mit einem „von“ im Namen zu wie sogar auf königliche Familien mit betroffenen Familienmitgliedern.

ADHS gibt es in jeder Geschwisterposition. Nicht selten sind mehrere oder vielmehr alle Kinder betroffen, manche klinisch, manche subklinisch, d. h. ihre Problematik tritt erst später oder unter spezieller Belastung für sie selbst und andere störend auf.

Alle Jugendlichen oder jungen Erwachsenen mit ADHS haben eine sehr schwierige „Superpubertät“ (vgl. Neuhaus 2000) oder „Superadoleszenz“ mit wachsender Unsicherheit und zunehmendem Erregen von Missfallen in allen möglichen Situationen, was sie nun selbst immer mehr hintergründig spüren. Sie können sich ganz spontan verlieben, meist in jemanden, der ähnlich strukturiert ist. Im „Gefühlsabsturz“ kommt es zum Teil schon sehr früh zum Geschlechtsverkehr, oft ungeschützt. Manchmal ist dann nicht so ganz klar, wann die letzte Regel stattgefunden hat. Erste Anzeichen einer Schwangerschaft werden oft nicht richtig registriert. Wenn eine derartige „Chaosprinzessin“ endlich wahrnimmt, dass sie schwanger ist und beim Frauenarzt zum ersten Mal die Herztöne des kleinen Neuankömmlings hört, schmilzt ihr Herz wie bei der 17-jährigen Jasmin dahin und sie möchte unbedingt ihr Baby bekommen. Dies gilt auch, wenn sie noch in der Lehre ist und überhaupt keine Ahnung und vor allen Dingen keine „Übersicht“ hat, wie sie das Kind großziehen soll.

Oft werden solche Kinder irgendwann in Pflege gegeben oder zur Adoption freigegeben. Wünschenswert wäre daher, dass entsprechend viel Fort- und Weiterbildung über ADHS für Familien stattfindet, die Kinder adoptieren oder zur Pflege aufnehmen. Es greift wirklich zu kurz und erscheint obsolet, später entstehende Schwierigkeiten in der Entwicklung von Pflege- und Adoptivkindern nur auf frühe Traumatisierungen z. B. durch Trennungserlebnisse zurückführen zu wollen.

In den vielen Studien über die auffallend hohen Raten von Pflege- und Adoptivkindern mit ADHS wird bei der ganz typischen Problematik immer wieder offenkundig, dass sich diese Kinder auch in „gesunden“ Umfeldstrukturen ihr pathogenes Umfeld regelrecht selbst schaffen.

Es bleibt zu konstatieren, dass das Problemverhalten bei ADHS grundsätzlich biologischen Ursprungs ist und somit natürlich nicht als „Lösungsansatz“ verstanden werden darf.

Vorurteile und mangelnde Kenntnisse über ADHS

Um so schmerzlicher ist es, im Internet bei „Amazon“ eine Rezension des Kinder- und Jugendpsychiaters H. Bonney über das Buch „Hyperaktive Jugendliche – Erwachsene werden mit ADS“ (von C. Neuhaus) lesen zu müssen, die vormals im Spektrum der Wissenschaft abgedruckt wurde. Dort wird u. a. ausgeführt: „ ... Das Problem hat inzwischen einen offiziellen Namen samt Nummer im amerikanischen Kriterienkatalog DSM-IV und auch im in Deutschland geltenden ICD 10 ...“ „... Eine gesicherte Erklärung gibt es bis heute nicht, wohl aber zahlreiche neurobiologische und psychologische Erklärungen ...“ „... Cordula Neuhaus will ihr Buch als ‚unersetzliche Hilfe‘ verstanden wissen für Jugendliche, die mit einem ‚geschädigten Gehirn‘ leben...“ Und dies sind nur die eher mildereren Formulierungen.

Tatsächlich sind die Folgen von ADHS strategisch-organisatorische Defizite, wie

- ein mangelndes Zeitgefühl,
- eine Beeinträchtigung aller Lern-, Speicher- und Auftragsfunktionen,
- eine mangelnde Begabungsumsetzung,
- Probleme in der sozialen Eingliederung,
- eine emotionale Entwicklungsverzögerung in einer Größenordnung von etwa 30%, vor allen Dingen hinsichtlich der Fähigkeit, die Eigenverantwortung für sich selbst übernehmen zu können. Was

bedeutet, dass ein neunjähriges Kind mit ADHS etwa so selbstverantwortlich sein kann wie ein sechsjähriges ohne ADHS - auch wenn es selbst schon ganz früh „selbstständig“ sein will.

Kennt ein Fachmann oder eine Fachfrau diese komplexe Problematik nicht und versucht z. B. bei einer Jugendlichen, die dramatisch ihre Schwierigkeiten schildert, sie sehr ernst nehmend, ohne vorherige gründliche Recherche im Umfeld unter Einbeziehung ggf. vorhandener Vorbefunde Abhilfe zu schaffen, ist das Scheitern einer Maßnahme leider sehr wahrscheinlich!

Sozialpädagogen bzw. Sozialarbeiter des Allgemeinen Sozialen Dienstes beim Jugendamt sollten sich die Frage stellen, wie ADHS und das Entstehen einer drohenden seelischen Behinderung zusammenhängen.

Bei der Einschätzung, ob der Paragraph 35a des SGB VIII greift,

- muss in kausaler Verknüpfung eine seelische Störung zugrunde liegen (d. h., dass sich ein Kind nicht so verhält, wie es derzeit im soziokulturell definierten Lebensumfeld und gemäß den alterstypischen Durchschnittserwartungen entspricht, bedingt z. B. durch Sucht, ADHS, eine Tumorerkrankung, etc.) und
- muss die Teilhabe an der Gesellschaft beeinträchtigt sein durch schwere Integrationsprobleme, die kontextabhängig sind (begabungsadäquate Beschulung vorausgesetzt).

Hierzu scheint es sinnvoll und notwendig, besonders zu berücksichtigen, was unser Schulsystem in Deutschland heute tatsächlich impliziert:

Auswirkungen in der Schule

Gefordert wird selbstständiges, eigenorganisiertes Lernen im Team am Gruppentisch mit wöchentlich wechselnder Sitzplatzordnung. Stoff soll mit möglichst viel Freude am Entdecken in Projektarbeit, Stationenarbeit, Arbeit in Lernzirkeln, Freiarbeit erarbeitet werden.

Das klingt gut, ist für Kinder mit guter Begabung und ohne Selbststeuerungsprobleme auch zu bewältigen. Leider wird aber den entwicklungsbiologisch bedingten Grundbedürfnissen der meisten Kinder nicht Rechnung getragen. Es ist laut in den Klassen, wie man schon vor ein paar Jahren maß (65 bis 85 Dezibel während des Unterrichts in der deutschen Grundschule).

Ein reizoffenes, reizfilterschwaches Kind ist bedingt durch seine andere Art, die Welt zu sehen und auf sie zu reagieren mit solchen „modernen

Unterrichtsformen“ ganz sicher überfordert. Begrenzt durch die geringen Arbeitsspeicherkapazitäten und die eingeschränkte Neubildungsfähigkeit, d. h. der Möglichkeit, nach Analyse eines Gedankens diesen unter Zuhilfenahme von Elementen gespeicherten Wissens am Thema bleibend wieder zusammenzubauen, kann es nur ganz spontan – oder gar nicht – geforderte Entscheidungen treffen. Z. B. bereitet eine Textaufgabe in Mathematik unendlich viel Mühe!.

Verglichen mit der Erwachsenenwelt stelle man sich Schulunterricht etwa so vor, dass man in einem Großraumbüro mit drei Kollegen zusammen an einem Tisch arbeitet und jede Woche den Tisch und die Kollegen wechselt. Dies bei den üblichen Arbeitsgeräuschen (einschließlich Telefon) und den Instruktionen eines Menschen irgendwo im Raum folgend, der eine Sprache spricht, die man nicht perfekt beherrscht. Um sich etwa vorstellen zu können, wie es Kindern mit ADHS mit ihrem syndromtypischen mangelhaften Dosieren können grober Kraft in der graphomotorischen Umsetzung geht, sind die Aufgaben mit Fausthandschuhen an den Händen schriftlich zu bewältigen

Entsprechend wird unser heutiges Umfeld für Kinder mit ADHS ein Platz, an dem sie immer früher und zunehmend lernen, für sie Unangenehmes zu vermeiden, syndromtypisch Schwieriges bis zum letzten Moment aufzuschieben. Dies kennt auch der Erwachsene mit ADHS, zumal er weiß, dass sein Gehirn erst im letzten Moment unter Torschlußpanik „anspringt“!

Die Folgen missverstandener Verhaltensauffälligkeiten bei ADHS

Es ist dringend zu akzeptieren, dass ADHS eine genetisch bedingte Konstitution ist, und eine ganz spezielle Neurodynamik mit sich bringt, die zu einer speziellen Regulierungsdynamik in Form einer Dysregulation vieler autonomer Selbststeuerungsfunktionen führt. So hat ein solches Kind z. B. schon im Baby- und Kleinstkindalter Schwierigkeiten, einen stabilen, zufriedenen Wachzustand herstellen zu können, hat eine andere Thermoregulation, eine andere Schlaf-Wach-Rhythmisierung, kann z. B. Nähe auch nur zulassen, wenn es darauf eingestellt ist.

Daraus resultiert natürlich eine ganz spezielle Psychodynamik, die oft schon früh im Leben zu einem beobachtbaren „Mismatch des Affect Atunements“ führt, wie die Psychoanalytiker richtig feststellen (d.h. die Passung der emotionalen Bedürfnisse des Kindes mit den Hauptbezugspersonen stimmt nicht so ganz). Ebenso entsteht früher oder später ein Problem in der kognitiven Funktionsdynamik in Form von Lernschwierigkeiten bei zunehmend problematischer Methodik und

Didaktik in der Schule, wo nach „Pisa“ leider eher noch weniger entwicklungspsychologische Aspekte berücksichtigt werden als davor! Und über die Abwärtsspirale, wie dargelegt, entsteht dann eine Entwicklungsdynamik des Störungsbilds in der „klassischen Endstrecke“ (vgl. Neuhaus 1996).

Nur zu leicht kann sich dissoziales, kriminelles Verhalten entwickeln. Lerntheoretisch entsteht es im differentiellen Kontakt mit der Umwelt, wenn sich solche unsichere Jugendliche in der Abwärtsspirale „exotische“ oder „falsche“ Freunde suchen. Durch den persistierenden Egozentrismus (d. h. der Perspektivewechsel reifte nicht so heran), dem Zeitfenster im Hier und Jetzt und immer extremer Emotion nehmen sie sich eben, was sie nicht bekommen. Die Langzeitfolgen werden nicht abgeschätzt, sind für solche Jugendliche einfach nicht „kalkulierbar“.

Natürlich greift das Modell des „Sozialen Lernens“ bei ADHS besonders: Alles was neu, spannend und interessant ist, wird gelernt, natürlich auch Risikoreiches.

Auch die Theorie der „Misslungenen Konditionierung“ nach Eysenck passt, ebenso die Sozialisationstheorie, wenn Probleme der Erwachsenen eben auch Probleme der Kinder werden.

In der „Anomietheorie“ wird in der Kriminalforschung postuliert, dass gemeinsame Ziele der Gesellschaft, wie ein Job, Luxus, etc. über unterschiedliche Wege erreicht werden – eben auch über den devianten Weg. Ein Bedürfnis entsteht bei ADHS spontan, das Geld ist meistens sofort ausgegeben, mit irgend etwa *muss man* sich mal belohnen, mit irgend etwas *muss man* auch brillieren

Schnell drückt die Gesellschaft jemand, der sich nicht „benimmt“, wie er das soll, im Definitions- und Zuschreibungsprozess ein Etikett auf, auch dann, wenn er eine kriminelle Handlung nicht selbst verursacht. Wenn zwei klauen, wird durch die leichte „Ungeschicklichkeit“ ganz sicher immer dieses Kind/dieser Jugendliche mit ADHS erwischt - und dann haben es alle schon immer gewusst! ADHS ist ein Stigma, leider.

Heutzutage diskutiert man in der Kriminalforschung die Mehrfaktoretheorie aus Faktoren der persönlichen Anlage, der Umwelteinflüsse, der familiären Bedingungen, inklusive der Zuschreibungsprozesse. Diese Theorie ist auf die kriminelle Entgleisung von ADHS-Betroffenen gut übertragbar. Die „Superpubertät“ als persönliche Anlage, die fehlende Selbstüberwachungs- und Reflexionsfähigkeit, die Desorganisiertheit, die mangelnde emotionale Selbstregulation sind das Basisproblem. Niemand ist durch das Umfeld so

sehr beeinflussbar wie jemand mit ADHS, speziell, wenn in der Familie und/oder im Schulumfeld Unstimmigkeiten heftigster Natur bestehen, wie das typischerweise passiert, wenn ein Jugendlicher in eine sehr schwierige Entwicklungsphase gerutscht ist. Zuschreibungsprozesse finden ohnehin oft schon früh statt.

Misserfolg und ein ständig „hungriges“ Motivationssystem bei ADHS beinhaltet aber auch eine akute Suchtgefahr in der Pubertät. Alles was ein Mensch als „schön“ betrachtet, löst bekanntermaßen einen „Dopamin-Stoß“ aus – Musik, Umarmung, Küsse, Schokolade, Alkohol, Haschisch, Nikotin, Kokain.

Suchtneigung entsteht, wenn durch Drogen in einer nicht bewältigbar erscheinende Stress-Situation der Stress gemindert, die Konzentration gefördert, und vor allem die Situation positiv emotional erlebt wird. Dies wird dann recht rasch „gelernt“, bis hin zum Entstehen eines „Suchtgedächtnisses“, wodurch manche Situationen sofort das Verlangen nach „Stoff“ auslösen. Wie katastrophal sich z. B. THC (in Cannabis) auf lange Sicht auf das Gedächtnis auswirkt, ist dann völlig egal, denn nach einem Joint ist man im Unterricht ja so schön normal cool

Immer deutlicher wird, dass die Früherkennung von ADHS eigentlich ein Gebot der Stunde sein müsste. Vielleicht wird nun nachvollziehbar, wie problematisch ‚traditionelle‘ sog. Differentialdiagnosen sind, wie z. B.: „Die Mutter ist ja alleinerziehend!“ oder „Es ist eine Multiproblemfamilie, da kann es ja nicht anders sein!“ oder „Es besteht eine emotionale Störung des Kindesalters!“ – mit irgendwelchen ‚klassischen‘ Hypothesen über Beziehungsstrukturen bzw. nicht vorhandene oder unsichere Bindungen.

Sinnvollerweise sollten keine Bagatellisierungen einsetzen im Sinn von „Richtige Jungs sind eben wild!“ oder „Das legt sich schon, lassen Sie den mal in die Schule kommen!“. In einer Leistungs- und Spaßgesellschaft wie der unsrigen lebt es sich mit ADHS als Kind und Jugendlicher zunehmend schlecht.

Ein „unmöglicher, schwer verhaltensgestörter Jugendlicher“ schreibt seinen Lehrern einen Brief, nachdem ihm mitgeteilt worden war, dass die neue Schule seine letzte Chance sei, um die Schule mit einem Abschluss verlassen zu können. Es dürfe aber ab sofort und ganz sicher überhaupt nichts mehr passieren!

„Sehr geehrte Lehrerschaft,

ich möchte mich entschuldigen, weil ich mich in der letzten Zeit so verhalten habe, wie es nicht hätte tun sollen. Ich weiß, dass ich mich schwer unter Kontrolle halten kann. Ich werde auch versuchen, mich

...

nicht von den anderen ablenken zu lassen oder mit ihnen Unsinn zu machen. Ich werde auch versuchen zu unterlassen, die Schwächeren in der Klasse oder allgemein zu ärgern und einen besseren Umgang mit ihnen zu haben. Ein Problem ist auch, dass ich oft diskutieren will und oft auch unüberlegt oder in einem falschen Ton. Aber das abzustellen ist sehr schwierig für mich, denn ich bin schon immer so, und mich zu ändern ist zwar das Ziel, aber das ist sehr schwer zu erreichen. Ich hoffe trotzdem, dass die Lehrer kein schlechtes Bild von mir haben als Mensch und ich hoffe, dass ich mein 6. Jahr noch anfangen und beenden kann hier auf der Schule. Und dass ich als ruhiger und guter Schüler von der Schule gehe mit guten Erinnerungen.“

(K., 15 Jahre alt)

Unmöglich? Schwer auffällig? Er ist vor allen Dingen depressiv und verzweifelt – über sich selbst! Die Frage nach der „Schuld“ an der problematischen Entwicklung eines Kindes/Jugendlichen erweist sich als schlicht irrelevante Frage und ist einfach auch kein gutes Argument in irgendeinem Beratungs- oder Hilfskontext.

Die derzeit zum Teil noch heftige kontroverse Diskussion um ADHS mit/ohne Comorbiditäten führt ganz sicher zu dem von den „Gegnern“ unerwünschtem Nebeneffekt einer zunehmenden Wahrnehmung der Tatsache, dass es ADHS gibt.

Forderung nach Früherkennung und rechtzeitigen, zielführenden Maßnahmen

Es ist nun zu fragen, ob man nicht tatsächlich sehr viel genauer in den Vorsorgeuntersuchungen schon die kleinen Kinder beobachten müsste, sowie beim Erwachsenen diese Diagnose früher in Erwägung ziehen sollte, um z. B. in Schreiambulanzen zielführend auch dem selbst betroffenen Elternteil schnell richtige Hilfe und Unterstützung geben zu können!. Genauso wäre zu überlegen, inwieweit nicht zuletzt auch aus Kostengründen präventives Aufklären und Elterntaining sinnvoll ist!.

Leider wird immer noch viel zu häufig gelächelt und eine von besorgten und dank dem Internet vorinformierten Eltern geäußerten Verdachtsdiagnose ignoriert. Diese müssen sich Bagatellisierungen, Beschwichtigungen und bisweilen auch heftige Diffamierungen erfahrener Ärzte und Therapeuten anhören. Vielerorts erfolgen noch „weichzeichnende“ Diagnosestellungen unter strikter Vermeidung „psychiatrischer“ Diagnosen oder das Postulat „Wir wollen helfen ohne

Diagnose, um unvoreingenommen helfen zu können!“ Was auch immer diese völlig diffuse Äußerung bedeuten soll.

Eine effektive Hilfestellung nach vorheriger, wirklich umfassender Diagnose/Differentialdiagnostik auf allen sechs Achsen des multiaxialen Klassifikationssystems psychischer Störungen erfolgt sinnvollerweise in Form freundlicher Aufklärung und Erklärung der Eltern (dem Kind ab sieben Jahren aufwärts) sowie dem professionellen Erzieherumfeld ohne jeglichen Anflug von Schuldzuweisung.

Es muss klar sein, dass ADHS nicht Dummheit, ein charakterlicher Defekt, Bösartigkeit oder eine geistige Retardierung ist. ADHS darf allerdings auch nicht als Entschuldigung missbraucht werden, es ist lediglich eine Erklärung, d. h. der Jugendliche kann sich genauso wenig hinter der Diagnose „verstecken“, wie auch die Eltern!

Es wäre wünschenswert ist, wenn der Diagnostiker der Kinderstörung immer auch die Störungsform des Erwachsenen kennen würde und umgekehrt. Barkley postulierte 2002: „Wenn man einen selbst betroffenen Elternteil nicht therapiert, nützt das Elterntaining wenig.“ - und das bezieht sich ab und an auch auf die medikamentöse Therapie.

Unabdingbar notwendig ist eine Akzeptanz der „Durchgängigkeit“ des Störungsbilds, sachkundige Führung erweist sich als wichtigste Therapiemaßnahme.

In der systemischen Familientherapie wird derzeit häufig postuliert, dass man günstige Bedingungen schaffen müsse für das Zustandekommen selbstorganisierter Veränderung in komplexen psycho-sozio-biologischen Systemen – sinnvollerweise ohne Diagnose. Ansonsten gebe es z. B. bei einer ADHS-Konstellation „nur noch die Fixierung der Familie auf Methylphenidat mit dem Verlieren jeglichen Interesses an pädagogischen und psychotherapeutischen Maßnahmen“. Dies wurde z. B. vom Vertreter der Erziehungsberatungsstellen in der zweiten Konsensus-Konferenz am Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung am 28./29.10.2002 als Sorge geäußert.

Spitzcok von Brisinski postulierte 2001 erfreulicherweise in Pionierarbeit ein kontextorientiertes Vorgehen in der Schulberatung bei HKS/ADHS, lösungsorientiertes Vorgehen nach dem Motto „Was braucht das Kind?“ statt „Ursachenforschung zum Verständnis des Störungsbilds“, empfiehlt aber, den Eltern nicht etwas vorzugeben, sondern mit ihnen „auszuloten“, was sie brauchen, um ihnen dann verschiedene Rezepte anzubieten, aus denen die Eltern „auswählen“ können. Das ist auf den ersten Blick einleuchtend und erscheint dem Störungsbild angemessen.

Das Dumme ist nur, dass leider Eltern mit einer ADHS-Struktur oft ihre eigenen Schwierigkeiten haben mit der reifen, reflektierten Entscheidung und der entsprechenden Abwägung von Möglichkeiten.

Daher muss der erfahrene Therapeut/Berater durchaus phasenweise den Mut zu klaren Vorgaben haben, natürlich mit kritischer Selbstreflexion seines Tuns!

Die drei Säulen des multimodalen, ressourcenorientierten Behandlungsansatzes

Der multimodale, ressourcenorientierte Behandlungsansatz steht im Wesentlichen auf drei Säulen:

Der medizinischen mit der Möglichkeit der sorgfältig überwachten und titrierten Medikation,

der psychologischen, die Erklärung und Aufklärung dem Kind und den Eltern gegenüber vorhält, einschließlich der Möglichkeit, eine Elternschulung im Sinne eines Elterntrainings vornehmen zu können, um z. B. die eisernen Regeln des Verhaltensmanagements zu etablieren, gezielte Hilfen für den selbst betroffenen Elternteil zu geben, Unterstützung auch bei eventuell nötigen Einstellungsveränderungen.

Ein „Skilltraining“, d. h. ein übendes Verfahren mit Konzentrationsübungen, Selbstinstruktionstechniken, etc. muss je nach Diagnosestellung individuell aus störungsspezifischen Therapiebausteinen zusammengestellt werden. Es gibt ganz sicher nicht *die* Therapie bei ADHS, wie sich das in der täglichen Praxis deutlichst immer mehr abzeichnet und von vielen Kollegen beklagt wird, die sich nur zu gern spezifischer Manuale, die es bereits gibt, bedienen und merken, dass sie nicht annähernd so erfolgreich sind, wie dies bisweilen auch wissenschaftlich dargestellt wird.

Es gibt nicht „das ADHS“, sondern unterschiedliche Subtypen mit unterschiedlichen Kombinationen, z. B. mit emotionalen Störungen, mit aggressivem oder trotzigem Verhalten, mit zusätzlichen neurologischen Problemen wie einer Tic-Störung etc., aber auch mit Teilleistungsstörungen, die zu Teilleistungsschwächen führen. Entsprechend müssen die „Bausteine“ ganz individuell aufeinander abgestimmt und kombiniert werden.

Viele Kinder profitieren weit weniger von einer Einzelbehandlung als vielmehr von einer Gruppenbehandlung. Viele profitieren daneben vorübergehend sehr von ergotherapeutischen, krankengymnastischen oder logopädischen Maßnahmen, der Psychomotorik, jedoch nur hinsichtlich

ganz spezifischer Aspekte und niemals als alleinige Behandlungsmaßnahme und sicherlich - wie auch z. B. in einer heilpädagogischen Entwicklungstherapie - unter verhaltenstherapeutischen Prämissen mit regelmäßiger qualitätssichernder Kontrolldiagnostik!

Keine Behandlung bei ADHS geht schnell – eine lösungsorientierte Kurzzeittherapie greift erfahrungsgemäß nicht, wie dies die betroffenen Familien auch deutlichst schildern können.

Therapiebegleitend müssen zwingend ausreichend unterstützende Beratungen stattfinden mit den Eltern, gegebenenfalls den Großeltern oder den Horterziehern und natürlich auch der Schule (in der Hoffnung, dass dies dann auch bezahlt würde). Die in einer Maßnahme genehmigte Stundenzahl für die Bezugspersonen möglichst niedrig zu halten, ist ebenso kontraproduktiv wie die Vorgabe, einmal im Monat müsse eine Beratung stattfinden. Dem Störungsbild angemessen ist vielmehr, bei Krisen sofort und nachhaltig eingreifen zu können/dürfen, ggf. auch mehrfach in einer Woche! Ein Desideratum (Wunschgedanke) wäre eine niederfrequente Nachbetreuung.

Als dritte „Säule“ ist die Akzeptanz und Toleranz bei ADHS in der Schule / im Kindergarten / im Hort das Allerwichtigste. Auch hier greifen natürlich die Regeln des Verhaltensmanagements. Je klarer die Regeln und Strukturen sind - desto besser; und je höher die Bereitschaft ist, mit dem Psychotherapeuten, dem Lerntherapeuten, dem Arzt zusammenzuarbeiten - um so größer sind die Chancen für eine Deeskalation, die Anbahnung erwünschten Verhaltens und des Lernerfolgs.

Die Qualität von Therapieangeboten

Ziel aller Bemühungen muss die Verbesserung der situationsangepassten Selbstdarstellung und der Umsetzungsleistungen sein, der Kompetenz der Eltern im Umgang mit ihrem Kind und der Kompetenz der Kinder oder Jugendlichen im Umgang mit sich selbst. „Heilung“ gibt es nicht. Wer dies verspricht, kennt entweder das Störungsbild nicht, oder will Hilflosigkeit und Unwissenheit gezielt „vermarkten“. So sollte auch bei scheinbar kompetenten Anbietern Vorsicht geboten sein, wenn sie behaupten, einem Kind und seiner Familie mit einem bestimmten Stundenkontingent sicher ausreichend helfen zu können.

Bei der mangelhaft flächendeckenden Versorgung mit Angeboten für betroffene Familien mit Kindern und Jugendlichen mit ADHS firmieren immer wieder Anbieter damit, vom Jugendamt „zugelassen“ worden zu sein – nicht klar ist, wie eine solche „Zulassung“ definiert wird.

Die Erfahrung lehrt, dass in Abhängigkeit der Schwere und Komplexität des Störungsbilds einerseits und der heftigen Reaktion der Kinder auf jede Umfeldveränderung (z. B. Lehrerwechsel), die Behandlung ab und an durchaus langwierig sein kann und sinnvoll ist, mit stabilen Effekten. Hierzu wären dringlich entsprechende Studien erforderlich.

Auch bei einer Eingliederungshilfemaßnahme über das KJHG ist vor allen Dingen die Beratung/Behandlung der Eltern und des erzieherischen Umfelds wesentlich. Dies sollte erfolgen unter der speziellen Berücksichtigung des funktionellen Verstehens der Symptomatik von ADHS in Form einer abweichenden Funktionssteuerung, d. h. Erziehen gelingt nur über Verstehen und damit auch gleichzeitig gelingender Beziehungsgestaltung.

ADHS-typisches Verhalten verstehen und akzeptieren

So folgt ein Kind mit ADHS der Spontanidee seines Gehirns. Es ist nicht wie ein Kind, das nicht betroffen ist in der Lage, nach der ersten Spontanassoziation den Handlungs- oder Sprechimpuls zurückzuhalten und zunächst in den Realitäts- und Alltagsabgleich zu gehen. So fällt einem Kind mit ADHS immer irgend etwas ein, ohne abschätzen zu können, was danach passieren wird. Bei dem syndromtypisch oberflächlich abtastend überhüpfenden Wahrnehmungsstil schaut es nicht richtig hin, hört nicht richtig zu und nimmt nur auf, was subjektiv aus seiner Sicht neu, interessant und spannend ist. Dies führt zu Fehlern, zum Teil zu kurios anmutenden „Überheblichkeiten“:

Andi, 6 Jahre, hat immer recht und kennt immer schon alles. Er hat auch schon alles erlebt. Seine 13-jährige Schwester kommt bleich mit Bauchweh die Treppe herunter. Auf die Frage der Mutter, was los sei, meint sie, dass sie ihre Tage habe. Andi, folgend der Spontanidee seines Gehirns, äußert: „Kenn‘ ich, hab‘ ich auch schon gehabt!“

Ein Kind mit ADHS braucht etwas, nimmt den Gegenstand in die Hand und wenn es ihn nicht mehr braucht, lässt es ihn an dem Platz stehen oder liegen, an dem es sich gerade befindet. Die Zimmer werden schnell chaotisch, unordentlich, die Kinder und Jugendlichen verstreuen ihr Hab und Gut in der ganzen Wohnung – Aufräumen ist aber sehr mühsam und entsprechend erfolgt sofort irgendeine Ausrede. Genauso spontan und impulsiv können Kinder mit ADHS aber auch sehr charmant versuchen, einen um den Finger zu wickeln Die „Endzustände“ ihres Handelns und Sprechens sind allerdings immer extrem, da eben kein Austausch mit dem „inneren Lexikon“ stattfindet, keine „automatische innere Uhr“ mitläuft. Es

bringt wenig, Kindern mit ADHS z. B. einen Belohnungsanreiz nach einigen Tagen oder Wochen in Aussicht zu stellen, damit sie sich intensiv anstrengen, da sie hintergründig schon ahnen, dass es ihnen gar nicht gelingt, diesen Belohnungsanreiz zu ergattern, sie immer wieder „in etwas hineinrutschen“.

Die Frustrationstoleranz ist gering, viel geringer als bei einem Kind, das nicht betroffen ist. Es ist kritisch zu überprüfen, inwieweit Selbstinstruktionstrainings, die einfach nur einmal in 25 Stunden beigebracht worden sind, auch angewendet werden. Zwar weiß ein solches Kind theoretisch sehr gut, wie es vorgehen soll, wenn aber etwas subjektiv schwierig oder komplex erscheint, wird häufig eben nicht entsprechend gehandelt, vorzeitig beendet, etc. Bei Kindern mit ADHS nimmt die Aufmerksamkeitsaktivierung bekanntermaßen ganz schnell wieder ab, wenn etwas nicht ausreichend neu, spannend und interessant ist.

Sie schalten ab bei unangenehm Erlebtem und Lärm, bei unbekannter Dialektfärbung oder negativer Klangfärbung der Sprecherstimme bis hin zur völligen „Blockade“, in der sie recht bockig wirken können. Sie schalten ab, wenn zuviel und immer andersartig erklärt wird, wenn Sätze anfangen mit „Du musst ...“, „Du müsstest ...“, „Du sollst ...“, „Du solltest ...“ oder „Nicht tust Du ...“, „Ständig machst Du ...“, „Immer bist Du ...“. Ein Kind/Jugendlicher/Erwachsener mit ADHS kann niemandem folgen, der eine monotone Sprecherstimme hat oder zu komplex formuliert.

Es gilt vor allen Dingen auch in der Schule darzulegen, was es bedeutet, wenn einem die Aufmerksamkeit und die Aktivierung einfach wegsackt, man wegträumt und dann plötzlich aufgerufen wird, schnell abrufen soll – und einfach nichts weiß und, wenn der Lehrer darauf besteht, nach langer Zeit irgend etwas völlig Naives sagt, was Anlass zu Gelächter oder Irritation ist.

Das große Problem des Schulkindes mit ADHS ist das Wegdriften, der Spontanabruf auf eine unerwartete Fragestellung hin und, in dem etwas anderen Betriebssystem des Gehirns, vor allen Dingen der Übergang von einer Situation in die nächste.

Kinder, die nicht betroffen sind, können endlich viel in ihrer Umgebung mitbekommen und ihre Aufmerksamkeit, ihre Stimmung, ihre Aktivierung wie beim Zoom einer Kamera automatisch einregulieren bis zu einem Niveau, an dem sie noch erreichbar sind für eine Korrektur oder ein Stoppsignal.

Kinder und Jugendliche mit ADHS bekommen implizit (d. h. so nebenher) unendlich viel mit (in Abhängigkeit vom Motivationsgrad) oder gehen in

ihrem digital anmutenden Reaktionsmuster sofort in den „Hyperfokus“ und erscheinen überkonzentriert oder überfixiert.

Will z. B. ein Kind in der 3. Klasse nun wirklich das tun, was die Lehrerin sagt und sein Matheheft aus dem Ranzen holen, hat es vor seinem geistigen Auge ein rotes, großes Rechteck mit einem weißem Etikett darauf, blickt von oben in den Ranzen oder Rucksack und sieht nur lauter dünne, farbige Rändchen mit weißen Strichen darin – Hefte und Bücher von oben. Hyperfokussiert, findet es das Matheheft nicht. Dies kann die Lehrerin entweder auf die Palme bringen – oder aber sie kann verstehen, um was es geht und das Kind bitten, den Ranzen umzustülpen, wobei das Matheheft herausgleitet. Sofortiger Motivationszuwachs wird bei dem Kind die Folge für diese Lehrerin sein, die es „gerettet“ hat.

Die Vergesslichkeit und das Verlieren von Gegenständen, der mangelnde Spontanabruf vermittelt auch noch Jugendlichen und jungen Erwachsenen das Gefühl, dass ihr Gehirn „wie ein poröser Stein“ sei, einen Wackelkontakt habe. Zu akzeptieren ist in der Schule, dass Kinder und Jugendliche mit ADHS, vor allen Dingen die Jungen, nicht schön, schnell und fehlerfrei schreiben. Sie können nur schön und sauber schreiben, wenn sie langsam schreiben, ansonsten wird die Schrift schnell unleserlich, je mehr und je schneller sie schreiben müssen (infolge des mangelhaften dosieren Könnens grober Kraft in der graphomotorischen Umsetzungsverflüssigung). Dadurch und durch die „schlechte Heftführung“ mit Auslassung einer halben Seite oder Anbringen von Verzierungen, durch die unendlich vielen Schusseligkeitsfehler werden Lehrer oft regelrecht „allergisiert“, um dann ihrerseits oft unbewusst ungerecht zu bewerten - mit sofortigem Motivationsverlust des Schülers in Folge Erklärung und Aufklärung tut hier not.

Im Mediatorentraining/in der Beratung ist es notwendig, auch speziell auf die Ressourcen eines Kindes und Jugendlichen mit ADHS hinzuweisen, die da sind:

- blitzschnelle Reaktionsfähigkeit, wenn es wirklich darauf ankommt,
- spontane, empathische Hilfsbereitschaft,
- interessierte Offenheit,
- extremer Gerechtigkeitssinn,
- die Fähigkeit, nicht nachtragend zu sein, wenn man sich nach einer Eskalation entschuldigt hat,

um diese anzuerkennen und natürlich auch erzieherisch zu nutzen.

Es bleibt aber zu berücksichtigen, dass Kinder und Jugendliche mit ADHS sofort erkennen, ob ihnen jemand gewachsen ist, und ob sie jemand mag.

In Abhängigkeit von der Personenvariable kann eine derzeit stabil eingeschätzte Situation bei einem Kind oder Jugendlichen mit ADHS bei einem Lehrerwechsel wieder völlig kippen (s. o.).

Dadurch, aber auch durch das Nichtauskommen mit Gleichaltrigen, das man einfach akzeptieren muss (erfreulicherweise gibt es einige wenige Ausnahmen), durch die Unfallhäufigkeit (Kinder und Jugendliche mit ADHS sind im Straßenverkehr etwa neunmal häufiger in Unfälle verwickelt als nichtbetroffene Kinder), muss man sich ständig auf eine neue Situation einstellen gemäß dem Motto:

„Aus dem Chaos sprach eine Stimme zu mir: „Lächle und sei froh, es könnte schlimmer kommen. – Und ich lächelte und ich war froh und es kam schlimmer!“

Mit Kindern und Jugendlichen mit ADHS fällt man in der Familie immer auf – oft auch in einer Schulklasse. „Ist der Ruf erst ruiniert, lebt sich's völlig ungeniert ...“. Dabei zeigt es sich als notwendig, dass jedes Kind und jeder Jugendliche in jedem Lebensabschnitt wenigstens einen Menschen braucht, der ihn mag, und der ihn unterstützt – auch wenn dies die Eltern nicht mehr sein können. Ein Lehrer, ein Therapeut, ein Einzelfallhelfer kann diesen Part übernehmen – wenn er ADHS akzeptiert.

Unentbehrliches Elterntaining

Nicht nachvollziehbar ist, dass bis heute von einigen Jugendämtern in der Bundesrepublik die Kostenübernahme eines Elterntainings bei einer Genehmigung im Rahmen des § 35a KJHG abgelehnt wird, zumal sich eine profunde Elternschulung mit Aufklärung, der Hilfe zur Einstellungsveränderung, der Unterstützung für den selbstbetroffenen Elternteil, vor allen Dingen z. B. auch hinsichtlich des eigenen Selbstmanagements im Umgang mit der Zeit, der Selbsterfahrung mit negativer Kommunikation über Rollenspiele etc., als elementar erweist.

Viel zu frühes Einfordern von Selbstständigkeit oder ein Lernenlassen aus natürlichen Konsequenzen bringt nichts. Das Erarbeiten von Strategien zur Umsetzung eines konsequenten Erziehverhaltens in Form von liebevoller Sturheit, mit viel kurzer, knapper, freundlicher, aber direkter Rückmeldung und kontinuierlichem Einüben von Regeln, dem Setzen von klaren Grenzen und Strukturen sowie Kontrolle von Eingefordertem, ist für das Kind und den Jugendlichen mit ADHS unabdingbar notwendig. Ein solches Elterntaining ist besonders effektiv, wenn mehrere Elternpaare in einem Gruppentaining sind und der Trainer sehr erfahren ist, ein bisschen Sinn

für Humor hat, vor allem wertschätzend von den Kindern spricht und auch so mit den Eltern umgeht.

Er muss wissen, dass die Beziehung in einer Familie mit ADHS um so besser gelingt, je besser auch der selbst betroffene Elternteil über seinen eigenen Wahrnehmungsstil und den des Kindes weiß.

Er muss aber auch wissen, dass der selbst betroffene Elternteil in der Kommunikation zu Strategien neigt, die er selbst als Kind gehasst hat, z. B. Monologe halten im schulmeisterlichen Ton, mit Unterbrechung der Rede des Gegenübers, mit dem Kleben von Etiketten, dem Herumkritisieren an Kleinigkeiten. Auch der Erwachsene mit ADHS kommt in der Unterhaltung von einem Thema zum nächsten, möchte selbst immer das letzte Wort haben, hält impulsiv dagegen. Er geht schnell in den gekränkten Rückzug, entschuldigt sich ständig oder nie, meint es dabei grundsätzlich in aller Regel gut.

Ein erfahrener Trainer weiß, dass weniger mehr ist, die Tonlage stimmen muss. Wie Julia mit 6 Jahren von ihrer Mama fordert: „Mama, bitte gib‘ mir Befehle mit Bass-Stimme“. Er weiß, dass nur ausreichend deutliche Reize Hinweisreize sind, dass ein Eingehen auf Verweigern oder Abwehr nichts nützt, dass es überhaupt nichts bringt, Gefühle zu spiegeln, da sonst die Gefühle in Gefühlsabstürze ausarten. Er weiß, dass es keinen Sinn hat, eine Situation aus allen Seiten zu beleuchten, sondern nur eine genaue Vorlaufanalyse einer Eskalation zu betreiben ist, sachlich und kurz. Er weiß, dass nur mit einem Thema umgegangen werden darf im Hier und Jetzt. Er weiß auch, dass alte Geschichten nicht wieder aufgewärmt werden dürfen, dass man bei allem, was in der Familie passiert, immer grundsätzlich potentielle Probleme und Widerstände in Betracht ziehen muss, eine Verhaltens- und Lernerwartung von vornherein freundlich, fest und klar festgesetzt werden muss. Regeln sind zu bestimmen und festzulegen, dann nicht mehr zu diskutieren. Und sie müssen nach vorheriger Ankündigung unaufgeregt eingefordert werden.

Ein erfahrener Trainer weiß, dass eine Auszeit zur Herunterregulierung der hochgeschossenen Emotion sinnvoll sein kann – aber ganz sicher kein Liebesentzug über Stunden oder gar Tage. Er weiß, dass die Anstrengungsbereitschaft verstärkt werden muss und nicht nur das Handlungsergebnis. Er weiß, dass Blickkontakt jederzeit sinnvoll und richtig ist, nicht aber in der Eskalation, da sich sonst ein Kind oder ein Jugendliche mit ADHS regelrecht „aufhängt“. Er weiß auch, dass Kinder mit ADHS viel Belohnung, positive Verstärkung, kurze Rückmeldung brauchen, Wiederholung von Instruktionen im gleichen Wortlaut und bei Rückfragen eine Reaktion ebenfalls mit Rückfrage, wenn sie „sinnlos“ erscheint. Er

weiß, dass schnell eingegriffen werden muss, wenn es nötig ist, unaufgeregt, aber äußerst klar, wie man dies z. B. in der Selbstverteidigung oder in der Hundeschule lernt. Er weiß, dass nach einem Eklat kein unmittelbares verbales Aufarbeiten stattfinden darf, in einem grundsätzlichen Gespräch immer erst etwas Positives genannt werden muss.

Die Wirkweise von Methylphenidat

Er weiß aber auch, dass es Kinder, Jugendliche und Erwachsene gibt, die ohne medikamentöse Therapie nicht auskommen.

Er kann die Wirksamkeit bei Medikation genau erklären. So stimulieren die Stimulantienpräparate (mit Methylphenidat als der Substanz der ersten Wahl) die Hemmung. Methylphenidat wirkt auf die Freisetzung von Noradrenalin und Dopamin als den dysregulierten Neurotransmittern bei ADHS durch die Hemmung der Wiederaufnahme der Substanzen aus dem synaptischen Spalt durch Belegung der Rückholkanälchen.

Der Stoffwechsel vor allen Dingen im Stirnhirn verbessert sich, wie dies z. B. in Dänemark bei Erwachsenen mit ADHS schon in den 80er Jahren mit bildgebenden Verfahren z. B. hinsichtlich der Durchblutung belegt werden konnte.

Unter der Medikation wird die Stimmung stabiler, Kinder und Jugendliche scheinen erreichbar, die Frustrationstoleranz wird größer und somit das Herangehen an subjektiv schwierig und langweilig erscheinende Aufgaben besser. Das Wegdriften und Träumen nimmt ab, die Beobachtungs- und Umsetzungsgenauigkeit zu und das Befolgen von Regeln erscheint leichter. Eine impulsive Reaktion auf irrelevante Reize reduziert sich ebenso wie die Unruhe. Dadurch kommt es häufig zunächst zu verbesserter Leistung in der Anpassung, aber auch im Lernbereich.

Allerdings bewirkt die Medikation auch, dass das Kind seine eigenen Misserfolge mit der „chemischen Brille“ deutlicher wahrnimmt, sich somit bisweilen krass seiner Außenseiterposition bewusst wird, auch besser registriert, dass man mit ihm anders spricht als mit anderen, irgendwie „schimpfiger“. Und es merkt auch, dass es sich mehr anstrengen muss, um das hinzubekommen, was es möchte. Zusätzliche Handicaps werden ebenfalls deutlicher. In aller Regel macht nicht das Medikament „weinerlich“, sondern das Erkennen durch das „schärfer Sehen“ unter Methylphenidat.

Das Medikament ist keine „Liebseinspille“, keine moderne „Leistungspille“, ganz sicher auch kein „Motivationsanheber“ oder „Intelligenzverbesserungspräparat“.

Die Medikation ersetzt nicht die Anleitung zum systematischen Vorgehen, die Notwendigkeit des Einübens von Regeln und Routinen, den Erwerb der Selbstinstruktion und einen freundlich-gelassen, direktiven und einschätzbaren Erziehungsstil sowie die Akzeptanz der Tatsache, dass Kinder, Jugendliche und Erwachsene Schwierigkeiten haben mit Übergängen.

Erfreulicherweise hat Methylphenidat vergleichsweise geringe Nebenwirkungen, wie vor allen Dingen die Appetitminderung – eine Nebenwirkung, die der Erwachsene oft gerne hätte, aber nicht mehr hat. Je gleichmäßiger und sorgfältiger titriert die Medikation verabreicht wird, desto geringer sind in der Regel die Nebenwirkungen.

Behandelt werden sollte aber nur nach sorgfältigster Diagnose und nur, wenn eine gute und profunde Aufklärung erfolgt ist, vor allen Dingen auch dem Kind/Jugendlichen gegenüber, was häufig vernachlässigt wird!. Speziell bei intelligenten Jugendlichen führt mangelhafte Aufklärung gerade angesichts der Pressehetze der letzten Jahre oft zu unerwartet heftigen Widerständen.

Es kann medikamentöse Therapie niemals geben, wenn die Indikationsstellung nicht ausschließlich durch die Diagnose und den Leidensdruck gegeben ist, sondern z. B. durch einen Lehrer oder Erzieher gefordert wird. Man kann nur hoffen, dass die medikamentöse Therapie jedoch einsetzen kann, bevor Sekundärstörungen aufgetreten oder Comorbiditäten eskaliert sind.

Nur in schweren Fällen oder nach langen Odysseen erfolgt die Medikation sofort bei einer neuerlichen Diagnosestellung, sonst nie „automatisch“. Entgegen früheren Annahmen, dass die meisten Ärzte, die Kinder/Jugendliche mit ADHS behandeln, sofort den Rezeptblock zücken, berichtet das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung von einer Arbeitsgruppe, dass etwa ein Viertel der Kinder, die diagnostiziert werden, sofort Medikation bekommen!

Die Dosierung muss immer einschleichend erfolgen, mit ausreichend Geduld zur richtigen Titration, d. h. es kann zum Teil länger dauern, bis man über Beobachtung herausgefunden hat, welche individuellen Wege der Medikation das Kind benötigt, und wie oft am Tag.

Leider gibt es gerade in Erziehungsberatungsstellen noch bei vielen psychologischen Kollegen alle möglichen Vorbehalte gegen die

medikamentöse Therapie aus grundsätzlichen und auch theoretischen Überlegungen heraus, manchmal auch wohl ideologiegeleiteten Fehlinformationen aufsitzen.

Wenn die zwölfjährige Freundin eines gleichaltrigen Mädchens diese in der Freizeit ohne Tablette als meist besserwisserisch erlebt, als ein Mädchen, das keinen Spaß versteht, sich etwas in den Kopf setzt und das dann auch macht, das schnell eingeschnappt ist, viel zu schnell redet, sich manchmal wie eine Siebenjährige benimmt, ständig diskutiert - es dann mit Tablette als lustiger einschätzt und konstatiert, dass alles mit ihr viel mehr Spaß mache, müsste man eigentlich nachdenklich werden

Dasselbe Kind urteilt über seine Freundin, dass das Mädchen ohne Tablette nicht zuhört im Unterricht, unkonzentriert sei, öfter nachfrage, was zu tun sei, zappele und kipple, sehr viele Rechtschreibfehler mache, ständig spreche. Mit Tablette erlebt das Mädchen die Freundin viel ruhiger und konzentrierter im Unterricht und vor allem verstehe sie alles auf Anhieb!

Ohne Tablette sei sie manchmal sogar unerträglich und aufdringlich, mit Tablette benehme sie sich, als ob sie tatsächlich zwölf Jahre alt sei

Das Kind kommt sogar zu dem Schluss, dass es wohl dem Mädchen selbst viel besser gehe mit Tablette, denn dann vergesse sie vieles nicht so schnell, vor allen Dingen sei sie viel verträglicher!

Sicher ist das Kind „verändert“ – aber zu seinem Nachteil?

Und dennoch muss man als Eltern, Erzieher, Lehrer und Therapeut im Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit ADHS heftig üben, um ausreichend Ruhe, Gelassenheit, direktives Eingreifen und Humor zu entwickeln/zu üben – nach dem Motto: „Nicht immer, aber immer öfter“.

Literatur

Barkley, R. 2002:

BMGS 2002: Eckpunktepapier der 2. Konsensuskonferenz vom 27./28.10.02 zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter

Krause 2003: „ADHS im Erwachsenenalter“. Schattauer 2003

- Neuhaus, C. 1996: „Das hyperaktive Kind“. Urania Ravensburger
- Neuhaus, C. 2000: „Hyperaktive Jugendliche – erwachsen werden mit ADS“. Urania Ravensburger
- Neuhaus, C. 2003: „Das hyperaktive Baby und Kleinkind. Symptome erkennen, Lösungen finden“. Urania Ravensburger
- Ratey, J. 2003:**
- Spitzer 2002: „Lernen. Gehirnforschung und die Schule des Lebens“. Spektrum Akademischer Verlag
- Neuhaus, C. 2002: „ADHD im Kreuzfeuer der Kontroversen Diskussion oder: Was ich in 20 Jahren der Arbeit mit Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen gelernt habe. In: Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Chancen und therapeutische Hilfen“ – Dokumentation des ADHD Kongresses Aachen 26./27.04.02 des BV AÜK e. V.

abgedruckt mit freundlicher Erlaubnis des Bundesverbandes Aufmerksamkeitsstörungen/Hyperaktivität e.V.

Dieser Aufsatz ist Teil einer Publikation des BV-AH:

ADHS wird erwachsen...was tun?

Chancen, Risiken und Hilfen für Teenager und junge Erwachsene mit ADHS (ISBN 3-933067-10-3) und kann über die Internetseite www.bv-ah.de zum Preis von 9.50€ erworben werden.